

Évaluation du suivi psycho-social des états aigus : problèmes et méthodes du traitement de crise en psychiatrie

Evaluation of the Psycho-Social Follow-up of Severe Cases: Problems and Methods of Crisis Treatment in Psychiatry

Maryvonne Gognalons-Nicolet et Antonio Andreoli

Volume 16, numéro 2, automne 1991

Crise et intervention

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032233ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032233ar>

[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

Gognalons-Nicolet, M. & Andreoli, A. (1991). Évaluation du suivi psycho-social des états aigus : problèmes et méthodes du traitement de crise en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 173–194. <https://doi.org/10.7202/032233ar>

Résumé de l'article

Les demandes d'évaluation de traitement deviennent de plus en plus fréquentes en psychiatrie. À partir d'une recherche genevoise portant sur reevaluation du traitement de crise et du suivi de cette population sur une période de deux ans, les différentes étapes de la démarche évaluative de mise en place du traitement et de son suivi sur deux ans sont examinées à la fois dans une perspective théorique et méthodologique.



Évaluation du suivi psycho-social des états aigus: problèmes et méthodes du traitement de crise en psychiatrie

Maryvonne Gognalons-Nicolet*
Antonio Andreoli*

Les demandes d'évaluation de traitement deviennent de plus en plus fréquentes en psychiatrie. À partir d'une recherche genevoise portant sur l'évaluation du traitement de crise et du suivi de cette population sur une période de deux ans, les différentes étapes de la démarche évaluative de mise en place du traitement et de son suivi sur deux ans sont examinées à la fois dans une perspective théorique et méthodologique.

Le travail de crise a renouvelé la réflexion et la pratique psychiatrique des états aigus. Bien que les interventions de crise aient été pratiquées dès les années 40 (en relation avec les «névroses de guerre, ou après les grandes catastrophes), c'est au début des années 60 que les techniques et les théories cliniques se sont développées, en particulier aux États-Unis avec la prise en charge des populations pour lesquelles on souhaitait éviter l'hospitalisation (Jacobson, 1974; Langsley et Kaplan, 1968). Le mouvement de santé mentale communautaire et les nouvelles politiques ambulatoires de soins psychiatriques ont favorisé, dans un premier temps, ce type d'approche. On avait, en effet, espéré que l'intervention de crise puisse devenir le fer de lance de la désinstitutionnalisation. Plus tard, la psychiatrie qui s'était inspirée de l'inter-

* Maryvonne Gognalons-Nicolet, docteur ès lettres et sciences humaines, travaille à l'Unité d'Investigation clinique, rattachée aux Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève (I.U.P.G.). Antonio Andreoli est médecin-chef de service adjoint (I.U.P.G.).

Ce travail a été réalisé avec le concours du Fonds national de recherche scientifique (contrats n° 3.822.184 et suivants).

vention de crise allait faire, par contre, l'objet de vives critiques à cause de ses excès et de ses dérapages, aux États-Unis en particulier (pour revue voir Andreoli, 1988). Ces simplifications et ces interprétations abusives sont en fait inscrites dès la théorisation de Caplan (1964) qui a inspiré ce mouvement.

Le pionnier de la théorie de la crise, Caplan (1964), définit cette dernière comme un état qui survient lorsqu'un individu affronte un obstacle important qu'il ne peut pas surmonter par les moyens habituels. Selon cet auteur, il s'ensuit une période de désorganisation, de bouleversement, pendant laquelle les tentatives de solutions échouent; puis une solution finit par apparaître, opportune ou non. Se rattachant à la tradition culturaliste de la psychiatrie américaine (Sullivan), Caplan articule cependant cette notion de crise à une conception sociale et interpersonnelle de l'adaptation du trouble mental, mettant d'abord l'accent, en amont, sur une approche préventive. Ce point de vue assimile la crise psychiatrique, c'est-à-dire la crise caractérisée par l'émergence de troubles psychiatriques bien définis, aux crises émotionnelles qui émaillent le devenir naturel de tout être humain. La spécificité des facteurs qui confèrent un caractère psychiatrique à l'expérience de la discontinuité, ou à l'émergence de la maladie mentale comme fait clinique et comme problème social, a toutefois été scotomisée.

Castel (1986) rappelle que cette approche de crise a pu cependant apparaître comme un des concepts théoriques récents les plus fructueux de santé mentale positive. Il ne fait pas de doute, en effet, que cette conception de la crise psychiatrique puisse être utile chaque fois que l'on veut mettre en évidence la dimension progressive de troubles mentaux, et par là, ce qui rapproche la souffrance de la maladie psychiatrique de celle de tout être humain. Si l'approche de Caplan, reprise par Castel, insiste sur les aspects préventifs, ces auteurs minimisent l'enjeu, à la fois des forces sociales sous-tendues par ce travail et des résistances institutionnelles.

Le modèle genevois, en proposant l'approche appelée *interaction-intervention de crise*, a voulu mettre l'accent sur la spécificité des facteurs psychiques, interpersonnels et sociaux qui façonnent les états psychiatriques aigus. Ce modèle replace du même coup la crise psychiatrique et le système de négociation de la demande de soins qui l'accompagne, dans son dynamisme institutionnel spécifique, et met l'accent sur la nécessité d'offrir, par rapport à ce type de situation, des réponses thérapeutiques «à chaud» plus appropriées (Andreoli et al., 1986).

L'objet de cet article est de discuter, à partir de quelques résultats de l'évolution psycho-sociale sur une période de deux années d'une

population qui est passée par le dispositif de crise à la suite d'une demande d'hospitalisation en urgence, des enjeux théoriques et méthodologiques que soulève une telle recherche clinique. Aussi, après avoir brièvement résumé la spécificité du modèle genevois de crise et les principaux résultats après deux années, nous nous interrogerons sur les enjeux évolutifs de ce type de recherche clinique ainsi que sur les aspects novateurs possibles de ce type d'intervention. Selon la formulation de Castel (1986), les enjeux devront être situés d'abord par rapport à la recherche clinique, puis dans le cadre global de la prévention en santé mentale (Gognalons-Nicolet et Andreoli, 1989). Des états aigus en psychiatrie, nous n'avons donc retenu ici que l'aspect de détresse sociale et émotionnelle, indépendamment des diagnostics, qui ont fait l'objet d'analyses antérieures (Andreoli et al., 1989, 1990).

1. Spécificité du modèle genevois de la crise

Le mode d'approche dit d'interaction et d'intervention de crise s'inscrit dans le contexte institutionnel genevois de crise-continuité. Le but de cette intervention n'est pas de supprimer rapidement les symptômes psychiatriques mais, en renégociant la demande d'hospitalisation, de donner au patient les moyens de pouvoir suivre un traitement à long terme qui soit approprié au problème posé.

En termes cliniques, cette forme de négociation à chaud de la demande d'hospitalisation a donc pour but de se focaliser sur un projet de traitement approprié, augmentant ainsi la possibilité, pour les patients et pour leur entourage, d'avoir recours à l'institution en utilisant les aspects éducationnels et maturatifs de cette situation. Pour ce faire, il est proposé d'associer des formes d'intervention psycho-thérapeutiques bien structurées (Andreoli, 1990) au traitement psychiatrique standard (voir annexe A).

La négociation à chaud de la demande a pour finalité de parvenir à une représentation plus claire de la position et du sens de la crise par rapport à une vue d'ensemble de l'histoire du patient et/ou de son groupe, afin de poser une indication appropriée de traitement.

Le processus de focalisation s'accompagne d'habitude d'un certain dépassement de la problématique aiguë de la crise, le patient étant supposé idéalement être capable de choisir plus librement le traitement qui lui convient. Dans les formes plus achevées d'intervention de crise, le processus de focalisation devrait cependant se dégager quelque peu de la logique répétitive du rapport à la discontinuité qui est le propre des situations de crise de type psychiatrique (Andreoli et al., 1986). Ce modèle de crise s'est éloigné de la formulation initiale de Caplan en

prônant le redéploiement thérapeutique en amont et en valorisant les aspects sociaux de la prévention. Il se concentre sur les aspects cliniques et interactionnels de la relation soignant-soigné, dans la spécificité du contexte institutionnel et des modes de réactions du patient souffrant de troubles psychiatriques.

Étant donné les possibilités extra-hospitalières du secteur psychiatrique (centre de consultation, centre de crise, foyer, etc.), ce modèle propose une perspective plus éclectique d'intervention sociale et psychothérapeutique largement héritée du modèle psychodynamique. L'aspect global de traitement intensif d'une situation à chaud est conservé du modèle initial. Mais l'accent est mis davantage sur les aspects techniques de l'intervention, en particulier sur le dégagement des stratégies spécifiques de traitements combinés. Les patients pour lesquels, à ce moment-là, cette solution n'est pas possible suivront alors un traitement hospitalier standard.

Il faut également rappeler que ce modèle ne s'est pas développé dans le cadre d'interventions psychiatriques à l'hôpital général, mais plutôt à l'intérieur d'une pratique psychiatrique hospitalière qui s'est proposé de transformer, puis de transférer à des services extra-hospitaliers de type psychiatrique, les pratiques de soins aux patients faisant l'objet d'une hospitalisation ou d'une demande d'hospitalisation en hôpital psychiatrique. Ceux pour qui l'interaction de crise n'a pas été possible ont suivi un traitement hospitalier standard. Pour les autres dont l'interaction-intervention de crise a été plus ou moins achevée, il s'est agi d'évaluer les effets de ces formes de traitement dont celui de crise représente l'aspect le plus complet.

Il est important de souligner qu'un effort considérable de réflexion et de mesure a été effectué pour définir et analyser *le processus menant au traitement de crise*, pour aboutir autant à des mesures fiables du processus thérapeutique qu'à une future structuration institutionnelle. En maintenant à la fois la spécificité de la réflexion clinique de recherche et celle des aboutissements institutionnels, il s'est donc agi d'identifier *les moments forts de ce processus* menant à de meilleures définitions des processus de décision. Des travaux antérieurs ont rapporté de façon précise l'évolution à court et à long terme de patients pour lesquels certaines catégories de diagnostics avaient été posés (Andreoli et al., 1989, 1990). De même, d'autres travaux ont insisté sur les facteurs de prédiction du devenir de la totalité de la cohorte, et plus particulièrement sur la fragilité prédictive de la qualité du processus psychothérapeutique développé pendant l'interaction de crise (Andreoli et al., 1989).

Dans tous les cas, en conservant l'analyse des temps forts de ce processus de décision ainsi que les points de vue différenciés du patient lui-même et de son thérapeute désigné lors du premier et du deuxième suivi, nous avons tenté de rester le plus près possible de la recherche clinique et d'une approche non réductrice de la complexité des phénomènes tant intersubjectifs que sociaux.

En résumé, les cliniciens font l'hypothèse que les moments de rencontre avec l'institution sont des temps forts qui augmentent la compulsion de répétition et qui peuvent produire des situations qui se bloquent (Scott, 1973). Le mode d'approche du travail de crise se propose de réduire cette compulsion de répétition pour une majorité de patients, afin d'ouvrir certaines situations et d'influencer ainsi de manière favorable l'évolution et le devenir de ceux-ci par la mise en place de traitements appropriés à leurs besoins.

L'interaction de crise et l'intervention de crise devraient favoriser une diminution de la chronicisation, c'est-à-dire permettre une meilleure indication lors de la sortie du traitement, une dépendance moindre par rapport aux institutions et une meilleure qualité des relations sociales et de la vie sociale dans son ensemble, par la suite.

Opérationnellement, cette problématique va se traduire par une première analyse des processus de décision opposant la réponse à l'urgence à la mise en place de traitements, depuis le traitement hospitalier standard jusqu'aux formes plus ou moins achevées de traitements de crise. Après ce premier temps fort du processus de décision suivront les analyses complexes des résultats de l'évolution psycho-sociale sur une période de deux ans.

2. Évaluer l'objet-crise et le traitement de crise: quelles méthodes pour quels concepts?

Au départ, ce sont les cliniciens qui se sont interrogés sur l'efficacité thérapeutique à long terme de ce modèle de crise. Il s'agit donc d'une demande clinique provenant d'une équipe de soignants engagés dans une démarche d'action. Comme toute demande, elle est le lieu d'enjeux et de stratégies multiples, qui ne s'inscrivent pas dans une perspective disciplinaire (médicale, psychologique, sociologique ou épidémiologique). Il s'agit d'une demande globale. Pour la transformer en démarche de connaissance, il a fallu, au fil de réunions nombreuses, négocier la pertinence des questions posées par rapport à l'état des connaissances, ainsi que l'acceptabilité des procédures et des méthodes devant être adoptées par le clinicien et par le chercheur. Dans toute recherche clinique où la demande évaluative concerne des pratiques

professionnelles touchant des domaines multiples, les acteurs que sont les cliniciens interagissent dans la situation de recherche. Ils ne sont ni objet de recherche, ni gisement de connaissances, tout comme les patients d'ailleurs. Ils sont engagés dans des processus de décision, des pratiques de traitement et des lieux institutionnels précis. La construction théorique et méthodologique d'une problématique clinique est toujours le résultat d'un compromis interactif acceptable pour le soignant et pour le chercheur, respectant le patient et le clinicien comme acteurs sociaux engagés dans des situations sociales précises.

En les considérant comme gisement de connaissances et en découpant des objets de recherche sur le modèle des objets physiques, on procède d'une conception taylorienne de la science, indépendante de ces usages, occultant les stratégies sociales inhérentes à ceux-ci. Or, l'information, en particulier dans ces types de situations sociales, engage à la fois des expériences immédiates et des relations stratégiques dont il faut décoder les normes et les règles.

Cependant, la démarche scientifique propose un discours rigoureux, provisoire et surtout ouvert, qui substitue au contexte de justification inhérent au champ de l'action celui de la découverte liée à la démarche scientifique et propre à mettre en lumière les mécanismes sous-jacents aux comportements.

Définir, mesurer pour évaluer dans l'acceptabilité rigoureuse et partagée, c'est ce que traduit le programme d'intervention de crise, qui est présenté dans l'annexe A et est considéré comme l'aboutissement de cette construction d'une problématique commune. Le plan de traitement a ainsi été découpé en deux modules distincts, chacun d'eux comportant une prise de décision et une durée où s'inscrivent différentes propositions d'action thérapeutique négociables par le patient et son entourage. Eu égard à la spécificité de chacune de ces étapes, les différents instruments d'évaluation sont décrits sommairement et font aussi l'objet d'une négociation commune. L'évaluation diagnostique se rattache à une procédure indépendante qui ne sera pas discutée dans le cadre de cet article.

Ainsi donc, toutes les personnes qui, pendant deux mois, ont fait une demande d'hospitalisation au secteur, sont incluses dans la recherche, soit 78 personnes au total. Pour toutes, un questionnaire d'entrée a été rempli, dont le profil démographique est le suivant (voir le tableau 1):

L'ensemble des patients a été évalué au début et à la fin du traitement, puis un an et deux ans plus tard. On a rempli divers questionnaires relatifs au développement du traitement de crise, puis un questionnaire de suivi après un délai d'un an et de deux ans, à la fois à partir des réponses du patient lui-même et du thérapeute «désigné», lorsqu'on

a pu les rencontrer. Il convient toutefois de différencier ces deux sources d'information, car leurs réponses respectives n'obéissent pas aux mêmes logiques sociales et intersubjectives.

TABLEAU 1

Profil socio-démographique de l'ensemble de la cohorte (N=78)

<i>Statut institutionnel</i>	%
Entrée volontaire	61,5
<i>Données socio-démographiques</i>	
Sexe masculin	42,0
Célibataire	42,8
Nationalité suisse	65,0
Résidants genevois	83,0
Âge inférieur à 30 ans	26,2
Âge de 40-41 ans	35,0
Âge de 30-39 ans	38,0
Hors du marché de l'emploi	33,3
Diplôme universitaire	11,0
Niveau d'éducation primaire seulement	24,0
Employés ou cadres	46,0
Ouvriers	22,0

Dans le cadre spécifique de l'évolution psycho-sociale sur une période de deux ans, nous avons utilisé les éléments de la vie sociale issus de l'Échelle Santé-Maladie de Luborsky (ESM). Cette évaluation globale effectuée par un enquêteur clinicien portait sur cinq paramètres psycho-sociaux: capacité d'autonomie, sources d'intérêts, capacité professionnelle, effets sur l'entourage et vie relationnelle, ainsi que des mesures de changement global, notamment la gravité et la tolérance aux symptômes. Tous les instruments utilisés sont détaillés dans l'annexe B.

3. Étude des résultats

3.1 Devenir de la totalité de la population après deux ans: urgence et dispositif institutionnel de crise-continuité

Sur les 78 personnes ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation psychiatrique d'urgence sur deux mois, 53 d'entre elles ont été orientées à l'entrée vers le dispositif d'interaction-intervention de crise.

Parmi les 25 personnes exclues du dispositif de crise, 15 ont été d'emblée orientées vers une hospitalisation standard, alors que 10 ont

été dirigées vers une hospitalisation ayant été prévue d'emblée comme brève.

Pour ces dix personnes, il ne s'agissait ni d'une intervention de crise ni d'un traitement hospitalier, mais seulement d'une réponse à l'urgence. Dans cinq cas, cette décision a correspondu à un début de traitement et le patient a ensuite été transféré pour des raisons administratives dans son canton d'origine ou dans d'autres établissements hospitaliers. Les cinq autres patients ne nécessitaient pas d'intervention hospitalière ou de crise et ont été renvoyés à leur médecin traitant.

Les éléments qui différencient dès le départ ce groupe des deux autres sont:

- le nombre élevé d'entrées non volontaires: 7 sur 10, contre une moyenne de 38,5 % du total de la cohorte;
- le peu d'avis personnel donné par le patient lors de l'entrée: 3 sur 10 donnent un avis alors que 78,2 % du total de la cohorte le fait;
- l'absence de proches ou d'entourage qui émettent un avis: une personne sur 10, alors que 43,6 % du total de la cohorte ont des proches qui ont participé à la prise de décision.

Lors d'une situation sociale de contrainte et en l'absence d'information provenant du patient lui-même ou de son entourage, le clinicien a, lors de l'entrée, eu des difficultés à porter un jugement précis sur le type de traitement approprié. Pour chacun de ces patients (cinq cas), il y avait, en effet, la mention de non-indication de traitement, soit parce que le patient ne résidait pas dans le canton et qu'il fallait donc le transférer dans un autre établissement pour des raisons administratives; soit que, selon le thérapeute, il n'y avait aucune indication d'intervention de crise ou de traitement hospitalier pour des raisons juridiques.

Glick (1980) avait signalé que ni la brièveté du traitement (moins de 72 heures) ni sa rupture par le patient ne constituaient des facteurs prédictifs de l'évolution clinique défavorable, mais les refus de traitement par le médecin à l'entrée, comme cela semble être le cas, seraient un mauvais pronostic, du moins à long terme. Trois personnes se suicideront au cours de la deuxième année du suivi, alors que ce sera le cas d'une seule personne appartenant à la cohorte de crise. Bien que le nombre de sujets empêche toute généralisation à partir de cette constatation, celle-ci est cependant très frappante et a fait l'objet d'un travail spécifique (Mühlebach, à paraître).

Ces résultats soulignent, d'une part, la différence que les cliniciens établissent entre une situation d'urgence et une situation de crise et, d'autre part, le mauvais pronostic à long terme des sujets qui reçoivent

une réponse à l'urgence au lieu de faire l'objet d'une intervention de crise.

Après avoir analysé le devenir psycho-social des patients effectivement rencontrés deux années après (N=59), nous aurons à revenir sur la spécificité de cette première prise de décision d'exclusion du dispositif de crise.

3.2 Évolution psycho-sociale globale deux années plus tard

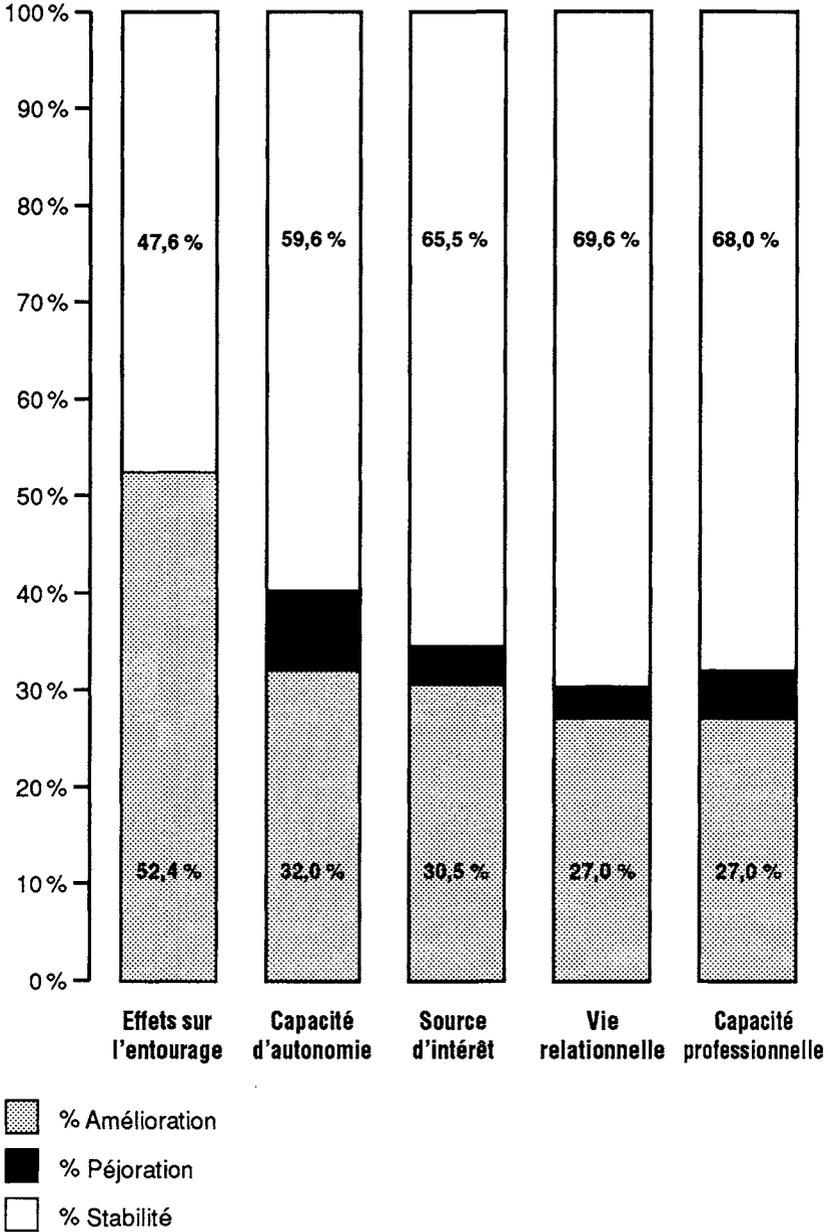
Une et deux années après la fin du traitement de crise, 59 personnes ont été retrouvées, soit 75,6 % de l'ensemble des patients évalués à l'entrée. La représentativité du collectif de suivi (N=59) par rapport à l'ensemble (N=78) n'est donc pas entièrement satisfaisante, ce qui limite l'interprétation des résultats. Si nous rajoutons toutefois à ce collectif, comme l'a suggéré Glick (1979), les quatre patients décédés par suicide, nous parvenons à dépasser les 80 % souhaités (80,6 %). Cela est possible si nous décidons d'attribuer aux patients décédés par suicide les plus mauvais scores cliniques. Toutefois, ce procédé méthodologique est discutable, surtout en ce qui concerne le devenir psycho-social.

Ainsi donc, pour les différents niveaux du fonctionnement social de la population revue deux années plus tard, les pourcentages d'amélioration et d'aggravation se sont établis, selon le clinicien, conformément aux proportions indiquées dans le graphique suivant. Avant de discuter ces résultats, il est nécessaire d'insister sur la forte prédestination sociale négative de cette cohorte (forte proportion de personnes exclues du marché du travail, faibles capitaux éducatifs et relationnels) qui hypothèque d'emblée la qualité des liens sociaux. De plus, la non-différenciation selon les types de diagnostics et les types de traitements suivis (hospitalisation standard versus traitement de crise plus ou moins achevé) ne permet pas pour le moment un jugement très détaillé.

En dépit des limites émises plus haut, l'amélioration est nette par rapport à l'aggravation, avec une hiérarchisation très forte des items entre eux. En ce qui a trait aux effets sur l'entourage, une personne sur deux s'est améliorée tandis qu'une personne sur deux est restée stable. Concernant les autres éléments, de six à sept patients sont demeurés stables.

Le plus faible pourcentage d'amélioration — au même titre que la vie relationnelle d'ailleurs — se rapporte à la capacité professionnelle, l'état d'une personne sur quatre s'étant amélioré deux années après la fin du traitement.

Graphique 1
Évolution psycho-sociale deux années après (N=59)



Cette évaluation globale montre d'emblée que l'amélioration est constatée d'abord dans l'entourage immédiat du patient et, en second lieu, par ses effets sur la capacité d'autonomie. Par contre, lorsqu'il s'est agi d'évaluer l'environnement élargi, c'est-à-dire la vie relationnelle, l'environnement socio-professionnel et les ressources psycho-sociales disponibles, comme les centres d'intérêt, les pourcentages diminuent plus fortement.

Du micro-social au macro-social, de l'espace proche de l'entourage, de l'espace d'autonomie personnelle à l'espace plus éloigné de la vie relationnelle et professionnelle, l'amélioration globale s'est davantage produite, selon le clinicien, dans l'environnement immédiat et proche du patient que dans celui de sa relation à la société élargie. Autrement dit, le champ d'action thérapeutique évalué comme positif deux années après la fin du traitement se manifeste surtout autour des comportements d'autonomie et des effets favorables sur l'entourage. Aire d'action privilégiée du champ clinique, c'est aussi, comme nous allons le montrer, la plus accessible lorsque le contexte social offre moins de possibilités d'emploi et donc de réinsertion réelle sur le marché du travail. Cette situation s'explique par la forte prédestination sociale de départ.

4. Problématique globale du suivi psycho-social des états aigus deux années après la fin du traitement

Eu égard aux caractéristiques évolutives de la cohorte, nous avons tenté d'effectuer une analyse de suivi psycho-social qui tienne compte d'une approche plus globale et plus structurée de l'ensemble des facteurs influençant le champ de ce suivi. En effet, le devenir psycho-social se construit à partir d'une série de dimensions qui ne font pas appel aux mêmes niveaux de référence. Par rapport à la problématique exposée en introduction, nous avons d'abord privilégié les points de vue différenciés du patient et de son thérapeute désigné concernant le fonctionnement social dans son ensemble ainsi que les mesures du processus psycho-thérapeutique.

La cohorte de l'étude est constituée de 78 personnes. 59 d'entre elles, avec ou sans thérapeute désigné, ont été revues deux années après la fin du traitement. Cette perte de 19 personnes, pour lesquelles des informations ont été obtenues par ailleurs, a fait l'objet d'analyses complémentaires que nous verrons plus loin.

Afin de rendre compte de l'ensemble des facteurs influençant les modes d'évolution, une analyse multivariée, effectuée sur un grand nombre de variables et portant sur 59 personnes dont l'évolution clini-

que a été étudiée deux années après la fin du traitement, a fortement discriminé la source d'information comme une variable structurant le devenir à long terme. Dans le cas de 11 personnes, seul le thérapeute a répondu aux questions du suivi. Il faut rappeler que l'analyse multivariée choisie est une analyse de correspondances multiples complétée par une classification. Elle fait partie des programmes SPAD élaborés par L. Lebart et A. Morineau (1982) et édités par le CESIA. À l'analyse de correspondances simples, cette méthode multivariée ajoute une classification automatique par types, ce qui permet un classement hiérarchique des variables les plus discriminantes.

Comme l'indique le graphique 2, sur l'axe 1 s'opposent deux groupes de population induisant corollairement deux types d'informations: le groupe pour lequel la dyade patient-thérapeute a été rencontrée et celui dont seul le thérapeute a été rencontré et demeure donc l'unique source d'information (N=11). Les raisons évoquées sont les suivantes:

- dans quatre cas, le thérapeute s'est opposé à la rencontre avec le patient,
- dans trois cas, le patient a signifié son refus par téléphone,
- dans quatre cas, le patient a été introuvable à son domicile.

Pour ce groupe (N=11), on ne dispose pas d'information au Bilan d'évaluation clinique, ce qui ne permet pas de lier le jugement du thérapeute et celui du patient.

La faible variance de chacun des axes (10,9 % pour l'axe 1 et 7,9 % pour l'axe 2) s'explique aisément, dans ce type d'analyse, par le grand nombre cumulé des variables considérées ainsi que par l'analyse typologique classificatoire qui suit, permettant une vision synthétique de l'ensemble des données.

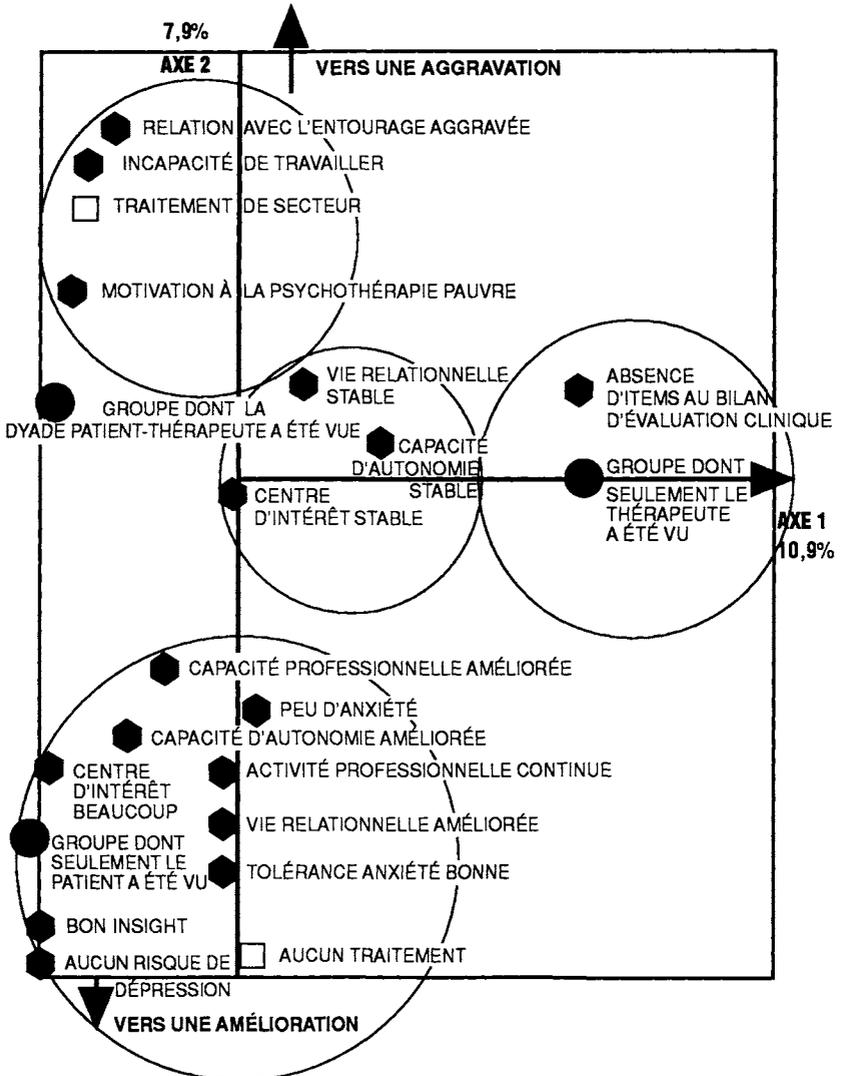
Le groupe dont la dyade patient-thérapeute a été vue conjointement est proche de l'intersection géométrique des deux axes, à la fois parce qu'il représente le groupe numériquement le plus important rencontré (N=38, donc 38 patients et 38 thérapeutes) et parce qu'il est proche du milieu de l'axe 2, mesurant la stabilité des trois éléments à la vie sociale (stabilité des centres d'intérêt, de la vie relationnelle et de la capacité d'autonomie). Or, sur cet axe 2 sont indiqués les facteurs qui contribuent le plus au processus de changement:

- vers le haut, tendance à l'aggravation,
- vers le bas, tendance à l'amélioration.

Si la dyade patient-thérapeute reste proche du centre, c'est vers la tendance à l'amélioration que se trouve majoritairement le groupe qui ne suivait pas de traitement deux années après l'entrée dans le dispositif

Graphique 2

Profils de changement de la population de la crise vue deux années après sa demande d'hospitalisation



- Différents types de populations
- ◼ Items d'aggravation et d'amélioration ayant le plus contribué aux deux axes factoriels
- Type de traitement

de crise et dont seul le patient a été vu (N=10), en l'absence de thérapeute désigné par lui-même.

La tendance à l'aggravation est marquée par l'incapacité de travailler, associée à la dégradation des relations avec l'entourage et à une faible motivation pour la psychothérapie.

À l'inverse, ceux qui ne suivent pas de traitement à l'heure actuelle se caractérisent par une amélioration de leur capacité professionnelle et par la densité de leurs centres d'intérêts. Ce bon fonctionnement de la vie sociale est lié à une amélioration de leur statut mental, associée à une meilleure tolérance à l'anxiété, à l'absence de signes de dépression et à leur bonne capacité d'insight.

L'insertion dans la vie socio-professionnelle, associée à une amélioration du fonctionnement symptomatique, représente bien l'enjeu d'une évolution positive à long terme. Il faut toutefois observer la complexité des facteurs en présence et les interrelations de ces facteurs. En opposant les patients qui restent sur le marché du travail à ceux qui en sont exclus, ou en opposant ceux dont les symptômes d'anxiété ou de dépression se sont améliorés à ceux dont les symptômes sont plus lourds, on réduit la diversité des fonctionnements sociaux et symptomatiques sur laquelle s'appuient les actions thérapeutiques.

De la même façon, faire des corrélations entre ces variables, qui reposent sur des niveaux différents du fonctionnement personnel et social, appauvrit la complexité du matériel clinique. Aussi est-il nécessaire, dans ce type de recherche clinique, d'isoler les concepts d'articulation, mais non de réduire le matériel clinique à des référentiels qui traduisent les présupposés disciplinaires.

En tenant compte de ces facteurs de prédestination bien connus en psychiatrie, le rôle structurant du type de traitement suivi ou non par le patient deux années plus tard constitue l'élément prioritaire que va souligner l'analyse classificatoire.

5. Étude du processus de décision: les résistances au traitement

À partir de cette analyse graphique, nous avons fait une analyse classificatoire par types afin d'identifier différents profils de changement selon une hiérarchisation de ces facteurs. Cette analyse, appliquée aux 59 cas étudiés, conduit aux regroupements suivants:

- 10 patients vivent chez eux sans aide thérapeutique psychiatrique. Leur évolution tant psycho-sociale que symptomatique est plutôt positive (soit une personne sur six au total).

Tous les autres groupes, deux années après, suivent des traitements, soit en pratique privée, soit en milieu psychiatrique extra-hospitalier.

- Pour 11 de ces patients, seul le thérapeute a été rencontré, car ceux-ci ont refusé de répondre. Leur état de santé est plutôt stationnaire, avec une grande diversité de situations personnelles et sociales.

Nous avons pu rencontrer 38 dyades patient-thérapeute, soit:

- 9 patients dont l'état de santé s'est amélioré;
- 25 patients dont l'état de santé est demeuré stationnaire;
- 4 patients dont l'état de santé s'est dégradé.

Dans un suivi sur deux années, il faut souligner la valeur discriminante de la source d'information; celle-ci produit les éléments qui vont servir à établir l'évaluation. Il est utile aussi de rappeler la diversité et la complexité des facteurs en présence, qui structurent ces mesures globales d'évolution: complexité des facteurs d'adaptation psycho-sociale et des facteurs inter-subjectifs, symptomatiques et d'alliance thérapeutique aux liens très diversifiés.

On a ainsi pu étudier si les différents indices de mise en place du traitement (processus en deux modules avec une pluralité de formes de traitement, qui est expliqué à l'annexe B) ont influencé ou non les différents types d'évolution. Dans le tableau 3, seuls ont été retenus les pourcentages élevés de compliance entre les différents indices de traitement. Le choix des scores les plus élevés (indication des scores à rapporter à 100 % du total de chaque groupe) va permettre d'évaluer la fiabilité prédictive de ces différents indices. En effet, ces instruments standardisés, issus des travaux d'évaluation des résultats des psychothérapies, mesurent différentes dimensions des processus interactionnels du travail de crise. Dans l'estimation même de l'évolution de ce traitement, sont déjà inclus des prédicteurs de l'évolution à long terme. À l'inverse, des scores faibles ou nuls à ces différents indices constituent des barrières au traitement, qui nuisent à l'évolution positive à long terme.

La dyade thérapeute-patient dont l'état de santé s'est dégradé est celle dont la compliance entre tous les indices de traitement est la plus faible, voire inexistante. En dépit de la faiblesse de ce groupe (N=4), aucun de ces patients n'a pu obtenir un score élevé à l'ajustement aux conditions de mise en place du traitement (indice de conformité, de 0 à 6), aux transformations consensuelles de la demande et des symptômes à la fin de l'interaction de crise (indice de réussite, de 0 à 5), au

TABLEAU 2
Fiabilité prédictive du processus d'interaction-intervention de
crise sur les types d'évolution sur deux années

Variables de traitement	Type d'évolution sur deux années N=59				
	Évolution positive patient seulement N-10	Évolution positive N-9	Évolution stabilisée dyade patient-thérapeute N-25	Évolution dégradée N-4	Évolution stationnaire thérapeute seulement N-11
Indice de conformité au traitement					
élevé	50,0	33,3	32,0	—	36,4
Indice de réussite à la fin de l'interaction					
élevé	80,0	44,4	32,0	—	54,5
Indice d'adhésion au traitement					
élevé	70,0	44,4	16,0	—	27,3
% de la population ayant suivi jusqu'à la fin l'intervention de crise	60,0	44,0	32,0	—	27,2

développement de l'estimation de la qualité globale du processus psychothérapeutique (indice d'adhésion, de 0 à 5). Pour aucun de ces patients, le clinicien n'a estimé la mise en place du traitement possible ou probable. Les raisons en sont variées; toujours est-il que, dans les quatre cas observés, on a considéré certaines barrières comme infranchissables pour la mise en place du traitement de crise.

À l'opposé, le groupe de patients dont le traitement ne révèle aucune évolution positive est celui qui cumule les scores les plus élevés à tous les indices de traitement: 8 sur 10 ont déjà évolué favorablement à la fin de l'interaction de crise (80 % ont un score élevé de réussite) et 6 sur 10 ont poursuivi le traitement jusqu'à la fin de l'intervention. Autrement dit, des scores élevés aux différentes mesures lors du travail de crise sont des indicateurs de la fiabilité prédictive du modèle de crise.

La mise en place dans le temps d'actions thérapeutiques aux objectifs différents mais complémentaires nécessite un programme de traitement précis et fiable qui tienne compte à la fois des ressources thérapeutiques des équipes soignantes et des ressources du patient ainsi que des possibilités de ruptures volontaires ou non du traitement.

En construisant souvent les traitements en psychiatrie comme une boîte noire, on occulte les processus de décision et la complexité de la mise en place de la gamme de traitements dont disposent les équipes soignantes. De la même façon, on minimise les barrières au traitement qui provoquent, en cours d'intervention, des ruptures ou des abandons de traitement.

À partir de cette brève analyse des processus de décision, on comprend mieux les problèmes théoriques et méthodologiques que posent l'évaluation et le suivi de programmes complexes de traitement comme celui de la crise, comprenant tout autant des modules psychothérapeutiques que médicamenteux. Deux dimensions déterminantes émergent :

1) Un processus de sélection lié à tous les facteurs sociaux et intersubjectifs qui entrent en jeu de façon complexe et que l'on ne peut réduire à des éléments aussi simples que la position sur le marché du travail, l'autonomie, l'anxiété globale, etc.

2) La constitution des profils de suivi aux logiques diverses, dont la source d'information est démontrée de manière privilégiée dans cette étude. Il faut insister sur la fiabilité prédictive des indices de traitement sur les types d'évolution deux années après. En effet, en l'absence de «témoin introuvable, ces indices de traitement permettent de juger de la fiabilité sur la prévision à long terme du jugement clinique formulé dans des circonstances institutionnelles précises et par rapport à une politique de soins donnée. Sans cette analyse contextuelle, toute évaluation perd de sa valeur pronostique.

6. Intérêt et dérapages possibles de la démarche évaluative en recherche clinique

Le modèle de crise a été utilisé pour souligner à la fois l'intérêt et les dérapages possibles des démarches évaluatives. Si le bien-fondé de ce modèle est certain, les risques de simplification conduisent le plus souvent à réduire la pratique psychiatrique. Or, les traitements proposés sont complexes et sont soumis à de multiples aléas de temps, d'avis contradictoires et de différents niveaux d'exigences des partenaires en présence. Glick et al., (1978, 1979) ont déjà souligné la nécessité d'utiliser de multiples sources d'information, des instruments variés tenant compte à la fois de facteurs objectifs et subjectifs, individuels ou de groupes. De plus, les études de suivi en psychiatrie doivent proposer des méthodologies adaptées à la spécificité des objets construits de recherche.

La logique des rapports entre les différentes variables reproduit des systèmes de liaisons ouvertes, liaisons dont on a montré la relation avec certaines des dimensions des axes du suivi (symptomatique, socio-professionnel, diagnostique, etc.). Les relations entre ces différents axes sont faibles et très liées aux normes et aux jugements des évaluateurs. Aussi est-il indispensable d'équilibrer, dans toutes les démarches évaluatives, les différents niveaux d'évaluation avec des méthodologies fiables et rigoureuses pour étudier les caractères hyperdéterminés mais aussi dynamiques des évolutions cliniques à long terme.

Autrement dit, le problème-clé de l'évaluation est celui des méthodologies qui permettent d'articuler les évolutions probables et les évolutions observées selon les différents points de vue, enracinés dans des lieux d'action différents. Les mesures d'efficacité par rapport à des objectifs déterminés passent par des méthodologies rigoureuses et complexes, qui tiennent compte à la fois de la demande du patient, du contexte social et culturel dans lequel s'insère cette demande, et des multiples formes de réponses des cliniciens, eux-mêmes inscrits dans des contextes institutionnels donnés.

Sans cet effort théorique et méthodologique, la démarche évaluative ne pourra que déformer et réduire la pratique psychiatrique actuelle; et elle ne pourra pas non plus acquérir un réel statut scientifique.

7. Aspects éducationnels et maturatifs de la situation de crise

Le modèle de la crise proposé par Caplan mettait beaucoup l'accent sur les aspects préventifs, en insistant en amont sur ses aspects adaptatifs. En contextualisant le traitement de crise à la spécificité institutionnelle genevoise des années 1990, Andreoli a davantage développé les aspects éducationnels et maturatifs propres à la spécificité des approches psycho-dynamiques et de thérapie institutionnelle. Cette négociation «à chaud» de la demande permet de débloquent nombre de situations psycho-pathologiques et de résistances institutionnelles. En favorisant le rôle actif de l'entourage et en aidant certains patients à mieux se réapproprier le sens de leur histoire à travers cette situation de désordre, on instaure une conception plus dynamique et plus interpersonnelle de ces ensembles de troubles. Toutefois, au niveau macrosociologique, les limites de cette approche sont évidentes, puisque sont sélectionnés les patients les plus aptes socialement et personnellement à résoudre leurs difficultés.

En approfondissant l'analyse du processus et en recherchant les moments forts de cette succession de décisions, plusieurs résultats moyens ont émergé. L'urgence psychiatrique doit être différenciée du

dispositif de crise, à la fois dans ses aspects institutionnels et cliniques. Les effets à long terme des urgences restent plus problématiques.

À l'intérieur du dispositif institutionnel de crise-continuité, le suivi sur deux années a montré le rôle positif du traitement de crise à condition qu'il puisse être complètement achevé. Les variables qui concourent à sa mise en place et à son fonctionnement dans le temps ne dépendent pas seulement de l'employé clinique. Beaucoup de thérapeutes sont favorables à l'insertion sociale du patient et du processus psycho-thérapeutique qui peut être mis en place pour lui et avec lui.

ANNEXE A

Programme d'intervention de crise

Le plan de traitement prévoyait l'application de deux modules:

Premier module (environ une semaine), ou *interaction de crise*: ce module se propose d'assurer une évaluation dynamique du patient, de fixer des objectifs de traitement ainsi que de négocier un contrat thérapeutique à travers une interaction étendue avec le patient et son entourage. Il comporte les éléments thérapeutiques suivants:

- a) séances d'intervention familiale (si la famille est accessible);
- b) séances de thérapie individuelle, intensive, de type «soutien»;
- c) «problem solving» centré sur les conflits interinstitutionnels;
- d) thérapie de milieu;
- e) traitement médicamenteux, si nécessaire.

Ce premier module a été adapté pour être mis en place au niveau de deux unités constituant le «dispositif de crise» du secteur, c'est-à-dire l'unité hospitalière et le centre de crise (Centre de thérapies brèves).

Deuxième module (à peu près six semaines), ou *intervention de crise*: c'est une forme plus structurée de traitement, qui implique:

- a) un encadrement extra-hospitalier au niveau du Centre de thérapies brèves;
- b) une intervention psychothérapeutique à durée limitée (familiale ou individuelle) de type interactionnel, interprétatif ou de soutien;
- c) une thérapie de milieu et/ou un traitement médicamenteux, si nécessaire.

Diagnostic DSM-III-R

Deux cliniciens expérimentés et indépendants, qui n'ont pas pris part à l'évaluation du suivi, se sont chargés d'évaluer le diagnostic

DSM-III-R axes I et II, après avoir vérifié l'existence d'une base-line de fiabilité interjuge acceptable.

ANNEXE B

Instruments d'évaluation

Un bilan d'évaluation clinique (B.E.C. 3, Gérin, 1988) a été rempli pour chacun des 78 patients au début et à la fin du traitement de la crise. On a eu recours à nouveau, lors du suivi deux ans plus tard, à cet instrument, dérivé de l'indice pronostique pour les psychothérapies d'Auerbach, du B.P.R.S. et de l'Échelle de Montgomery. Il comprend 63 éléments donnant chacun lieu à une évaluation en cinq points. Il permet d'évaluer la symptomatologie, l'alliance thérapeutique, l'adaptation sociale prémorbide, la structure de la personnalité, ainsi que l'histoire clinique et psychopathologique du patient. Un nombre important d'informations concernant les modalités de la rencontre institutionnelle (adresse, statut médico-légal à l'entrée, etc) et des données socio-démographiques ont été récoltées au moyen d'un questionnaire et des dossiers cliniques.

Lors du premier entretien clinique, à la fin de l'interaction de crise et à la conclusion du traitement de la crise, le clinicien responsable a rempli un questionnaire destiné à enregistrer de nombreuses informations sur les modalités de développement de l'interaction/intervention de crise, ainsi que les décisions et les jugements cliniques établis. À partir de ces questionnaires, l'équipe a conçu, en s'inspirant des méthodes d'évaluation des résultats des psychothérapies, des instruments standardisés destinés à mesurer plusieurs dimensions du processus interactionnel qui se dégage au cours de l'interaction/intervention de crise:

- Indice de conformité, de 0 à 6, mesurant l'ajustement à tous les éléments du cadre de traitement;
- Indice de réussite à la fin de l'interaction de crise, de 0 à 5, mesurant les transformations consensuelles de la demande et des symptômes à la fin de l'interaction de crise;
- Indice d'adhésion de 0 à 5, mesurant l'estimation de la qualité globale du processus psychothérapeutique, la réactualisation et la focalisation du problème;
- Indice de poursuite jusqu'à la fin de l'intervention de crise.

RÉFÉRENCES

ANDREOLI, A., 1988, Regard européen sur la «désinstitutionnalisation américaine», *Info psychiatr.*, 64/10, 1259-1278.

- ANDREOLI, A., LALIVE, J., GARRONE, G., 1986, *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, SIMEP, Paris.
- ANDREOLI, A., GARRONE, G., 1986, Les traitements de crise dans le secteur, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 137, n° 6, 113-129.
- ANDREOLI, A., GOGNALONS-NICOLET, M. *et al.*, 1989, Suivi clinique au long cours (deux ans) de 78 patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en situation de crise, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 140, 439-458.
- ANDREOLI, A. *et al.*, 1989, Personality disorders as a predictor of outcome, *Journal of Personality Disorders*, 3, n° 4, 307-320.
- ANDREOLI, A., 1990, Working alliance as a predictor of crisis intervention long term outcome in Stefanis, C.N. *et al.*, eds., *Psychiatry: a World Perspective, III*, Elsevier, 859-863.
- CAPLAN, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.
- CASTEL, R., 1986, Nouveaux concepts en santé mentale, *Social Science and Medicine*, 22, n° 2, 161-171.
- COCHRANE, A.L., 1977, *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine*, Galilée, Paris.
- GLICK, I. *et al.*, 1986, A controlled evaluation of six month follow-up, *Archives of General Psychiatry*, 42, 882-886.
- GLICK, I.D., HARGREAVES, W., 1979, *Psychiatric Hospital Treatment for the 80's*, Lexington Press, Lexington.
- GLICK, I.D. *et al.*, 1978, Psychiatric follow-up studies: practical procedures and ethical concerns, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 166, 34-43.
- GOGNALONS-NICOLET, M. *et al.*, 1986, Historique de la démarche: à la recherche de l'objet crise in Andreoli, A., Lalive, J., Garrone, G., eds, *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, SIMEP, Paris.
- GOGNALONS-NICOLET, M., ANDREOLI, A., 1989, Évaluer la crise, *L'information psychiatrique*, n° 9, 892-899.
- JACOBSON, G.F., 1974, Programs and technics of crisis intervention in Arieti, *American Handbook of Psychiatry*, 2, 55.
- LANGSLEY, D.G., KAPLAN, D., 1968, *The treatment of Families in Crisis*, Grune and Stratton, New York.
- LEBART, L., MORINEAU, A., 1982, *SPAD, Système portable pour l'analyse des données*, CESIA, Paris.
- LEBOV, J., 1982, Models of evaluating services at community mental health centers, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 12.
- MUHLEBACH, A., GOGNALONS-NICOLET, M., ABENSUR, J., ANDREOLI, A., *Traitement de la crise et mortalité psychiatrique*, à paraître.
- SCOTT, R.D., 1973, The treatment barrier — Part 1 and 2, *British Journal of Medical Psychiatry*, 45-55 et 57-67.

**Evaluation of the Psycho-Social Follow-up of Severe Cases:
Problems and Methods of Crisis Treatment in Psychiatry****ABSTRACT**

In psychiatry, request to evaluate treatments are increasingly frequent. Based on a Geneva research project dealing with the evaluation of crisis treatment and its follow-up over a two-year period, the authors examine the various steps involved in the evaluation of treatment prescription and follow-up, from the theoretical and methodological points of view.