

L'intervention en situation de crise

Crisis intervention

Yves Lecomte et Yvon Lefebvre

Volume 11, numéro 2, novembre 1986

Politiques et modèles II (1) et La psychosomatique (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030352ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030352ar>

[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

Lecomte, Y. & Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 122–142. <https://doi.org/10.7202/030352ar>

Résumé de l'article

Cet article est une revue de la littérature extensive sur l'intervention de crise. Les auteurs explorent les fondements théoriques de cette approche et les évaluent grâce à une analyse approfondie des recherches sur ce sujet. Plus précisément, ils énoncent une définition de la crise, les classifient, explicitent son processus et décrivent comment se réalise une intervention en situation de crise. Dans la deuxième partie, ils examinent le phénomène de la dépendance et les facteurs déterminants au cours de ce processus. Ensuite, ils scrutent le postulat des facteurs précipitants pour déboucher, suite à sa critique, sur la nécessité de considérer les facteurs médiateurs comme variables explicatives de la résolution de la crise.

L'intervention en situation de crise

Yves Lecomte*
Yvon Lefebvre*

Cet article est une revue de littérature extensive sur l'intervention de crise. Les auteurs explorent les fondements théoriques de cette approche et les évaluent grâce à une analyse approfondie des recherches sur ce sujet. Plus précisément, ils énoncent une définition de la crise, les classifient, explicitent son processus et décrivent comment se réalise une intervention en situation de crise. Dans la deuxième partie, ils examinent le phénomène de la dépendance et les facteurs déterminants au cours de ce processus. Ensuite, ils scrutent le postulat des facteurs précipitants pour déboucher, suite à sa critique, sur la nécessité de considérer les facteurs médiateurs comme variables explicatives de la résolution de la crise.

«Solutions to human existential problems do not generally occur in classical psychotherapy, or in traditional mental health institutional framework, but rather occur in the broad stream of natural events which transpire in that locus that we loosely refer to as community, and it is the failures of this natural system which then accrue to psychiatry and the professional mental health system» (Levy, 1973, 26).

En 1944 paraît la première étude importante sur les réactions des individus à l'égard d'événements significatifs de leur vie provoquant une situation de crise. Il s'agit d'un article de Lindemann intitulé «Symptomatology and Management of Acute Grief» et portant sur les réactions de 101 personnes au deuil. L'auteur démontre que le deuil est un syndrome à symptomatologie spécifique qui se résout en une série d'étapes. Le processus s'étend sur une période relativement courte de quatre à six semaines. Si le dénouement de la crise ne se fait pas de façon satisfaisante, les résultats de l'étude montrent que des problèmes psychosomatiques ou psychiatriques peuvent apparaître.

Cet article suscite un intérêt immédiat¹. Il est à l'origine d'une longue série d'analyses sur l'impact de différents phénomènes naturels, sociaux, scolaires, ou autres sur les individus. Mentionnons, à titre

d'exemples, les analyses des réactions à une intervention chirurgicale (Janis, 1958), ou à des désastres naturels (Koons, 1946), ou provoquées chez l'étudiant par le passage du secondaire au collégial (Silber *et al.*, 1961), etc.².

Ces travaux donnent lieu à de nombreux efforts de théorisation, mais aucune tentative en ce sens ne réussit à présenter un schéma suffisamment global pour rallier tout le monde et donner lieu à une utilisation clinique extensive (Sifneos, 1960; Morley, 1964; Rapoport, 1962; Harris *et al.*, 1963; Forere, 1963; Miller et Iscoe, 1963). Le premier ouvrage qui représente un pas important en ce sens ne paraît qu'en 1964, année où Caplan publie *Principles of Preventive Psychiatry*.

Pendant les années 50 et 60, Caplan s'associe à Lindemann et effectue une série de travaux cliniques au Wellesley Human Relation Service dans la région de Boston (Lindemann, 1979). Il élabore à partir de cette expérience une théorie de l'intervention de crise dans le cadre de son schéma général des trois types de prévention: primaire, secondaire et tertiaire. Cette théorie connaît un succès immédiat³ car elle vient à point nommé. En effet, le gouvernement américain commence à implanter en 1965 des centres de santé mentale communautaires dont l'un des cinq objectifs essentiels est d'offrir des services de crise.

Les intervenants s'inspirent des idées de Caplan et cela fournit l'occasion d'expérimenter son appro-

* Yves Lecomte, m.p.s., est thérapeute au Centre de santé mentale, clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Luc et Yvon Lefebvre, Ph.d., est professeur au département des sciences de l'éducation à l'U.Q.A.M..

che auprès de diverses populations (Butcher et Maudal, 1976; Lieb *et al.*, 1973).

Par la suite, différents modèles d'intervention en situation de crise sont élaborés dont les trois principaux sont les suivants: le modèle du Benjamin Rush Center (Jacobson *et al.*, 1965; Jacobson, 1965; Morley, 1980), celui de Naomi Golan (1978) et celui de Aguilera et Messick (1976). Par ailleurs, les chercheurs raffinent le modèle de Caplan et le reformulent sans sortir de son cadre théorique homéostatique, sauf dans de rares exceptions⁴. Nous nous en tiendrons donc à ce courant théorique dans cet article. Dans un premier temps, nous présenterons les définitions et concepts de cette approche, de même que les types de crise qu'elle a permis d'identifier. Nous nous attarderons ensuite sur le processus même de la crise. Nous analyserons les trois modèles principaux de l'intervention de crise en nous guidant principalement sur celui du Benjamin Rush Center. Notre présentation débouchera sur une rétrospective critique des recherches réalisées pour déterminer les postulats soutenant les étapes significatives dans l'intervention de crise.

1. DÉFINITION ET CONCEPTS

Nous avons recensé diverses définitions de la crise⁵, mais celle de Caplan (1964) nous semble encore actuelle et pertinente. Selon lui, la crise est «une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème» (Caplan, 1964, 53).

Cette définition comprend trois concepts principaux: l'équilibre-déséquilibre, l'événement dangereux et les mécanismes de solution de problème. *L'équilibre-déséquilibre* désigne la relation de l'individu (physiologique) avec son environnement social et physique, relation qui fluctue plus ou moins selon les périodes de sa vie. Ce concept dérive de celui d'homéostasie, c'est-à-dire de la tendance chez l'individu au maintien d'un équilibre constant entre les processus corporels et environnementaux, de façon à assurer un fonctionnement optimal. *L'événement dangereux* est un événement qui menace l'équilibre psychologique de l'individu. Il peut sur-

venir dans son environnement physique (par exemple, un désastre naturel), dans sa vie sociale (par exemple, la perte d'un parent) ou dans sa vie biologique (par exemple, une maladie). *Les mécanismes de solution de problème ou d'adaptation*⁶ sont les façons conscientes et inconscientes par lesquelles un individu règle ses problèmes, protège et maintient sa sécurité et son équilibre (Puryear, 1979). Il y a deux façons de voir ces mécanismes (Lukton, 1974). Certains auteurs comme Stricker et Allgeyer (1967) les assimilent aux fonctions du moi. Ils les considèrent comme des mécanismes de défenses inconscients et conscients ou comme les fonctions adaptatives du moi déployées pour faire face au stress. D'autres les décrivent simplement comme les manières concrètes de faire face aux problèmes ou comme les modes de relations interpersonnelles (Puryear, 1979).

2. LES TYPES DE CRISE

Shneidman (1973) classe les crises à partir d'un postulat de temporalité selon lequel il y aurait trois moments clés où les crises se développent. *Les crises intratemporelles* surviennent à un moment particulier de la vie et font partie intégrante de ce cycle de vie. Elles sont contingentes⁷ et on peut les décrire comme des «crises émotives précipitées par une situation ou un ensemble de situations stressantes très chargées émotivement, et qui n'avaient pas été prévues» (Baldwin, 1977). La maladie et le deuil en constituent les meilleurs exemples.

Les crises inter-temporelles surviennent pendant une période de transition entre deux cycles importants de la vie et sont toujours caractérisées par l'abandon d'un stade de maturation et par l'adaptation à un nouveau stade. Ce sont les crises maturantes⁸ que nous pouvons décrire comme «un processus normal de la croissance et du développement qui se déroule sur une longue période de temps et exige de l'individu plusieurs changements caractériologiques» (adapté de Aguilera et Messick, 1976). Selon Rapoport (1967), il y a deux types de crise inter-temporelle. La première, appelée crise de développement, est de nature bio-psycho-sociale (par exemple la maternité) car c'est son aspect physiologique qui provoque des changements de rôles. La seconde, appelée crise de transition de

rôle, est, à l'inverse, socialement déterminée (par exemple la retraite).

Les crises a-temporelles surviennent indépendamment des moments de développement et du dénouement de ce développement. Elles sont intemporelles et souvent on ne peut les relier à un événement précis. Ce sont les *crises pathologiques* qui se manifestent dans la phase aiguë des épisodes névrotiques et psychotiques qui «mettent (ou semblent mettre) l'identité du sujet en danger et ouvrent (ou semblent ouvrir) la possibilité d'un changement de structure» (Ribstein *et al.*, 1981, 15). C'est une *métacrise*.

3. LE PROCESSUS DE LA CRISE

Le processus de la crise⁹ se divise en trois moments: une période antérieure à la crise, la période de crise et une période postérieure (cf. tableau 1). Chaque période se déroule en plusieurs étapes dont les modèles ont été progressivement élaborés au cours des ans par différents auteurs (Caplan, 1964; Shontz, 1965; Parad *et al.*, 1975; King, 1971; Dressler *et al.*, 1976; Golan, 1978; Puryear, 1979)¹⁰. Voyons un peu plus en détail les étapes de chacune de ces périodes.

TEMPS I

Le temps I caractérise le comportement dynamique d'une personne qui vit un état vulnérable. Cette période se divise en trois étapes comme l'indique le tableau 1. D'abord, se produit l'événement dangereux, puis la personne entre dans un état vulnérable et enfin un facteur déclenchant ajoute au stress initial. Ces étapes peuvent se dérouler selon deux séquences, l'une menant à un nouvel équilibre, l'autre menant à une crise¹¹.

a) L'événement dangereux

L'événement dangereux peut être de nature interne ou externe. Il provoque une série d'actions et de réactions qui représentent le point de départ d'un changement dans l'équilibre. Il menace la sécurité des personnes aux points de vue corporel, social (rôles et relations affectives) et psychique. Pour certains auteurs (Parad *et al.*, 1975; Paul, 1966; Jacobson *et al.*, 1968; 1969) cet événement est de nature objective. Pour d'autres (Harris *et al.*, 1963; Rapoport, 1965; Darbonne, 1968; Jacobson, 1980),

l'événement n'est dangereux que s'il est vécu comme tel par le sujet. Pour qu'il acquière une telle signification, il doit entretenir une relation symbolique avec des résidus d'un conflit antérieur ou avec d'anciennes menaces à des besoins instinctuels essentiels. L'événement déclenche ou réactive alors des conflits inconscients imparfaitement résolus, rendant par le fait même le sujet vulnérable à d'autres conflits.

b) L'état vulnérable

La personne réagit à cet événement en manifestant une certaine tension, immédiatement ou après un certain laps de temps. Le trouble ressenti diffère selon le type d'événement et la perception qu'en a l'individu. Une menace aux besoins instinctuels ou à l'intégrité psychique (estime de soi, rôle sexuel et maternage selon Strickler et La Sor, 1970) est ressentie avec angoisse. La perte d'une personne ou d'une aptitude physique ou intellectuelle entraîne des affects dépressifs. Enfin, un défi à la survie, à la croissance physique, émotive ou intellectuelle provoque une angoisse moyenne emmêlée d'espoir, d'excitation et d'attentes positives. La honte, la culpabilité, la colère, l'hostilité et une confusion cognitive et même perceptuelle peuvent venir compliquer le tableau (Rapoport, 1967).

Ainsi, cet état vulnérable représente la réaction subjective de l'individu au choc initial. Cette réaction comporte trois dimensions qui confèrent une signification personnelle à l'événement: l'appréciation, la réaction affective et l'élaboration cognitive. L'événement peut être apprécié comme une perte, une menace ou une attaque. Selon l'appréciation, l'affect provoqué est la tristesse, l'angoisse ou la colère. L'appréciation peut se faire sur la base de conflits inconscients antérieurs non résolus.

Deux séquences de réponses sont alors possibles. Dans la *séquence 1*, la tension du sujet s'élève et sa réponse à l'événement fait appel à un ou plusieurs de ses mécanismes de solution de problèmes (par exemple, attaquer ou fuir, confronter directement les autres). Si ces mécanismes se révèlent adéquats, le sujet surmonte l'obstacle et retourne à l'état d'équilibre.

Mais ces mécanismes peuvent s'avérer inadéquats. Pourquoi? Puryear (1979) mentionne cinq raisons: l'événement dangereux peut être trop grand

ou trop accablant; il peut prendre une signification personnelle qui le rend accablant; il peut se produire à un moment de vulnérabilité plus grande qu'à l'accoutumée; il peut survenir à un moment où les mécanismes habituels d'adaptation sont bloqués; enfin, la personne peut être surprise par un problème totalement inconnu à ce jour.

Dans la *deuxième séquence*, la faille dans les mécanismes d'adaptation se traduit par un accroissement de la tension et par un sentiment d'inefficacité. Morrice (1976) parle même à ce stade-ci de sentiment d'étrangeté, de confusion accompagnée d'une négation ou d'une fuite du problème. Le sujet mobilise alors ses réserves de ressources internes et externes et essaie des mécanismes jusqu'alors peu ou non utilisés, désignés sous le terme de mécanismes d'adaptation secondaires. À l'aide de ceux-ci, il se centre sur les aspects importants de son problème et le définit d'une nouvelle façon, rendant possible l'utilisation de mécanismes d'adaptation nouveaux ou modifiés. S'ils se révèlent adéquats, la personne retourne à l'état d'équilibre.

Mais si les mécanismes d'adaptation secondaires se révèlent à leur tour inadéquats, c'est-à-dire ne résolvent pas, ne changent pas ou même ne permettent pas la redéfinition du problème d'une façon acceptable, la tension continue à s'accroître et atteint un sommet associé à une désorganisation croissante du fonctionnement de l'individu. Des sentiments de dépression, d'impuissance et de désespoir peuvent surgir, accompagnés d'une régression des fonctions du moi à un niveau primitif et de comportements plus infantiles. C'est la régression, c'est-à-dire le recours à des façons plus infantiles ou précoces de faire face au monde: somatisation, déni. Morrice (1976) souligne que le sujet peut vivre de la colère ou de la culpabilité et que sa perception n'est plus centrée sur des préoccupations quotidiennes. Le sujet peut poser des gestes sans raison valable et le fonctionnement inadéquat accroît ses difficultés de concentration, et mène à un sentiment d'impuissance. Certains signes physiques et certains symptômes peuvent apparaître telles l'agitation, la fatigue, l'insomnie.

c) Facteur précipitant ou déclenchant

Ce facteur est le dernier d'une longue série d'événements qui ont provoqué l'accroissement progressif de la tension chez le sujet jusqu'à un sommet

intolérable. Il peut coïncider avec le choc dangereux initial ou être d'une autre nature. Même lorsqu'il n'est pas de nature à provoquer par lui-même beaucoup de stress, il suffit qu'il apparaisse pour déséquilibrer le sujet et le précipiter dans un état de crise.

Les événements déclencheurs n'ont donc pas tous le même potentiel de stress. Certains sont si stressants qu'ils produisent un déséquilibre maximal immédiat. Dans d'autres cas l'événement paraît à première vue contrôlé par la personne et son réseau social, mais comme il s'ajoute à d'autres événements stressants, il peut entraîner un affaiblissement du mécanisme d'adaptation.

TEMPS 2

Cette étape de crise active ou aiguë décrit la condition subjective de l'individu une fois que les mécanismes homéostatiques se sont effondrés et que le déséquilibre s'est installé. Elle se déroule selon deux périodes: l'une de désorganisation, l'autre de réorganisation.

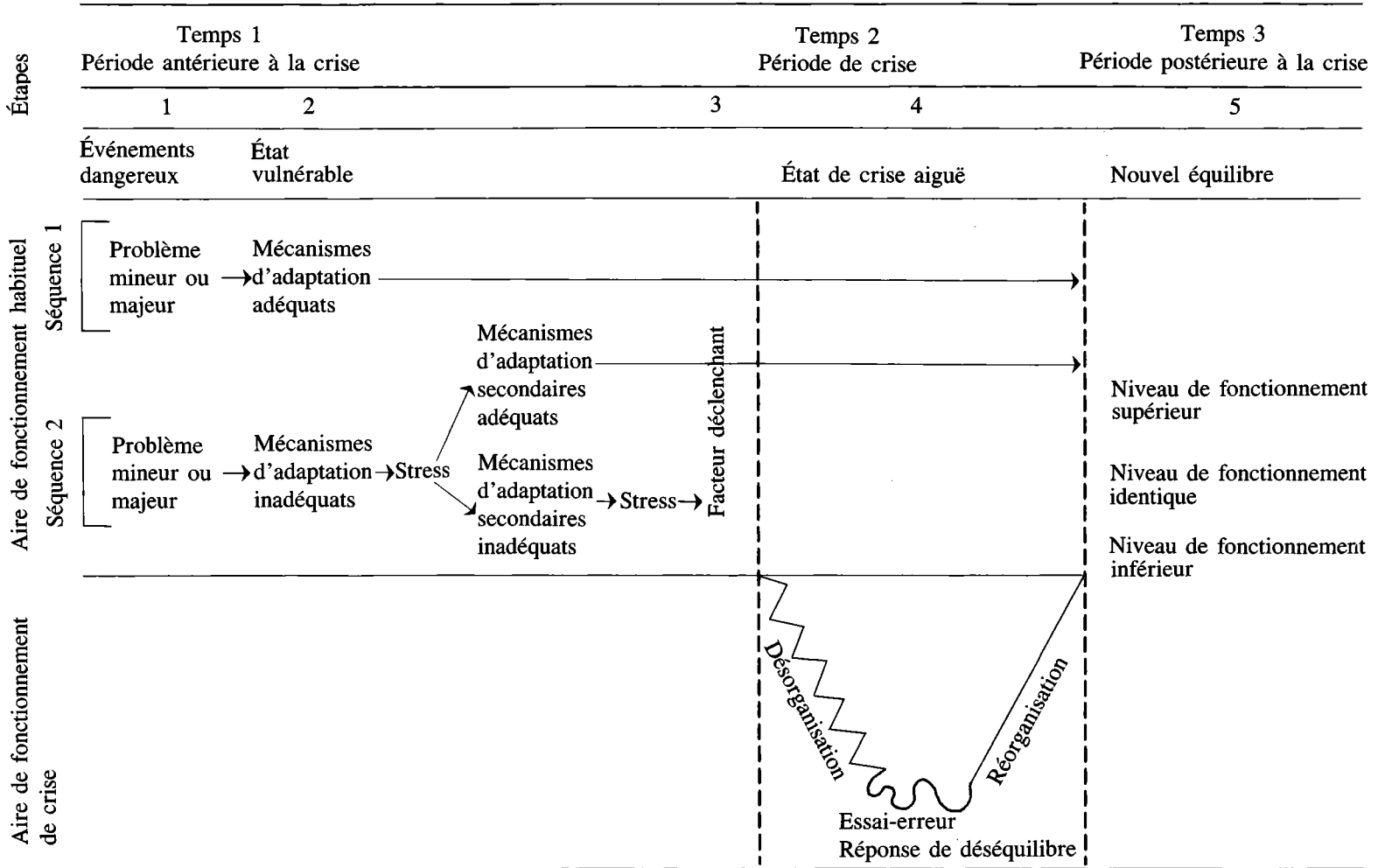
Désorganisation

L'individu ne peut plus faire appel à ses mécanismes d'adaptation. Il est désorganisé. Son champ perceptuel est complètement envahi par son problème, ce qui entrave son fonctionnement. Il éprouve des sentiments d'angoisse, de peur, de culpabilité, de dépression et d'impuissance. Il a des symptômes somatiques (maux de tête, ulcères). Son sentiment d'impuissance le fait s'agiter et se traduit par un comportement moteur improductif (conduites dangereuses, alcool, etc.) dans le but de décharger sa tension. Ou encore ce sentiment le paralyse et le rend apathique. Ainsi, des troubles physiques, des troubles de l'humeur, des troubles mentaux se manifestent, accompagnés d'un fort sentiment d'inconfort dont le sujet cherche à se soulager à tout prix. Selon Kardener (1975), l'individu est alors dans un état de régression émotive qui lui fait avoir une perception infantile des solutions possibles.

Réorganisation

Toutefois, cet état de crise ne dure que de quatre à six semaines car il est inconciliable avec la vie. Cette réorganisation se fait à travers différentes étapes. En premier, la perception cognitive se modifie en ramenant le problème à des dimensions

TABLEAU 1
Processus de la crise¹



1. Adapté de Parad *et al.* (1975), Puryear (1979) et Golan (1978).

conscientes acceptables. Cette étape est le fruit des efforts que fait l'individu pour accroître sa connaissance et sa compréhension de ce qui est arrivé, objectivement et subjectivement. Par la suite, il devient capable de maîtriser ses affects, c'est-à-dire d'accepter les affects associés aux éléments de la situation de crise et de s'en libérer. Il développe de nouveaux modes d'adaptation dont la recherche active d'aide. Progressivement, l'individu accroit ses sentiments de maîtrise et d'estime de soi et les projette sur autrui, ce qui entraîne des réactions positives de l'entourage qui accroissent en retour l'estime de soi et les efforts pour s'adapter à la nouvelle situation. Donc, à l'aide de comportements d'essai et d'erreur, une solution émerge et mène à la résolution de la crise.

TEMPS 3

C'est l'étape du retour à un nouvel équilibre. La résolution de la crise peut être complète ou incomplète mais, de toute façon, l'état de grande tension et de désorganisation est maintenant terminé. L'individu a réussi à accomplir certaines tâches psychologiques, à maîtriser ses sentiments négatifs et à faire preuve d'habileté face à cette situation.

Trois issues sont possibles. Si aucune résolution satisfaisante n'a pris place, la crise mène à un niveau inférieur de compétence sociale, et l'individu risque d'être précipité dans un état de désorganisation majeur lors d'une nouvelle crise. C'est le niveau de fonctionnement inférieur. La deuxième possibilité est celle du fonctionnement identique. L'individu a résolu de façon satisfaisante la crise et en a fait une expérience émotive enrichissante. Il retrouve son niveau de fonctionnement antérieur à la crise. Mais, il a peut-être amélioré son équilibre et transformé la crise en une très grande expérience pour atteindre un niveau de fonctionnement supérieur (la troisième issue).

Ainsi, la crise représente une occasion de croissance ou de détérioration psychologique comme le signifient les caractères chinois désignant le mot crise, qui combinent les symboles pictographiques d'opportunité de croissance et de danger. En l'occurrence, le danger consiste à résoudre la crise par un compromis inadéquat grâce à une manœuvre névrotique, transformant ainsi la crise en un état latent qui pourra éventuellement ressurgir à l'occasion d'un nouvel événement dangereux.

Quels facteurs influencent la résolution d'une crise? Nous pouvons identifier les ressources personnelles, situationnelles et les contraintes. Les ressources personnelles sont la structure de la personnalité, les habiletés d'adaptation innées ou acquises, certains attributs tels l'insight, le contrôle de soi, l'habileté à évaluer adéquatement les situations et à choisir une réponse adéquate qui mène à l'adaptation. Les ressources situationnelles sont les ressources des personnes de l'entourage. Les contraintes sont internes ou externes. Dans le premier cas, il s'agit de valeurs personnelles, d'attentes, d'aspects du concept de soi qui prédisposent la personne à répondre à une situation stressante par certains comportements. Les contraintes externes sont les facteurs sociaux (Caplan, 1964; Dressler *et al.*, 1976; Morrice, 1976).

L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

L'intervention en situation de crise est une approche psychosociale qui s'appuie sur les postulats et les observations cliniques que nous venons de voir. Son but est de résoudre la crise et de restaurer assez rapidement, soit en quatre à six semaines, le fonctionnement antérieur et, si possible, de l'améliorer (Baldwin, 1977; Jacobson, 1979, 1980).

Il y a quatre types d'intervention possibles. Elles requièrent, à mesure qu'on se dirige vers la quatrième, de plus en plus d'aptitudes et de connaissances psychodynamiques. Nous verrons successivement l'intervention de soutien, l'intervention directe dans le milieu de crise, l'intervention préventive et l'intervention de crise individuelle (Jacobson, 1968, 1979; Baldwin, 1977; Morley, 1980; Langsley, 1981).

L'intervention de soutien

Cette forme d'intervention convient très bien aux aidants naturels (Guay, 1984) car elle ne demande aucune formation thérapeutique spécifique. Elle est cependant émotivement exigeante. En effet, ces aidants doivent encourager l'expression d'affects tout en la maintenant à l'intérieur de limites acceptables pour eux et pour le client. De plus, ils doivent l'aider à clarifier certains problèmes et à construire des barrières protectrices. Leur outil est l'écoute attentive, mais dans le cadre d'un retrait

émotif. Finalement, l'aidant peut demander l'intervention d'un organisme ou d'un professionnel s'il juge que cela s'avère nécessaire.

L'intervention directe dans le milieu

Cette forme d'intervention nécessite l'évaluation des facteurs précipitants de la crise et de la possibilité d'agir sur ces facteurs. L'aidant informe, réfère, renseigne ou entreprend une action administrative selon les besoins (par exemple, discuter avec le propriétaire qui veut mettre à la porte un locataire).

L'intervention préventive

Cette intervention consiste à prévoir les modèles de réponses adaptés et inadaptés des individus à des événements qui représenteront une crise (par exemple, le mariage, la retraite, etc.) (Williams, 1979). Elle postule qu'une réponse adaptée peut être enseignée avant que l'événement ne se produise. Cette forme d'aide ne nécessite pas une connaissance psychodynamique mais plutôt une connaissance des types de danger qui occasionnent des crises et des manières de s'y adapter. Elle peut être apportée par des groupes d'entraide tels que les Alcooliques Anonymes. Il s'agit d'encourager les personnes à avoir un comportement adapté, de fournir du soutien, d'agir sur l'environnement et de savoir donner des conseils par anticipation (par exemple, les cours de préparation à la retraite, au mariage, etc.).

L'intervention individuelle

Cette intervention requiert une connaissance approfondie de la psychodynamique et de la psychopathologie. Elle nécessite une évaluation individuelle des facteurs précipitants et de l'environnement et la formulation d'un plan d'intervention conforme à cette évaluation.

Un examen de la littérature nous a permis d'identifier trois modèles dans ce type d'intervention: celui du Benjamin Rush Center (Jacobson *et al.*, 1965; Jacobson, 1965; Morley, 1980); celui de Aguilera et de Messick (1976), et, enfin, celui de Naomi Golan (1978). Pour les besoins de cet article, nous regrouperons sous les *six étapes du modèle du Benjamin Rush Center* les étapes des autres modèles.

Le Benjamin Rush Center, situé à Los Angeles, est un centre d'intervention de crise qui fonctionne depuis janvier 1962. Toute personne qui s'y présente n'attend pas plus de quelques heures pour y

être évaluée et l'intervention proprement dite débute dans la semaine qui suit. Un maximum de six visites de 45 à 50 minutes chacune, étalées sur une période de six semaines, est prévu. En 15 ans, la moyenne des visites a été de 4,4 pour un total de 15,000 personnes. Le thérapeute se centre sur le problème qui occasionne la consultation. Il évite l'hospitalisation (seulement 5% des patients l'ont été en 15 ans) et le modèle médical de soins. Le centre est ouvert 24 heures sur 24 et réussit à n'avoir aucune liste d'attente. L'intervention est individuelle, de groupe ou familiale. Après l'intervention, si le besoin s'en fait sentir, la personne est référée à un autre organisme (cela s'est produit dans 25% des cas). On prescrit des médicaments pour prévenir les décompensations psychotiques et pour atténuer l'angoisse ou les sentiments dépressifs.

Nous nous attarderons maintenant à décrire les six étapes d'intervention de ce modèle.

a) Évaluation de la dangerosité

Cette étape consiste à évaluer le risque suicidaire ou homicidaire. S'il existe, il faut évaluer le degré de dangerosité et la possibilité de passage à l'acte.

b) Évaluation du facteur précipitant

Le facteur précipitant la crise n'est habituellement *pas facile à identifier*. Il peut provenir de toute sphère de la vie sociale ou encore, de la vie intrapsychique (Kardener, 1975). La personne qui se présente éprouve certains sentiments comme le trouble, l'impuissance ou même le désespoir mais elle peut être inconsciente de la nature des événements qui l'ont mise dans cet état et provoqué sa demande d'aide.

Il est important d'identifier le facteur déclenchant sinon le thérapeute ne peut évaluer le degré d'atteinte et savoir s'il est ou non en face d'un processus psychopathologique à long terme. Pour y arriver, il doit d'abord analyser l'événement qui a précédé la demande d'aide (par téléphone ou par contact direct), et poursuivre sa recherche dans le temps jusqu'à ce qu'il connaisse la nature de l'équilibre pré-existant et les changements qui ont provoqué la crise. Habituellement, l'événement est survenu pendant les deux semaines précédant la crise mais il peut arriver qu'il date de quelques semaines ou de quelques mois. Parfois, le thérapeute

découvre non pas un événement mais plusieurs qui ont produit une réaction de chaîne, une résolution temporaire de la crise ayant créé de nouveaux problèmes. Le découpage dans le temps dépend beaucoup du thérapeute: comme chaque événement de vie est influencé par le précédent, l'identification du moment où se sont produits les changements significatifs peut être un *peu arbitraire*.

En plus, le thérapeute essaie de comprendre la signification dynamique et symbolique de l'événement pour le sujet afin de savoir pourquoi et comment il a constitué un danger pour lui. En général, cet événement représente une perte réelle ou potentielle d'un objet auquel le sujet tenait.

c) Identification de l'aire d'impact

Le thérapeute se demande maintenant pourquoi le facteur précipitant a provoqué une crise, et la raison pour laquelle il n'a pu être contré par les mécanismes d'adaptation du sujet. Pour répondre à ces questions, il analyse l'état antérieur et actuel du sujet: son apparence et son comportement, le contenu de sa pensée, son état émotif, ses ressources personnelles de résolution de problème et sa personnalité, le soutien situationnel possible. Il pourra ainsi identifier les aires de fonctionnement qui ont été atteints par la crise. Signalons qu'à ces trois étapes identifiées par le Benjamin Rush Center correspondent la première phase de Golan et l'étape de l'évaluation de l'individu de Aguilera et Messick.

d) Formulation de la crise

À ce stade-ci, le thérapeute formule à la personne d'une façon compréhensible ce qui lui arrive. Cette formulation inclut l'identification des facteurs précipitants, la signification de ceux-ci pour le client, ses mécanismes d'adaptation disponibles, les raisons pour lesquelles d'autres ne sont plus disponibles, et l'exploration de ceux qui pourraient être développés. Par après, *le thérapeute élabore une stratégie d'action et propose un contrat* pour les prochaines rencontres tout en suggérant de nouvelles solutions à la crise. Cette formulation correspond à la deuxième étape de Golan et aux étapes de planification et d'intervention de Aguilera et Messick.

e) Le contrat

Dans les rencontres subséquentes, en fonction du contrat qui encadre et stimule le sujet, le thérapeute

travaille sur les aspects émotifs de la crise et sur les mécanismes d'adaptation. Il aide le client à ressentir les sentiments sous-jacents à sa crise, par exemple les sentiments de culpabilité ou de colère qui sont à la source de sa dépression, et il l'aide à les exprimer d'une manière réaliste. En outre, il encourage le sujet à développer et à essayer de nouveaux mécanismes d'adaptation. Par exemple, il pourra suggérer au sujet de rencontrer une nouvelle personne quand une relation affective a été brisée, ou il le référera à un autre organisme pour être aidé ou informé. Cette étape ressemble à la troisième étape identifiée par Golan et par Aguilera et Messick.

f) Résumé et planification

La dernière étape de l'intervention sert à récapituler les étapes qui ont mené à la crise et celles qui ont permis d'en sortir. Le thérapeute tente aussi de planifier les semaines et les mois qui suivront, c'est-à-dire de montrer au sujet comment il pourra affronter de nouvelles situations dangereuses, afin que les nouvelles habiletés acquises et les nouvelles prises de conscience puissent être efficaces dans la prévention de nouvelles crises. Cette étape correspond à l'étape de planification anticipée décrite par Aguilera et Messick.

En résumé, ce traitement réussit si le sujet acquiert une compréhension cognitive de la crise, s'il reconnaît les affects sous-jacents, s'il arrive à une nouvelle adaptation et s'il parvient à planifier la fin de son traitement (Jacobson, 1979).

5. REGARDS CRITIQUES

Comme nous venons de le voir, les tenants de l'intervention de crise appuient leur démarche sur des énoncés bio-psychosociaux fondés empiriquement selon eux. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas, comme nous le verrons dans cette dernière partie, où nous soulèverons quelques questions critiques sur ces énoncés¹².

L'INTERPRÉTATION DE LA CRISE ET LE POUVOIR RÉEL DES INTERVENANTS

a) La dépendance

Plusieurs auteurs¹³ insistent sur les aspects positifs de la disponibilité des personnes en crise à rece-

voir de l'aide, en raison d'une vulnérabilité souvent inhabituelle qui les rend dépendantes et ouvertes aux suggestions de l'entourage et des intervenants.

Cette vulnérabilité laisse en contre-partie aux intervenants un pouvoir temporaire sur l'analyse des causes et des moyens pour remédier à la situation.

Ce pouvoir temporaire peut parfois être exercé de façon très arbitraire, tendancieuse, surtout lorsque le client demande de l'aide à un groupe d'intervenants qui défend une alternative thérapeutique dogmatique, qui ne s'appuie pas sur une connaissance formative telle l'intervention de crise auprès de groupes et d'individus de milieux socio-économiques et culturels hétérogènes (Schwartz, 1971, 501-502).

Le court laps de temps durant lequel l'intervention peut s'effectuer amène les intervenants à reconstruire la réalité à leur façon ou à ne tenir compte que des événements qu'ils considèrent utiles pour expliquer la crise.

Certaines études (souvent parcellaires) ont tenté d'évaluer le bien-fondé de cette emprise du ou des thérapeutes durant la crise.

Pour certaines, qu'il y ait intervention ou non, cela ne change pas grand-chose, puisque la crise (même dans des cas sévères de dépression) se résoud d'elle-même et que le patient retrouve spontanément (sans traitement, ni médicament) sur une période de deux à six semaines son équilibre antérieur. Gottschalk *et al.* (1967, 1968, 1973) s'appuient sur Caplan ou sur d'autres études comme celle de Klerman et Cole (1965) pour confirmer cette option. Cependant, leurs principaux résultats à l'appui de cette hypothèse proviennent d'un échantillon (n=68) quelque peu biaisé puisque 38% (24/68) des individus de l'échantillon initialement constitué n'y sont plus lors de l'analyse des résultats; la majorité (17/68 = 25%) d'entre eux parce qu'ils n'ont pas accepté la décision des psychiatres thérapeutes de les diriger vers un groupe thérapeutique qui ne convenait pas à leurs besoins.

D'autres chercheurs¹⁴ soulèvent l'importance dans la réhabilitation de la capacité des intervenants à comprendre et à répondre aux besoins de la personne en crise lorsqu'elle dépend d'eux. De fait, si une intervention de crise comme celle de Gottschalk n'a pas donné les résultats escomptés, ce n'est peut-être pas tant à cause de sa non-pertinence qu'au

fait qu'elle n'a su répondre dès le départ aux besoins des personnes en demande d'aide.

La majorité des études¹⁵ reconnaissent les bienfaits préventifs, adaptatifs ou/et curatifs de l'intervention de crise, sous une forme ou une autre¹⁶, auprès d'individus avec antécédents psychiatriques ou non. Cependant, le constat général de l'utilité de l'intervention de crise pour prévenir ou réduire les admissions hospitalières laisse en suspens le rôle exact que joue le thérapeute auprès de différents groupes d'individus.

b) Les facteurs déterminants de la crise

Les facteurs les plus souvent mentionnés pour expliquer la résorption positive de la crise recourent des aspects du pré-traitement, du traitement ou du post-traitement.

• Le pré-traitement

Dans le pré-traitement, les facteurs significatifs les plus observés sont socio-démographiques, psychosociaux ou psychopathologiques.

• Les facteurs socio-démographiques

Certains disent que, pour un individu en crise, provenir d'un milieu socio-économiquement faible a beaucoup plus d'impact que l'intervention elle-même sur les résultats de l'intervention. Aux États-Unis, l'intervention de crise visait à ses débuts à combler l'inadéquation et l'inefficacité des services psychiatriques traditionnels auprès des populations les plus démunies et les plus délaissées par les services de santé privé et public¹⁷, objectif atteint selon Gottschalk *et al.* (1967) et Swartzburg et Schwartz (1976). Mais pour Luborsky *et al.*, (1971, 1975) et Myers *et al.* (1975), ce type d'intervention est plus appropriée pour des gens scolarisés et mieux nantis. Enfin, un troisième groupe de chercheurs¹⁸ croit que ce facteur n'exerce pas une influence significative compte tenu du poids statistique de ce facteur dans les résultats obtenus dans leurs recherches et analyses.

• Les facteurs psychosociaux

D'un point de vue psychosocial, on constate que la sensibilisation aux relations humaines¹⁹, la disponibilité d'amis, le soutien social fiable et stable²⁰, l'habitude d'affronter le stress et d'y remédier

quotidiennement²¹ par une plus grande capacité à identifier les éléments perturbateurs de son équilibre, sont des caractéristiques qui jouent un rôle beaucoup plus déterminant que l'intervention dans le dénouement de la crise. Ces dispositions psychosociales réduisent de façon importante la vulnérabilité du sujet à d'éventuels événements perturbateurs ou la probabilité que ne se développent des dépressions nerveuses répétitives.

• **Les facteurs psychiatriques (prémorbidité)**

La vulnérabilité de certains sujets en crise est si grande qu'elle prédétermine les résultats de l'intervention, et rend l'objectif de développer de nouveaux mécanismes d'adaptation difficilement réalisable, vu les antécédents psychiatriques de ces personnes ou l'état de morbidité mentale qui existe dans leur famille.

L'analyse des données conduit à affirmer que le meilleur prédicteur de la condition mentale de la personne après l'intervention de crise est le résultat obtenu à un test ou à une évaluation de sa morbidité mentale avant la crise²². Ainsi, les individus diagnostiqués comme psychotique (schizophrène en particulier), névrosé, ayant des troubles de personnalité, des désordres de caractère, des idées suicidaires ou ayant tenté de se suicider, et qui mènent des vies désorganisées ne profitent pas de l'intervention de crise, car les évaluations post-crise démontrent de façon manifeste que leur réhospitalisation sur un court laps de temps (30 jours) est nécessaire après l'intervention de crise.

Par contre, d'après certaines analyses, l'état de la tension et/ou de la pathologie mentale dans la famille est beaucoup plus déterminant que la prémorbidité de la personne en crise sur l'impact de l'intervention, même auprès des individus très handicapés mentalement²³.

Cette dernière position sur la morbidité mentale familiale nous renvoie à l'environnement et au support social disponible dans le milieu où vit quotidiennement l'individu.

Envisager l'intervention de crise, sans considérer l'environnement dans lequel s'inscrit quotidiennement l'individu apparaît pour plusieurs comme une prise en charge tout à fait stérile.

La discontinuité ou la rupture psychosociale (que peut(vent) favoriser l'encadrement passager des intervenants de crise ou/et le vécu de la crise elle-

même) peut à moyen terme (post-crise), augmenter le risque de morbidité mentale. Des mesures suffisantes et adéquates dans l'environnement immédiat des personnes vulnérables doivent leur permettre de se retrouver dans un réseau de relations significatives et significatives pour parvenir à un état de stabilisation.

Plusieurs études vont même jusqu'à soutenir que le *post-traitement à l'intervention de crise devient aussi déterminant, sinon plus*, que la période proprement dite de l'intervention où la personne vit pleinement la vulnérabilité passagère.

• **Le post-traitement**

À ce titre, la solution véritable à la crise serait liée à la possibilité de retrouver *la tolérance, l'acceptation et le support social* dans les rapports que peut vivre l'individu avec son environnement²⁴, ou de disposer de ressources compensatoires suffisantes pour permettre l'intégration sociale²⁵: l'intégration sociale signifiant pour les uns²⁶ la possibilité de se retrouver dans des rôles sociaux véritablement valorisés dans notre société (par exemple reprendre ou trouver un travail intéressant, l'utilité parentale ou/et relationnelle reconnue(s) par les autres, conjoint(e)...) et, pour d'autres, une conversion des symptômes en des formes de déviance sociale plus acceptables dans l'environnement (par exemple devenir chômeur, avoir des problèmes financiers, une irritabilité passagère, avoir certaines peurs plus normalisées, vivre certaines difficultés conjugales...) ²⁷.

L'intervention n'est valable que si elle continue après l'intervention de crise proprement dite, sous forme d'encadrement psychosocial ou de traitement psychothérapeutique²⁸.

Mais quelle valeur peut-on accorder à l'approche thérapeutique durant la crise, quels sont les facteurs qui semblent les plus déterminants durant l'intervention de crise pour justifier les résultats satisfaisants (retour à l'équilibre antérieur, croissance personnelle, meilleur équilibre qu'auparavant...)?

Voyons succinctement les éléments liés à la période intensive d'intervention le plus souvent relevés pour expliquer les résultats obtenus par l'intervention de crise.

• **Le traitement: éléments clés**

Même si certaines études²⁹ relèvent le rôle déterminant de la médication, particulièrement auprès des populations les plus lourdement atteintes, on ne peut en parler comme d'une dimension prédictive de l'efficacité de l'intervention de crise.

Il en est de même du modèle thérapeutique auquel on se réfère pour expliquer les résultats obtenus. On parle tantôt de thérapie familiale³⁰, tantôt de thérapie comportementale agressive³¹, mais de l'ensemble des études évaluatives, ressortent surtout les modalités d'application de l'intervention de crise plutôt que la démonstration de l'efficacité d'un modèle thérapeutique en particulier³².

Les modalités significatives les plus souvent mentionnées dans les résultats positifs sont: a) *la rapidité avec laquelle on réagit à la demande de l'individu en crise*. Nombre d'études³³ insistent sur l'importance de ce facteur et il semble y avoir un *commun accord* sur le constat de son impact. Seules quelques analyses semblent le mettre en doute (par exemple Parad et Parad, 1968; Calsyn *et al.*, 1977); b) *La nécessité que l'intervention de crise se fasse à l'intérieur de services intégrés*, qui se pratiquent de préférence dans la communauté (et non à l'hôpital) et à l'intérieur d'une équipe pluri et interdisciplinaire qui travaille en collaboration (sans compétition professionnelle hiérarchique);³⁴ c) *La compréhension et le support de l'entourage*³⁵ *quotidien dans la communauté*, des intervenants^{36 37} ou du groupe d'individus au prise avec des problèmes similaires³⁸, sont aussi souvent relevés. Le support de l'entourage s'exerce surtout dans le sens de l'identification au groupe, grâce à la similarité des problèmes vécus par les personnes; par la cohésion du groupe qui décourage la régression et l'abandon durant l'intervention; et par les liens qui se créent entre certains individus du groupe pendant et après la période de crise, et qui permettent la prise de conscience qu'il est possible de se sortir de cette étape de crise plus mature et moins vulnérable qu'auparavant. En ce sens, les effets de la crise sont perçus et vécus comme une opportunité de croissance plutôt qu'un échec face à des événements précipitants imprévisibles.

L'IDENTIFICATION DES ÉVÉNEMENTS PRÉCIPITANTS

L'importance des événements précipitants dans l'intervention de crise soulève de nombreuses questions qui n'ont pas encore été résolues. De plus, elle n'a pas été démontrée aussi clairement que semblent le laisser entendre les premiers concepteurs de l'intervention de crise. L'analyse des faits conduit à parler beaucoup plus d'une question de foi chez les intervenants que d'un fait scientifiquement démontré³⁹.

Le postulat qu'il y a un lien de causalité entre l'identification des événements précédant une crise et l'apparition de cette crise demeure fortement remis en question, principalement pour les raisons suivantes.

Le degré de corrélation établi entre les événements précipitants et la crise ou l'apparition d'un comportement dépressif s'avère plutôt faible: entre .16 et .36 auprès de la population en général (Rahe, 1979, 9); de .22 à .36 auprès de marins norvégiens et américains (Rahe, 1979, 7) et de .34 auprès de la population de New York (Myers, 1975, 424). En fait, peu importe les auteurs qui ont analysé les relations établies entre ces deux variables, de façon générale, les événements précipitants ne réussissent à expliquer au maximum que .10 de la crise ou de la situation dépressive⁴⁰ sur la multiplicité des autres facteurs qui peuvent être reliés à la naissance d'une crise ou d'une dépression.

a) La fidélité de l'information recueillie (la contamination)

Jusqu'à quel point peut-on se fier à l'information recueillie auprès d'individus vivant ou ayant vécu une crise? Certains⁴¹ prétendent que l'on tend à confondre la mémoire des faits avec la fidélité des faits. L'observation rigoureuse des comportements des répondants montre que la constance des répondants sur de courtes périodes (6 semaines) est très faible (entre 20 et 60% des mêmes événements sont mentionnés à la fois dans les deux compte rendus des événements)⁴², et ce que les individus rapportent sur les événements est loin d'être confirmé par leurs proches parents ou amis⁴³. Brown (1974, p. 218-219 et 237) parle entre autres de contamination, directe et indirecte, due à une déformation des faits pour expliquer sa défaillance, ou à une certaine tendance chez les individus (particulièrement

les personnes anxieuses ou trop centrées sur leur santé physique et/ou mentale) à rapporter plus d'événements et à y prêter un intérêt inapproprié quant à leur impact véritable sur leur santé. Dans ce dernier cas (les personnes anxieuses), une relation de causalité entre les événements et la situation de crise est établie parce qu'il y a une corrélation (ce que ne permettent pas les lois statistiques: Wershow et Reinhart, 1974) alors qu'en réalité, la véritable cause provient de l'état d'anxiété de la personne qui influence mutuellement le nombre d'événements mentionnés dans l'état de crise ou la détresse observée.

Ceux qui s'intéressent à cette question ont tenté, par différentes méthodes, de contrôler le subjectivisme des informateurs et des observateurs afin de déterminer véritablement le rapport entre les événements qui précèdent la crise et la détresse vécue durant la crise. Ces tentatives ont amené les chercheurs à considérer davantage la nature des événements dont il est question, l'origine et le contexte de l'identification des événements (autant auprès des observateurs que des victimes de la détresse) et la nature des rapports existant entre les événements et la détresse, peu importe la corrélation établie entre les événements évalués et la détresse identifiée.

b) La nature des événements

On remet de plus en plus en question le besoin de circonscrire l'ensemble des événements qui se sont produits antérieurement à la crise pour l'expliquer. Des chercheurs comme Rahe, Holmes, Myers et bien d'autres ont expérimenté cette voie. La nature des données recueillies (souvent épidémiologiques) n'a pas permis de comprendre la dynamique de la relation événements-crise-détresse, ni d'établir la spécificité de la relation et de l'orientation de sa causalité entre les événements et la crise⁴⁴.

On insiste maintenant sur la qualité des événements mentionnés, sur leur signification pour l'individu qui les vit, et sur l'environnement socio-culturel quotidien. S'agit-il d'événements imposés par des circonstances extérieures à la personne ou provenant de sa propre initiative⁴⁵?, d'événements qui sont vécus comme désirables ou indésirables par l'individu et/ou l'environnement⁴⁶?, d'événements récents (de 3 semaines à 6 mois) ou très éloignés

(1 an et plus) dans la vie du sujet⁴⁷?, d'événements qui représentent un véritable changement des habitudes de la personne, d'événements qui exigent d'elle une modification fondamentale de son équilibre dans les rapports avec son environnement quotidien? d'événements qui représentent un danger, une menace véritable d'après l'individu et/ou l'environnement?

La majorité des études réalisées depuis les années 70 tendent à reconnaître une influence plus déterminante à la nécessité d'un changement non désiré par la personne que provoquent les événements vécus récemment et, surtout, à la menace⁴⁸ qu'ils constituent pour son intégrité physique et mentale, en équilibre fragile avec son environnement socio-culturel (son univers d'appartenance et d'identification).

Cette perspective débouche en fait sur la nécessité de tenir compte de facteurs médiateurs entre les événements identifiés et la détresse.

c) Les facteurs médiateurs (variables intermédiaires)

La menace ou le danger à l'intégrité personnelle est une réalité très relative où s'entremêlent les conditions objectives dans lesquelles vit l'individu, et le sens qu'il peut donner aux événements qui se produisent dans son environnement.

En tenant compte d'indicateurs relativement objectifs, on peut parler d'un *seuil de résistance général d'une population, ou spécifique* à une catégorie d'individus *face aux événements* susceptibles de se produire dans la vie quotidienne. Cela donne une idée des dangers qui menacent la personne dans son environnement (facteurs de risque ou risques relatifs)⁴⁹ mais cela ne permet pas de prédire la précipitation vers la crise, la détresse ou la dépression. La majorité des personnes placées dans ces mêmes conditions ne se retrouvent pas en situation de crise ou de détresse psychosociale.

Il y a plus: une étude que nous avons réalisée⁵⁰ sur le territoire de l'Île de Montréal nous a permis de constater que les symptômes de détresse devant les événements peuvent être pour les uns une source de réalisation de soi alors que pour d'autres, qui vivent les mêmes événements dans des conditions matérielles et socio-culturelles équivalentes, il s'agit de contraintes d'épuisement qui les conduisent vers des crises ou des dépressions répétées.

Il y a donc des facteurs médiateurs qui interviennent entre les événements et la crise, lesquels peuvent expliquer, tout autant, sinon plus que les événements en soi, la précipitation vers la crise.

Les facteurs médiateurs isolés méthodiquement (et non à partir des impressions ou des opinions des uns ou des autres sur le sujet) et mentionnés le plus souvent, recourent les dimensions liées à la personnalité de l'individu, les facteurs économico-culturels et psychosociaux.

Autrement dit, il faut tenir compte des facteurs subjectifs (intrapyschiques) et objectifs (environnementaux); dimensions qui semblent passablement négligées par les intervenants de la crise. Ceux-ci ont en effet une forte tendance à personnaliser⁵¹ la situation de crise devant l'urgence de la situation, et à *négliger la dynamique* dans laquelle s'inscrit véritablement la situation de crise, soit le rapport *individu-environnement et d'interaction entre ces environnements*.

Le réseau d'intervention de crise fait lui-même partie de la dynamique, malgré la neutralité qu'il tend parfois à se donner en réduisant le problème à la mesure de l'individu en crise ou/et au rapport entre l'intervenant et l'individu en crise⁵².

Le concept clé qui semble catalyser présentement les différents points de vue sur l'importance des facteurs médiateurs est la *vulnérabilité de l'individu*. Ce concept recouvre les dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle avec une prédominance très nette d'une seule dimension chez les uns ou la présence interactive et dynamique de toutes ces dimensions ou d'au moins deux chez les autres.

Aborder la vulnérabilité de l'individu pour certains auteurs conduit à parler différemment des rapports entre événements et crise, selon qu'on se situe sur un *continuum normalité-anxiété-dépression-névrose-psychose* et selon la *gravité* (menace-danger) de l'événement qui s'est produit. Cette gravité est mesurée à partir de critères qui tentent de contrôler les biais d'interprétation respectifs des victimes de la crise, des chercheurs et de l'environnement immédiat ou éloigné des victimes⁵³ pour parler le plus objectivement possible des facteurs de risque, selon la vulnérabilité des individus.

Si les événements véritablement menaçants semblent être les mêmes pour tous, peu importe

l'endroit sur le continuum précité, il semble que la quantité d'événements mentionnés, la signification et l'impact des événements ne soient pas les mêmes pour tous. Ainsi, il apparaît que les dépressifs et les individus identifiés comme névrosés relèvent beaucoup plus d'événements indésirables qui ont précédé la crise⁵⁴, que ce soit en terme quantitatif ou qualitatif, comparativement à toutes les autres catégories (schizophrènes, anxieux, normaux) établies. Ces événements jouent un rôle plus grand que la simple relation cause-effet avec apparition de symptômes, en raison d'une signification bien spécifique que prêtent les dépressifs et les névrosés aux événements menaçants. Ceci favorise même la formation de symptômes spécifiques à leur état de détresse⁵⁵.

Il y a donc lieu de parler d'effets spécifiques des événements auprès des dépressifs, non pas à partir d'événements précis, mais à partir de la détresse personnelle de la personne, qui représente un facteur médiateur dans la formation des symptômes et le développement de la crise, alors que le rapport entre événements et crise semble beaucoup plus de l'ordre direct de la précipitation vers la crise ou vers la rechute pour les schizophrènes⁵⁶. Cependant, l'hypothèse de cette spécificité des réactions aux événements à partir du degré de morbidité mentale de la personne n'a pas empêché de constater aussi l'influence médiatrice de facteurs socio-économiques, culturels et psychosociaux entre les événements et l'apparition de la crise⁵⁷.

Brown (1975, 1981) est un de ceux qui a le plus essayé de cerner les *facteurs sociaux médiateurs* de l'effet des événements sur les individus. *Quatre facteurs* (dits facteurs de vulnérabilité) semblent jouer un rôle prépondérant pour expliquer l'orientation vers une crise dépressive ou non, à partir d'événements menaçants: 1) le manque d'emploi; 2) avoir trois enfants ou plus en bas âge (14 ans et moins) à la maison; 3) l'absence d'un confident et d'une relation affective stable et significative; et 4) avoir perdu un parent (mortalité ou séparation) durant l'enfance (avant 17 ans).

Il est à remarquer que la majorité de ces études furent surtout entreprises auprès de femmes de milieu rural ou/et urbain. Certains chercheurs⁵⁸ ont vérifié l'importance de ces quatre facteurs avec plus ou moins de succès. Les résultats obtenus ont par-

fois mis complètement en doute la validité de ces quatre facteurs (Tennant et Bebbington, 1978) ou en ont réduit la portée générale (Cook, 1980; 1981; 1983). D'autres ont constaté qu'en milieu rural, le fait d'avoir trois enfants et plus de 14 ans et moins à la maison semble exercer une influence (Brown et Prudo, 1981). Enfin, l'absence d'un partenaire ou d'un confident semble jouer un rôle important, surtout auprès des femmes (Costello, 1982; Roy, 1981; Salomon et Bromet, 1982). Sur ce dernier point, (quand on compare les femmes et les hommes dépressifs), il semble que les facteurs sociaux qui conduisent à la dépression soient différents pour au moins un facteur: l'absence d'un partenaire a moins d'influence chez les hommes dépressifs (Roy, 1981).

Hirschfeld et Cross (1983), en faisant une revue des études récentes sur la question, concluent qu'on ne peut parler de validation des quatre facteurs de Brown (1975) auprès de la population. Tout au plus, peut-on affirmer qu'un confident hétérosexuel auprès des femmes dépressives vivant en milieu urbain est important, et que le manque d'emploi semble influencer seulement les dépressifs. Quant aux deux autres variables, les études démontrent que la présence de trois enfants ou plus en bas âge à la maison n'est confirmée par aucune autre équipe que celle de Brown, alors que la perte d'un parent avant 17 ans comme facteur médiateur est contestée par plusieurs études récentes.

CONCLUSION

Le peu de résultats concluants sur la spécificité de la relation causale entre certains événements et le développement de la crise ou d'une dépression, amène de plus en plus de chercheurs⁵⁹ à regarder le problème en terme d'analyse dynamique, interactive, qualitative, contextuelle et multifactorielle, plutôt que de tenter d'isoler un facteur statistiquement prédominant aux dépens des autres. La majorité des études antérieures ne permettent pas de parler des événements comme d'antécédents qui déterminent, précipitent ou causent la crise, car il est tout aussi plausible que les événements retenus par les intervenants, les observateurs et les personnes qui ont vécu la crise soient les effets et non les causes des différentes situations observées. Les évé-

nements et les facteurs personnels dans l'environnement s'entremêlent et se supportent à tel point qu'une véritable compréhension du rapport événements-crise ne peut se faire qu'en sortant des vieux schémas explicatifs de la causalité linéaire traditionnelle, schémas qu'ont favorisé les premières études épidémiologiques, sociologiques et sociopsychiatriques.

À cet effet, nous essayerons, dans un prochain article, de démontrer comment cette critique récente conduit à se pencher davantage sur les aspects suivants: les styles d'affrontement de la crise, la notion de support social durant l'intervention de crise, les mécanismes d'adaptation liés au postulat de l'homéostasie dans l'intervention de crise et ce qu'il sous-tend comme conception de la normalité-santé mentale. Cela devrait nous permettre de déboucher sur un nouveau modèle d'analyse et d'intervention bio-psychosocial et écologique de la crise.

NOTES

1. L'impact de cette étude a été amplifié par le fait que certains des sujets étudiés étaient parents de victimes du célèbre feu du Coconut Grove qui avait créé un très grand émoi dans la population de Boston.
2. Miller (1963-64) a fait une revue de littérature à propos de ces études.
3. Consulter Golan (1978) pour une analyse de l'apport de la théorie psychodynamique, de la psychologie expérimentale, de la théorie de l'apprentissage, des études sociologiques, des développements psychiatriques, de la prévention du suicide, des politiques et programmes de santé mentale aux États-Unis pour connaître l'influence de ces divers courants sur l'intervention de crise, p. 19-36.
4. Ces modèles s'inspirent principalement du modèle analytique (Rusk, 1971), cognitif (Taplin, 1971), énergétique (Jobin, 1983) ou sémiotique (Laroche et Van Lier, 1982).
5. Ce sont les définitions élaborées par les auteurs suivants: Sifneos (1960), Bloom (1963), Paul (1966), Schulberg et Sheldon (1968), Korner (1973), Morrice (1976), Pittman (1973), Beck *et al.*, (1975), Jacobson (1979), Langsley (1981), Carey-Bélanger et Côté (1982).
6. Ces mécanismes ont été catégorisés comme adaptés et inadaptés par Kalis (1970). Les *mécanismes adaptés* sont les suivants: l'exploration active des solutions réalistes et la recherche des informations pertinentes; l'expression des sentiments négatifs et positifs, et la tolérance envers la frustration; l'acceptation du soutien de l'entourage; la séparation du problème en parties plus petites et manipulables; la prise de conscience des tensions vécues, et de la désorganisation éventuelle; le maintien du contrôle de soi dans d'autres aires de fonctionnement; le changement de ses sentiments si possible et l'acceptation de l'inévitable; la flexibilité et la volonté de changer; la confiance en soi et en autrui; un certain optimisme quant à l'avenir. Quant aux

- mécanismes inadaptés* ce sont: les jugements basés sur la pensée magique et non sur la réalité; l'évitement et la négation de ses problèmes ou sentiments négatifs par la projection, ou le blâme sur autrui; le ralentissement de sa désorganisation par de l'hyperactivité ou de la passivité; la fuite ou le refus de l'aide d'autrui; la réaction sans nuance et stéréotypée au problème; le sentiment d'être submergé. Comme on peut le voir, cette énumération inclut des réponses behaviorales (Dressler *et al.*, 1976) et des mécanismes de défense inconscients. Ces mécanismes sont des styles de vie qui furent consciemment ou inconsciemment mis en action. Ce sont des comportements (en parler, se plaindre, se chicaner, fuir) ou des réactions inconscientes (régression, refoulement). Le choix se fait en fonction des épreuves antérieures, à savoir lesquels ont le mieux réussi à résoudre ces dernières. (Ces actions peuvent d'ailleurs devenir des réflexes à force d'être répétées dans diverses situations).
7. Les autres appellations données à la crise contingente sont: De situation (Aguilera et Messick, 1976; Spiegel, 1974), de choc (Korner, 1973); suite à un stress (Baldwin, 1977); commune (Generic) (Morley et Jacobson, 19); imprévisible (Haynd, 1981); de transition psychosociale (Parkes, 1971).
 8. Les crises maturantes ont été nommées crises de transition (Baldwin, 1977), de développement (Schwartz, 1971; Mowrer, 1976; Jacobson, 1979); crises d'épuisement (Korner, 1973); prévisibles et de remaniement (Haynd, 1981); existentielles (Steichen, 1981) et normales (Lukton, 1974).
 9. Ce processus est le processus habituel que vit tout individu en crise. Il y a toutefois des particularités selon les types de crise. Par exemple, pour une crise pathologique (psychose), cf. Lecomte (1984).
 10. En fonction de ce modèle, les étapes des autres modèles étudiés se situent de la façon suivante par rapport au modèle général: Temps I: étapes I et II de Caplan (1964); impact du choc de Shontz (1965); étapes I, II et III de King (1971) et étapes I, II et III de Dressler *et al.* (1976). Temps II: étapes III et IV de Caplan (1963); étapes de réalisation, de retraite défensive et de reconnaissance de Shontz (1965); étapes IV de King (1971) et Dressler *et al.* (1976). Temps III: l'adaptation-changement de Shontz (1965); les étapes V de King (1971) et de Dressler *et al.* (1976).
 11. Aguilera et Messick (1976) formulent le temps I comme suit en se basant sur Caplan. Lorsque l'individu devient en déséquilibre à cause de l'émergence d'un événement stressant, il peut ou non rétablir la situation s'il y a ou non des facteurs de compensation, c'est-à-dire une perception réaliste de l'événement, un soutien situationnel approprié et des mécanismes d'adaptation adaptés à la situation. Si ces facteurs de compensation sont absents, (c'est-à-dire que l'individu a une perception déformée de l'événement en plus de manquer de soutien et d'avoir des mécanismes inadaptés), il ne peut résoudre le problème et connaîtra à un moment donné un état de crise.
 12. Questions critiques doit être entendue comme une tentative de valider par différents instruments de mesure les assertions ou postulats des tenants de l'intervention de crise.
 13. Voir Bordow et Porritt, 1979; Calsyn, 1977, 111; Decker et Stubblebine, 1972; Donovan, 1979, 906; Gottschalk *et al.*, 1967, 95; Gottschalk *et al.*, 1973, 1111; Jacobson, 1980; Schwartz, 1971; Wolkon, 1972.
 14. Consulter Bordow et Porritt, 1979; Heilbrun, 1970 et Schwartz, 1971; Winberg *et al.*, 1972; ou encore Wolkon, 1968.
 15. Bordow et Porritt, 1979; Calsyn *et al.*, 1977; Cooper, 1982; Decker et Stubblebine, 1972; Delaney *et al.*, 1978; Donovan *et al.*, 1979; Langsley *et al.*, 1968; Lieb *et al.*, 1973; Maris et Connor, 1973; Mac Gee, 1974; Paul et Turner, 1976; Pasewark et Albers, 1972; Pitman *et al.*, 1966; Polak et Kirby, 1976; Swartzburg et Schwartz, 1976; Taplin, 1971; Waldron, 1984; Walker et Douglas-Skelton, 1973.
 16. Il faut cependant reconnaître que beaucoup de ces études sont réalisées par les initiateurs des projets (voir Auerbach et Killman, 1977, 1198), ce qui réduit souvent le champ d'investigation à la promotion des intérêts défendus par les initiateurs et à des objectifs plus spécifiques, souvent descriptifs et limités quant à la portée évaluative.
 17. Voir par exemple Cooper, 1982; Lieb *et al.*, 1973; Jacobson, 1980).
 18. Calsyn *et al.*, 1977; Donovan, 1979; Eaton, 1978.
 19. Andrews *et al.*, 1978; Donovan *et al.*, 1979; Gottschalk *et al.*, 1967, 1973; Myers *et al.*, 1975.
 20. Brown *et al.*, 1975, 1979, 1981; Costello, 1982; Eaton, 1978; Myers *et al.*, 1975; Roy, 1981 a, b, c; Salomon et Bromet, 1982.
 21. Andrews *et al.*, 1978; Calsyn *et al.*, 1977; Eaton, 1978; Myers *et al.*, 1975.
 22. Alves et Jacobson, 1980; Andrews *et al.*, 1978; Beck et Worthen, 1972; Calsyn, 1977; Donovan *et al.*, 1979; Gottschalk, 1967, 1973; Herz *et al.*, 1979; Langsley Flomenhaft *et al.*, 1969; Langsley, Pittman *et al.*, 1969; Reibel et Herz, 1976; Swartzburg et Schwartz, 1976; Walker *et al.*, 1973.
 23. Brown *et al.*, 1972; Brown et Birley, 1968; Langsley *et al.*, dans la majorité de leurs études mentionnées dans cet article, insistent sur ce point; Myers *et al.*, 1975; Pittman *et al.*, 1966; Polak, 1976; Reibel et Herz, 1976.
 24. Andrews *et al.*, 1978; Bordow et Porritt, 1979; Brown *et al.*, 1975, 1979; Brown et Birley, 1968; Cobb, 1976; Langsley *et al.*, 1969a, 1969b; Miller et Ingham, 1977; Myers *et al.*, 1975; Tyhurst, 1958.
 25. Bordow et Porritt, 1979; Brown *et al.*, 1972, 1975, 1979; Langsley *et al.*, 1969a, 1969b; Myers *et al.*, 1975; Tyhurst, 1958.
 26. Anthony *et al.*, 1972; Gottschalk *et al.*, 1967; Herz *et al.*, 1975; Langsley, 1968b, 1969a, 1969b, 1971; Myers *et al.*, 1975.
 27. Anthony *et al.*, 1972; Decker et Stubblebine, 1972; Maris et Connor, 1973.
 28. Alves et Jacobson, 1980; Anthony *et al.*, 1972; Delaney *et al.*, 1978; Gottschalk *et al.*, 1973; Maris et Connor, 1973.
 29. Anthony *et al.*, 1972; Gottschalk *et al.*, 1967; Maris et Connor, 1973; Polak et Kirby, 1976; Swartzburg et Schwartz, 1976.
 30. Jacobson, 1980; Langsley, 1969a, 1969b, 1971, 1980; Pittman *et al.*, 1966.
 31. Delaney *et al.*, 1978; Paul et Turner, 1976.
 32. Voir à ce sujet Slaby, 1985.
 33. Bordow et Porritt, 1979; Caplan, 1964; Delaney *et al.*, 1978; Donovan *et al.*, 1979; Gottschalk *et al.*, 1967; Rusk et Gerner, 1972; Swartzburg et Schwartz, 1976; Paul et Turner, 1976; Trakos et Lloyd, 1971; Tyhurst, 1958; Winberg *et al.*, 1972; Wolkon, 1972.
 34. Albee, 1976; Anthony *et al.*, 1972; Birger *et al.*, 1974; Bonnefil, 1980; Chacko, 1985; Cooper, 1982; Decker et

- Stubblebine, 1972; Herz *et al.*, 1979; Langsley *et al.*, 1968, 1969, 1971, 1980; Lieb *et al.*, 1973; Paul et Turner, 1976; Pittman *et al.*, 1966; Polak et Kirby, 1976; Swartzburg et Schwartz, 1976.
35. Bordow et Porrit, 1979; Herz *et al.*, 1979; Langsley, Florenhaft et Machotka, 1969; Myers *et al.*, 1975; Pittman *et al.*, 1966.
36. L'utilisation de la dépendance des personnes en crise qui demandent à être satisfaites de façon compréhensive et soutenantes recouvre très souvent cette présence jugée significative des intervenants dans les modalités de traitement. Certains auteurs relèvent l'incertitude des résultats sur ce sujet, voir entre autres Sampson (1965); Woldon (1972).
37. Brigg et Mudd, 1968; Heilbrun, 1970; Loeb et Scoles, 1968; Winder *et al.*, 1962; Wolkon, 1968, 1972.
38. Donovan *et al.*, 1979; Gottschalk *et al.*, 1973; McGee et Larsen, 1967; Trakos et Lloyd, 1971.
39. Voir entre autres Dohrenwend et Dohrenwend, 1974, 1980; Jacobson, 1980; Rahe, 1979; Rahe et Ramson, 1978.
40. Voir entre autres Andrews, 1978; Andrews et Tennant, 1978; Cooke et Hole, 1983; Eaton, 1978; Rabkin et Struening, 1976; Rahe, 1979; Rahe et Ramson, 1978; Wershow et Reinhart, 1974.
41. Brown, 1974; Finlay-Jones et Brown, 1981; Rahe, 1979; Rahe et Ramson, 1978; Tennant *et al.*, 1981.
42. Hirschfeld et Cross, 1982; Horowitz *et al.*, 1977; Liebowitz *et al.*, 1979; Mendels et Weinstein, 1972.
43. Brown, 1974; Hudgens *et al.*, 1970; Rahe *et al.*, 1974.
44. Voir Dohrenwend et Dohrenwend, 1980; Eaton, 1978; Pezneckner et McNeil, 1975; Rahe, 1979; Schless *et al.*, 1977; Tennant *et al.*, 1981.
45. Voir par exemple Cook et Greene, 1981; Dohrenwend et Dohrenwend, 1974; Grant *et al.*, 1981; Jacobs *et al.*, 1974; Paykel, 1982.
46. Andrews *et al.*, 1978; Brown, 1973, 1974; Cooke, 1981, 1983; Dohrenwend et Dohrenwend, 1974, 1978; Jacobs, 1974; Rahe, 1979.
47. Brown, 1974; Eaton, 1978; Jacobs *et al.*, 1974; Kennedy *et al.*, 1983; Paykel, 1978, 1982.
48. Cette notion de menace à l'intégrité personnelle renvoie souvent à la perte subie par la personne, que ce soit en terme humain ou matériel (voir Brown, 1974; Finlay-Jones et Brown, 1981; Hirschfeld et Cross, 1983; Matussek et Neuner, 1981) et à la présence d'un danger réel (par exemple le logement insalubre, vivre avec une personne dangereuse ou dans un milieu très détérioré mentalement ou/et matériellement...), pour la vie et la sécurité de la personne.
49. Voir Rahe, 1979; Weisman et Boyd, 1983.
50. Murphy *et al.*, 1974.
51. Ce que démontre assez clairement la présentation de la première partie de cet article quand nous décrivons l'intervention de crise, telle qu'elle tend à s'appliquer. Un groupe d'intervention de crise du Haut Richelieu, qui existe depuis maintenant deux ans, semble vouloir partiellement remédier à cette lacune en rejoignant dès que possible les personnes impliquées dans le réseau immédiat de relations de la personne en crise.
52. Voir à ce sujet Brown, 1980; Cooper, 1982; Dohrenwend et Dohrenwend, 1980; Jacobson, 1980; Langsley et Kaplan, 1968; Rahe, 1978, 1979.
53. Voir des auteurs déjà cités comme Andrews *et al.*, 1978; Brown, 1974; Cooke, 1981, 1983; Hirschfeld, 1983; Jacobs *et al.*, 1974; Paykel, 1978, 1982.
54. Brown, 1973; Fava *et al.*, 1981; Finlay et Brown, 1981; Paykel, 1969.
55. Voir entre autres Andrews *et al.*, 1978; Finlay-Jones et Brown, 1981; Folkard *et al.*, 1962; Jacobs *et al.*, 1974; Rahe, 1974, 1979; Theorel *et al.*, 1975.
56. Certains auteurs mettent en doute cette interprétation sur la spécificité des rapports médiateurs entre les événements et l'actualisation de la crise dépressive (Cook, 1980, 1981, 1983; Eisler et Polak, 1971; Lahmiers et White, 1976). La position de l'équipe de Brown, comme celle d'Andrews et Tennant (1978), consiste à soutenir que ce ne sont pas les événements qui ont un effet spécifique sur la crise, mais des facteurs intermédiaires comme le *type de personnalité* (par exemple névrotique), des facteurs socio-démographiques ou le deuil d'un parent en jeune âge qui auraient un effet spécifique sur l'orientation de la crise. À ce titre, les tendances dépressives et la détresse connexe chez certaines personnalités seraient beaucoup plus à la source de la précipitation vers la crise que des événements spécifiques.
57. Voir entre autres Brown *et al.*, 1975; Dohrenwend et Dohrenwend, 1974; Dohrenwend, 1974; Komaroff *et al.*, 1968; Myers *et al.*, 1971, 1972, 1975; Pezneckner et McNeil, 1975; Rahe, 1979; Sipprelle *et al.*, 1977; Tennant *et al.*, 1981; Uhlenhuth et Paykel, 1973a, 1973b.
58. Par exemple Cook et Greene, 1980; Costello, 1982; Roy, 1981; Salomon et Bromet 1982; Tennant et Bebbington, 1978.
59. Par exemple Andrews *et al.*, 1978; Cook et Greene, 1980; Dohrenwend et Dohrenwend, 1980; Hirschfeld et Cross, 1983; Jacobson, 1980; Neufeld, 1982; Paykel, 1978; Rahe, 1978, 1979.

RÉFÉRENCES

- AGUILERA, D.C., MESSICK, J.M., 1976, *Intervention en situation de crise*, The C.V. Mosby Co., Toronto.
- ALBEE, G.W., 1976, Avant-propos sur l'intervention en situation de crise, in Aguilera, D.C., Messick, J.A., *Intervention en situation de crise*, The C.V. Mosby Co., Toronto, VII-VIII.
- ALVES, W., JACOBSON, G.F., 1980, *Analysis of Post-Treatment Global Assessment Scores*, Rencontre annuelle de l'American Psychiatric Association, N.Y..
- ANDREWS, J.G., FRANZ, C.P., TENNANT, Ch., HEWSON, D.M., VAILLANT, G.E., 1978, Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, n° 5, 307-316.
- ANDREWS, J.G., 1978, Life event stress and psychiatric illness, *Psychol. Med.*, 8, 545-549.
- ANTONOVSKY, A., KATS, R., 1967, The life crisis history as a toll in epidemiological research, *Journ. of Health and Soc. Behavior*, 8, mars, 15-21.
- ANTHONY, A.W., BUEL, G.J., SHARRATT, S., ALTHOFF, E., 1972, Efficacy of psychiatric rehabilitation, *Psychol. Bull.*, 78, 447-456.
- AUERBACH, S.M., KILMANN, P.R., 1977, Crisis intervention: A review of outcome research, *Psychol. Bull.*, 34, n° 6, 1189-1217.
- BALDWIN, B.A., 1977, Crisis intervention in professional practice: implications for clinical training, *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, n° 4, 659-670.

- BALDWIN, B.A., 1977, A paradigm for the classification of emotional crisis: implications for crisis intervention, *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 538-51.
- BARNETT BROWN, V., 1980, The community in crisis, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 45-46.
- BECK, A., RESNICK, N.L.P., LITTIERI, D.J., eds, 1975, *The Prediction of Suicide*, The Charles Press, Maryland.
- BECK, J.C., WORTHEN, K., 1972, Precipitating stress, crisis theory, and hospitalization in schizophrenic and depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 26, 123-129.
- BIRGER, D. et al., 1974, Evolution and demise of a crisis intervention program in a state hospital, *Hosp. and Community Psychiatry*, 25, 675-677.
- BIRLEY, J.L.T., BROWN, G.W., 1970, Crisis and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia: clinical aspects, *Br. Journal of Psychiatry*, 116, 327-333.
- BLOOM, 1963, Definitional aspects of the crisis concept, *Journal of Consulting Psychology*, 27, n° 6, 498-502.
- BONNEFIL, M.C., 1980, Crisis intervention with children and families, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 23-34.
- BORDOW, S., PORRIT, D., 1979, An experimental evaluation of crisis intervention, *Soc. Science and Med.*, 13A, 251-256.
- BRIGG, E.H., MUDD, E.H., 1968, An exploration of methods to reduce broken first appointments, *Family coordinator*, 17, 41.
- BROWN, G.W., 1974, Meaning, measurement, and stress of life events, in Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., eds, *Stressful Life Events: Their Nature and Effect*. John Wiley and Sons, N.Y., 217-43.
- BROWN, G.W., SKLAIR, F., HARRIS, T.O., BIRLEY, J.L.T., 1973, Life events and psychiatric disorders, Part I some methodological issues, *Psychol. Med.*, 3.
- BROWN, G.W., et al., 1973, Life events and psychiatric disorders; Part II: nature of causal link, *Psychol. Med.*, 3, 159-176.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WING, J.K., 1972, Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., 1968, Crisis and life changes and the onset of schizophrenia, *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 203-214.
- BROWN, G.W., PRUDO, R., 1981, Psychiatric disorder in a rural and an urban population: Aetiology of depression, *Psychol. Med.*, 11, 581-599.
- BROWN, G.W., NIBROLCHAIN, M., HARRIS, T.O., 1975, Social class and psychiatric disturbance among women in urban population, *Sociology*, 9, 225-254.
- BROWN, G.W., NIBROLCHAIN, M., HARRIS, T.O., 1979, Psychotic and neurotic depression: Aetiological and background factors, *Journ. Affect. Disorder*, 1, 195-211.
- BUTCHER, J.N., MAUDAL, G.R., 1976, Crisis intervention in Weiner, I.B., ed., *Clinical Methods in Psychology*, John Wiley and Sons, New York, 591-648.
- CALSYN, R.J., PRIBYL, J.F., SUNUKJIAN, H., 1977, Correlates of successful outcome in crisis intervention therapy, *Amer. Journ. of Community Psychol.*, 5, n° 1, 111-119.
- CAPLAN, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York, 26-55.
- CAREY-BELANGER, E., CÔTÉ, C., 1982, Les interventions brèves: huit ans après, *Service social*, 31, n° 2-3, 240-289.
- CHACKO, R.C. 1985, *The Chronic Mental Patient in the Community*, Wash. D.C., Amer. Psychiatr. Press inc., 84 p.
- COMSTOCK, B.S., KAMILAR, S.M., THORNBY, J.P., RAMUREZ, J.P., KAPLAN, H.B., Crisis treatment in a day hospital. Impact on medical care-seeking, *Psychiatric clinics of North America*, 8, n° 3, septembre 1985.
- COOPER, J.E., 1982, *Services d'urgences psychosociales et psychiatriques*, Copenhagen, O.M.S., 130 p..
- COOKE, D.J., GREENE, J.G., 1981, Types of life events in relation to symptoms at the climacterium, *Journ. of Psychosomatic Research*, 25, 5-11.
- COOKE, D.J., HOLE, D.J., 1983, The Aetiological importance of stressful life events, *Brit. Journ. Psychiatr.*, 143, 397-400.
- COOKE, D.J., 1981, Life events and syndromes of depression in the general population, *Social Psychiatry*, 16, 181-186.
- COSTELLO, C.G., 1982, Social factors associated with depression: a retrospective community study, *Psychol. Med.*, 12, 329-339.
- COBB, S., 1976, Social support as moderator of life stress, *Psychosomatic Med.*, 38, 300-309.
- DARBONNE, A., 1968, Crisis: a review of theory, practice and research, *International Journal of Psychiatry*, 6, 371-9.
- DECKER, J.B., STUBBLEBINE, J.M., 1972, Crisis intervention and prevention of psychiatric disability: A follow-up study, *Amer. Journ. of Psychiatry*, 129, n° 6, 101-105.
- DELANEY, J.A., SEIDMAN, E., WILLIS, G., 1978, Crisis intervention and the prevention of institutionalization: an interrupted time series analysis, *Amer. Journ. of Comm. Psychol.*, 6, n° 1, 33-45.
- DOHRENWEND, B.P., 1974, Problems in defining and sampling the relevant population of stressful life events, in Dohrenwend, B.P., Dohrenwend B.S., eds., *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, John Wiley and Sons, N.Y., 275-310.
- DOHRENWEND, B.S., DOHRENWEND, B.P., 1974, Overview and prospects for research on stressful life events, in Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P., eds., *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, John Wiley and Sons, N.Y., 313-331.
- DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., eds, 1974, *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, John Wiley and Sons, N.Y., 335 p..
- DOHRENWEND, B.S., DOHRENWEND, B.P., 1978, Some issues in research on stressful life events, *Journ. of Nervous and Mental Disease*, 166, 7-15.
- DOHRENWEND, B.S., DOHRENWEND, B.P., 1980, Stressful life events: research issues, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 57-67.
- DONOVAN, J.M., BENNET, M.J., MCELROY, C.M., 1979, The crisis group: an outcome study, *Amer. Journ. Psych.*, 136, n° 7, 906-910.
- DRESSLER, D.M., DONOVAN, J.M., GELLER, R.A., 1976, Life stress and emotional crisis: the idiosyncratic interpretation of life events, *Comprehensive Psychiatry*, 17, n° 4, 549-558.
- EATON, W.W., 1978, Life events, social supports, and psychiatric symptoms: a re-analysis of the New Haven data, *Journ. of Health and Social Behavior*, 19, 230-234.
- EISLER, R.M., POLAK, P.R., 1971, Social stress and psychiatric disorder, *The Journ. of Nervous and Mental Disease*, 153, n° 4, 227-233.
- FAVA, G.A., MUNARI, F., PAVAN, L., 1981, Life events and depression: a replication, *Journ. of Affective Disorder*, 3, 159-165.
- FOLKARD, S., MANDELBROTE, B., MONRO, M., 1962, Personal problems associated with mental health and mental illness, *Brit. Journ. Prev. Soc. Med.*, 16, 69-75.

- FORERE, B., 1963, The therapeutic values of crisis, *Psychological Reports*, 13, 275-281.
- FINLAY-JONES, R., BROWN, G.W., 1981, Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders, *Psychol. Med.*, 11, 803-815.
- GLICK, J.D., HARGREAVES, W.A., DRUES, J., SHOWS-TACK, J.A., 1976, Short versus long hospitalization: A prospective controlled study IV. One year follow-up results for schizophrenic patients, *Amer. Journ. Psychiatr.*, 133, n° 5, 509-514.
- GOLAN, N., 1978, *Treatment in Crisis Situation*, The Free Press, New York.
- GOTTSCHALK, L.A., FOX, R.A., BATES, D.E., 1973, A study of prediction and outcome in a mental health crisis clinic, *Amer. Journ. Psychiatry*, 130, n° 10, 1107-1111.
- GOTTSCHALK, L.A., MAYERSON, P., GOTTLIEB, A.A., 1967, Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 144, n° 2, 77-96.
- GOTTSCHALK, L.A., 1968, Some problems in the evaluation of the use of psychoactive drugs, with or without psychotherapy, in psycho-pharmacology: A review of progress, in Efron, D.E., Cole, J., Levine, J., eds., Wash. D.C., Publ. Health Serv. Publ., n° 1836, 255-269.
- GRANT, I., SWEETWOOD, H.L., YAGER, J., GERST, M., 1981, Quality of life events in relation to psychiatric symptoms, *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 335-339.
- GUAY, J., 1984, *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Gaétan Morin, Chicoutimi.
- HARRIS, M.R., KALIS, B., FREEMAN, E., 1963, Precipitating stress: an approach to brief therapy, *American Journal of Psychotherapy*, 17, 465-71.
- HEILBRUN, A.B., 1970, Toward the resolution of the dependency-premature termination paradox for females in psychotherapy, *Journal of Consul. in Clinical Psychol.*, 34, 382.
- HERZ, M.I., ENDICOTT, J., SPETZER, R.L., 1975, Brief hospitalization of patients with families: initial results, *Amer. Journal of Psychiatry*, 132, n° 4, 413-418.
- HERZ, M.I., ENDICOTT, J., GIBBON, M., 1979, Brief hospitalization: two-year follow-up, *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, 701-705.
- HIRSCHFELD, R.M.A., CROSS, C.K., 1982, Epidemiology of affective disorders: psychosocial risk factors, *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 35-46.
- HIRSCHFELD, R.M.A., CROSS, C.K., 1983, Personality, life events, and social factors in depression, *Psychiatry Update*, Wash. D.C., Amer. Psychiatric Assoc., 2, 382-405.
- HOROWITZ, M.I., SCHAEFER, C., 1977, Life event questionnaires for measuring presumptive stress, *Psychosomatic Med.*, 39, 413-431.
- HUDGENS, R.W., ROBINS, E., DELONG, W.B., 1970, The reporting of recent stress in the life of psychiatric patients, *Brit. Journ. of Psychiatry*, 117, 635-643.
- HUDGENS, R.W., MORRISON, J.R., BARCHHA, R.G., 1967, Life events and onset of primary affective disorders, *Arch. Gen. Psychiatr.*, 16, 134-145.
- JACOBS, S.C., PRUSOFF, B.A., PAYKEL, E.S., 1974, Recent life events in schizophrenia and depression, *Psychol. Med.*, 4, 444-453.
- JACOBSON, G.F., WILNER, D.M., MORLEY, W.E., SCHWEIDER, S., STRICKLER, M., SOMMER, G.J., 1965, The scope and practice of an early-access brief treatment psychiatric center, *American Journal of Psychiatry*, 121, 1176-82.
- JACOBSON, G.F., 1965, Crisis theory and treatment strategy: some sociocultural and psychodynamic consideration, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 141, 209-18.
- JACOBSON, G.F., STRICKLER, M., MORLEY, W.E., 1968, Generic and individual approach to crisis intervention, *American Journal of Public Health*, 58, n° 2, 338-43.
- JACOBSON, G.F., 1979, Crisis-oriented therapy, *Psychiatric Clinic of North America*, 2, 39-54.
- JACOBSON, G.F., 1980, Crisis intervention in the 1980s, *New Directions for Mental Health Services*, 6.
- JACOBSON, D.S., ed., 1980, Crisis intervention with step families, *New Directions for Mental Health Services*, 6.
- JACOBSON, G.F., 1980, Crisis theory, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 1-10.
- JANIS, I., 1958, *Psychological Stress: Psychoanalytical and Behavioral Studies of Surgical Patients*, John Wiley, New York.
- JOBIN, D., 1983, *Étude comparative du vécu en différé des personnes en situation de crise*, mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Montréal.
- KALIS, B.L., 1970, Crisis theory: its relevance for community psychology and directions for development in Adelson, D.A., Kalis, B.L., eds., *Community Psychology and Mental Health*, Chandler Publishing Co., Scranton, 69-88.
- KARDENER, S.H., 1975, A methodologic approach to crisis therapy, *American Journal of Psychotherapy*, 29, 4-13.
- KENNEDY, S., THOMPSON, R., STANCER, H.C., ROY, A., PERSAD, E., 1983, Life events precipitating mania, *Brit. Journal of Psychiatry*, 142, 398-403.
- KOMAROFF, A.L., 1968, The social readjustment rating scale: a comparative study of negro, mexican and white american, *Journal Psychosomatic Ressources*, 12, 121-128.
- KORNER, I.N., 1973, Crisis reduction and the psychological consultant in Specter, G.A., Claiborn, W.L., eds., *Crisis Intervention*, 2, Behavioral publications, New York, 30-45.
- KOOS, E.L., 1946, *Families in Trouble*, King's Crown Press, New York.
- LAHNIERS, C.E., WHITE, K., 1976, Changes in environmental life events and their relationship to psychiatric hospital admissions, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 154-158.
- LANGSLEY, D.G., 1981, Crisis intervention: an update, *Current Psychiatric Therapies*, 19-37.
- LANGSLEY, D.G., PITTMAN, F.S., SWANK, G.E., 1969a, Family crisis in schizophrenics and other mental patients, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, n° 3, 270-276.
- LANGSLEY, D.G., FLOMENHAFT, K., MACHOTKA, P., 1969b, Follow-up evaluation of family crisis therapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 39, n° 5, 753-759.
- LANGSLEY, D.G., MACHOTKA, P., FLOMENHAFT, K., 1971, Avoiding mental hospital admission: a follow-up study, *American Journal of Psychiatry*, 127, n° 10, 127.
- LANGSLEY, D.G., 1980, Crisis intervention and the avoidance of hospitalization, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 81-90.
- LANGSLEY, D.G., KAPLAN, D., 1968, *The Treatment of Families in Crisis*, New York, Grune and Stratton, 185 p.
- LEBEAU, A., 1982, Les grands utilisateurs des services psychiatriques d'urgence dans la région du Montréal métropolitain, *Santé mentale au Québec*, VII, n° 1, 57-74.

- LECOMTE, Y., 1984, Processus de la psychose chez les jeunes adultes, *Santé mentale au Québec*, IX, n° 2, 106-121.
- LAROCHE, J.L., VAN LIER, H., 1982, Théorie sémiotique de la crise, *Revue québécoise de psychologie*, 3, n° 2, 38-58.
- LE POIDEVIN, D., REID, A.H., 1968, Emergency psychiatric referrals to the casualty department of a general hospital, *Scottish Medical Journal*, 13, 306-11.
- LEVY, L., 1973, The role of a natural mental health service delivery system in dealing with basic human problems in Specter, G.A., Claibron, W.H., eds, *Crisis Intervention*, 2, Behavioral Publications, New York, 18-27.
- LIEB, J., LIPSITCH, I.I., SLABY, A.E., 1973, *The crisis Team. A Handbook for the Mental Health Professional*, Harper and Row, New York.
- LIEBOWITZ, M.R., STALLONE, F., DUNNER, D.L., 1979, Personality features of patients with affective disorder, *Acta Psychiatrica Scand.*, 60, 214-224.
- LINDEMANN, E., 1944, Symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-8.
- LINDEMANN, E., 1979, *Beyond Grief. Studies in Crisis Intervention*, Jason Aronson, New York, 113-135.
- LOEB, A., SCOLES, P., 1968, Reactivating dropouts from a psychiatric rehabilitation program, *Social Work*, 13, 48.
- LUBORSKY, L., CHANDLER, M., AUERBACH, A., COHEN, J., BACHRACH, H., 1971, Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research, *Psychological Bulletin*, 75, 145-185.
- LUKTON, R.C., 1974, Crisis theory: review and critique, *Social Service*, 48, 384-402.
- MACGEE, R., 1974, *Crisis intervention in the Community*, Park Press University, Baltimore, 253 p.
- MATUSSEK, P., NEUNER, R., 1981, Loss events preceding endogenous and neurotic depressions, *Acta Psychiatr. Scand.*, 64, 340-350.
- MARIS, R., CONNOR, H.E., 1973, Do crisis services work?: A follow-up of a psychiatric outpatient sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 4, 311-322.
- McGEE, T.F., LARSEN, V.B., 1967, An approach to waiting list therapy groups, *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 594.
- MENDELS, J., WEINSTEIN, N., 1972, The schedule of recent experiences: A reliability study, *Psychosomatic Medicine*, 34, 527-531.
- MILLER, K., 1963-4, The concept of crisis: current status and mental health implications, *Human Organization*, 22, 195-201.
- MILLER, K.S., ISCOE, I., 1963, The concept of crisis, *Human Organization*, 22, 195-201.
- MILLER, P.M., INGHAM, J.G., 1976, Friends confidants and symptoms, *Social Psychiatry*, 11, 51-57.
- MORLEY, W.E., 1964, Treatment of the patient in crisis in Darbonne, A., 1968, Crisis: A review of theory, practice and research, *International Journal of Psychiatry*, 6, 371-9.
- MORLEY, W.E., 1974, Final report, outcome of crisis intervention treatment, Wash. D.C., N.I.M.H., août 1974, cité par Jacobson, G.F., 1980, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 93.
- MORLEY, W.E., 1980, Crisis intervention with adults, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 11-21.
- MORRICE, J.K.N., 1976, *Crisis Intervention Studies in Community Care*, Pergamon Press Ltd, Oxford.
- MURPHY, H.G.M., LEFEBVRE, Y., MARCEAU, M.P., BAZERGI, M., 1974, *La signification des réponses à une liste de symptômes dans une enquête sur la santé mentale auprès de deux groupes d'une population féminine*, Montréal, Pavillon Albert-Prévost, subv. féd. C.S. B.E.S., N.H.G., 604-7-838, 104p.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P., 1971, Life events and psychiatric impairment, *Journal of Nervous Mental Disorder*, 152, 149-157.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P., 1972, Life events and mental status: A longitudinal study, *Journal of Health and Social Behavior*, n° 13, 398-406.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P., 1975, Life events, social integration and psychiatric symptomatology, *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 421-429.
- NEUFELD, R.W.J., 1982, ed., *Psychological Stress and Psychopathology*, McGraw-Hill, New York, 305 p.
- PARAD, H.J., ed., 1965, *Crisis Intervention: Selected Readings*, Family Service Association of America, New York.
- PARAD, H.J., RESNIK, H.L.P., RUBEN, H.L., ZUSMAN, J., RUBEN, D.D., 1975, Crisis intervention and emergency health care: concepts and principles in Resnik, H.L.P., Ruben, H.L., Ruben, D.D., eds., *Emergency Psychiatric Care (The Management of Mental Health Crisis)*, The Charles Press Publisher Inc., Maryland, 1-23.
- PARAD, L.G., PARAD, H.J., 1968, A study of crisis-orientation planned short-term treatment: Part II, *Social Caseworker*, n° 49, 418-426.
- PARKES, C.M., 1971, Psycho-social transitions: a field for study, *Social Science and Medicine*, 5, 101-115.
- PASEWARK, R.A., ALBERS, D.A., 1972, Crisis intervention-theory in search of a program, *Social Work*, 2, 70-72.
- PAUL, L., 1966, Crisis Intervention, *Mental Hygiene*, 50, 141-5.
- PAUL, T.W., TURNER, J.A., 1976, Evaluating the crisis service of a community mental health center, *American Journal of Community Psychology*, 4, n° 3, 303-308.
- PAYKEL, E.S., MYERS, J.K., DIENELT, M.N., KLERMAN, G.L., LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P., 1969, Life events and depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 21, 753-760.
- PAYKEL, E.S., 1982, Life stress and psychiatric disorder, in Neufeld, R.W.J., ed., *Psychological Stress and Psychopathology*, McGraw Hill, N.Y., 135-149.
- PAYKEL, E.S., 1978, Contribution of life events to causation of psychiatric illness, *Psychology Medicine*, 8, 245-253.
- PEZNECKER, B.L., McNEIL, J., 1975, Relationship among health habits, social assets, psychologic well-being, life change, and alterations in health status, *Nursing Research*, 24, n° 6, 442-447.
- PITTMAN, F.S., DE YOUNG, C., FLOMENHAFT, K., KAPLAN, D.M., LANGSLEY, D.G., 1966, Crisis family therapy, *Current Psychiatric Therapies*, 1966, 187-196.
- PITTMAN, F.S., 1973, Managing acute psychiatric emergencies: defining the family crisis, *Seminars in Psychiatry*, 5, n° 2, 219-27.
- POLAK, P.R., KIRBY, M.W., 1976, A model to replace psychiatric hospitals, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, 13-22.
- PURYEAR, D.A., 1979, *Helping People in Crisis*, Jossey-Bass Publisher, London.
- RABKIN, J.B., STRUENING, E.L., 1976, Life events stress and illness, *Science*, 194, 1013-1020.
- RAHE, R.H., 1974, The pathway between subjects; recent life changes and their near-future illness reports: representative results and methodological issues, in Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., eds, *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, John Wiley and Sons, N.Y., 73-86.

- RAHE, FLOISTAD, J., BERGAN, T., RINGDAL, K., GERHART, K., 1974, A model for life changes and illness research, *Arch. General Psychiatry*, 31, 172-177.
- RAHE, R.H., RAMSON, J.A., 1978, Life change and illness studies: past history and future directions, *Journal of Human Stress*, n° 4, 3-15.
- RAHE, R.H., 1979, Life change events and mental illness: an overview, *Journal of Human Stress*, n° 5, 2-10.
- RAPOPORT, L., 1962, The state of crisis: some theoretical considerations, *Social Service Review*, 36, 211-7.
- RAPOPORT, L., 1967, Crisis-oriented short-term casework, *Social Service Review*, 41, 31-43.
- REIBEL, S., HERZ, M.I., 1976, Limitations of brief hospital treatment, *American Journal of Psychiatry*, 133, n° 5, 518-521.
- RIBSTEIN, M., MONTALTI, J.P., ROUQUETTE, M.C.L., 1981, Statuts et fonctions des situations de crise en psychopathologie, *L'information psychiatrique*, 57, n° supplémentaire, 13-22.
- ROSENBERG, P.P., FULLER, M.I., 1955, Human relation seminar: a group work experiment in nursing education, *Mental Hygiene*, 34, 406-32.
- ROY, A., 1981a, Vulnerability factors and depression in men, *American Journal of Psychiatry*, 138, 75-77.
- ROY, A., 1981b, Specificity of risk factors for depression, *American Journal of Psychiatry*, 138, 959-961.
- ROY, A., 1981c, Risk factors and depression in canadian women, *Journal of Affective Disorder*, 3, 65-70.
- RUSK, T.N., 1971, Opportunity and technique in crisis psychiatry, *Comprehensive Psychiatry*, 12, n° 3, 249-263.
- RUSK, T.N., GERNER, R.H., 1972, A study of the process of emergency psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 128, 882-885.
- SALOMON, A., BROMET, E., 1982, The role of social factors in affective disorder: an assessment of the vulnerability model of Brown and his colleagues, *Psychol. Medecine*, 12, 123-130.
- SAMPSON, E.E., 1965, The study of ordinal position: Antecedents and outcomes, in Maher, B.A., ed., *Progress in Experimental Personality Research*, 2, New York, Academic Book, 257.
- SCHLESS, A.P., TEICHMAN, A., MENDELS, J., DI GIACOMO, J.N., 1977, The role of stress as a precipitating factor of psychiatric illness, *British Journal of Psychiatry*, 130, 19-20.
- SCHULBERG, H.C., SHELDON, A., 1968, The probability of crisis and strategies for preventive intervention, *Archives of General Psychiatry*, 18, 553-8.
- SCHWARTZ, S.L., 1971, A review of crisis intervention programs, *Psychiatry*, 18, 553-8.
- SCHWARTZ, S.L., 1971, A review of crisis intervention programs, *Psychiatric Quarterly*, XLV, 498-507.
- SHNEIDMAN, E., 1973, Crisis intervention: some thoughts and perspectives in Specter, G.A., Clairborn, W.L., eds., *Crisis Intervention*, 2, Behavioral Publications, New York, 9-15.
- SHONTZ, F.C., 1965, Reactions to crisis, *The Volta Review*, May, 364-370.
- SIFNEOS, P.E., 1960, A concept of emotional crisis, *Mental Hygiene*, 44, 169-179.
- SILBER, E., HAMBURG, D., COELHO, G., MURPHY, E., ROSENBERG, M., PEARLIN, L., 1961, Adaptive behavior in competent adolescents coping with the anticipation of college, *Archives of General Psychiatry*, 5, 354-365.
- SILBER, E., HAMBURG, D., COELHO, G., MURPHY, E., ROSENBERG, M., PEARLIN, L., 1961, Competent adolescents coping with college decisions, *Archives of General Psychiatry*, 5, 517-77.
- SIPPRELLE, R.C., ASCOUGH, C., DETRIO, D.M., HORST, P.A., 1977, Neuroticism, extroversion and response to stress, *Behaviour Research and Therapy*, 15, 411-418.
- SLABY, A.E., 1985, Crisis-oriented therapy, *New Directions for Mental Health Services*, 28, 21-34.
- SPIEGEL, R., 1974, Life's major and minor crisis in Arieti, S., ed., *Handbook of Psychiatry*, Basic Books, N.Y., 662-72.
- SPIEKEN, A.Z., JACOBS, M.A., 1971, Prediction of illness behavior from measures of life crisis, manifest distress and maladaptive coping, *Psychosomatic Medecine*, 33, n° 3, 251-264.
- STRICKLER, M., ALGEYER, J., 1967, The crisis group: a new application of crisis theory, *Social Work*, 12, 28-32.
- STRICKLER, M., LA SOR, B., 1970, The concept of loss in crisis intervention, *Mental Hygiene*, 54, n° 2, 301-5.
- SWARTZBURG, M., SCHATZ, A., 1976, A five-year study of brief hospitalization, *American Journal of Psychiatry*, 133, n° 8, 922, 924.
- TAPLIN, J.R., 1971, Crisis Theory: A critique and reformulation, *Community Mental Health Journal*, 7, n° 1, 13-23.
- TENNANT, C., BEBBINGTON, P., 1978, The social causation of depression: A critique of the work of Brown and his colleagues, *Psychol. Medecine*, 8, 565-575.
- TENNANT, Ch., BEBBINGTON, P., HURRY, J., 1981, The role of life events in depressive illness: is there a substantial causal relation?, *Psychology Medecine*, 11, 378-389.
- THEORELL, T., LIND, E., FLODERUS, B., 1975, The relationship of disturbing life-changes and emotions to the early development of myocardial infarction and other serious illness, *Intervention Journal of Epidemiology*, 4, 281-289.
- TRAKOS, D.A., LLOYD, G., 1971, Emergency management in a short term open group, *Comprehensive Psychiatry*, 12, 170-175.
- TYHURST, J.S., 1958, The role of transitional states-including disaster-in mental illness, *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*, Wash. D.C., 1958, in Cooper, J.E., 1983, *Services d'urgences psychosociales et psychiatriques*, Copenhagen, O.M.S., 10.
- UHLENHUTH, E.H., PAYKEL, E.S., 1973a, Symptom configuration and life events, *Archives of General Psychiatry*, 28, 744-748.
- UHLENLUTH, E.H., PAYKEL, E.S., 1973b, Symptom intensity and life events, *Archives of General Psychiatry*, 28, 473-477.
- WALDRON, G., 1984, Crisis intervention: is it effective?, *British Journal of Hospitalization Medecine*, 283-287.
- WALKER, W.R., PARSONS, L.B., SKELTON, W.D., 1973, Brief hospitalization on a crisis service: A study of patient and treatment variables, *American Journal of Psychiatry*, 130, n° 8, 896-903.
- WEISSMAN, M.M., BOYD, J.H., 1983, The epidemiology of affective disorders: rates and risk factors, *Psychiatry Update*, 2, American Psychiatric Association, Was. D.C., 406-428.
- WERSHOW, H.J., REINHART, G., 1974, Life change and hospitalization a heretical view, *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 393-401.
- WILLIAMS, M., 1979, Crisis intervention: A social work method, *Social Work in Health Care*, 5, 23-31.

- WINDER, C.L., AHMAD, F.Z., BANDURA, A., RAW, L.C., 1962, Dependency of patients, psychotherapists responses, and aspects of psychotherapy, *Journal of Consultation Psychology*, 26, 129.
- WOLBERG, L.R., 1965, The technique of short-term psychotherapy, in Wolberg, L.R., ed., *Short-Term Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York, 127-200.
- WOLKON, G.H., 1972, Crisis theory, the application for treatment and dependency, *Comprehensive Psychiatry*, 13, n° 5, 459-464.
- WOLKON, G.H., 1968, Effecting a continuum of care: an exploration of the crisis of psychiatric hospital release, *Community Mental Health Journal*, 4, 63.

SUMMARY

This article is an extensive review of literature on crisis in-

tervention. The authors explore the theoretical grounds of this approach and rate them by means of a thorough analysis of the research done on the subject. More precisely they elaborate a definition of a crisis, provide a classification of same, explain its process and describe how the intervention develops in a crisis situation. They examine, in the second part, the dependence phenomenon, and the determining factors encountered. Then, they study the notion of the triggering factors that lead them to the necessity of taking into account the mediatory factors and explanatory variables in the resolution of the crisis.

Les auteurs remercient vivement madame Isabelle Ferreira et messieurs Denis Maheu et Pierre Duchesneau de la bibliothèque de l'Hôpital Saint-Luc pour leur aide technique dans la réalisation de cet article.