Document generated on 04/23/2024 4:02 a.m.

Santé mentale au Québec

L'intervention de crise dans un établissement hospitalier : aspects théoriques et pratiques
Crisis Intervention in a Hospital Setting: Theoretical and Practical Aspects

Mimi Israël

Volume 16, Number 2, Fall 1991

Crise et intervention

URI: https://id.erudit.org/iderudit/032236ar
DOI: https://doi.org/10.7202/032236ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Israël, M. (1991). L'intervention de crise dans un établissement hospitalier : aspects théoriques et pratiques. *Santé mentale au Québec*, *16*(2), 237–252. https://doi.org/10.7202/032236ar

Article abstract

This paper explores the rationale for establishing a crisis intervention service in a psychiatric hospital setting. After reviewing the pertinent literature, a description will be provided for a crisis service that has been operating since 1987 in the psychiatric department of a general hospital. Data collected over a 6 month period will be presented in order to examine the types of patients referred to the service, the length of stay on the service and the follow-up. Our findings indicate that a large proportion of the patients referred to the service are diagnosed as having major psychiatric disorders and require some form of medical intervention. Nevertheless, a group of patients could be identified who benefit from traditional crisis intervention and who after receiving circumscribed treatment, require no hospital follow-up. The data will be utilized to outline the various roles that a crisis service can play in a psychiatric institution. The discussion will also focus on the structure and functioning of the service and its potential impact on the rest of the system.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1991

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1991, XVI, 2, 237-252

L'intervention de crise dans un établissement hospitalier: aspects théoriques et pratiques

Mimi Israël*

Cet article examine les raisons de l'établissement d'un service d'intervention de crise dans un hôpital psychiatrique. Après une revue de la documentation pertinente, nous décrirons un service de crise qui fonctionne depuis 1987, dans le département de psychiatrie d'un hôpital général. À partir des données rassemblées sur une période de six mois, nous avons examiné les types de patients adressés au service, la durée de leur contact avec le service et le suivi qui en a été fait. Notre étude montre que, pour une grande partie d'entre eux, on a diagnostiqué des troubles psychiatriques majeurs qui exigent une forme quelconque d'intervention médicale. Néanmoins, on peut identifier un groupe de patients qui bénéficient de l'intervention de crise traditionnelle et qui, après avoir reçu un traitement circonscrit, ne nécessitent pas de suivi hospitalier. Nous soulignerons aussi les divers rôles que peut jouer un service de crise dans une institution psychiatrique. Enfin, nous traiterons de la structure et du fonctionnement du service, et de ses effets possibles sur le reste du système.

Depuis son lancement par Lindemann (1944) et son perfectionnement par Caplan (1964), la théorie de la crise a évolué vers le consensus général actuel sur la structure théorique qui sous-tend les principes de l'intervention de crise. Dans la pratique cependant, ces principes se concrétisent par une variété de techniques, appliquées dans divers contextes par différents intervenants professionnels et paraprofessionnels, aux prises avec des populations et des problèmes hétérogènes (Hobbs, 1984).

La popularité de l'intervention de crise ne s'explique pas seulement parce qu'elle promet un traitement rapide et efficace, mais aussi

* L'auteure est psychiatre et directrice du service de crise du Allan Memorial Institute. Elle est également professeure assistante au département de psychiatrie de l'université McGill.

parce qu'elle s'oriente vers une prévention de base, de préférence dans un environnement communautaire. Comme cette théorie est apparue au plus fort du mouvement de désinstitutionnalisation, son application à la santé mentale et son éloignement du modèle médical en ont accru l'attrait auprès de ceux qui cherchaient des modes alternatifs de traitement en santé mentale. Aux yeux de plusieurs, l'intervention de crise devint synonyme d'intervention psychosociale, faite par une équipe multidisciplinaire dans un environnement éloigné de l'institution psychiatrique traditionnelle. Pour d'autres, cette intervention comprend le traitement d'individus souffrant de maladie mentale, ce qui exige donc aussi des interventions biologiques. Sa notion s'est élargie jusqu'à en appliquer la technique aux unités internes (voir Beck et Worthern, 1972; Decker et Stubblebine, 1972; Walker et al., 1973).

Les objectifs d'intervention de crise étant différents, le rôle de la profession médicale et celui de l'institution psychiatrique dans ce domaine sont restés ambigus: cette ambiguïté découle en partie des limitations de la théorie quand elle est appliquée aux troubles mentaux graves. Afin d'examiner la contribution que l'institution psychiatrique peut apporter à la pratique de l'intervention de crise, on doit s'interroger sur le rôle que la psychopathologie joue chez la personne qui se présente en état de crise. Selon la définition généralement acceptée, une crise est une réponse à un stress interne ou externe, qui ne peut être géré par les mécanismes habituels d'adaptation de la personne en détresse (Langsley, 1981). En y réagissant, l'individu vit une période de trouble caractérisée par un déséquilibre ou une désorganisation qui produit une tension extrême. Le stress externe ou interne qui provoque la crise peut être perçu comme un danger qui menace un équilibre psychologique existant. La capacité d'un facteur de stress de provoquer une crise chez une personne donnée dépendra de l'articulation entre le danger, la vulnérabilité et les facteurs de défense propres à cette personne. La crise elle-même peut être vécue comme un danger menant à la décompensation et à la régression, ou comme l'occasion d'atteindre une maîtrise et d'élargir son répertoire de stratégies d'adaptation. Une crise peut connaître trois issues: une solution d'adaptation dans des cas où il y a amélioration de l'état antérieur; un retour à la condition antérieure; une solution inadaptée, avec détérioration du niveau de fonctionnement de base ou décompensation complète. Il est aussi reconnu généralement que les crises sont des phénomènes bien circonscrits dans le temps, avec des dénouements intervenant dans les quatre à six semaines qui suivent l'événement perturbateur, qu'il y ait intervention ou non (Hobbs, 1984). L'intervention de crise ne réduira pas nécessairement la période de crise, elle cherchera plutôt à en influencer l'issue.

Même si la définition classique ne décrit pas implicitement le rôle que la psychopathologie peut jouer dans le déclenchement et le dénouement des crises, Baldwin (1978) traite directement du problème dans la classification qu'il propose des crises émotionnelles. Il divise celles-ci en six catégories, en indiquant les types d'intervention nécessaires. Les quatre premières — crises de changement de vie anticipé, crises résultant d'un stress traumatique, crises de développement, crises de disposition (informer les gens sur les ressources disponibles) — reflètent les types de problèmes qui s'appliquent le mieux aux modèles traditionnels de l'intervention de crise, fournissant l'occasion soit de restaurer la condition antérieure des individus ou même de produire une croissance ou une amélioration par rapport à cet état antérieur. Les deux dernières catégories — crises résultant d'états psychopathologiques et urgences psychiatriques — renvoient à des situations qui sont susceptibles de se présenter dans des établissements psychiatriques. Pour ces deux catégories, il devient plus difficile d'appliquer la théorie de crise, puisque la prévention primaire, et même secondaire, peut n'être plus possible et puisque, dans certains cas, le retour à la condition antérieure à la crise est peu probable. Nombre de ceux qui tombent dans les deux dernières catégories souffrent de troubles psychiatriques chroniques, font preuve d'un niveau de fonctionnement réduit et exigent, de fait, un traitement à long terme. La crise peut effectivement représenter le premier épisode d'un trouble psychiatrique majeur, ou bien, chez ceux où préexistait un état psychopathologique déjà identifié, le trouble psychiatrique sous-jacent représente un facteur de vulnérabilité qui rend la personne plus susceptible aux décompensations sous l'effet de stress relativement mineurs.

Si l'on appliquait le système de classification de Baldwin, on pourrait conclure que les personnes qui subissent une crise classée dans les quatre premières catégories seront mieux traitées dans un établissement communautaire, où prévaut l'intervention de crise de type classique; quant aux malades des deux dernières catégories, ils devraient être soignés dans des établissements psychiatriques plus traditionnels. La question qui se pose est de savoir s'il y a lieu de développer un service d'intervention de crise au sein d'une institution psychiatrique. Notre étude traite du problème en décrivant la structure et le fonctionnement d'un service d'intervention de crise qui fonctionne déjà au sein du département de psychiatrie d'un hôpital général. Les données obtenues du service seront présentées pour montrer comment les principes de l'intervention de crise peuvent s'adapter pour répondre aux besoins d'une population qui requiert des soins auprès d'une institution psychiatrique.

Description du service

Le service de crise de l'hôpital Royal Victoria a ouvert ses portes en juillet 1987. Faisant partie des services externes du département de psychiatrie, il met à la disposition des patients un psychiatre, deux résidents en psychiatrie et un travailleur social psychiatrique. La plupart des patients viennent de la salle d'urgence de l'hôpital, bien qu'on accepte aussi ceux qui proviennent des organismes communautaires du secteur et qu'on réponde aux demandes directes de familles ou de patients déjà traités par le service. Il n'y a aucun critère d'exclusion en ce qui concerne le diagnostic ou les types de problèmes qu'on traite. C'est donc le requérant, qu'il s'agisse du patient lui-même, du psychiatre de l'urgence ou du travailleur communautaire, qui définit la situation de crise. On n'accepte pas cependant de patients qui sont déjà en traitement au sein du système hospitalier. On n'assume pas non plus la responsabilité des patients après leur hospitalisation. Essentiellement, le service se limite à traiter des patients qui sont nouveaux dans le système ou qui ont échappé au suivi durant une période relativement longue.

Le service assume la responsabilité des patients dès leur renvoi. La seule exigence est que le requérant remplisse un formulaire, fourni par le service, qui permet de trier les personnes et d'établir les priorités selon les besoins, ainsi que de faciliter un échange efficace d'informations sur l'individu. Le service garantit un suivi en moins d'une semaine, mais la plupart des patients sont vus dans les jours qui suivent. Les rendez-vous se prennent aisément en composant un numéro direct, où un personnel expérimenté répond aux demandes. Ils peuvent être pris directement par le personnel de la salle d'urgence pour des patients évalués durant la journée, mais ceux-ci sont priés d'appeler eux-mêmes s'ils sont renvoyés au service le soir ou la fin de semaine. Il n'est donc pas nécessaire de garder les patients la nuit à l'urgence pour les renvoyer au service le lendemain, ce qui contribue à prévenir un encombrement inutile de la salle d'urgence. Même si les cliniques d'évaluation sont ouvertes à heures fixes (deux le matin et une l'après-midi), les périodes de suivi sont flexibles et l'on essaie autant que possible de répondre aux besoins du patient.

Le service ne cherche pas à rejoindre les patients qui lui sont renvoyés mais qui n'appellent pas, ou ceux qui omettent de se présenter à leur premier rendez-vous. L'expérience a montré que certaines de ces personnes sont trop malades pour être suivies à l'externe, et qu'elles retourneront fort probablement à l'urgence pour être hospitalisées; pour

d'autres, par contre, l'intervention n'est plus nécessaire, car leur crise s'est résolue après leur visite à l'urgence.

L'un des aspects fondamentaux du travail dans ce service est l'évaluation initiale. Chaque patient est vu durant une heure ou deux, et l'on essaie autant que possible d'y associer la famille ou d'autres personnes significatives du réseau social du patient. Au besoin, on contactera aussi tout travailleur professionnel ou paraprofessionnel relié au patient, notamment les travailleurs sociaux, les agents de probation, les agents communautaires et les médecins de famille.

Le but de l'évaluation initiale est d'élaborer une formulation biopsychosociale de la situation courante du patient, par le biais des diagnostics du DSM-III-R (1987). Une fois le diagnostic postulé ou établi et le problème formulé dans ses dimensions biopsychosociales, on élabore le plan de traitement. Étant donné la diversité des problèmes rencontrés, le service offre un large éventail de modes de traitement. L'objectif est d'adapter le traitement aux besoins de la personne. Une approche flexible exige l'utilisation appropriée des interventions pharmacologiques, l'éventail complet des psychothérapies brèves (thérapies de soutien, thérapies dynamiques et cognitives-comportementales), ainsi que les interventions de couples, de familles et de réseaux sociaux. Les stratégies de traitement comprennent d'habitude la combinaison judicieuse de modes multiples d'intervention et, à l'instar de l'évaluation diagnostique, ceux-ci sont formulés dans un cadre de référence biopsychosocial.

La nécessité de limiter la durée des interventions présente un défi spécifique pour le service de crise. Les interventions thérapeutiques habituelles exigent de six à huit sessions, mais les patients jugés aptes à une psychothérapie dynamique brève peuvent se voir offrir douze sessions. Pour limiter le nombre des sessions, la stratégie consiste principalement en un contrat thérapeutique, présenté au cours des deux premières rencontres avec le service. Ce contrat établit avec le patient et, le cas échéant, avec la famille le nombre de sessions offertes. Le service vise ainsi à faire partager au patient sa formulation du problème, sa stratégie de traitement et ses objectifs thérapeutiques. Dans l'examen du dossier, il importe souvent de différencier les problèmes de longue date, qui ne seront pas nécessairement touchés par les interventions de crise, du problème immédiat pour lequel le patient se présente. Cependant, les recommandations de suivi porteront spécifiquement sur des options ouvertes au patient pour traiter ses problèmes de longue date. De fait, les décisions sur le suivi font aussi partie du processus d'évaluation, car le service a souvent comme rôle de stabiliser le patient avant

de le renvoyer à un traitement approprié, à l'hôpital ou dans la communauté.

Enfin, une part importante du travail du service se concentre dans les domaines de la psychoéducation et de la prévention. Comme il a été mentionné plus haut, le service consacre au départ un certain temps à communiquer au patient, et si possible à la famille, ses vues sur les problèmes qui se présentent et ses explications sur la stratégie de traitement choisie. Quand on prescrit des médicaments, on tient compte des bienfaits qu'on en attend, de leur délai d'action, des limites associées à leur usage ainsi que des effets secondaires possibles. L'attention portée à la psychoéducation semble entraîner une alliance thérapeutique plus forte et une meilleure observation du régime prescrit. Pour ce qui est de la prévention, une intervention de crise efficace devrait aboutir à la diversification des stratégies d'adaptation disponibles au patient. Le service met l'accent sur les ressources, intérieures ou extérieures, dont dispose le patient, plutôt que sur ses faiblesses et vulnérabilités. Dans la découverte des stratégies nécessaires pour résoudre son problème, le patient acquiert de nouvelles aptitudes qui peuvent servir dans les crises futures. Des mécanismes de défense améliorés sont particulièrement cruciaux pour les personnes qui ne nécessitent pas de suivi une fois qu'elles ont été traitées par le service. Par ailleurs, même si l'on ne peut prévenir de futures décompensations, la psychoéducation et une expérience thérapeutique positive permettront aux patients d'identifier le problème et d'aller chercher de l'aide plus tôt. De plus, pour ceux qui ne sont pas suivis, nous offrons un accès direct au service en cas de problèmes futurs.

Méthodes

Nous présenterons maintenant les résultats d'une étude descriptive, dont le but était d'examiner le fonctionnement du service sur une période de six mois. Les données furent recueillies entre janvier et juillet 1990, grâce à un questionnaire rempli par chaque membre de l'équipe après le congé des patients. Les diagnostics étaient tirés des évaluations cliniques faites à partir des critères du DSM-III-R (1987) et se basaient sur les évaluations initiales menées par deux membres de l'équipe, ainsi que sur l'information recueillie durant le suivi. Mais les critères du DSM-III-R ne furent pas appliqués exhaustivement, puisque notre souci premier fut d'utiliser le diagnostic principal du DSM-III-R s'appliquant aux maladies rencontrées. Nous avons donc limité notre analyse aux diagnostics de l'Axe I, qui renvoient à des syndromes cliniques et à des conditions non attribuables à un trouble mental (comme des problèmes

conjugaux) mais objets d'attention ou de traitement, et aux diagnostics de l'Axe II, qui sont associés aux troubles de la personnalité et à des troubles spécifiques du développement. En présentant cette étude, nous admettons que le diagnostic clinique a ses limites et que cela peut influencer l'interprétation de nos résultats. Nous espérons, néanmoins, fournir un aperçu des catégories générales de diagnostics dans lesquelles se partage notre échantillon. Nous considérons ces résultats comme préliminaires, plutôt que comme l'aboutissement d'une méthodologie de recherche appliquée rigoureusement.

RÉSULTATS

TABLEAU 1

Population (N=99)

	Hommes	Femmes
SEXE	46	53
ÂGE: Moyenne	36,5	37,8
Médiane	35,0	37,0
Variations	(19-71)	(18-79)
ÉTAT CIVIL		
Marié (e)	23	24
Célibataire	21	18
Divorcé (e)	1	8
Séparé (e)	1	2
Veuf (veuve)	0	1

Population

Durant la période étudiée, 126 patients ont été adressés au service, et 27 d'entre eux n'ont pas appelé ou ne se sont pas présentés au premier rendez-vous fixé. La répartition démographique des 99 patients évalués et suivis est présentée au tableau 1. Pour 59 d'entre eux, le renvoi au service représentait le premier contact avec la psychiatrie, tandis que les 40 autres avaient déjà eu un contact psychiatrique, même si, pour plusieurs, ce contact remontait loin.

TABLEAU 2

Diagnostics de l'axe I (N=93)

Troubles affectifs		
Épisode dépressif majeur		27
Trouble bipolaire		7
Dépression atypique		3
Dysthymie		1
	Total:	38
Troubles de l'adaptation		24
Troubles psychotiques		
Trouble schizophréniforme		7
Schizophrénie		6
Paranoïa		2
Délires organiques		1
Trouble schizo-affectif		1
Psychose réactionnelle brève		1
Psychose atypique		1
	Total:	19
Troubles anxieux		
Trouble: panique		4
Anxiété généralisée		2
Agoraphobie		2
Trouble obsessionnel-compulsif		2
	Total:	10
Autres		
Toxicomanie		1
Troubles explosifs intermittents		1
	Total:	2

Diagnostic

Le tableau 2 montre les principaux diagnostics de l'Axe I attribués aux patients. De fait, 93 patients ont reçu un diagnostic de l'Axe I; et parmi eux, 22 reçurent aussi un diagnostic de l'Axe II. Un autre groupe de six patients fut classé dans les seuls diagnostics de l'Axe II (4 états-limites, un histrionique et un schizoïde). Le tableau 3 fait ressortir les diagnostics de l'Axe II attribués à l'échantillon.

Il est intéressant aussi de remarquer que sept patients ont fait part d'antécédents d'abus d'alcool ou de drogue, et que 17 autres ont avoué des abus courants d'alcool et de drogue au moment de l'évaluation. Chez l'un d'eux, cet abus a été considéré comme le diagnostic principal de l'Axe I, alors que chez les autres patients d'autres diagnostics de l'Axe I prévalaient.

TABLEAU 3

Diagnostics de l'axe II (N=28)

États-limites	13
Histrioniques	5
Dépendants	4
Antisociaux	3
Narcissiques	2
Schizoïdes	1

Nombre de visites

Le nombre moyen des visites a été de 4,5. Cinquante-quatre patients sont venus pour trois visites ou moins, et 28 d'entre eux n'en ont exigé qu'une. Quarante-cinq patients ont dû se présenter quatre fois ou plus, dont sept 12 fois et un seul plus de 15 fois.

Suivis

On a compté 43 patients qui ont été suivis à l'hôpital (11 hospitalisés et 32 renvoyés à l'une des cliniques externes). Trente-deux patients ont reçu un suivi dans la communauté (14 adressés à des thérapeutes privés, 10 à des médecins de famille et 8 à des médecins de CLSC). Vingt-quatre patients n'ont nécessité aucun suivi après leur congé du service.

TABLEAU 4

Types de suivis selon le diagnostic

DIAGNOSTICS DE L'AXE I		SUIVIS		
	Total	Aucun	Communauté	Hôpital
Troubles affectifs	38	4	17	17
Troubles de l'adaptation	24	12	10	2
Troubles psychotiques	19	3	1	15
Troubles anxieux	10	1	2	7
Autres	2	1	1	0
DIAGNOSTICS DE L'AXE II		**SUIVIS**		
États-limites	13	4	5	4
Histrioniques	5	1	2	2
Dépendants	4	1	1	2
Antisociaux	3	0	3	0
Narcissiques	2	0	2	0
Schizoïdes	1	1	0	0

Le tableau 4 montre les types de suivis selon le diagnostic. Prenons les trois diagnostics de l'Axe I attribués le plus souvent à l'échantillon, pour voir si les patients concernés ont reçu un suivi hospitalier (hospitalisation ou renvoi à une autre clinique), par rapport à un suivi dans la communauté ou à aucun suivi. Un modèle apparaît alors, tel que l'illustre la figure 1. Il appert que dans les cas de troubles de l'adaptation, la majorité des patients (92 %) a pu retourner dans la communauté, sans lien subséquent avec l'hôpital, après être passée par le service de crise. Dans le cas des troubles affectifs, un peu plus de la moitié des patients (55 %) a pu retourner dans la communauté, et le reste (45 %) a nécessité un suivi hospitalier. Enfin, pour les troubles psychotiques, la majorité des patients (79 %) a exigé un suivi hospitalier. Il est intéressant aussi de remarquer que, des 11 patients qu'il a fallu hospitaliser, huit souffraient de troubles psychotiques et trois de troubles affectifs. Ainsi donc, pour 42 % des troubles psychotiques diagnostiqués, l'hospitalisation a été nécessaire, comparativement à 8 % des troubles affectifs. Il importe aussi de noter que la décision d'hospitalisation fut prise, en général, lors de la première visite au service.

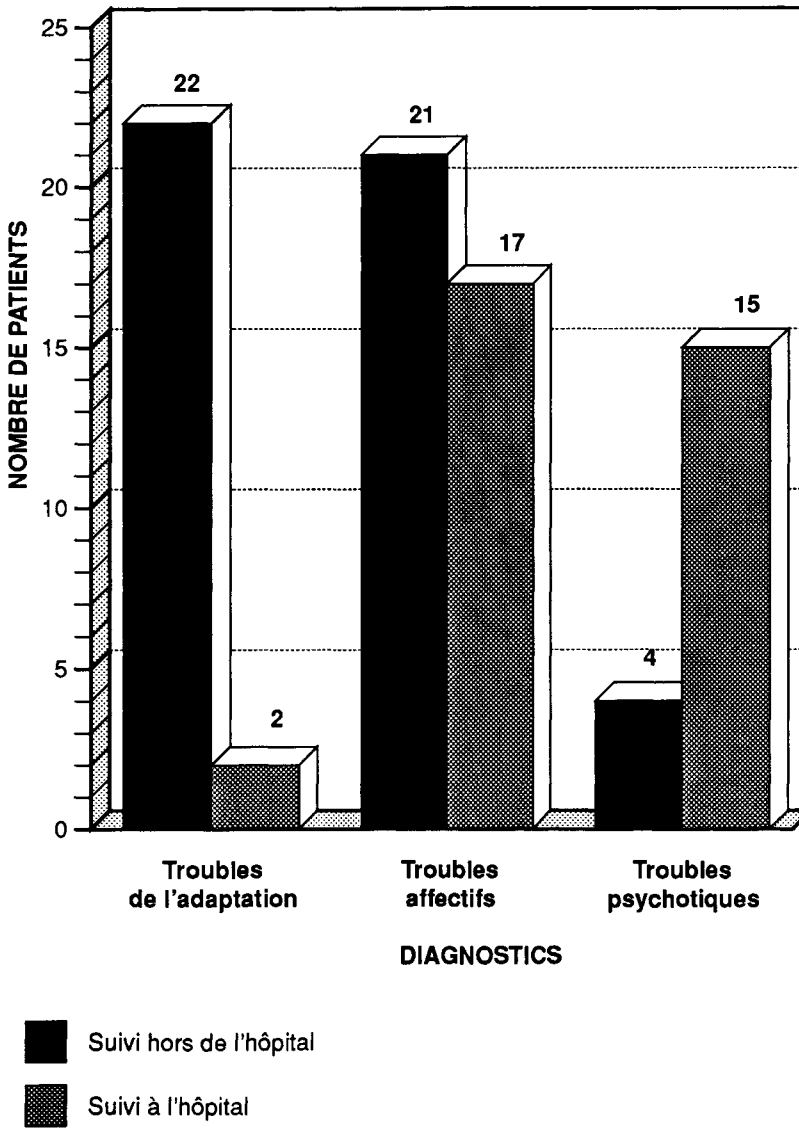
Interventions

Dans 37 des cas, nous avons pu évaluer directement la famille, et dans 11 cas, nous avons pris contact avec des ressources communautaires impliquées auparavant avec les patients. En ce qui concerne les interventions biologiques, 42 patients n'ont exigé aucune médication; pour les 57 autres, la médication a débuté dans 34 cas, changé dans 15 cas et continué telle quelle dans 8 cas. Si l'on examine l'usage des médicaments selon le diagnostic, on voit que ces médicaments ont fait partie du traitement de 82 % des troubles affectifs, de 80 % des troubles psychotiques (les 20 % restants ont été hospitalisés avant l'intervention), de 50 % des troubles anxieux et de 21 % des troubles de l'adaptation.

Discussion

Nos résultats indiquent qu'une grande partie des patients adressés au service sont diagnostiqués comme ayant des troubles psychiatriques graves, notamment des troubles psychotiques et affectifs, et exigent une forme quelconque d'intervention médicale. Si l'on se fie à la classification de Baldwin (Baldwin, 1978), la majorité de notre échantillonnage présentait les deux dernières catégories de crises qu'il a identifiées (crises résultant d'états psychopathologiques et d'urgences psychiatriques). Néanmoins, un quart de notre échantillon environ, particu-

Figure 1
Diagnostics et suivis



lièrement les troubles de l'adaptation, se situait davantage dans les quatre premières catégories de Baldwin et pouvait donc bénéficier des stratégies classiques du traitement d'intervention de crise. La première conclusion à tirer de ces données est que, dans notre système actuel, tous les types de patients se présentent aux urgences psychiatriques, y compris ceux qui n'exigent pas nécessairement d'interventions médicales et qui peuvent être traités aussi bien dans un établissement communautaire.

En passant en revue la place de la théorie de crise en psychiatrie, Szmukler (1987) mentionne plusieurs problèmes qui doivent être réglés afin d'assurer le fonctionnement efficace d'un service de crise dans un établissement psychiatrique classique. Le premier problème est que nombre de patients ne correspondent pas au modèle, ce qui peut provoquer le désenchantement et une perte d'enthousiasme au sein de l'équipe et peut aussi entraîner un resserrement des critères de sélection, en vue de traiter les seuls patients susceptibles de profiter de l'intervention de crise. Une sélection plus sévère engendrerait inévitablement des tensions et du ressentiment dans les autres services, à l'intérieur du système, et donnerait l'impression qu'un tel service est d'utilité limitée pour l'institution. Pour parer au problème, un service de crise au sein d'un établissement psychiatrique doit être prêt à offrir à la fois les interventions psychiatriques classiques et les interventions de crise. Du point de vue de l'institution, le service offre un suivi rapide aux patients qui se présentent à l'urgence, peu importe la maladie. Dans la perspective du service, on ajoute à son rôle le traitement de patients qui peuvent nécessiter un suivi à long terme. Il apprécie l'occasion qui lui est donnée de choisir le mode thérapeutique et la philosophie de traitement qui conviendront le mieux aux besoins individuels de la personne. Sa règle de n'accepter que des patients qui sont nouveaux dans le système lui permet d'influencer la perception que ceux-ci se font du problème et leurs attentes au sujet du suivi. Pour ceux qui présentent des problèmes chroniques, de nouvelles perspectives peuvent alors s'ouvrir, comme l'implication des ressources communautaires, de la famille ou du réseau social, avec la possibilité d'organiser un suivi à l'extérieur du système hospitalier.

La focalisation sur les nouveaux patients aide aussi à éviter le syndrome de la porte tournante, où les mêmes personnes se présentent en état de crise de façon répétitive. Une fois que quelqu'un a été traité par le service et adressé à une autre clinique, les nouvelles crises qui peuvent se produire sont censées être prises en charge par l'équipe traitante. Le renvoi des patients à d'autres cliniques pour le suivi soulève un autre problème mis en lumière par Szmukler (1987): la continuité des

soins. Szmukler considère qu'un service de crise psychiatrique doit faire face à des demandes qui peuvent être conflictuelles, car il doit faire des interventions intenses et rapides tout en maintenant la continuité des soins pour des patients traités à long terme. Au service du Royal Victoria, on a essayé de résoudre ce problème en s'assurant que les patients sont stabilisés avant de les renvoyer à d'autres cliniques. On est donc flexible, à la fois pour établir la durée du traitement, et pour augmenter, à l'occasion, le nombre de sessions prévues initialement au contrat, afin d'assurer la réussite de la transition. Une documentation complète sur l'évolution du patient, une communication directe avec l'équipe médicale à qui on adresse le cas et une préparation adéquate du patient lui-même: tout cela contribue à accroître la capacité du service à diriger efficacement des patients vers d'autres cliniques. En préparant les patients à ce renvoi, on ne parle pas seulement du suivi à long terme dès le début du traitement, mais aussi, dans des cas bien choisis, on présente personnellement le nouveau thérapeute, de façon à faciliter la transition. Jusqu'ici, le service a éprouvé peu de difficultés dans le renvoi des patients à d'autres cliniques. Il continue de maintenir de bonnes relations de travail avec d'autres équipes externes. Il est considéré comme capable d'offrir un traitement intensif et d'assurer la stabilisation des patients et, donc, de faciliter la tâche des équipes qui donnent un suivi à long terme mais non nécessairement intensif.

Enfin, Szmukler (1987) parle de la difficulté de concevoir un service qui puisse répondre à l'imprévisible, tout en s'occupant d'événements prévus comme des rendez-vous de suivi. Le service traite le problème en réservant à l'évaluation des nouveaux patients des périodes spécifiques, qui ne sont pas consacrées à d'autres activités. Donc, dans l'optique du système, le service est toujours disponible pour évaluer de nouveaux patients. Évidemment, le temps attribué à l'évaluation doit être bien calculé pour répondre aux besoins d'une institution particulière; il dépendra aussi du nombre de personnes qui travaillent au service. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, les périodes de suivi, plus flexibles, sont convenues entre le thérapeute et le patient. Même si le service ne peut suivre qu'un nombre limité de patients à un moment donné, le taux de roulement relativement élevé et le fait que certains d'entre eux n'exigent pas de traitement intensif lui permettent de répondre aux nouveaux cas. Néanmoins, il faut un certain degré de flexibilité et la capacité de s'adapter à une demande fluctuante. En outre, une révision continue des cas et des plans de traitement est nécessaire pour assurer un fonctionnement efficace, pour répartir les cas de façon à éviter qu'un membre de l'équipe soit surchargé et pour prévoir la répartition des cas à venir. Cette révision se fait en séance

hebdomadaire, où tous les cas sont examinés et la gestion du temps discutée. Pertinente aussi est la question de la fréquence des rencontres avec les patients. En général, on voit ceux-ci une fois par semaine, mais les rendez-vous sont espacés pour ceux qui commencent à s'améliorer. Le service trouve rarement nécessaires des rencontres à plus bref intervalle, mais il encourage les appels des patients, de leurs familles ou de leurs réseaux sociaux, et y répond rapidement. Aussi est-il rare que les patients se retrouvent en salle d'urgence entre les rendez-vous.

Après avoir décrit le rôle du service de crise au sein d'une institution hospitalière, il importe maintenant de l'évaluer en fonction d'organisations communautaires comme ces centres de crise qui se sont aussi implantés pour aider des personnes en crise.

Les centres de crise sont apparus ces dernières années afin de répondre au problème croissant de l'encombrement des salles d'urgence. Leur mandat est d'offrir des services de soutien psychosocial aux adultes qui éprouvent des problèmes psychiatriques ou émotionnels et qui sont dans une situation particulièrement critique. Le centre de crise qui dessert notre région accepte des patients qui lui sont adressés par des salles d'urgence psychiatrique ou par d'autres organisations communautaires, ou encore qui se présentent de leur propre initiative ou par l'intermédiaire de leurs familles. Le centre offre une solution de remplacement à l'hospitalisation pour ceux et celles qui n'exigent pas de soins médicaux intensifs. Ses interventions comprennent un court séjour en milieu supervisé (maximum de trois semaines), la résidence en appartements supervisés (maximum de six semaines) et un suivi communautaire comportant du soutien à la maison et l'accès à l'aide téléphonique 24 heures sur 24 (maximum de trois mois).

Quand notre service de crise a été mis sur pied, le centre de crise de la région n'était ouvert que depuis quelques mois. Dès le départ, nous avons collaboré étroitement avec le centre de crise, afin d'offrir un traitement complet à notre clientèle mutuelle. On peut considérer que nos services respectifs ne font pas double emploi mais qu'ils sont complémentaires. Par exemple, un patient qui se présente à l'urgence en n'ayant eu aucun contact psychiatrique antérieur sera renvoyé à notre service pour évaluation médicale et suivi, ainsi qu'au centre de crise pour un séjour supervisé à court terme jusqu'à ce que la crise se résorbe. Donc, l'hospitalisation aura été évitée même si le patient était incapable de retourner chez lui directement à partir de la salle d'urgence. Par ailleurs, quelqu'un peut aussi être adressé au centre de crise par un autre organisme communautaire, et le personnel peut alors découvrir qu'il exige des soins psychiatriques. Le centre entrera donc en contact avec notre service, qui évaluera le patient et assumera le suivi médical.

Notre service partage avec le centre de crise le but de rétablir l'équilibre des personnes en crise en perturbant le moins possible leur environnement et en préservant le plus possible leur autonomie. Ayant développé d'étroites relations de travail avec le centre, nous avons pu profiter de sa capacité de fournir des structures de supervision et du suivi jusque dans les foyers, ainsi que de son association avec d'autres ressources communautaires, ce qui facilite notre tâche d'organiser un suivi communautaire pour le plus de patients possible. De même, nous nous sommes établis comme consultants et nous sommes rendus disponibles pour l'évaluation rapide et le suivi des patients qui nécessitent aussi des interventions médicales.

Pour conclure, notre expérience permet de voir qu'un service d'intervention de crise peut jouer un rôle utile et productif dans le cadre d'un établissement psychiatrique. Pour fonctionner efficacement, un tel service doit délimiter son territoire en tenant compte d'autres structures qui fonctionnent à l'intérieur du système. Il doit aussi faire preuve de souplesse et d'une volonté de s'adapter aux besoins variables du patient comme du système. Dans notre cas, le service de crise peut être considéré comme un pont qui relie la salle d'urgence au département externe de l'hôpital. Notre but est de fournir un suivi rapide de ceux et celles qui se présentent à l'urgence, mais aussi d'éviter l'institutionnalisation en fournissant un traitement bien circonscrit ainsi qu'en dirigeant les patients vers des ressources plus appropriées au sein de la communauté. Même si nos recherches indiquent que certains de nos patients sont mieux servis par un suivi hospitalier, nous pouvons néanmoins organiser un suivi communautaire pour nombre de ceux dont on diagnostique de graves troubles psychiatriques.

En ce qui concerne l'interface entre notre service de crise et la communauté, notre but est de servir de lien efficace et accessible à ces organisations qui s'occupent aussi des personnes en crise et qui exigent la compétence et le soutien de l'institution psychiatrique. Pour favoriser la collaboration avec les organismes communautaires, nous avons reconnu les objectifs que nous avions en commun avec eux et établi une atmosphère de respect mutuel et de coopération. Ainsi, pour remplir son mandat, un service de crise fonctionnant au sein d'un hôpital doit être vu comme partie intégrante du réseau d'organismes qui travaillent ensemble à aider les personnes en crise.

RÉFÉRENCES

BALDWIN, B.A., 1978, A paradigm for the classification of emotional crises: implications for crisis intervention, *American Journal of Orthopsychiatry*, *48*, n° 3, 538-551.

BECK, J.C., WORTHEN, K., 1972, Precipitating stress, crisis theory and hospitalization; on schizophrenia and depression, *Archives of General Psychiatry*, 25, 675-677.

CAPLAN, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.

DECKER, B.J., STUBBLEBINE, J.M., 1972, Crisis intervention and prevention of psychiatric disability: a follow-up study, *American Journal of Psychiatry, 129*, n° 6, 725-729.

HOBBS, M. 1984, Crisis intervention in theory and practice: a selective review, *British Journal of Medical Psychology, 57*, 23-34.

LANGSLEY, D.G., 1981, Crisis intervention: an update, in Masserman, J.H. ed., *Current Psychiatric Therapies*, vol. 20, Grune and Stratton, New York.

LINDEMANN, E., 1944, Symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry, 101*, 141-148.

SZMUKLER, G.I., 1987, The place of crisis intervention in psychiatry, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 21*, 24-34.

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.

Crisis Intervention in a Hospital Setting: Theoretical and Practical Aspects

ABSTRACT

This paper explores the rationale for establishing a crisis intervention service in a psychiatric hospital setting. After reviewing the pertinent literature, a description will be provided for a crisis service that has been operating since 1987 in the psychiatric department of a general hospital. Data collected over a 6 month period will be presented in order to examine the types of patients referred to the service, the length of stay on the service and the follow-up. Our findings indicate that a large proportion of the patients referred to the service are diagnosed as having major psychiatric disorders and require some form of medical intervention. Nevertheless, a group of patients could be identified who benefit from traditional crisis intervention and who after receiving circumscribed treatment, require no hospital follow-up. The data will be utilized to outline the various roles that a crisis service can play in a psychiatric institution. The discussion will also focus on the structure and functioning of the service and its potential impact on the rest of the system.