

Approches inductives

Vers une théorisation du vécu des patients et de leurs proches à la suite d'interventions de crise à domicile

Charlotte Vereecke, Jennifer Denis et Stephan Hendrick

Approches inductives en psychologie
Volume 5, numéro 2, automne 2018

URI : id.erudit.org/iderudit/1054337ar
<https://doi.org/10.7202/1054337ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Trois-Rivières

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Vereecke, C., Denis, J. & Hendrick, S. (2018). Vers une théorisation du vécu des patients et de leurs proches à la suite d'interventions de crise à domicile. *Approches inductives*, 5(2), 128–159. <https://doi.org/10.7202/1054337ar>

Résumé de l'article

Les prises en charge de crise à domicile – proposées par des équipes mobiles – visent à intervenir auprès de patients en situation de détresse psychologique aiguë, et ce, dans un contexte où les proches sont systématiquement mobilisés dans la dynamique de soins. Les interventions s'étendent sur une période de trois à six semaines et ont comme visée la résolution de la crise individuelle et/ou familiale. À ce jour, l'efficacité de ce type de traitement n'est plus à prouver puisqu'il permet de réduire significativement le nombre d'hospitalisations. À travers notre étude, nous avons accordé une place aux patients et à leurs proches afin de les laisser exprimer leur vécu quant aux spécificités de ce dispositif de soins. L'objectif était de comprendre comment le patient et ses proches s'approprient de nouvelles stratégies de résolution de problèmes et comment ils acquièrent une meilleure compréhension de leur fonctionnement, individuel et relationnel, dans le but de prévenir d'éventuelles nouvelles crises. La vision bilatérale, c'est-à-dire le vécu des patients et de leurs proches, que nous proposons a abouti à une théorisation enracinée apportant des éléments de compréhension nouveaux quant à la manière dont les équipes de crise intervenant à domicile doivent continuer à soutenir les patients et leurs familles.

Tous droits réservés © Approches inductives, 2018

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

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

Vers une théorisation du vécu des patients et de leurs proches à la suite d'interventions de crise à domicile

Charlotte Vereecke

Université de Mons, Belgique

Jennifer Denis

Université de Mons, Belgique

Stephan Hendrick

Université de Mons, Belgique

Résumé

Les prises en charge de crise à domicile – proposées par des équipes mobiles – visent à intervenir auprès de patients en situation de détresse psychologique aiguë, et ce, dans un contexte où les proches sont systématiquement mobilisés dans la dynamique de soins. Les interventions s'étendent sur une période de trois à six semaines et ont comme visée la résolution de la crise individuelle et/ou familiale. À ce jour, l'efficacité de ce type de traitement n'est plus à prouver puisqu'il permet de réduire significativement le nombre d'hospitalisations. À travers notre étude, nous avons accordé une place aux patients et à leurs proches afin de les laisser exprimer leur vécu quant aux spécificités de ce dispositif de soins. L'objectif était de comprendre comment le patient et ses proches s'approprient de nouvelles stratégies de résolution de problèmes et comment ils acquièrent une meilleure compréhension de leur fonctionnement, individuel et relationnel, dans le but de prévenir d'éventuelles nouvelles crises. La vision bilatérale, c'est-à-dire le vécu des patients et de leurs proches, que nous proposons a abouti à une théorisation enracinée apportant des éléments de compréhension nouveaux quant à la manière dont les équipes de crise intervenant à domicile doivent continuer à soutenir les patients et leurs familles.

Mots-clés : Patient, proches, vécu, équipe mobile de crise, théorisation enracinée

Introduction

Cet article a pour objectif d'exposer les résultats de notre recherche qualitative portant sur le vécu des patients ayant bénéficié d'un suivi par une équipe mobile de crise et de leurs proches. La mobilisation de l'entourage reste quasi systémique dans le cadre du

travail des équipes mobiles de psychiatrie de crise. Zeltner et al. (2002) développent cette idée dans leur article *Prise en charge de crise et enveloppe langagière*. En effet, en travaillant dans les espaces d'intimité des patients, soit à leur domicile, l'équipe est très fréquemment amenée à interpeller les ressources externes autour des patients.

Pour pouvoir appréhender ce phénomène, nous avons utilisé la méthodologie de la théorisation enracinée (Glaser & Strauss, 1967). Cette méthodologie nous a semblé la plus pertinente pour répondre à nos objectifs de recherche. En effet, son aspect inductif « d'enracinement de l'analyse dans les données de terrain » (Guillemette, 2006, p. 33) permet d'accéder à la subjectivité des témoins et de donner une place à leur vécu singulier.

Pour commencer, nous exposerons la problématique de notre étude. Ensuite, nous expliciterons notre démarche méthodologique. Enfin, nous présenterons et commenterons les résultats saillants obtenus.

1. Description de la problématique

Le choix de la thématique de la prise en charge de crise à domicile s'ancre dans un double objectif. Le premier vise à répondre à des attentes spécifiées des membres de l'équipe mobile dans une démarche écologique, ceux-ci voulant mieux saisir les tenants et les aboutissants de leurs modalités d'intervention afin d'adapter continuellement leur travail clinique. Le second objectif a pour but de s'appuyer sur des écrits scientifiques afin de mieux comprendre le sens que prennent les interventions mobiles de crise pour les patients et leurs proches. À notre connaissance, aucune étude n'a encore pu relever ces éléments expérientiels dans le contexte des interventions de crise à domicile. Divers auteurs (Engqvist & Nilsson, 2013; Lyman et al., 2014) démontrent l'intérêt de mobiliser les proches dans le travail psychologique avec les patients. Les équipes mobiles de crise belges sont apparues en 2010 à la suite d'un projet de loi fédérale visant la désinstitutionnalisation des usagers. À notre connaissance, aucune publication scientifique n'a été réalisée sur le sujet.

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons choisi d'examiner plus particulièrement l'accompagnement au domicile proposé par une équipe mobile de psychiatrie montoise (équipe de crise). Des recherches sur l'intervention de crise ont déjà été publiées (Barker, Taylor, Kader, Stewart, & Le Fevre, 2011; Carpenter, Falkenburg, White, & Tracy, 2013; Rissmeyer, 1985; Tulloch, Khondoker, Thornicroft, & David, 2014). Celles-ci portent sur la comparaison entre l'hospitalisation et les méthodes alternatives, dont les traitements à domicile. Il y a plus de trente ans, Rissmeyer (1985) appelait déjà à pousser la recherche à s'intéresser davantage à ces alternatives à l'hospitalisation. Celles-ci sont, selon lui, bénéfiques par leur maintien des patients dans la communauté.

La raison pour laquelle nous nous sommes intéressés au vécu du patient, mais également à celui des proches, s'enracine également dans les conceptualisations théoriques et scientifiques de De Clercq (1991). L'auteur belge a été un pionnier dans la mise en place d'équipes mobiles de crise. Dans la plupart de ses écrits, l'auteur mentionne qu'il ne faut pas considérer les proches comme des « victimes de la pathologie » (De Clercq, 1991, p. 159) du patient, mais plutôt comme des acteurs et des partenaires actifs de la crise qui émerge, d'une part, parce qu'ils souffrent également de l'état de désorganisation psychique du patient désigné, et d'autre part, parce qu'ils sont eux-mêmes, directement ou indirectement, au centre de ce qui a fait crise. Cette dernière, rappelons-le, s'active sur des problématiques psychiques, mais surtout relationnelles. Denis (2016) pointe la nécessité d'intégrer les proches considérés tantôt comme des ressources externes à la compréhension du phénomène de crise, tantôt comme des initiateurs ou accélérateurs du processus de crise et donc, également, de sa résolution. Dans les deux cas, le travail de rééquilibrage de l'état de crise ne peut se réaliser correctement sans la mise en lumière des vécus respectifs des divers protagonistes engagés pleinement dans cet état de débordement paroxystique. Ainsi, ce premier travail clinique ouvre la porte vers des suivis psychothérapeutiques

individuels, voire familiaux, et ce, afin notamment d'amener de véritables changements relationnels ancrés dans le temps.

La démarche vise également à comprendre ce qu'implique le positionnement de l'équipe mobile durant le suivi. Cela permet de voir les processus mis en place pour s'engager et évoluer dans le suivi, mais aussi pour le clôturer. Tous ces éléments entrent en ligne de compte dans la gestion de la crise ainsi que dans la compréhension de celle-ci. Des recherches comme celles du CRéSaM ASBL (2017), en association avec l'équipe ASBL Psytoyens, se sont intéressées au vécu du patient en explorant cinq grands axes : 1) les mots pour dire la crise; 2) les ressources personnelles; 3) les personnes-ressources; 4) les besoins; 5) l'idéal du soin. La voix des usagers a également été entendue par Lemestré (2016). Cette étude fait état d'une satisfaction liée au maintien à domicile. Cependant, ce type d'intervention peut paradoxalement accentuer l'isolement.

À la suite de ces constats scientifiques et en réponse aux attentes d'une équipe mobile de crise, notre problématisation a été la suivante : à la fin du suivi avec l'équipe mobile, comment les patients et leurs proches donnent-ils sens à leur vécu des interventions de crise à domicile?

2. Démarche méthodologique

L'analyse qualitative a été choisie pour collecter le vécu de chaque témoin au travers de dires singuliers. Mucchielli (2004) décrit la méthode qualitative comme une transformation des données humaines pour en faire émerger des éléments porteurs de sens. Dans l'analyse qualitative, il est important de considérer le chercheur comme faisant partie du processus de recherche. En effet, Paillé (2006) explique que c'est en écoutant, en laissant le sujet l'informer sur son vécu, que le chercheur peut se plonger dans le monde vécu des témoins privilégiés pour la recherche. La meilleure position est celle du chercheur qui ne sait pas, qui se laisse enseigner par ses témoins. Cette posture semble idéale, voire utopique, dans une démarche méthodologique utilisant la

méthodologie par théorisation enracinée (MTE). Certains auteurs, comme Denis (2016), précisent cette pensée en signalant qu'il n'est pas possible de conserver une posture naïve ou neutre de tous jugements, ou représentations, dans une recherche qualitative. L'auteure explique que l'investigateur mène sa recherche avec une idée singulière concernant ses objectifs, sa position, mais également sa « sensibilité aiguisée par des référents interprétatifs » (Denis, 2016, p. 28). En effet, il est impossible de se détacher pleinement de ce qui nous compose et de ce qui fait notre singularité. Tout au long de sa recherche, Denis (2016) en fait une force. C'est véritablement dans ce sens que nous encourageons les chercheurs qualitatifs.

À l'intérieur d'une méthodologie qualitative, plusieurs choix s'opèrent. Ces choix concernent notamment les outils pour collecter les données (entretien, questionnaire, vidéo, etc.), mais également la posture épistémologique dans laquelle s'ancre le chercheur. Dans notre cas, la démarche purement inductive s'est imposée. Comme l'indiquent Guillemette et Luckerhoff (2015), c'est une position qui retourne la logique habituellement respectée dans la recherche scientifique de type expérimentale ou quantitative. De fait, notre recherche n'est pas de type hypothético-déductif, c'est-à-dire qu'elle ne se base pas sur une hypothèse de départ. Elle est au contraire de type inductif, ce qui signifie que nous nous laissons enseigner par les données, sans idée préalable de ce qui va apparaître. La théorisation qui en émerge se construit alors progressivement au regard de différentes itérations rigoureuses. Voyons à présent ce qu'il en ressort en commençant par la démarche itérative.

2.1 Méthodologie itérative

Comme le disent Lessard-Herbert, Goyette & Boutin (1990), l'analyse qualitative, dite itérative (Glaser & Strauss, 1967), suppose un aller-retour entre les différentes dimensions du processus de recherche. Lejeune (2014) énonce que pour faire une recherche de ce type, le chercheur doit procéder de façon circulaire et non linéaire. En effet, la MTE suppose une organisation qui n'est pas « figée ». C'est donc en menant de manière simultanée la problématisation, la collecte, l'analyse des données et la

rédaction des résultats que peuvent interagir ces différentes étapes afin d'encourager l'élaboration d'une théorie innovante.

2.2 Sensibilité théorique et implication subjective du chercheur

La MTE n'impose pas *a priori* de concepts théoriques aux données empiriques. Par contre, il est tout à fait impossible de faire abstraction de nos préconceptions théoriques en tant que chercheur. Dey (1999), cité par Guillemette (2006), souligne qu'« il y a une différence entre une tête vide et un esprit ouvert » (p. 36). Guillemette (2006) suppose une mise en suspens momentanée des théories connues pour proposer une ouverture optimale aux éléments émergeant du terrain. Cela procure l'avantage de ne pas avoir à expliquer trop rapidement les données collectées. Le bagage théorique, comme le définit Paillé (1994), aide pour sa part le chercheur à dégager un sens du matériau qu'il collecte, de qualifier les phénomènes impliqués tout comme leur incidence, leurs relations, et de les rendre intelligibles dans un schéma explicatif. Le chercheur doit pouvoir démêler le phénomène en ne gardant que les informations pertinentes pour sa problématique de recherche. La sensibilité théorique du chercheur est processuelle, elle évolue constamment avec le temps.

Pour illustrer l'évolution de cette sensibilité théorique, évoquons la posture de chercheur que nous avons adoptée. Ayant réalisé une immersion de plusieurs semaines dans l'équipe collaborant à la recherche, nos représentations du phénomène de crise et du travail clinique ont quelque peu évolué avec le temps. Ce cheminement a entraîné des modifications dans la manière de collecter les données – c'est-à-dire de conduire nos entretiens –, mais également dans la façon de les analyser. La connaissance du terrain a facilité la création du lien à l'équipe et aux patients, mais, d'un autre côté, des obstacles ont dû être surmontés afin de ne pas entraver l'ouverture maximale du questionnement de recherche. Ces freins font référence, entre autres, à la focalisation sur le contenu. Ce tropisme pour le contenu risque d'empêcher le chercheur de se centrer pleinement sur le vécu singulier des témoins. C'est un peu comme si le chercheur savait à la place du témoin. Dans cette perspective, il ne questionne pas

correctement ni suffisamment. Il risque ainsi de ne récolter que des généralités. Dans sa démarche d'observation participante, il est primordial que le chercheur suspende, pour un temps, ses représentations et ses connaissances en adoptant une posture naïve, « vierge » lors de la conduite de ses entretiens. Il se doit de questionner de manière approfondie le témoin sur le sens des mots énoncés afin d'ouvrir la collecte des données sur des aspects qui dépassent la simple description de faits, d'approcher le cœur du vécu et ses différentes couches (émotionnelles, corporelles, cognitives, égoïques). Cette façon de faire ressemble en beaucoup de points à la démarche du psychologue clinicien et à celle du psychothérapeute – quelle que soit son orientation théorique – avide de comprendre le vécu de ses patients. C'est dans ce contexte que la prochaine notion évoquée – l'échantillonnage théorique – prend tout son sens.

2.3 Échantillonnage théorique

Paillé (1994) et Lejeune (2014) expliquent qu'en utilisant la méthodologie de la théorisation enracinée, le chercheur ne vise pas à échantillonner des sujets, des individus, mais plutôt des vécus singuliers. Il s'agit alors de mettre en lumière les différentes caractéristiques du phénomène étudié, mais également les liens entre elles.

Notre échantillonnage théorique se compose de huit témoins. L'ensemble des données a été collecté entre octobre 2017 et mars 2018. Parmi les participants, on compte quatre patients et quatre personnes issues de leur entourage proche. Les patients ont reçu entre dix et quinze interventions de l'équipe mobile. La prise en charge a ensuite été clôturée d'un commun accord. Nous les avons rencontrés dans les deux semaines qui ont suivi la fin de la prise en charge dans le but de rester au plus proche du suivi afin qu'il n'y ait pas de confusion avec d'autres suivis éventuels qui auraient pu avoir été entamés après la clôture. En ce qui a trait au déroulement des entretiens, nous rencontrions d'abord le patient afin de créer un premier contact avec lui et qu'il puisse ensuite nous orienter vers le proche qu'il a considéré comme une personne-ressource pendant le suivi de crise. Notre souhait était de rencontrer le proche désigné comme soutenant, c'est-à-dire présent physiquement et psychologiquement pour le sujet en

état de crise. Les relations entretenues entre les patients et leurs proches sont soit une relation de couple, une relation amicale ou encore une relation parent-enfant. La durée des entretiens oscillait entre trente et cinquante-cinq minutes. Tous les participants de l'étude ont été rencontrés à leur domicile. Ce choix semblait le plus adéquat puisqu'il permettait de respecter le cadre mis en place préalablement par l'équipe mobile de crise, et ce, dans le respect de l'espace intime des personnes. Nous n'avons pas essuyé de refus. Tous les participants sollicités ont accepté de participer à notre recherche.

2.4 Journal de bord et structure des entretiens

L'usage de la MTE commence bien souvent avant même d'entamer la collecte des données. En ce qui nous concerne, cela s'est produit lors d'une période d'observation participante de quatre mois qui a précédé les entretiens et où nous avons rédigé quelques mémos. Dans ce contexte, la tenue d'un journal de bord pour colliger l'ensemble des mémos et des comptes-rendus s'est rapidement avérée un incontournable.

Par ailleurs, pour pouvoir collecter les données attendues, nous avons formulé quelques mots-clés servant de repères à la conduite des entretiens. Il est important de noter que, malgré ces mots-clés, il faut toujours relancer le témoin à partir de ses propos. En effet, l'entretien dans la perspective de la MTE n'est pas comparable à « un entretien dirigé ou semi-dirigé » (Denis, 2016, p. 44). Les mots-clés sont considérés comme des lignes directrices à suivre pour rester focalisé sur la problématique de recherche. *Entretien de triangulation, binômes changeants, fréquence des visites* sont parmi ceux que nous avons listés.

3. Résultats

Dans cette section, nous présentons les résultats de notre recherche. Lorsqu'ils sont apparus sous forme de catégories émergentes, il a été nécessaire de scinder la problématisation. En effet, le vécu des témoins touchait quatre domaines principaux.

Nous avons alors développé quatre perspectives d'analyse, deux en lien avec le cadre de travail et deux portant sur les processus individuels et relationnels :

Le cadre de travail de l'équipe mobile :

- ✚ Comment les patients et leurs proches ont-ils vécu le cadre de travail de l'équipe mobile?
- ✚ Comment les patients et leurs proches ont-ils vécu la clôture de la prise en charge?

Les processus individuels et relationnels :

- ✚ Comment le travail réflexif est-il vécu par les patients et par leurs proches?
- ✚ Comment l'intégration ou la non-intégration des proches dans la prise en charge est-elle vécue par les patients et leurs proches?

La première perspective d'analyse s'intéresse au cadre de travail de l'équipe mobile et à ses particularités. La nouveauté de cette équipe rend son cadre innovant dans le champ de la psychiatrie puisqu'elle chamboule les représentations initiales du travail en psychiatrie en se réalisant hors du cadre hospitalier.

La deuxième perspective d'analyse s'intéresse à la fin de la prise en charge. Les suivis cliniques qui débutent à la suite d'un état de débordement psychique aigu activent des accrochages thérapeutiques forts (Denis, 2016). En effet, les patients se retrouvent en phase de « désorganisation » (Lecomte & Lefebvre, 1986, p. 125) et font appel à une aide extérieure, car ils ne peuvent résoudre le problème par les stratégies de résolution de problème habituelles. Nous verrons grâce à cette question comment le suivi parvient à se clôturer malgré l'accrochage thérapeutique important.

La troisième perspective d'analyse consiste à explorer le vécu expérientiel des différents témoins privilégiés. L'objectif est de comprendre ce qui se joue intérieurement chez la personne, qu'elle vive le suivi de près ou de loin, car même les

témoins n'ayant pas rencontré l'équipe mobile ont un vécu bien singulier à livrer en rapport avec le travail clinique effectué.

La quatrième perspective d'analyse vise à comprendre la dynamique du système familial du patient en crise pour éclairer les professionnels sur la nature des relations qu'il y entretient. En effet, comme il a été mentionné précédemment, l'intervention d'une équipe mobile a un impact sur le contexte du patient puisque l'intervention se déroule dans l'espace privé du patient. De plus, d'un point de vue systémique, comme l'expliquent Zeltner et al. (2002), lorsqu'un membre du système modifie un élément dans sa façon de fonctionner, cela a un impact sur l'entièreté du fonctionnement systémique. Benoit & Malarewicz (1988) évoquent d'ailleurs brièvement la question de l'homéostasie du système et donc de la réadaptation nécessaire de tous les membres qui composent ce système lorsqu'un changement survient. Le changement débute lors de l'émergence de la crise et se poursuit ensuite par les modifications inter et intra systémiques qu'elle suscite.

Nous allons successivement déployer les résultats pour chaque perspective d'analyse.

3.1 Résultats relatifs au cadre de travail de l'équipe mobile

Au fil de nos entretiens, nous avons perçu que le cadre de travail de l'équipe mobile était spécifique et innovant. Les éléments de ce cadre ont constitué des points de discussion avec les témoins. La notion de processus dans le travail de l'équipe mobile a notamment fait surface. En effet, l'évolution de la forme du suivi au fil des semaines a été mentionnée par les témoins lors des rencontres. Le déroulement de la prise en charge par l'équipe mobile a donc été schématisé de façon à mettre en lumière le vécu des témoins tout au long du processus de travail. Le Tableau 1 présente les différentes catégories et sous-catégories du cadre de travail de l'équipe mobile.

Tableau 1

Arbre de codification abordant le vécu des témoins par rapport au cadre de travail de l'équipe mobile

Catégories principales	Sous-catégories
1. Entretien de triangulation	a) Ante-début à la prise en charge b) État d'appréhension c) Absence psychique
2. Intervention à domicile	a) Appropriée b) Sécurisante
3. Processus de la première semaine	a) Intensité du suivi b) Nécessaire et appréciable vu l'état psychique aigu
4. Diminution des visites à domicile	a) Mise en place progressive de stratégies d'adaptation b) Perception d'une évolution dans le travail clinique
5. Binômes/trinômes changeants	a) Vécu singulier et personnalisé b) Confusion des rôles des intervenants c) Activation périlleuse de la verbalisation avec les intervenants nouveaux d) Perception différenciée de la posture du psychiatre

Catégorie principale 1 : Entretien de triangulation

L'entretien de triangulation c'est, d'une part, la première rencontre entre le patient, et éventuellement ses proches, l'équipe mobile et le demandeur de la prise en charge, qui n'est pas toujours le patient ou l'un de ses proches puisqu'il peut s'agir d'un collègue médecin ou psychologue extérieur à l'équipe mobile de crise. Ce moment permet la prise de contact entre le demandeur et l'équipe mobile, et ce, toujours en présence du patient traversant l'état de crise. Le terme *triangulation* est très univoque. Dans sa signification, il renvoie à la notion de tripartie, en présence ou non, c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, à une mobilisation consciente d'une tierce personne face à la dualité – conflictuelle ou non – d'une relation ou d'une situation. Ici, le tiers est l'équipe mobile. En effet, l'équipe mobile vient en renfort au demandeur du suivi pour offrir une prise en charge adaptée à la problématique aiguë du patient.

Sous-catégorie 1a) Ante-début à la prise en charge

Lors de cette première rencontre avec les protagonistes en présence (patient/proche, équipe mobile, demandeur), un lien avec l'équipe mobile de crise se crée. La présence physique des intervenants sur le lieu de rendez-vous, avant même de les rencontrer, semble avoir un impact sur les ressentis des témoins.

Lors de l'entretien, un travail réflexif de la part du patient en crise psychique se met en place. Ce travail réflexif semble en partie lié au cadre clinique proposé. Même si cela n'est pas l'objectif de l'entretien de triangulation, l'importance de l'état de crise et de ses possibles conséquences directes ou indirectes commence doucement à être mentalisée chez le patient vivant la crise. Comme en témoigne l'extrait suivant, les témoins prennent conscience de la nécessité de la mise en place d'une aide psychologique, en prenant connaissance du cadre thérapeutique proposé par l'équipe mobile : « Oui c'est de trois à six semaines [...] Et ils viennent tous les jours. [...] Et puis ils venaient tous les deux jours. [...] Donc c'est que j'étais un cas fort [...] Beh que je... j'étais loin quoi » (Témoin 5).

En amont de la mise en place de l'entretien de triangulation, il y a presque toujours l'analyse de la situation de crise par un professionnel d'un milieu clinique extérieur à l'équipe mobile. La présence de ce professionnel est toujours requise lors de l'entretien de triangulation. La parole est également donnée au patient en crise afin qu'il expose sa situation et sa problématique. Comme l'expose le témoin 7, cet entretien est vécu comme un moment important, car il permet une première analyse de la demande :

Je pense qu'au début c'est la psychologue qui a un peu introduit. [...] Parce que je ne savais pas trop comment... et puis c'est difficile de toujours devoir expliquer [...] qu'on va mal. [...] Ça m'a aidé [...] ça m'a aidé et j'ai pu heu... retomber un peu sur mes pattes et ensuite prendre le relais. [...] Et expliquer certaines choses plus en détail.

Le processus de triangulation semble constituer une occasion de plus de créer un lien rassurant entre le patient et l'équipe mobile grâce à la présence d'un soignant (ou autre) connu.

Un sentiment de soulagement, d'allègement, apparaît également chez les témoins. Cela semble lié à la concrétisation d'une aide proposée pour faire face rapidement à l'état de crise, et ce, dans un cadre différent de celui proposé par l'hôpital. L'explicitation de l'approche utilisée par l'équipe mobile pour leur venir en aide a un effet bénéfique sur les témoins. Ils se disent soulagés, car ils ressentent une « prise en main » concrète de leur problématique. Le cadre d'intervention qui leur est décrit semble offrir une façon de contenir leur état de crise, notamment par les visites quotidiennes intensives proposées lors de la première semaine. Notons toutefois que lorsqu'une contre-indication est perçue durant l'entretien de triangulation, l'équipe peut ne pas se rendre journalièrement chez le patient. Tous les éléments du suivi sont réfléchis et discutés au préalable en équipe.

Sous-catégorie 1b) État d'appréhension

Un état d'appréhension se remarque aussi au travers des récits. Il provient des sentiments internalisés de peur et de curiosité vis-à-vis du travail de l'équipe mobile. La part innovante du travail clinique semble surprendre les patients et la nouveauté induit chez eux des éléments anxiogènes : « [...] la peur de l'inconnu encore une fois. [...] Puis des personnes que je ne connais pas qui vont... ben entrer dans ma vie et heu... pour m'aider » (Témoignage 3).

Une crainte de ne pas être pris au sérieux ressort également des entretiens. Les témoins craignent en effet que leur mal-être psychique et relationnel ne soit pas suffisant pour mobiliser l'équipe mobile. Ils se questionnent à propos des réflexions internes des intervenants à leur sujet. Comme le dit le témoin 7, il y a une crainte d'être jugé et un ressenti de gêne, voire une honte de devoir parler de ses problèmes devant des personnes inconnues :

Et tout en parlant, toujours, je me posais la question, qu'est-ce qu'elles pensent, qu'est-ce qu'elles sont en train de penser, qu'est-ce qu'elles sont en train de se dire? [...] ça n'aide pas (Témoignage 7).

Sous-catégorie 1c) Absence psychique

Les témoins relatent enfin une absence psychique malgré une présence physique durant l'entretien de triangulation. Comme si le physique et le psychique étaient deux entités distinctes. De cette absence psychique découle un sentiment important de perte et de confusion. Le témoin 5 résume bien cet état : « Beh j'étais paumée, je... j'étais... j'étais pas là en fait. [...] Enfin j'étais là, mais j'étais... J'étais pas... [...] J'étais pas moi on va dire » (Témoignage 5). Cette absence psychique, ou annihilation de la pensée, semble causée par un débordement émotionnel qui échappe à la gestion des témoins. Cela suscite en eux un profond sentiment de mal-être, voire de chaos interne.

Catégorie principale 2 : Intervention à domicile

L'intervention à domicile est un dispositif innovant dans le domaine de la santé mentale. Le cadre hors des murs hospitaliers a tendance à surprendre les sujets, et certains ont parfois des difficultés à accepter cette aide novatrice, comme c'est le cas du témoin 1 : « Et puis ce n'est qu'à partir du moment où les personnes sont arrivées ici à la maison que là je me suis dit ben oui, il y a bien... c'est pas une blague, ça existe bien. »

Sous-catégorie 2a) Appropriée

L'intervention mobile à domicile évite une hospitalisation parfois longue à des sujets en souffrance psychique aiguë : « Je ne voulais plus parce que j'ai été internée de force et j'me dis là : « non, stop quoi » (Témoignage 5). Ce travail clinique se révèle donc d'une grande adéquation pour ces personnes, car elles peuvent bénéficier d'un suivi régulier, intensif et adapté à leur problématique tout en restant à leur domicile.

Par ailleurs, les suivis à domicile permettent également une césure de l'isolement des personnes qui sont seules et qui ont un réseau social très fragile, voire inexistant. Le travail clinique procure ainsi un vécu nouveau, car les témoins réexpérimentent les contacts avec l'extérieur. L'installation d'un réseau est extrêmement importante (nous approfondirons cette idée dans la section *Résultats relatifs à la clôture de la prise en charge*).

De nombreuses personnes ne parviennent pas à sortir de chez elles. Dans ce genre de cas de figure, l'hôpital ou un suivi chez un soignant n'est souvent pas facilement envisageable. Un suivi à domicile se révèle alors adapté pour qu'ils obtiennent une aide rapide. Le témoin 7 résume bien l'adéquation de l'intervention à domicile :

À ce moment-là mes crises étaient assez fortes et heu... me rendre chez un médecin de façon régulière, ça me paraissait pas possible [...] Donc le fait que l'équipe se déplace c'était vraiment... c'était ce dont j'avais besoin (Témoin 7).

Sous-catégorie 2b) Sécurisante

La venue des membres de l'équipe mobile, programmée de concert avec le patient et ses proches par des planifications hebdomadaires, est vécue positivement par les témoins, justement en raison de cet aspect structuré et planifié, puisqu'il leur offre une sécurité interne. En effet, cela permet aux personnes de s'organiser et de se préparer pour les entretiens. Les planifications fournies aux patients servent à poser une partie du cadre d'intervention, mais ils sont surtout des repères temporels pour les témoins.

Les témoins sont aussi apaisés par la modalité d'intervention. Ils se disent rassurés de ne pas devoir se déplacer pour aller chercher des soins :

Beh j'étais rassurée, surtout qu'elle ne prenne pas la voiture parce que ben [...] si elle fait une crise d'angoisse, qu'est-ce qu'il se passe sur la route? Donc [...] son angoisse crée quelque part aussi mon angoisse (Témoin 8).

Catégorie principale 3 : Processus de la première semaine

Lors de la première semaine de suivi, l'équipe mobile se rend quotidiennement au domicile des patients. Durant cette période, les patients rencontrent souvent l'entière des membres de l'équipe. Le but de cette semaine intensive est de faire connaissance et d'amorcer la réduction de l'état de tension psychique et physique du patient en crise.

Certains outils thérapeutiques ou médiateurs sont utilisés pour soutenir cette prise de contact et la compréhension de la situation de crise. Ainsi, l'équipe réalise presque toujours une anamnèse structurée pour avoir les informations nécessaires relatives au patient. Elle réalise également, quand cela est jugé utile pour le patient, un génogramme. Sa création, qui remue le patient sur le plan émotionnel, prend généralement plusieurs séances. L'équipe utilise en outre un outil d'évaluation des difficultés et des besoins. Celui-ci se présente sous la forme d'un jeu de cartes à classer et éclaire les patients sur leurs difficultés. Ce déroulement processuel fait partie du cadre de travail clinique de la première semaine.

Sous-catégorie 3a) Intensité du suivi

En venant tous les jours au domicile des patients, l'équipe occupe très rapidement une place considérable dans le quotidien de ceux-ci. Comme le précise le témoin 3, cela peut susciter des sentiments d'angoisse et de peur :

C'est moi, c'est mes angoisses, c'est tout ça qui fait que c'était négatif parce que ben je devais attendre les personnes et je ne faisais rien, il n'y avait... qui était obnubilé dans ma tête. [...] Oui c'était... c'était vraiment ça, je me disais, il y a beaucoup de semaines. Déjà, la première semaine, c'était toute la semaine et je n'avais pas l'habitude de tout ça. Comme on dit, l'inconnu fait peur, mais là vraiment... ça foutait la trouille, mais heu...

Le processus de la première semaine est parfois considéré comme difficile, voire terrible par les témoins. En effet, l'équipe est très présente et axe son travail sur la survenue de la crise (ce qui renvoie quotidiennement à l'état de mal-être, à la crise et,

finale, à la fragilité psychique du patient). La mise en place du travail est donc réellement délicate.

Sous-catégorie 3b) Nécessaire et appréciable vu l'état psychique aigu

Le processus mis en place au cours de la première semaine est par ailleurs vécu par les témoins comme nécessaire afin de pouvoir procéder à un désamorçage de la crise et à son apaisement. L'état paroxystique du patient trouve, grâce à l'accompagnement, un apaisement progressif : « On a déjà trié les problèmes, ils ont déjà, si je puis dire, un petit peu désamorcé la crise que je venais de vivre et ils ont très certainement calmé les choses » (Témoignage 1).

Donc, même si le suivi est intense, les témoins apprécient le fait d'être accompagné quotidiennement dans la compréhension de leurs difficultés. Ils parviennent, malgré la difficulté du processus, à trouver leur rythme pour avancer vers un mieux-être.

Catégorie principale 4 : Diminution des visites à domicile

Après la première semaine, les visites à domicile décroissent. Généralement, l'équipe vient d'abord un jour sur deux chez le patient, puis il s'ensuit une diminution progressive des visites. À ce stade, le lien thérapeutique entre le patient et l'équipe est créé. La plupart du temps, une confiance mutuelle a pu s'installer. Sans cette confiance, le travail clinique se voit compromis, voire impossible. En effet, si par exemple il y a un risque de passage à l'acte, l'équipe doit être dans une relation de confiance avec le patient pour que des instances compétentes (l'hôpital, entre autres) ne viennent pas prendre le relais. Du côté du patient, si la confiance avec l'équipe n'est pas installée, il ne peut entamer efficacement un travail clinique.

Sous-catégorie 4a) Mise en place progressive de stratégies d'adaptation

La diminution des visites à domicile permet de remettre progressivement les témoins au travail en l'absence de l'équipe. En effet, les jours où l'équipe n'est pas présente,

les témoins doivent gérer certaines situations de vie de façon autonome. Ils peuvent remplacer les visites de l'équipe mobile par des activités diverses (des sorties à l'extérieur, des conversations avec les proches). On perçoit à ce moment que la vie de tous les jours commence à se remettre doucement en marche là où la crise avait stoppé la temporalité du patient et de ses proches. De nouvelles ou d'anciennes stratégies d'adaptation commencent à apparaître :

Déjà, plus personne à qui parler puis d'un autre côté ben de ce fait là, ça m'a permis aussi de de nouveau rediscuter petit à petit avec mon compagnon. [...] En fait ça a fait renaître la discussion entre nous (Témoignage 1).

La (re)mise en place de stratégies d'adaptation prépare les témoins au moment de la clôture en les amenant à expérimenter à nouveau leur quotidien à l'aide des outils acquis lors de leur prise en charge par l'équipe mobile.

Sous-catégorie 4b) Perception d'une évolution dans le travail clinique

Les témoins vivent la diminution des visites à domicile comme un signe d'évolution, d'avancement dans le suivi. Leur récit est positif concernant cette évolution. La modification dans le dispositif d'intervention est appréciée, car l'évolution implique la notion de changement, un changement dans l'état évolutif du patient. Pour le témoin 5, l'avancement représente un mouvement vers l'avant : « Et voilà... c'est une journée heu... oui une journée qu'on n'a pas besoin d'eux, c'est que... ça marche quoi. C'est... [...] C'est que ça avançait et que voilà... »

Catégorie principale 5 : Binômes/trinômes changeants

L'équipe mobile intervient exclusivement en binôme (deux personnes). Pour ne pas induire un transfert trop massif envers un intervenant référent, l'équipe a fait le choix, lors de sa création, de fonctionner avec des binômes changeants. Cela signifie que les binômes changent tout le temps et que tous les intervenants de l'équipe sont impliqués dans chaque situation clinique. Ce type de fonctionnement est assez inhabituel dans le

cadre de la psychiatrie et implique une transmission rigoureuse des informations concernant le patient afin de s'assurer que celui-ci n'ait pas à répéter ce qu'il communique. Toutefois, de ce fait, les « roulements » dans les binômes ont l'avantage de placer les intervenants dans une situation de suivi constant, en continu, des patients pris en charge.

Sous-catégorie 5a) Vécu singulier et personnalisé

Les changements de binômes suscitent de la curiosité chez les témoins. En effet, ces derniers se demandent à quel moment ils ne rencontreront plus de nouvelle personne. Mais surtout, les témoins se demandent avant chaque rendez-vous quels intervenants vont être présents. L'effet de surprise lors de l'accueil de l'équipe mobile s'est ainsi perpétué durant tout le suivi.

Les témoins confient néanmoins que les rencontres avec différents intervenants leur plaisent, car elles sont signées d'une certaine singularité et d'un renouveau étant donné la variabilité dans la composition des binômes. Les intervenants véhiculent quelque chose d'eux-mêmes dans leur façon d'accompagner les personnes et c'est dans cela que les témoins trouvent et s'approprient quelque chose de la singularité de chaque intervenant : « ... un renouveau, c'est encore ce mot, une nouvelle renaissance parce que bon je me disais une nouvelle personne qui va m'apporter quelque chose de nouveau » (Témoin 2).

Les témoins soulignent aussi l'unité de l'équipe malgré la singularité de chacun, une cohérence véhiculée par chacun des membres. Comme le dit le témoin 7, la cohérence se retrouve notamment dans la communication des informations qui se révèle être adéquate tout au long du suivi :

Et puis, surtout heu... Je me rendais bien compte qu'à chaque fois, ils étaient au courant du dossier. [...] Je me retrouvais face à des gens à qui je ne devais pas à chaque fois répéter la même chose. Ils savaient, ils étaient

au courant. On sentait que l'équipe avait parlé. Enfin qu'ils s'étaient rassemblés et qu'ils avaient parlé. Et heu... donc ça c'est bien.

Sous-catégorie 5b) Confusion des rôles des intervenants

Comme l'exprime le témoin 5, une confusion quant aux rôles des intervenants est fréquemment vécue :

Elles se présentaient, oui elles se présentaient : « Je suis infirmière. » Mais heu je ne retenais pas heu... [...] Pour moi c'étaient toutes des infirmières en fait. [...] J'ai jamais posé la question à part que je savais que le docteur c'était un psychiatre.

Il ressort en effet des témoignages que les distinctions entre les rôles de la psychologue, de l'assistante sociale et des infirmiers ne sont pas clairement établies; les témoins mélangent le statut d'infirmier ou de psychologue. Par contre, la confusion en ce qui a trait au rôle de l'assistante sociale est uniquement présente dans les situations où cette dernière n'est pas intervenue.

Sous-catégorie 5c) Activation périlleuse de la verbalisation avec les intervenants nouveaux

Les témoins expriment la difficulté qu'ils ont d'énoncer des éléments intimes lorsqu'ils sont face à un nouvel intervenant. Cela suscite d'emblée un blocage sur le plan discursif, empêchant parfois la verbalisation. La mise à nu est donc complexifiée par l'arrivée de personnes inconnues au domicile des témoins. En général, dès la deuxième rencontre, l'énonciation devient possible. Il est nécessaire pour les témoins de d'abord tisser un contact sécurisant avant de pouvoir s'ouvrir. Ceci est bien résumé dans les propos du participant 4 : « Voilà, voilà. La première fois j'avais du mal, la deuxième fois quand je les revoyais bon ça allait. Mais la première fois je n'arrivais pas. »

Sous-catégorie 5d) Perception différenciée de la posture du psychiatre

La seule fonction qui apparaît clairement distincte pour les témoins est celle du psychiatre. Ils expriment avoir ressenti une difficulté de gestion émotionnelle par rapport à la posture du médecin. Par sa façon de parler, de se tenir, d'écouter et de regarder, le médecin induit une certaine autorité chez les témoins. Cette autorité, voire cette directivité, suscite des sentiments compliqués à gérer. Toutefois, ces difficultés ont pu être verbalisées par les témoins en présence du médecin. Cette mise à plat des difficultés permet une réadaptation bénéfique pour la relation :

Son attitude et sa façon de parler, j'ai eu l'impression... et je dis bien que c'était une impression hein. Heu... c'est quelqu'un déjà qui à mon avis, peut-être en tant que chef d'équipe, est plus directif dans sa façon de parler, de dire les choses. Il y a beaucoup de choses à faire, il faut aller à l'essentiel. Et j'ai eu l'impression d'être un peu poussée à certains moments... [...] Et heu... je reviens avec ça... j'avais l'impression de devoir me justifier (Témoignage 7).

3.2 Résultats relatifs à la clôture de la prise en charge

La Figure 1 est une schématisation proposant une théorisation du vécu des témoins à propos de la clôture de la prise en charge par l'équipe mobile. Ce développement découle de la perspective d'analyse visant à comprendre comment les patients et leurs proches ont vécu la fin des interventions de l'équipe.

Les relais sont des organismes ou des personnes, souvent des collègues extérieurs à l'équipe, qui, en cas de besoin, sont disponibles pour assurer la continuité du soin. Ils appartiennent à diverses sphères (médicale, psychologique, sociale et socioprofessionnelle) et sont présents autour du patient, et éventuellement de ses proches. Ils ont un effet rassurant pour les témoins, car ils constituent un appui, mais ils sont aussi appréhendés, en quelque sorte, en raison de la part d'inconnu contenue dans l'expérience à venir.

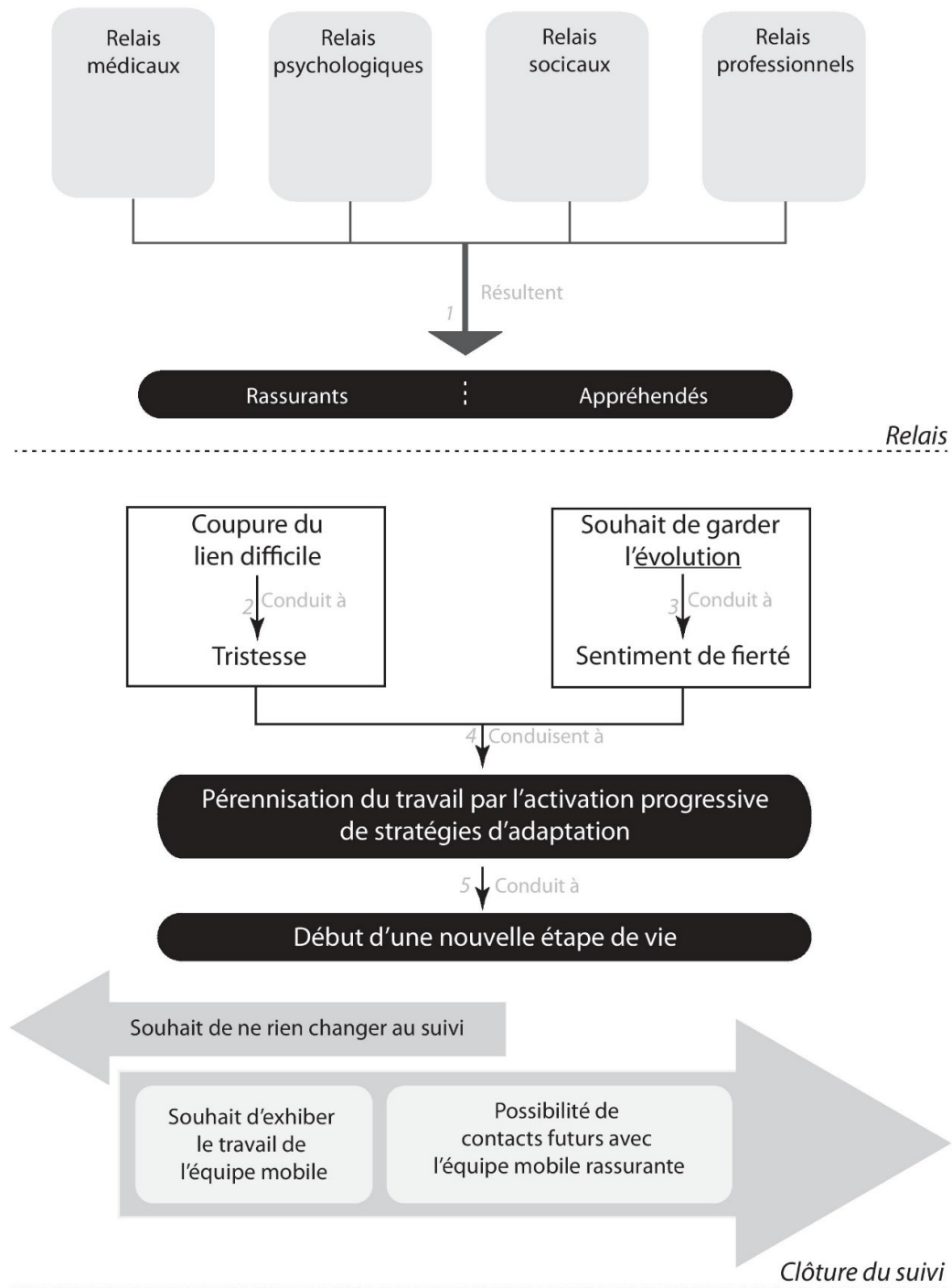


Figure 1. Schématisation relative au vécu de la clôture du suivi.

La clôture du suivi est vécue comme une coupure du lien qui a été tissé avec l'équipe mobile. La séparation peut donner l'impression aux patients qu'on les ampute d'une partie d'eux-mêmes. Ce vécu suscite un sentiment de tristesse. En parallèle, ce que les témoins souhaitent garder du suivi c'est l'évolution. Cette dernière est singulière à chaque situation, mais c'est elle qui conduit à un sentiment de fierté chez chacun d'eux. Le suivi permet d'atteindre un processus d'activation progressive des stratégies d'adaptation. Ces stratégies, à la fin du suivi, sont considérées comme pérennes par les témoins. La clôture, et tout ce qui la caractérise, conduit à une nouvelle étape de vie. En effet, les témoins soutiennent qu'il y a un avant et un après suivi. Ils souhaitent ne rien changer au suivi et, s'ils devaient recommencer, ils voudraient refaire ce même cheminement singulier. Ils trouvent de plus que le travail de l'équipe mobile n'est pas suffisamment mis en lumière. Ils souhaitent l'exhiber davantage afin que les personnes qui vont mal et qui ne peuvent pas aller consulter puissent recevoir cette aide. Pour terminer, ils sont rassurés par le fait de savoir qu'ils peuvent toujours reprendre contact avec l'équipe dans le futur.

3.3 Résultats relatifs au travail réflexif

La Figure 2, quant à elle, est la schématisation émanant de la perspective d'analyse suivante : *comment le travail réflexif est-il vécu par les patients et par leurs proches?*

Les processus de changement individuel sont influencés par les composantes humaines variables auxquelles le sujet est confronté et dans lesquelles il est impliqué, soit le non-jugement, la considération, la compréhension, le contact positif et la bienveillance. La porte d'entrée des processus individuels réside dans le travail réflexif. Ce dernier apparaît émotionnellement remuant, voire bouleversant, pour les témoins puisque la gestion des affects n'est pas toujours possible durant les rencontres avec l'équipe mobile. Le travail réflexif s'avère d'abord être aidant par la simple présence de l'équipe, mais également grâce au travail de mentalisation qui a été entrepris. Un bénéfice y est aussi acquis grâce à une meilleure connaissance de soi, cela menant à

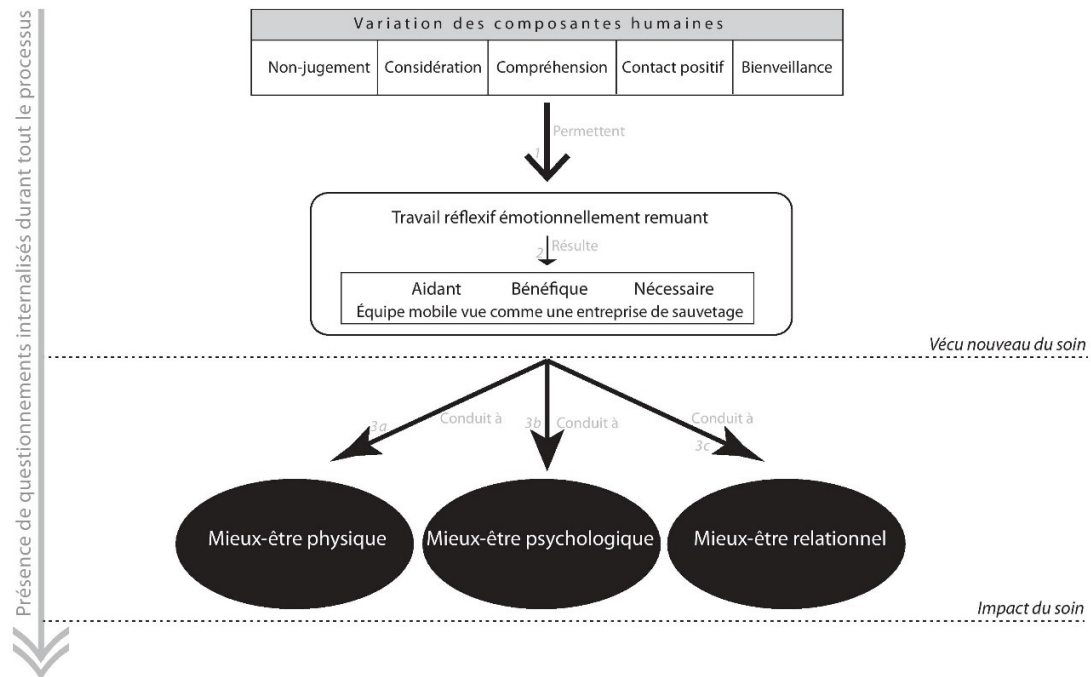


Figure 1. Schématisation relative au vécu en lien avec le travail réflexif.

l'acquisition de stratégies d'adaptation (possibilité de contact à l'autre moins anxiogène) pour fonctionner autrement. Ce processus de compréhension est également utile aux proches en vue de soutenir adéquatement le patient. Le suivi s'est enfin révélé être nécessaire pour les témoins. Sans cette aide, dans un moment de grande fragilité psychique, certains auraient pu passer à l'acte suicidaire. L'équipe s'apparente alors à une entreprise de sauvetage à laquelle les témoins se sont accrochés afin de ne pas sombrer.

Durant tout le processus, des questionnements internalisés n'ont pu être verbalisés. Ces questionnements se manifestaient sous forme de craintes concernant la relation avec les intervenants, mais également par rapport au cadre de travail, notamment la transmission d'informations, la continuité du suivi et son aboutissement. Le soin proposé par l'équipe mobile entraîne un vécu nouveau, son effet se fait sentir

par un mieux-être psychologique, car il y a moins de sentiments négatifs et une meilleure compréhension du fonctionnement individuel; un mieux-être physique, car des symptômes ont pu être atténués; et un mieux-être relationnel, car une nouvelle modalité de contact à l'autre a pu être mise en place. Les processus individuels ont par ailleurs une influence réciproque sur les processus relationnels, par exemple le fonctionnement de la personnalité a un impact sur la dynamique familiale, et vice versa, c'est-à-dire que si la dynamique familiale est problématique, elle aura des effets sur le fonctionnement de l'individu.

3.4 Résultats relatifs à l'intégration des proches dans la prise en charge

Finalement, la Figure 3 est née de la perspective d'analyse suivante : *comment l'intégration ou la non-intégration des proches dans la prise en charge est-elle vécue par les patients et leurs proches?*

La décision initiale d'intégrer les proches peut être prise par le patient, par l'équipe ou par les proches eux-mêmes. De la décision découle une concertation. Cette dernière a lieu soit entre le patient et l'équipe, soit entre le patient et son ou ses proches. En effet, pour inviter les proches, l'équipe passe toujours par le patient. Tout cela fait partie de l'ante-début. Vient ensuite le début de l'intégration des proches¹. La décision de ne pas les intégrer ne fait pas toujours suite à une concertation, contrairement à la décision de les intégrer. L'intégration conduit à des entretiens durant lesquels la verbalisation et la réception des énonciations, parfois violentes, se révèlent être difficiles pour les proches comme pour les patients. Toutefois, ces échanges conduisent à un soulagement grâce à la mise en place d'un cadre permettant de verbaliser des éléments essentiels. Une satisfaction variable est également éprouvée. Cette satisfaction oscille entre « acceptable » et « formidable ». Nous percevons dans notre étude que le fait d'intégrer les proches a le même impact que le fait de ne pas les

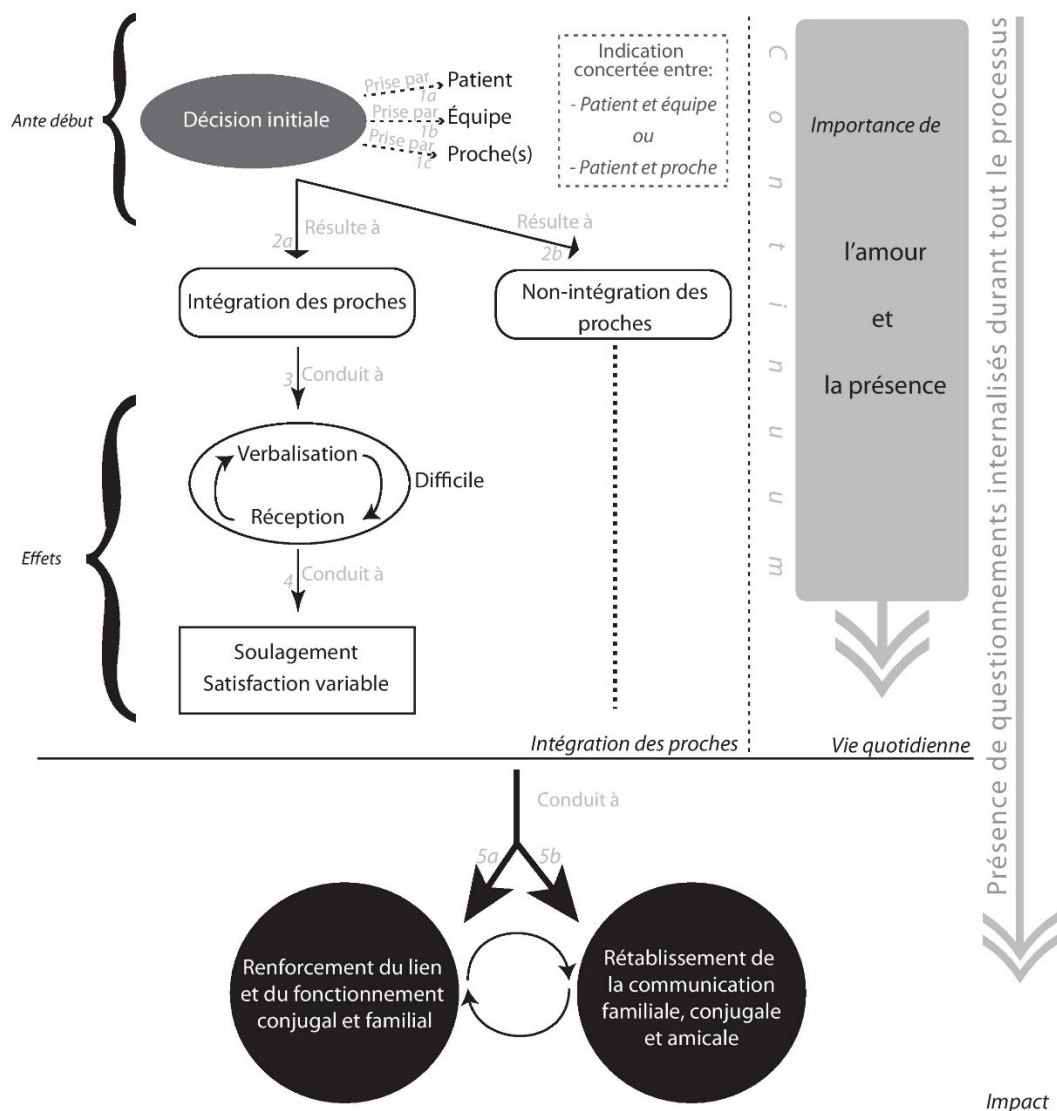


Figure 2. Schématisation relative au vécu de l'intégration ou non des proches dans la prise en charge.

intégrer. En effet, les vécus singuliers font part d'un renforcement du lien conjugal et familial ainsi que d'un rétablissement de la communication familiale, conjugale et amicale. L'amour et la présence sont d'une importance capitale dans la vie quotidienne. Les conséquences sont donc bilatérales, elles sont liées d'une part au suivi, et d'autre

part aux liens qui unissent les personnes dans la vie quotidienne. Durant tout le processus, des questionnements internalisés sont toujours présents. Notons de plus que les résultats concernant les processus relationnels ne sont pas indépendants de ceux à propos des processus individuels. Les résultats s'influencent mutuellement dans un mouvement circulaire.

4. Discussion

La première perspective d'analyse montre qu'une démarche réflexive se met en place chez les patients dès l'entretien de triangulation. Pourtant, ce n'est absolument pas la finalité de cet entretien puisqu'il a pour fonction principale une transmission d'informations entre le patient et ses proches, le demandeur et l'équipe mobile (Bonsack et al., 2008; De Clercq, 1997). À notre connaissance, aucun écrit scientifique ne s'est intéressé à l'entretien de triangulation, à son processus, à ce qui est mis en place et pensé par les soignants ainsi qu'aux processus qui s'enclenchent du côté du patient et des proches. Pourtant, comme cela apparaît dans notre théorisation, un lien se crée déjà avec l'équipe mobile et les témoins se mettent déjà au travail avant même que l'intervention ne s'invite au domicile. Il est à se demander ce qu'il se passe dans la rencontre pour que ces processus surviennent.

Nos analyses indiquent par ailleurs que, pour les témoins, le fait de ne pas savoir quels intervenants se présenteront à l'entretien suivant rend l'attente, et la rencontre elle-même, anxiogène. Ne serait-il pas possible de penser à une organisation qui soit moins anxiogène pour les témoins tout en étant réalisable pour l'équipe? En effet, si le patient est pris par son angoisse, il sera moins disposé pour entamer un processus réflexif par rapport à ce qui l'a amené à vivre un état de crise.

On perçoit, au vu des résultats émergents de notre deuxième perspective d'analyse, que chez ces personnes qui mènent à bien le suivi proposé et qui s'investissent dans le lien avec l'équipe mobile, la coupure du lien avec l'équipe est difficile à la fin de l'intervention. Elle est même comparée à l'amputation d'un morceau

de soi. L'attachement et le processus dyadique mis en place dans le travail clinique entre les témoins et les intervenants expliqueraient cette condition. En effet, Diamond et Yeomans (2008) confirment les dires des psychanalystes qui avancent qu'il est fréquent que les patients rejouent, dans le cadre thérapeutique, les états mentaux vécus avec les premières figures d'attachement.

Plusieurs questions émergent de nos résultats. Devons-nous questionner la mise en place des relais pour faciliter la clôture? En effet, si les relais sont déjà installés autour de la personne, en quoi consiste alors la mission de l'équipe mobile? La mise en place des relais n'est-elle pas la mission principale des services de première ligne intervenant dans ces situations de crise? Dès lors, n'est-il pas plus facile pour les témoins de dire au revoir à l'équipe mobile de crise lorsqu'ils n'en ont plus besoin?

Bien que la coupure soit vécue difficilement, nos analyses mettent en lumière que le patient et sa famille s'approprient de nouvelles stratégies d'adaptation grâce à la diminution des visites à domicile. En effet, l'absence progressive de l'équipe permet aux patients de procéder à une « réorganisation » (Lecomte & Lefebvre, 1986) progressive. Ainsi, une meilleure gestion des affects suscite l'émergence de stratégies d'adaptation nouvelles ou anciennes. L'énonciation et le travail réflexif semblent être essentiels pour entreprendre ce processus de réorganisation. Ces derniers permettent d'atteindre un meilleur niveau de compréhension de l'autre. Les proches ont alors aussi la possibilité d'offrir un soutien singulier plus adéquat aux patients et sont ainsi plus en mesure de prévenir une crise future. Enfin, la prise en charge, par son incidence personnelle et interpersonnelle, conduit les témoins à trouver des stratégies de « *coping* » (Paulhan, 1992) singulières.

La dernière perspective d'analyse montre quant à elle que l'intégration des proches dans le travail a le même impact sur le plan relationnel que le fait de ne pas les intégrer. Van Oenen et al. (2017), qui se sont intéressés à l'impact de l'implication des proches dans l'intervention de crise à domicile, en arrivent à la même conclusion. Ne serait-il donc pas pertinent d'examiner ce qui se passe dans la relation patient/proche

afin de comprendre comment l'intervention de crise peut avoir un effet sur le système? Cela n'indique-t-il pas qu'il est possible de faire de la systémique dans un cadre individuel? Vaudan, Tripet, Corboz-Warnery & Duruz (2009) ont fait l'état des lieux et ont soulevé de nombreuses questions à propos de la psychothérapie individuelle d'orientation systémique. À notre connaissance, nous en sommes toujours au même point aujourd'hui. Il serait extrêmement intéressant de s'intéresser à ce type de psychothérapie afin de comprendre davantage les processus mis en place.

Conclusion

Cette recherche a permis d'aller vers une compréhension des implications du cadre de travail de l'équipe mobile de crise, tant des points de vue individuel que relationnel. En accordant la parole aux patients et à leurs proches, nous sommes parvenus à une compréhension détaillée de leur vécu singulier. En rendant compte du processus de prise en charge, nous avons pu accéder à l'expérience psychique de chacun des témoins.

Notre méthode nous a donné la possibilité de rester au plus près des dires de nos témoins tout en pouvant aboutir à une théorisation. Nous percevons, à travers nos analyses, la réelle adéquation de ce dispositif de soin dans les situations de fragilité psychique aiguë.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble de l'équipe mobile de crise montoise (Belgique) pour son regard critique sur notre travail ainsi que pour sa collaboration tout au long de cette étude.

Note

¹ L'intégration des proches signifie qu'il y a au moins un proche intégré au suivi.

Références

- Barker, V., Taylor, M., Kader, I., Stewart, K., & Le Fevre, P. (2011). Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist*, 35, 106-110. Doi: 10.1192/pb.bp.110.031344
- Benoit, J.-C., & Malarewicz, J.-A. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris : Les Éditions ESF.
- Bonsack, C., Koch, N., Holzer, L., Baier, V., Stancu, I., Samitca, M., & Charbon, Y. (2008). Équipes de psychiatrie mobile pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise. *Revue médicale Suisse*, 4, 1960-1969.
- Carpenter, R. A., Falkenburg, J., White, T. P., & Tracy, D. K. (2013). Crisis teams: Systematic review of their effectiveness in practice. *The Psychiatrist*, 37, 232-237. Doi: 10.1192/pb.bp.112.039933
- Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM). (2017). *Crise en santé mentale*. Repéré à http://www.cresam.be/spip.php?page=article&id_article=752
- De Clercq, M. (1991). L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 155-171. Doi: 10.7202/032232ar
- De Clercq, M. (1997). *Urgences psychiatriques et intervention de crise*. Paris : De Boeck & Larcier.
- Denis, J. (2016). *Évaluation des processus thérapeutiques à l'œuvre dans la clinique de crise : analyse du vécu des actions thérapeutiques d'intervenants-experts* (Thèse de doctorat inédite). Université de Mons, Mons.
- Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory: Guidelines for qualitative inquiry*. San Diego, CA: Kluwer.
- Diamond, D., & Yeomans, F. (2008). La relation patient-thérapeute : impacts de la théorie de l'attachement, de la fonction réflexive et de la recherche. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 61-87. Doi:10.7202/018473ar
- Engqvist, I., & Nilsson, K. (2013). Involving the family in the care and treatment of women with postpartum psychosis: Swedish psychiatrists' experiences. *Psychiatry Journal*. Doi: 10.1155/2013/897084

- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York, NY: Aldine Publishing Compagny.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2015). Introduction. Les multiples voies de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Approches inductives*, 2(1), 1-11. Doi: 10.7202/1028098ar
- Lecomte, Y., & Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 112, 122-142.
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Lemestré, M. (2016). Équipes mobiles, soins à domicile : la voix des usagers. *L'information psychiatrique*, 92(5), 406-407. Doi:10.1684/ipe.2016.1485
- Lessard-Herbert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Recherche qualitative : fondements et pratiques*. Ottawa : Éditions Agence d'ARC.
- Lyman, D. R., Braude, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Consumer and family psychoeducation: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 416-428. Doi: 10.1176/appi.ps.201300266
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P. (2006). *La méthode qualitative : postures de recherche et travail de terrain*. Paris : Armand Colin.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557. Doi: 10.3406/psy.1992.29539
- Rissmeyer, D. J. (1985). Crisis intervention alternatives to hospitalization: Why so few? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(2), 54-63. Doi: 10.1037/h0099146

- Tulloch, A. D., Khondoker, M. R., Thornicroft, G., & David, A. S. (2014). Home treatment teams and facilitated discharge from psychiatric hospital. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 402-414. Doi: 10.1017/S2045796014000304
- Van Oenen, F., Schipper, S., Van, R., Visch, I., Peen, J., Cornelis, J., ... Dekker, J. (2017). Involving relatives in emergency psychiatry: An observational patient-control study in a crisis resolution and home treatment team. *Journal of Family Therapy*. Doi: 10.1111/1467-6427.12189
- Vaudan, C., Tripet, B., Corboz-Warnery, A., & Duruz, N. (2009). Y a-t-il une place pour la psychothérapie individuelle en systémique? *Thérapie familiale*, 30(3), 379-400. Doi:10.3917/tf.093.0379
- Zeltner, L., Ampélas, J., Mallat, V., Mauriac, F., Waddington, A., Bronchard, M., & Robin, M. (2002). Prise en charge de crise et enveloppe langagière. *Thérapie familiale*, 23(4), 357-366. Doi: 10.3917/tf.024.0357