

Serveur Académique Lausannois SERVAL serval.unil.ch

Author Manuscript

Faculty of Biology and Medicine Publication

This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Published in final edited form as:

Title: Les facteurs de rémission du trouble de l'adaptation : la parole aux patients. Une étude qualitative

Authors: Weber G, Michaud L, Weber O, Stiefel F, Krenz S

Journal: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique

DOI: [10.1016/j.amp.2017.10.012](https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.10.012)

In the absence of a copyright statement, users should assume that standard copyright protection applies, unless the article contains an explicit statement to the contrary. In case of doubt, contact the journal publisher to verify the copyright status of an article.

Les facteurs de rémission du trouble de l'adaptation: la parole aux patients. Une étude qualitative
Remission factors of adjustment disorders : the patients' view. A qualitative study

Résumé

Objectifs : Le trouble d'adaptation (TA) est défini par une dimension réactionnelle du sujet à un facteur externe et sa réversibilité, raisons pour lesquelles les facteurs de rémission du TA sont particulièrement intéressants à étudier.

Méthode : Des entretiens ont été menés avec des patients diagnostiqués d'un TA, ayant évolué favorablement. L'analyse des entretiens permettait d'identifier et catégoriser des facteurs rapportés.

Résultats : Nous avons identifiés : (i) les facteurs relationnels (46 items), (ii) les facteurs personnels (36 items) et (iii) les facteurs liés à des événements externes (19 items). Aucun patient ne rapportait des facteurs d'une seule catégorie.

Conclusions : La rémission du TA est un processus complexe, composé des éléments de différentes catégories, notamment relationnelles, interagissant de manière complexe, et dont nous avons pu construire une grille de réflexion.

Mots clés: trouble de l'adaptation, facteurs de rémission, urgences psychiatriques, étude qualitative, salutogénèse

Les facteurs de rémission du trouble de l'adaptation: la parole aux patients

Remission factors of adjustment disorders: the patients' view

Abstract

Background: adjustment disorder (AD) is a frequent clinical diagnosis defined by the patient's reaction to an external factor and reversibility. While it is known that the prevalence of AD varies depending on setting and diagnostic tools utilized, the literature is rather scarce when it comes to AD's investigation or remission factors. Unlike other psychiatric disorders, the fact that there is a factor triggering AD makes it especially suitable to learn more about triggering elements, reversibility and factors of remission.

Objectives: to study the evolution of AD, to identify and categorize AD remission factors from the patient's perspective.

Methods: we interviewed by means of semi-structured approach patients (N = 11) who consulted the emergency and crisis psychiatric unit of Lausanne University Hospital (CHUV) for an AD and who presented a positive evolution in the following four months. Interviews were transcribed and then analyzed to identify and categorize the remission factors evoked by the patients; categorization was then confirmed by a consensus within the research group.

Results: we identified three main categories of remission factors (aggregated from 11 subcategories and 101 items) based on the interviews: (i) relational factors (5 subcategories, 46 items), personal factors (5 subcategories, 36 items) and (iii) factors related to life events (3 subcategories, 19 items). No patient explained his remission by factors of one single category. On the contrary, our study reveals that a variety of remission factors exists, with 4 to 14 different factors having been reported to play a crucial role in remission of AD.

Conclusions: Relationships play an important role in remission of AD, but personal and life events also contribute in a complex way. According to the patients, mental health professionals are part of a favorable evolution of AD, especially by means of their containing presence, their neutrality and their invitation to

"think with the patient". Our observations call for a therapeutic intervention with a particular focus on the therapeutic relationship – therapeutic alliance - in which the clinician is aware that remission of AD is multifactorial and dynamic.

Key words: adjustment disorder, remission factors, psychiatric emergencies, qualitative study, salutogenesis

INTRODUCTION

Le trouble d'adaptation (TA) est défini par une dimension réactionnelle du sujet à un facteur externe et sa réversibilité, raisons pour lesquelles le TA est particulièrement intéressant pour étudier des facteurs de rémission du trouble mental. La conceptualisation actuelle du TA préconise l'existence d'une rémission spontanée, basée sur la disparition du facteur déclencheur. Dans notre expérience clinique par contre la rémission semble s'opérer grâce à multiples facteurs.

La prévalence du TA varie considérablement selon le cadre de soins et les outils diagnostiques utilisés. Dans les consultations de premiers recours, la prévalence du TA est estimée entre 5% et 21% [1], s'élevant jusqu'à 40% parmi les patients admis aux hôpitaux psychiatriques [2]. Dans notre unité d'urgences psychiatriques ambulatoires (avec une mission de consultations et de suivis de crise), la prévalence du TA se situe entre 30% et 35 %.

Le TA, décrit comme une réaction dite « hors norme » à un événement « non catastrophique mais stressant », se maintient dans les classifications diagnostiques et reflète une réalité clinique [3], surtout dans un contexte de psychiatrie de liaison et de consultations d'urgence et crise psychiatriques. Parfois estimé comme un trouble « mineur », la charge morbide du TA ne doit pas être sous-estimée ; il existe un risque non-négligeable de mortalité par suicide [2, 4] et la diminution de qualité de vie ainsi que les arrêts de travail occasionnés sont importants [3].

Pour poser le diagnostic de TA, la Classification Internationale des Maladies dans sa 10ème version (CIM-10) [5] et le Diagnostic and Statistical Manual dans sa 5ème version (DSM 5) [6] exigent la présence d'un ou plusieurs facteurs de stress ayant un lien de causalité avec l'apparition des symptômes et survenus peu de temps avant leur début (1 mois pour la CIM-10 et 3 mois pour le DSM 5). Ainsi, les grands systèmes de classification quittent leur paradigme habituel de diagnostic purement descriptif et font recours à l'étiologie, admettant un lien de causalité avec une situation déclencheur. Il est donc cohérent de penser que la rémission du TA peut aussi être liée à la disparition des facteurs déclencheurs [7].

Il existe relativement peu d'études sur le TA; une revue de la littérature sur PubMed effectuée en janvier 2017 avec le mot clé « adjustment disorder », recense seulement 832 articles, alors qu'on trouve 20'574 avec le mot clé « major depression ».

La littérature qui adresse le traitement du TA (et donc plus spécifiquement les facteurs de rémission) est relativement pauvre, mais des hypothèses concernant sa pathogenèse sont établies, comme par exemple dans le modèle d'étiologie sociale [8], qui postule que la relation entre le stress et le TA est complexe, ceci d'autant plus que la susceptibilité au stress varie d'un individu à l'autre, car influencée par des variables génétiques, le style de coping, le type de personnalité et le soutien social. Par contre, la salutogenèse [9] possible d'une rémission du TA, est moins investiguée. En ce qui concerne les facteurs de rémission spécifiques dans la résolution du TA - sujet de notre étude - nous n'avons pas trouvé de littérature. La présente étude avait pour objectif d'investiguer les facteurs de rémission dans l'évolution du TA en interrogeant le point de vue des patients, avec comme hypothèse qu'il y ait plusieurs facteurs en jeu qui expliquent une évolution favorable.

METHODE

L'investigation des facteurs de rémission du TA est basée sur des entretiens semi-structurés avec des patients (N = 11) et utilise une approche inductive et émique, c'est-à-dire partant du point de vue des patients. L'étude a été approuvée par la commission d'éthique du CHUV et les participants ont signé une feuille de consentement éclairé. L'étude fut menée entre mai 2010 et mars 2011 ; le travail d'analyse et l'écriture du manuscrit n'a pu se réaliser qu'entre octobre 2016 et avril 2017 à cause de difficultés de santé d'un des auteurs et le changement de poste de travail du premier auteur.

Les urgences psychiatriques du CHUV se situent proche du centre ville de Lausanne, qui compte 133'000 habitants. En moyenne, dix nouvelles consultations par jour sont enregistrées, couvrant un large spectre de problématiques de santé psychique. L'investigation initiale est effectuée par un binôme médico-infirmier et se solde par une proposition de suivi ambulatoire dans l'unité, une hospitalisation en milieu psychiatrique, une réorientation sur un réseau de soins existant ou une absence de traitement. Le suivi de crise consiste – en cas de besoin - en une intervention psychiatrique de maximum 12 séances durant trois mois, généralement assumée par un binôme médico- ou psychologico-infirmier avec, si nécessaire, l'appui d'assistants sociaux. Cette modalité permet d'offrir une prise en charge intensive proposant jusqu'à quatre entretiens par semaine.

Les critères d'inclusion pour notre étude étaient les suivants : avoir été diagnostiqué d'un TA au premier entretien et à la fin de l'intervention, et avoir entre 18 et 65 ans.

Les critères d'exclusion étaient la présence de co-morbidités psychiatriques autres que le TA au début ou à la fin de la prise en charge, un changement de diagnostic en cours de suivi ou encore des difficultés langagières pouvant entraver la qualité de l'entretien de recherche.

L'évaluation diagnostique s'est basée sur l'entretien psychiatrique initial, mené par le médecin assistant ou la psychologue assistante, au moyen du CIM-10 et confirmé ensuite par le superviseur, habituellement un chef de clinique. Pour notre étude, le diagnostic a été confirmé une deuxième fois, sur la base du dossier psychiatrique, par le premier auteur et la dernière auteure de l'article.

Sur une période d'une année tous les patients éligibles ont été contactés quatre mois après leur consultation initiale, d'abord par une lettre accompagnée par une fiche d'information expliquant l'étude, puis quelques jours plus tard par téléphone. Les patients qui ont accepté de participer à l'étude ont été invités pour un entretien semi-structuré d'une durée de 30 à 60 minutes (Encadré 1), qui fut enregistré puis retranscrit. Les entretiens étaient menés par le premier auteur (GW) et la dernière auteure (SK).

L'analyse des entretiens se basait sur une approche inductive, inspirée de la grounded theory issue des sciences sociales [10]. Dans un premier temps, les transcriptions d'entretiens ont été lues par GW et SK séparément, chacun indexant les verbatims rapportant des facteurs de rémission. Les deux investigateurs ont ensuite comparé leurs observations jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu. Tous ces verbatims ont été catégorisés par la suite sous forme d'items qui eux faisaient l'objet d'un travail de regroupement par un groupe d'analyse en sous-catégories et catégories principales.

Le groupe d'analyse était constitué de deux psychiatres, dont un qui était à l'époque chef de clinique (GW) et l'autre le médecin cadre et responsable de l'Unité LM), d'une psychologue associée (SK) et d'un linguiste expérimenté dans la conduite d'études qualitatives en milieu médical (OW). Chaque participant a établi de manière indépendante des regroupements d'items pour en faire les catégories distinctes. Les catégories ont ensuite été comparées et une discussion a permis de définir des catégories de manière consensuelle. En plus

de cette analyse, le groupe a étudié la trame narrative de chaque entretien, afin d'identifier une éventuelle structure transverse ou dynamique, évoluant dans le temps.

RESULTATS

Un total de 102 dossiers ont été passés en revue ; 33 ont été exclus en raison du diagnostic: soit celui-ci avait changé à la fin de l'intervention ou il y avait des comorbidités, soit, à la 2ème lecture du dossier, un autre diagnostic CIM aurait dû être posé. Parmi les potentiels participants, 37 patients n'ont pas pu être atteints par téléphone. Des 32 patients contactés par téléphone 20 n'ont pas pu être inclus: 6 pour des raisons de langue, 4 à cause de difficultés de déplacement, 4 ne se sont pas présentés à l'entretien, 4 ont refusé de participer sans donner de raison et 2 ont exprimé la crainte de se souvenir d'événements douloureux. Un patient a dû être exclu en raison de la mauvaise qualité de l'enregistrement de l'entretien de recherche. Les 11 patients dont les entretiens ont été analysés étaient âgés entre 24 et 53 ans; il s'agissait de six femmes et cinq hommes.

Les catégories et sous-catégories identifiées

Lors de la première analyse des données, 101 facteurs de rémission (items) ont été identifiés, leur nombre d'occurrences variant entre 4 et 14 par entretien. A l'issue de séances d'analyse conjointe, le groupe a abouti à un consensus d'organiser les items en 3 catégories et 11 sous-catégories, les 3 catégories étant les facteurs relationnels (28 items), les facteurs personnels (21 items) et les facteurs liés à des événements externes (11 items) (voir Tableau 1).

Les facteurs relationnels

Ce qui ressort des propos dans cette catégorie est l'importance de la présence d'un interlocuteur lors de la crise, et en particulier de sa capacité d'écoute. Les interlocuteurs mentionnés sont des soignants, des membres de la famille, des amis ou d'autres personnes. Parmi les « facteurs relationnels », on distingue cinq sous-catégories: la personne est présente (R1), neutre (R2), se positionne en faveur du patient (R3), se mobilise (R4) et « pense avec » (R5). Le Tableau 1 montre les items constitutifs de cette catégorie. Par la

suite nous illustrons les propos des patients au moyen des citations tirées des verbatim des patients (en italique) et des condensations effectuées par les chercheurs pour rassembler les verbatim similaires.

Pour plusieurs patients, une dimension essentielle de la rémission consistait en la simple présence d'autrui (R1). Une patiente en témoigne « *J'avais aussi [...] une demande assez claire, [...] : écoutez-moi !* ».

La neutralité (R2) du thérapeute était mentionnée de manière récurrente par les patients qui évoquaient la nécessité de s'adresser à un interlocuteur qui ne fasse pas partie de leur entourage, quelqu'un qui n'ait pas d'implication dans les événements survenus, comme l'illustre le verbatim suivant: « *[...] j'étais dans un état absolument lamentable et mon mari ne pouvait pas m'aider parce qu'il vivait la même chose et je n'avais pas envie de lui parler, j'avais juste envie de parler à quelqu'un qui ne soit pas de ma famille* ». Le fait que l'interlocuteur se positionne en faveur du patient (R3) était vécu comme aidant, comme le mentionne un patient: « *[...] ça m'a quand même rassuré sur ma santé mentale, ce n'est pas moi qui avais un problème, j'ai réagi face à un problème* ». Dans d'autres cas, l'interlocuteur était vécu comme présent, quand il se mobilisait (R4) pour le patient : par exemple lorsque l'assistante sociale aidait un patient à sortir d'une impasse financière. « L'interlocuteur pense avec » (R5) illustré par ce patient qui parle des cliniciens : « *Oui, je pense que le fait de discuter avec des gens qui [...] ont globalement toujours un commentaire objectif, ça m'a aidé à réfléchir déjà un peu sur moi-même* ».

Les facteurs personnels

Les récits des patients montraient qu'ils considèrent souvent comme cruciaux des éléments personnels comme déterminants pour la rémission. Ces éléments présentés comme des initiatives personnelles ou des acquis montrent une forme d'appropriation de la rémission. La catégorie consiste en trois sous-catégories : la nouvelle position interne (P1), l'activité (P2) et les expériences antérieures de soins (P3) (voir Tableau 1).

La plus grande sous-catégorie était la « nouvelle position interne » (P1). Cette position était décrite comme débouchant sur un détachement, une acceptation, la survenue d'un sens nouveau ou sur la prise de conscience de la nécessité d'être aidé. Elle peut être illustrée par le verbatim suivant: « *[...] et puis le fait de pouvoir avoir des moments vraiment où on peut poser tout ça, enfin, ça permet de réfléchir, de remettre les choses au clair, de revoir ce qui est important et ce qui l'est moins dans la vie* ».

L'engagement dans des activités (P2) était la deuxième grande sous-catégorie de facteurs personnels. Il correspondait aux activités entreprises pour se sentir mieux, par exemple au moyen d'une activité qui capte leur attention : « [...] mais disons qu'au travail j'ai toujours réussi à oublier l'espace de quelques heures mes problèmes extra-professionnels » - mais furent également rapportées des ouvertures pour des enrichissements personnels et relationnels. Dans un cas encore, l'activité mentionnée, en l'espèce « écrire son histoire », a été l'occasion pour trouver une autre forme de réflexivité.

Finalement comme troisième sous-catégorie, nous avons identifié « une expérience de soins antérieure vécue comme aidante » (P3) qui a facilité de demander de l'aide. Ainsi un patient qui dit : « [...] la deuxième fois que je suis venu, j'étais déjà mieux en arrivant, parce que je savais que ça m'avait été bénéfique ».

Facteurs liés à des événements externes

Cette troisième catégorie contient les items qui relèvent du registre des événements que nous ne pouvions pas attribuer à une dimension inter- ou intra-personnelle. Trois sous-catégories se démarquent : « les événements de vie » (E1). « les traitements » (E2), notamment pharmacologiques, et « protection/refuge/retrait » (E3). Cette dernière sous-catégorie possède comme dénominateur commun le besoin et la possibilité de prendre de la distance. Pour donner un exemple : « [...] le fait d'être dans cette chambre, [...] rien que ça c'était devenu dans ma tête une image rassurante, évidemment ces quatre murs, [...], c'est comme si on sortait de ce grand monde et qu'il y avait un petit trou où on est vraiment protégé ». Dans cette catégorie, nous avons également inclus les items relevant de la possibilité d'être protégé par la confidentialité, faisant partie d'un cadre rassurant.

Des rémissions plurifactorielles et la temporalité

Du point de vue des patients, la rémission d'un TA se base sur multiples facteurs : chaque participant a mentionné entre 4 et 14 items (Tableau 1, partie droite), la médiane se situant à 9 items. Tous les patients ont mentionné au moins un facteur de rémission en lien avec les facteurs relationnels et tous sauf trois ont fait référence à des items recouvrant les trois catégories. A l'inverse, aucun patient n'a fait mention que d'items d'une seule catégorie.

Un fil rouge traverse les différentes sous-catégories de facteurs personnels: l'inscription de ces facteurs dans une temporalité qui les articule dans un processus cohérent. Certains items sont ainsi nommés par les patients plutôt au début de rémission (p.ex.: « la volonté de comprendre »), d'autres plutôt à la fin (p.ex. « le détachement /réattribution du sens » ou « *prendre une décision finale* »).

DISCUSSION

Notre hypothèse de départ était qu'il n'est pas un seul facteur en jeu dans la rémission du TA ; cette compréhension s'inscrit dans la perspective de la salutogenèse, telle que proposée par Antonovski [9].

Les catégories et sous-catégories de facteurs de rémission rapportés par les patients valident cette hypothèse. Les traitements psychiatriques mentionnés comme efficaces dans la littérature comme la psychothérapie, l'aide sociale ou l'intervention psycho-éducative ou certains traitements psychopharmacologiques [11] se retrouvent dans nos résultats (R5, R4 ou E2). Il en est de même pour les facteurs de rémission des troubles mentaux, tels que proposés par Lemyre [12] : le renouveau (P1) et l'ancrage (R1). Étonnamment, l'un des facteurs de rémission du TA régulièrement proposé, la suppression du stress [7] - qui correspondrait chez Lemyre au dégrèvement - est seulement présent en filigrane à travers quelques items (p.ex. E1 : gain de cause devant le tribunal).

Si l'on s'en réfère au DSM IV - Cas cliniques [7] - on peut y lire que la rémission du TA devrait être « spontanée avec le temps et/ou avec la correction du facteur de stress ». Nous pouvons enrichir cette partie dite « spontanée » d'une perspective émique et plus précise : nous avons mis en évidence le rôle déterminant des relations interpersonnelles dans le processus de rémission du TA (catégorie « Facteurs relationnels »). Les propos des patients nous ont permis de confirmer l'importance de leur entourage direct ; ce résultat confirme Brown qui indique que l'existence d'un réseau social est un facteur protecteur contre des troubles tel que la dépression [8, 13].

Bien que les relations au sens large soient identifiées comme importantes par les patients, certains ont décrit plus spécifiquement l'importance du thérapeute et de la relation thérapeutique dans leur trajectoire de rémission. En effet, différentes études montrent que l'alliance thérapeutique contribue de manière

significative au succès d'un traitement psychothérapeutique [14]. L'analyse des récits des patients ont permis d'éclaircir le rôle du thérapeute qui se présente très similaire à celui décrit par Rogers [15]: il est d'abord présent, neutre et contenant. La position de neutralité du thérapeute ne semble pas vécue par les patients comme une neutralité technique ou froide, mais plutôt comme une position qui leur permet de mieux appréhender les événements troublants avec une personne ne faisant pas partie de leur entourage direct. « L'interlocuteur est neutre » était d'ailleurs la sous-catégorie la plus citée par tous les participants et elle se référait systématiquement aux cliniciens.

Parmi les facteurs personnels les patients évoquaient deux stratégies principales, la nouvelle position interne (P1) et l'activité (P2). L'acquisition d'une nouvelle position correspond aux objectifs traditionnels de la psychothérapie (réattribution de sens, acceptation, autonomisation, etc.). Toutefois, les patients n'attribuaient pas cette nouvelle position au processus psychothérapeutique, mais se l'approprièrent.

Le rôle bénéfique d'une activité est décrit dans la littérature pour la dépression [16], mais pas pour le TA. Nos résultats indiquent donc des perspectives nouvelles sur ce sujet.

La troisième sous-catégorie des facteurs personnels « l'expérience de soin antérieure » (P3) se situe plus proches de la notion de Markowitz des facteurs de prévention ou de prédiction de rémission [17], qui favoriserait l'inscription dans un processus de soins.

L'ensemble des résultats de l'étude révèle que les facteurs de rémissions évoqués par les patients ne sont pas seulement divers - avec 4 à 14 différents facteurs faisant partie d'au moins deux des trois catégories - mais qu'ils s'organisent de manière dynamique dans le temps. Cet aspect renvoie à des concepts élaborés par Elisabeth Kübler-Ross [18], les constructivistes [19] ou les approches narratives [20].

Nos résultats font apparaître la rémission d'un TA comme un phénomène non seulement dynamique mais complexe au sens d'Edgar Morin. Ce dernier décrit une pensée complexe dans le sens étymologique du terme latin *complexus*, « ce qui est tissé ensemble », donc ce qui est composé de plusieurs facteurs interdépendants, interagissants et autonomes [21]. De même, nous considérons que le processus de rémission du TA ne suit pas une logique linéaire, algorithmique mais qu'il est plutôt composé de plusieurs ingrédients qui interagissent et évoluent. A titre d'exemple, une patiente qui rapportait un cours de sauvetage comme facteur de rémission (facteur personnel) et mentionne qu'en s'engageant dans cette activité, elle a pu

interagir avec d'autres personnes (facteur relationnel), changer sa position interne (facteur personnel) et finalement changer de travail (facteur événement externe). Cet aspect de la rémission présente également des similitudes avec le modèle biopsychosocial, qui inclue des variables relationnelles, systémiques et culturelles [22].

Notre étude présente des limites : quatre des cinq personnes impliquées dans l'analyse et la réflexion sur les résultats étaient des cliniciens (psychiatres, psychologue), imprégnés de concepts psychothérapeutiques. Néanmoins, différentes orientations psychothérapeutiques ont été représentées (psychodynamique et cognitivo-comportementaliste) et un chercheur non-clinicien (linguiste) a fait partie du groupe d'analyse. On aurait pu s'attendre des patients qu'ils fassent recours à des récits plus focalisés sur le contexte thérapeutique - après tout, c'étaient des thérapeutes de l'institution qui posaient des questions - mais la variabilité des facteurs de rémission évoqués semble indiquer que l'étude n'était pas trop biaisée.

CONCLUSION

Les facteurs de rémission du TA qui émergeaient dans les récits des patients se situent dans trois grandes catégories : les facteurs relationnels, personnels et ceux liés à des événements externes ; et la rémission résulte de l'interaction dynamique et complexe eux. L'étude confirme l'importance accordée par la recherche psychothérapeutique aux éléments relationnels dans les processus d'évolution favorable du trouble mental. Hormis ces facteurs relationnels, les facteurs personnels, tels que la capacité de trouver de nouvelles attitudes (ou positions internes) ou encore les bienfaits d'initier des activités jouent également un rôle déterminant dans la rémission du TA, ensemble avec la recherche de protection et/ou de retrait et l'occurrence des événements externes.

Cet éventail de facteurs interagissant de manière dynamique dégage le clinicien d'une vision de soi-même comme un agent unique et principal responsable de l'évolution de son patient. Il souligne aussi la nécessité de sortir d'une logique linéaire de maladie-traitement et de penser avec le patient les différents facteurs possibles de rémissions.

Conflits d'intérêts : aucun

Remerciements : aucune organisation n'a participé au financement de la recherche

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Jones R, Yates WR, Williams S Zhou et al. Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 1999; 55(1):55-61.
- [2] Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry* 1995;152(3):459–61.
- [3] Casey P. Adult adjustment disorder : A review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice* 2001;7(1) : 32-40.
- [4] Carta MG H, Balestrieri M, Murru A et al. Adjustment disorder : epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2009; 5: 15.
- [5] ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva : World Health Organisation ; 1992.
- [6] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC ; 2013.
- [7] Frances, A. & Ross, R. Masson. *DSM IV – Cas cliniques* ; 1996; p.248.
- [8] Brown GW, Harris T. *Life events and Illness*. New York: Guilford; 1989.
- [9] Antonovsky A. "Health, Stress and Coping" San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- [10] Glaser B & Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine de Gruyter; 1967.
- [11] Casey P. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011; 10:11-18.
- [12] Lemyre L. Etiologie sociale et facteurs de rémission. *Sante Ment Que* 1995;20(2):59-76. French.
- [13] Cohen S, Wills T. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin* 1985; 98(2):310-57.
- [14] Lambert A, Barley D. « Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome », in *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, Norcross, J., New York, Oxford University Press 2002.
- [15] Rogers C. *On becoming a person, A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable; 1961.
- [16] Strawbridge WJ. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American journal of Epidemiology* 2002 - Oxford Univ Press.

- [17] Markowitz FE. Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior* 2001 ; 42(1), 64–79.
- [18] Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. Routledge; 1969.
- [19] Watzlawik P. *How Real is Real* éd. New York: Random House: 1976.
- [20] White M, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. WW Norton & Company, New York: 1990.
- [21] Morin E. *On Complexity* 2008.
- [22] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; Band 196, 4286: 129–136, PMID 847460.

Encadré 1: Guide de l'entretien

Guide d'entretien

Introduction : Remercier d'avoir accepté de participer à l'étude. Expliquer les objectifs de l'étude, le déroulement de l'entretien, et le respect de la confidentialité. Demander l'accord pour l'enregistrement audio (consentement éclairé signé). Poser ensuite les questions ci-dessous dans l'ordre établi. Les questions après la 8^{ème} question sont à poser si la réponse donnée ne comprend pas encore ces informations.

« Est-ce que vous pouvez me décrire la situation qui vous a amené à consulter les urgences psychiatriques ? »

« Pouvez-vous vous souvenir de comment vous vous êtes senti à ce moment là? »

« Est-ce que ça a perturbé votre capacité à fonctionner au quotidien? »

« Qu'est-ce qui a provoqué cet état ? »

« A l'époque avez-vous compris, quelles difficultés vous avaient mis dans cet état de crise? »

« Qu'est-ce qui vous a donné l'idée de chercher de l'aide ? »

« Par rapport à il y a ... mois en arrière, comment ca va ? »

« Pouvez-vous me décrire ce qui vous a aidé à surmonter la crise? »

« Parmi ces choses qui vous ont aidé, quelles étaient les plus importantes ? »

« Quel rôle jouait le suivi ici à l'urgence-crise du service de psychiatrie de liaison? »

« Est-ce que quelque chose vous a aidé dans le suivi ici? »

« Et qu'est-ce qui vous a paru le plus aidant ? »

« Depuis, avez vous entrepris une démarche psychothérapeutique ? »

« ...ou avez-vous apporté d'autres modifications à votre mode de vie ? »

« Par rapport au moment de votre suivi, vous vous sentez maintenant mieux armé pour faire face à des difficultés comparables ? »

