

# L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient

## Crisis Intervention: A Response to Changes in Psychiatric Practice and in Patient Needs

Michel De Clercq

Volume 16, numéro 2, automne 1991

Crise et intervention

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032232ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032232ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

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. <https://doi.org/10.7202/032232ar>

Résumé de l'article

Les descriptions traditionnelles des affections psychiatriques se modifient et se diversifient de plus en plus. On ne peut plus les réduire à la psychose. De plus, la demande du patient a pris un caractère plus aigu, plus somatisé. L'agir pathologique y est fréquent et interpelle la famille et le contexte de vie du patient. Celui-ci exige une réponse immédiate à sa demande d'aide. L'intervention de crise apparaît enfin comme une approche nouvelle qui permet de tenir compte et de bénéficier des changements de la pratique psychiatrique et de la demande de soins du patient. L'auteur développe ici l'exemple d'une équipe de crise intégrée au service des urgences d'un hôpital général à Bruxelles.



## **L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient**

---

Michel De Clercq\*

Les descriptions traditionnelles des affections psychiatriques se modifient et se diversifient de plus en plus. On ne peut plus les réduire à la psychose. De plus, la demande du patient a pris un caractère plus aigu, plus somatisé. L'agir pathologique y est fréquent et interpelle la famille et le contexte de vie du patient. Celui-ci exige une réponse immédiate à sa demande d'aide. L'intervention de crise apparaît enfin comme une approche nouvelle qui permet de tenir compte et de bénéficier des changements de la pratique psychiatrique et de la demande de soins du patient. L'auteur développe ici l'exemple d'une équipe de crise intégrée au service des urgences d'un hôpital général à Bruxelles.

### **Introduction**

L'intérêt porté en Belgique à l'intervention de crise et le développement des outils institutionnels pour pouvoir la réaliser ne correspondent pas à un attachement passéiste aux valeurs de la psychiatrie communautaire américaine des années 1960 qui est à l'origine de ce projet (Caplan, 1964).

Il s'agit bien d'une volonté actuelle de revoir la vision traditionnelle de la prise en charge psychiatrique, rendue nécessaire par les changements que connaissent tant l'étude des symptômes psychiatriques, devenue plus diversifiée et plus mouvante, que la demande de soins exprimée par le patient et son entourage.

---

\* L'auteur, psychiatre, est responsable de l'unité de crise et d'urgences psychiatriques du Service des Urgences des Cliniques Saint-Luc (Professeur Cassiers, Chef de Service), Université catholique de Louvain, Bruxelles (Belgique). Il est également président de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

Il est essentiel d'appréhender ces changements profonds de la clinique psychiatrique pour penser l'organisation d'une politique de santé mentale cohérente. Il faut abandonner l'antagonisme entre les milieux hospitalier et extra-hospitalier, entre l'individu et le groupe, pour intégrer des axes de la réflexion psychiatrique trop souvent maintenus séparés ou considérés comme inconciliables, et inventer un nouveau type d'évaluation et de jugement clinique qui permette à la demande de soins psychiatriques de s'organiser et de se manifester de façon nouvelle (Andreoli et al., 1986).

## A. L'évolution de la clinique psychiatrique

### 1. L'évolution des descriptions traditionnelles de la maladie

La psychiatrie est restée, jusqu'à récemment, axée autour de la psychose et de son traitement. L'hôpital psychiatrique a souvent perdu son caractère asilaire. Les structures extra-hospitalières conçues pour le remplacer — centres communautaires, centres occupationnels, appartements supervisés, etc. — ont repris cet objectif de prise en charge de la psychose dans la communauté.

Les services psychiatriques n'ont cependant pas fermé leurs portes. Ils sont de plus en plus pris d'assaut par des pathologies plus aiguës, plus «limites»: troubles dépressifs, toxicomanies, problématiques psychosomatiques, personnalités *borderline* qui correspondent mal aux descriptions traditionnelles. La clinique de la psychose a elle-même évolué: les replis autistiques et catatoniques ont cédé la place à des bouffées délirantes souvent sans lendemain ou à des explosions délirantes sur de fragiles structures névrotiques et narcissiques.

Dans les services des urgences des hôpitaux généraux de nos cités, on rencontre de plus en plus de situations où la souffrance éclate tant chez l'individu que dans sa matrice familiale. En 1985, on dénombrait à Bruxelles plus de 25 000 cas d'urgences psychiatriques (Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, 1987) arrivant aux seuls services des urgences du dispositif d'aide médicale urgente. Moins de 20 % de ces cas correspondaient à des problématiques psychotiques (De Clercq, 1987).

Les classifications traditionnelles ou récentes de la maladie, présentées par le D.S.M. III-R, permettent de poser un diagnostic, mais qui est peu utile dans l'approche de l'urgence et la mise en place d'une prise en charge. Par contre, dans cette même recherche, les cliniciens exprimaient le sentiment de se trouver confrontés dans 80 % des cas à *des situations de crise*. Le concept de crise peut être compris comme une

perturbation aiguë du fonctionnement structurel du patient, mais aussi de son contexte familial et conjugal devant une difficulté existentielle, un changement à affronter. Face à l'impossibilité du patient ou de la famille de résoudre ce problème et de sortir de ce moment difficile, la crise amène l'émergence d'un symptôme. Ce dernier apparaîtra rapidement insupportable pour le patient ou pour son entourage et provoquera l'appel à l'aide urgent lancé à une structure ou à un intervenant médico-psycho-social.

L'urgence est ainsi comprise comme la partie émergée d'un iceberg beaucoup plus important.

## *2. Les modifications de la demande de soins*

La demande de soins que pose le patient — et souvent son entourage — chemine par des voies de plus en plus éloignées du «désir thérapeutique» consacré dans nos pratiques d'analystes ou de psychothérapeutes.

Les caractéristiques de cette nouvelle forme que prend la demande sont multiples:

- l'expression somatisée de la plainte
- le caractère aigu de la demande
- l'importance de l'agir pathologique
- le rôle actif de la famille et de l'entourage
- l'exigence d'une réponse immédiate

### **a) L'expression somatisée de la plainte**

Plus de 50 % des patients diagnostiqués «psychiatriques» par l'équipe soignante du service des urgences des Cliniques Saint-Luc s'adressent d'abord à un spécialiste en médecine interne, un chirurgien ou un pédiatre, se plaignant surtout d'une souffrance dans leur corps, comme pour tenter une dernière fois de trouver auprès du corps médical une cause organique qui enrayerait le processus de crise (De Clercq et Hoyois, 1990b).

La situation bruxelloise est intéressante sur ce point: les centres de santé mentale désignés comme psychiatriques n'ont pas vu leur population s'accroître, alors que les cas d'urgences psychiatriques pris en charge dans les hôpitaux généraux ont augmenté considérablement. La proportion de ces cas dépasse aujourd'hui les 10 % de toutes les urgences des hôpitaux généraux (Gerson et Bassuk, 1980).

**b) Le caractère aigu de la demande**

La souffrance aiguë qui accompagne la crise va rarement rester contenue. Au contraire, le comportement du patient va rapidement prendre un caractère excessif, paroxystique, «fou», qui va déborder, dépasser rapidement les limites de la famille. Ce sera le plus souvent d'autant plus inattendu que, en dehors de ces moments de crise, la structure psychologique du patient ou de la famille n'a pas retenu l'attention du médecin traitant ni même du corps psychiatrique.

L'impression qui prévaut est que les vicissitudes rencontrées par ces patients ne sont guère éloignées de celles que nous rencontrons tous dans nos existences. La psychiatrie est précisément interpellée pour faire face non à une pathologie psychiatrique lourde, mais davantage à ces explosions symptomatiques plus souvent révélatrices de troubles de communication au sein du tissu social, conjugal ou familial des patients.

Une symptomatologie variée, non spécifique, va ainsi être produite et véhiculée par des instances sociales tierces particulièrement significatives: SAMU, police, hôpital.

Le plus souvent, cette symptomatologie ne «parlera» plus en dehors de son contexte, perdra sa portée signifiante. Le danger est grand de vouloir juger de la gravité de la pathologie de ces patients sur la foi de ces seuls comportements de crise alarmants: violence, cris, menaces, délire aigu...

Notre expérience nous apprend d'ailleurs que, dans la majorité des cas, après une nuit et l'absorption de sédatifs, les signes de crise diminuent et la parole se libère.

**c) L'agir pathologique plus que des paroles**

Habitué à négocier des demandes de thérapie ou de psychanalyse, le thérapeute se sent perdu face à des patients qui passent à l'acte, qui «agissent» leurs émotions, leur angoisse, leur souffrance. Souvent, chez ces patients, dans ces familles, la parole est plus dangereuse, plus difficile à manier que l'agir. Ils essaient de se suicider, prennent de l'alcool ou des drogues, se montrent incapables de véhiculer par la parole la souffrance d'un deuil, la déception narcissique d'une séparation. Ne pas y voir une réelle demande à entreprendre un travail thérapeutique serait une erreur. La demande de changement, l'appel à l'aide sont là, dans l'interpellation de ces agirs pathologiques. Cette demande doit être traitée sur le lieu où elle s'exprime, utilisant l'intensité de son expression comme levier pour mettre en évidence son interprétation

intrapyschique ou son aspect métaphorique par rapport à l'histoire du couple ou de la famille.

Plusieurs entretiens sont souvent nécessaires avant que l'on puisse traduire en mots réellement signifiants ces conduites et cet agir pathologique.

#### **d) L'engagement des familles**

Les membres de la famille ou de l'entourage du patient ne peuvent en aucun cas être considérés comme simples victimes de la pathologie de celui-ci, mais bien comme protagonistes à part entière de la crise qu'ils rencontrent. Ils sont effrayés et bouleversés par les frasques du patient en état de crise. Leur demande a souvent une importance énorme: elle est moins de soigner la souffrance du patient que d'éteindre leur propre angoisse et leurs propres peurs, en les délivrant de celui qui, devenant le seul objet de soins, les laisserait indemnes de toute remise en question de leurs attitudes (Scott, 1980).

Les plaintes de l'entourage insistent davantage sur les aspects dérangeants, «anormaux» de la conduite du patient. La famille met en évidence l'agitation, l'agressivité, les troubles du comportement, voire le délire du patient là où ce dernier, quant à lui, privilégie l'angoisse ou les plaintes somatiques.

Les divergences essentielles des demandes du patient et de son entourage laissent souvent le clinicien dans l'impasse:

- soit, il privilégie l'écoute de la demande du seul patient, au mépris des attentes de sa famille, espérant nouer ainsi une bonne alliance thérapeutique avec lui, mais il s'aliène les membres de sa famille qui, à la première occasion, amèneront le patient dans une autre institution susceptible de prendre mieux en compte leur problème;
- soit, il tient surtout compte des dires de la famille sans prendre réellement la peine de ménager au patient un temps d'écoute, calme le symptôme urgent, mais néglige la crise sous-jacente et imprime chez le patient un contre-transfert d'emblée négatif.

La négociation d'une alliance de travail (Andreoli et al., 1989), tant avec le patient qu'avec sa famille, est indispensable dans de nombreux cas. Ménager aux uns comme aux autres un temps de parole, apprécier le poids de cette parole dans leur contexte de vie est certes essentiel.

#### **e) L'attente d'une réponse immédiate**

Le contexte dramatique et explosif de ces situations de crise fait sauter le verrou des rendez-vous programmés longtemps à l'avance.

Cette demande massive ne tolère aucun délai dans la réponse. Les patients veulent tout et tout de suite (Cassiers et al., 1984). Seulement 15 % de ceux qui se présentent à un service des urgences ont pris la peine de faire appel auparavant à leur médecin traitant, alors que 80 % d'entre eux reconnaissent en avoir un.

Les services d'aide médicale urgente et ceux des urgences des hôpitaux généraux fonctionnent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ils offrent en permanence aux patients la certitude qu'ils seront reçus par un spécialiste. Il faut peut-être déplorer cette offre qui pourrait inciter à la surconsommation, mais ce serait perdre de vue le caractère intrinsèque de l'urgence psychiatrique qui recherche la dramatisation plutôt que l'apaisement, la décompression par l'agir plutôt que par la parole.

## **B. Comment répondre à cette évolution?**

### *1. Écouter la plainte là où elle émerge*

Il est impossible de rester indifférent à cette augmentation du nombre d'urgences psychiatriques et d'appels urgents posés aux hôpitaux généraux. La réponse à cette demande ne peut être laissée aux seuls urgentistes non formés à la relation. Il s'agit, en effet, d'une population spécifique qui consulte peu en privé, qui ne fréquente pas les centres de santé mentale communautaires et qui est également différente sur le plan clinique des patients hospitalisés traditionnellement en psychiatrie.

Investir les services des urgences nous semble important pour réaliser une politique de santé mentale cohérente. Mais cela suppose plus que d'envoyer au feu de jeunes psychiatres inexpérimentés et de les laisser simplement répondre à l'urgence sans réaliser un réel travail de crise. Le risque essentiel en serait un nombre excessif d'hospitalisations en psychiatrie et une réponse linéaire à l'urgence. Des équipes de psychiatres et de thérapeutes chevronnés et suffisamment formés doivent assurer ce travail des urgences et de la crise.

### *2. Une prise en charge intégrée*

Le psychiatre ne peut plus travailler, dans ce contexte, seul. Il est interpellé tant par les plaintes souvent somatisées du patient, par cette souffrance qui chemine dans le corps, que par ses collègues spécialistes qui se retrouvent fort démunis face à ces patients manifestement mal en point à qui l'on assène trop souvent un coup fatal en leur disant: «Vous n'avez rien, rentrez chez vous».

Une réelle collaboration doit être instaurée entre l'équipe médicale et l'équipe psychiatrique. Une confiance et un respect mutuels doivent

présider à ces rapports. L'équipe psychiatrique ne peut évacuer le somatique et doit entendre le discours médical. Ainsi, face à un patient présentant des plaintes somatiques aiguës, l'équipe médicale a une place essentielle: préciser ou infirmer une réelle cause organique. Si celle-ci est fonctionnelle, le médecin peut faire appel à son collègue psychiatre et négocier avec lui et avec le patient la suite de la prise en charge de façon simultanée (De Clercq et Cassiers, 1990d). La continuité de la démarche est essentielle pour le patient qui peut se sentir gagné par l'impression qu'on le rejette ou qu'on l'abandonne à son problème.

D'autre part, l'équipe psychiatrique attend aussi de l'équipe médicale que, dans certaines situations médicales complexes, le somaticien prenne en charge un volet du problème médico-psychiatrique du patient et ce, de manière intégrée.

Enfin, les équipes infirmière et médicale doivent être sensibilisées à l'intervention de crise pour comprendre et soutenir les décisions de prise en charge de patients parfois agités, sinon angoissés ou suicidaires.

### *3. De réelles interventions de crise*

Face à ces explosions symptomatiques, à cette souffrance difficilement verbalisée, à ces demandes qui s'expriment plus dans l'agir, le thérapeute ne peut pas se contenter d'écouter avec bienveillance ni d'établir un diagnostic complaisant. Travailler la crise suppose une intervention du thérapeute à la fois plus active et plus interprétative.

Dans cette phase essentielle de l'interaction de crise (Andreoli et al., 1986) le thérapeute est rapidement soumis à la pression de l'agir. L'urgence n'est cependant pas de décider d'une hospitalisation, de se lancer dans une exploration fouillée du passé, ou encore de laisser le patient se répandre verbalement devant le thérapeute. Qu'est-ce qui amène le patient ici? Pourquoi maintenant? Quelle est la réelle demande de l'entourage ou du référent? Que croient-ils pouvoir trouver ici? Quelles informations précieuses nous sont déjà données par le symptôme mis en avant, la sélection des personnes qui accompagnent le patient? Quel message explicite ou implicite leur a été transmis par le médecin traitant? Autant de questions essentielles pour permettre au thérapeute de définir sur quelle alliance il peut compter dans son travail, dans quel espace thérapeutique il peut se mouvoir (Tilmans, 1987).

L'entretien est plus directif que dans une demande de thérapie au cabinet du thérapeute, dans la mesure où l'urgence représente un moment fécond pour aborder la problématique de crise du patient ou de son contexte de vie. C'est dès le premier entretien que cette alliance de

travail doit être travaillée et elle représente l'objectif essentiel de celui-ci (Andreoli, 1989).

Abordée ainsi, la pression contextuelle sera non plus combattue, mais utilisée pour renforcer l'alliance de travail: l'angoisse, le débordement de la famille seront des leviers pour en faire des protagonistes à part entière de l'intervention de crise en évitant de poser le patient comme le seul objet de nos soins (Langsley et Kaplan, 1976).

La prise en charge de l'urgence psychiatrique n'apparaît plus comme une intervention unique et ponctuelle mais vise donc, à partir de la mise en place d'une bonne alliance de travail avec le patient et sa famille, à la réalisation d'une intervention de crise plus longue qui se centrera sur l'abord d'une problématique focale décidée de concert par le thérapeute et le patient.

#### 4. Une formation polyvalente

Une seule grille de lecture apparaît caduque quand il s'agit de refléter la prise en charge de ces problématiques psychiques intriquées à la souffrance de la matrice familiale, aux incursions du social ou du médical. Si la notion d'équipe et de spécificités différentes et complémentaires est essentielle, l'intervenant de crise doit intégrer différentes approches:

a) La psychanalyse reste une référence épistémologique essentielle, moins pour sa «technique» que parce qu'elle fournit au thérapeute des repères théoriques de travail, d'une part, et pour l'aider lui-même, d'autre part, à partir de sa propre analyse, à se mouvoir dans cet univers parfois hallucinant pour le profane où le thérapeute est confronté à la violence, l'agressivité, l'angoisse de mort, la souffrance psychique intense, autant de situations qui interpelleront et éventuellement réactualiseront des conflits personnels.

b) L'approche systémique familiale représente un outil particulièrement opérant en intervention de crise et dans ce contexte de l'urgence psychiatrique. Plus de 25 % de nos patients nous amènent à aborder la problématique de crise de couple sous-jacente et plus de 50 % des situations nous obligent à voir la famille dans la mesure où elle est souvent le réel et seul demandeur de soins.

Sans une formation à la prise en charge des couples et des familles, le thérapeute éprouve de grandes difficultés à faire face aux triangulations perverses et aux complicités souvent présentes.

c) Les aspects médicaux et pharmacologiques doivent également être intégrés par l'intervenant de crise. Nous avons vu l'intérêt essentiel

d'une collaboration avec l'équipe médicale. Une bonne connaissance des outils pharmacologiques et de leurs pièges est nécessaire pour calmer les crises sans étouffer la parole, pour rassurer sans annuler le problème.

d) Enfin, l'intrication des problèmes psychiatriques au social est devenue telle que l'intervenant de crise ne peut isoler la plainte de son contexte. Une connaissance minimale du réseau social et de ses contingences est requise pour percevoir le problème dans son ensemble.

L'intervenant de crise doit intégrer dans sa formation ces diverses compétences et l'équipe doit refléter, dans sa composition, cette polyvalence. Cette condition essentielle exclut l'hypothèse de faire reposer ce travail sur les épaules d'internes, de jeunes confrères inexpérimentés ou d'infirmiers non formés.

Dans le cadre de l'urgence et du travail de la crise, l'intervenant ne peut imposer le même cadre thérapeutique immuable à tous les patients mais, au contraire, doit choisir dans la palette des interventions possibles celle qui conviendra le mieux à l'abord du problème présenté par le patient.

### *5. Dépasser le cloisonnement entre les milieux hospitalier et extra-hospitalier*

La psychiatrie en tant que telle est interpellée par les situations de crise. En Belgique, le monde hospitalier psychiatrique et le réseau extra-hospitalier vivent et fonctionnent en vase clos, sans contacts entre eux, avec leur population de patients propre. Chaque domaine s'ignore superbement, comme s'ils pouvaient l'un et l'autre prendre tous les patients en charge quelle que soit leur pathologie, leur problématique ou leur contexte. Il y a là une situation intenable: les mondes extra-hospitalier et hospitalier sont différents, mais complémentaires.

L'enjeu d'une intervention de crise n'est pas de privilégier l'extra-hospitalier au détriment de l'hospitalier, mais de sélectionner, dans les outils institutionnels à notre disposition, celui qui s'avèrera le plus adéquat, le plus apte à dynamiser cette situation de crise et non à l'apaiser sans solution (Degive et Lohle-Tart, 1984).

Il s'agit de parler de séquences de prises en charge: l'intervention de crise peut, en effet, à un certain moment, nécessiter une intervention hospitalière et l'équipe hospitalière est un interlocuteur privilégié pour intégrer ce temps hospitalier à l'intervention de crise.

### **C. L'exemple de l'unité de crise des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles**

Forts de cette réflexion sur les mécanismes de crise générant l'urgence psychiatrique et devant le refus des pouvoirs publics de subsidier des centres de crise extra-hospitaliers, le service de psychiatrie de l'Université catholique de Louvain (Bruxelles) a décidé, en 1981, de consacrer ses efforts au développement du travail de la crise là où les urgences psychiatriques se présentent: au service des urgences de l'hôpital général.

Il faut rappeler au lecteur qu'en Belgique, la sectorisation n'existe pas sur le plan psychiatrique: les hôpitaux sont pour la plupart privés, particulièrement les hôpitaux psychiatriques et seuls 28 centres de santé mentale de Bruxelles sont subventionnés par l'État et répartis géographiquement dans chaque commune.

Ces deux structures — services hospitaliers et centres de santé mentale — n'ont aucun rapport organique. Les centres extérieurs n'ont aucun pouvoir sur ce qui se déroule dans les hôpitaux et vice-versa.

Pour pouvoir réaliser un réel travail de crise, nous avons mis en place les instruments suivants:

#### *1. Une équipe permanente*

Quatre psychiatres psychothérapeutes à mi-temps travaillent de 8 h 00 à 19 h 00 pendant la semaine. Il y a donc durant ce temps deux psychiatres en permanence dans le service. Ils sont déchargés de toute activité clinique et restent dans le service même s'il n'y a aucune consultation. Ce point nous paraît essentiel pour pouvoir répondre à toute situation dès son arrivée et pour être réellement intégré dans l'équipe soignante.

Selon le système de garde habituel, le psychiatre de garde intervient entre deux consultations ou en plein travail dans le service de psychiatrie. L'intervention aux urgences vient s'ajouter et amène souvent le psychiatre à intervenir longtemps après les internes, l'interniste et l'infirmière, et surtout quand les protagonistes du contexte en crise ont disparu, rassurés de voir le patient pris en charge. Le psychiatre est alors confronté au seul symptôme qu'on lui présente et le risque est grand que, pressé par le temps et par la pression institutionnelle — «libérer l'urgence» — sa décision thérapeutique ne se limite à risquer rapidement un diagnostic qui décidera en lui-même d'un envoi à l'hôpital ou à une consultation quelconque.

Trois infirmières psychiatriques complètent l'équipe. Elles sont plus particulièrement chargées de l'accueil des patients et de leur famille et de la prise en charge de leurs problèmes — tentatives de suicide, agitation, confusion aiguë, plaintes somatiques fonctionnelles — tant sur le plan organique que psychologique. Elles sont, de ce fait, les éléments de liaison entre les psychiatres et l'équipe médicale.

Dix assistants en psychiatrie en fin de formation assurent le rôle de garde durant les week-ends et la nuit. Ils ont été spécialement sensibilisés au travail des urgences et de la crise et sont supervisés 24 h sur 24 par les séniors de l'équipe. En cas de situation difficile, ils ont la possibilité de placer le patient en hospitalisation provisoire pour une nuit. Si la famille l'accompagne, elle sera renvoyée à un rendez-vous fixé le lendemain avec le même assistant et un membre de l'équipe de crise.

## *2. L'insertion de cette équipe de crise dans l'équipe médicale*

Le fait que le corps médical et infirmier rejette habituellement les urgences psychiatriques, et surtout les cas de tentatives de suicide, représente un réel écueil pour assurer une intervention de crise. Associer au travail de crise les infirmières et les autres spécialistes interpellés par l'urgence du patient ou de sa famille devient une exigence impérieuse.

Ainsi, depuis 1983, l'équipe psychiatrique est-elle insérée dans l'équipe médicale, ce qui suppose la participation réciproque des deux groupes à leurs séminaires respectifs. Cela implique surtout que la prise en charge des patients présentant des plaintes somatiques fonctionnelles soit négociée en présence du premier intervenant médical, du patient et de sa famille. Ceci permet de recadrer cette demande d'intervention psychiatrique faite par le médecin, d'en apprécier l'impact auprès du patient et surtout de marquer une continuité dans la discontinuité. La plainte va être abordée de façon plus psychologique, mais bien après avoir vécu l'impasse des examens somatiques et des possibilités thérapeutiques médicales. Il s'agit de ne pas renvoyer ces patients «qui parlent par leur corps» en leur disant «Vous n'avez rien». Il y a un problème et c'est avec un autre spécialiste, le psychiatre, qu'il va être abordé (De Clercq, 1990a).

La présence en permanence de psychiatres est vécue par l'équipe médicale comme un point positif: ils baignent dans la même atmosphère de l'urgence.

## *3. Des outils institutionnels indispensables*

Nous disposons de douze lits permettant une hospitalisation provisoire de 24 heures maximum dans le service. Il s'agit d'un appoint

essentiel pour prendre en charge des tentatives de suicide ou des alcooliques en crise qui n'ont pas accès à la parole à la suite de l'ingestion de toxiques. Cette formule sera utilisée également face à des patients où il apparaît impossible la nuit de percevoir clairement les enjeux de la demande d'hospitalisation (De Clercq et al., 1989).

Enfin, une hospitalisation de 24 heures peut être décidée pour retirer, pour une nuit, un patient de son contexte familial ou pour faire baisser la tension provoquée par une crise trop aiguë.

Une récente étude américaine (Gillig et al., 1989) a montré la nette incidence de ce dispositif pour faire baisser de manière significative le taux des hospitalisations en psychiatrie. Nous l'utilisons dans 40 % des cas.

Pouvoir disposer de bureaux permettant de réaliser des entretiens avec le patient et/ou sa famille est également une condition sine qua non rarement réalisée dans un service des urgences: trois bureaux sont à notre disposition en permanence, l'un étant toujours réservé aux arrivées, les autres aux entretiens de crise ultérieurs.

#### 4. *L'intégration des équipes extra-hospitalières*

Les centres de santé mentale communautaires répartis dans le tissu urbain de Bruxelles reçoivent peu de cas d'urgences psychiatriques. Leur compétence, tant psychothérapeutique que leur connaissance du réseau psychosocial local, est grande, mais ils restent sous-employés et l'on fait peu appel à eux pour les débordements des urgences psychiatriques.

Depuis 1983, quatre centres couvrant la zone géographique autour de Saint-Luc (environ 300 000 habitants) sont associés aux interventions de crise menées par l'équipe de crise. Chaque année, pendant un mois, des thérapeutes de chaque centre viennent refaire un «stage» de travail au service des urgences. Deux réunions par mois permettent d'évaluer les collaborations ainsi que le devenir des patients pris en charge par ces équipes. Ces prises en charge et leurs modalités sont négociées au service des urgences avec un ou deux thérapeutes de ces équipes, le patient et sa famille et le thérapeute de l'équipe de crise (De Clercq et Cassiers, 1990d). La même collaboration existe avec des centres d'hébergement pour adolescents et adultes en crise.

Une attention toute particulière est portée aux médecins généralistes qui, dans certaines situations, sont autant en crise que le patient qu'ils envoient à l'hôpital. Des entretiens conjoints sont menés avec le

généraliste, le patient et sa famille pour redéfinir la crise en jeu et analyser les barrières au traitement (Scott, 1980).

### *5. Un modèle d'intervention de crise*

Le modèle d'interaction-intervention de crise d'Andreoli et al. (1986) nous a semblé le plus opérant.

#### a) Phase d'interaction de crise

Cette première phase, aussi appelée définition de la crise, peut durer de quelques jours à trois semaines, et vise à dépasser l'analyse du seul symptôme mis en avant pour préciser son rôle dans le fonctionnement de la famille ou du groupe, le resituer dans l'histoire du patient et percevoir ainsi la réelle situation de crise en jeu.

L'objectif essentiel de cette première phase est l'établissement d'un espace thérapeutique (Tilmans, 1987) dans lequel le thérapeute, le patient et la famille puissent interagir. Cet espace thérapeutique est particulièrement difficile à aménager dans un contexte où l'urgence et l'agir sont souvent trop privilégiés par rapport à la réflexion sur un programme d'intervention de soins.

Les possibilités d'interventions comprennent:

- un entretien de triangulation thérapeutique avec le spécialiste somaticien qui a vu le patient en premier lieu. Cet entretien est réalisé avec le patient et sa famille (présente dans 64 % des cas) et vise à préciser la demande du somaticien et la manière dont le patient se situe par rapport à l'intervention d'un psychiatre (De Clercq, 1988);
- un ou plusieurs entretiens individuels avec le patient;
- un ou plusieurs entretiens avec la famille, le couple ou l'entourage;
- un hébergement maximum de 24 heures du patient dans un lit d'hospitalisation provisoire;
- la prescription de médicaments sédatifs ou hypnotiques dans l'objectif unique de calmer l'angoisse, l'insomnie ou les troubles comportementaux du patient.

Cette phase initiale d'analyse de la demande est réalisée dans les locaux de l'unité de crise au sein du service des urgences et ce sont le psychiatre et l'infirmière psychiatrique qui ont rencontré le patient et sa famille dès le premier entretien qui continueront à mener les suivants. Ils ont, bien sûr, la possibilité de faire appel à un autre membre de l'équipe mais le respect des jeux contre-transférentiels nous paraît essentiel.

C'est plus un intervenant bien déterminé qu'une équipe que le patient et sa famille ont rencontré, même si nous essayons de leur expliquer l'importance du travail en équipe.

Ce premier travail permettra de reformuler, de recadrer la demande initiale. Une première alliance thérapeutique (Marziali, 1984) ou plutôt une première alliance de travail (Andreoli et al., 1989) peut se dessiner avec le patient et sa famille. Une phase d'intervention de crise est alors décidée.

b) Phase d'intervention de crise

Cette deuxième phase peut être réalisée par

- *l'équipe de crise du service des urgences* si l'alliance est bonne et si un objectif particulier a pu être défini par rapport au travail de la crise.

Ce sera particulièrement le cas dans des crises intergénérationnelles entre un adolescent et sa famille, dans des problématiques dépressives ou anxieuses dans le cadre d'une crise de couple, ou enfin dans le cadre de psychoses réactionnelles au cours de conflits intrafamiliaux. Dans le cas de problèmes avec les adolescents, un thérapeute verra le patient individuellement, tandis qu'un autre rencontrera les parents et le reste de la famille, veillant ainsi à leur ménager des espaces de paroles indépendants. À des moments précis, des entretiens regroupant les deux thérapeutes et toute la famille seront organisés.

Cette prise en charge thérapeutique sera menée dans le cadre du service avec les mêmes thérapeutes que lors de l'interaction de crise et pendant une période pouvant aller jusqu'à trois mois.

Le but de cette intervention de crise est de repositionner le patient et sa famille comme sujets de leur histoire, capables ainsi de faire des choix, par exemple de négocier à la fin de l'intervention de crise un suivi psychothérapeutique soit individuel soit familial, ou une prise en charge psychiatrique mais qui sera menée en d'autres lieux (De Clercq, 1987).

- *une équipe d'un centre de santé mentale communautaire*. Dans de nombreuses situations, le contexte social du patient est intriqué à la demande de soins psychiatriques: le patient est seul, en décrochage social, son entourage collabore peu, ou il est confronté à plusieurs instances sociales de prise en charge. Appel est alors fait à des équipes de centres de santé mentale communautaires.

Un thérapeute se déplace au service des urgences pour participer, avec le patient et, si possible, son entourage et le thérapeute de l'équipe de crise, à un ou plusieurs entretiens pour définir l'objectif et les

modalités de l'intervention. Par la suite, la prise en charge sera réalisée dans le centre extra-hospitalier, éventuellement au domicile du patient dans un premier temps.

## **Conclusions**

La pratique thérapeutique et la demande du patient se sont modifiées. La croissance du nombre d'urgences psychiatriques en est une preuve des plus criantes. Analyser ces modifications nous a amenés par ailleurs à investir le service des urgences de l'hôpital général pour servir de point de départ de nos interventions de crise.

Les résultats générés par ce dispositif de crise sont nombreux. Nous n'en épingleons que quelques-uns (De Clercq et al., 1990c).

1. Le taux d'hospitalisations psychiatriques est descendu en-dessous des 20 % alors qu'il dépasse 45 % dans les autres services des urgences des hôpitaux bruxellois (Hoyois et Pardœn, 1989).
2. Une interaction de crise peut être réalisée dans 65 % des cas, suivie dans 45 % de ceux-ci d'une intervention de crise (les 15 % restants correspondent à une simple réponse à l'urgence, le plus souvent le renvoi au médecin psychiatre traitant);
3. Les résultats de ces interventions de crise sont actuellement évalués par des recherches de catamnèse et des recherches prospectives, dont les premiers résultats confirment l'intérêt de la prise en charge des urgences psychiatriques par le modèle d'intervention de crise (De Clercq et al., 1990c);
4. De réelles collaborations se sont mises en place au niveau du service des urgences — où la prise en charge des urgences psychiatriques est devenue l'affaire de toute l'équipe médicale —, avec les équipes de santé mentale qui se sont avérées être des partenaires fiables et intéressés, avec les médecins généralistes qui ne vivent plus l'appel à l'équipe de crise comme un risque de «perdre son patient», mais comme une aide pour résoudre le problème. Les structures hospitalières psychiatriques elles-mêmes finissent par être sensibilisées à l'intervention de crise. Une réunion mensuelle concrétise cette évolution: autour de l'analyse de cas difficiles se réunissent les membres de l'équipe de crise, des quatre centres de santé mentale et des deux services hospitaliers psychiatriques de notre aire géographique.

Le point important est bien que ces sept structures sont totalement autonomes et indépendantes les unes des autres, et que leur souci de travailler ensemble tient d'une volonté propre et d'un souci clinique

commun, et non d'un arbitraire légal ou institutionnel qui les obligerait à cette collaboration.

## RÉFÉRENCES

- ANDREOLI, A., LALIVE, J., GARRONE, G., 1986, *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, SIMEP, Paris.
- ANDREOLI, A., GOGNALONS-NICOLET, M., ABENSUR, J., GARRONE, G., 1989, Suivi clinique au long cours (2 ans) de 78 patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en situation de crise, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 140, 5.0439-458.
- CAPLAN, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.
- CASSIERS, I., DEGIVE, C., LOHLE-TART, L., 1984, *Les urgences et hospitalisations psychiatriques de courte durée*, Fondation Roi Baudouin, Intégration des soins de santé.
- DE CLERCQ, M., 1988, L'intervention systémique pour faire face aux urgences psychiatriques, *Thérapie familiale*, 9, 231-246.
- DE CLERCQ, M., 1987, *Les urgences psychiatriques*, C.I.B. Faculté de médecine, Université catholique de Louvain, Bruxelles.
- DE CLERCQ, M., BURQUEL, C., CORTEN, P., HOYOIS, P., PARDOEN, D., ZOMBEK, S., 1989, Quels outils hospitaliers pour la prise en charge des urgences psychiatriques?, *Hôpital Belge*, 197, 34-37.
- DE CLERCQ, M., 1990a, La triangulation thérapeutique: outil indispensable dans le travail de la crise, *Journal européen des urgences*, 3, 107-112.
- DE CLERCQ, M., HOYOIS, P., 1990b, Les antécédents de prise en charge, gage d'investissement thérapeutique ou de malédiction pour les urgences psychiatriques, *Annales médico-psychologiques*, 148, 367-377.
- DE CLERCQ, M., HOYOIS, P., BRUSSELMANS, M., HEYMANS, J.P., VERREYKEN, P., 1990c, Assessment of outcome after two years of crisis interventions in the emergency service of a general hospital, in Stefanis, C.N. et al., ed., *Psychiatry: A World Perspective*, 3, Elsevier, 865-874.
- DE CLERCQ, M., CASSIERS, L., 1990d, Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence, *Acta Psychiatrica Belgica*, 90, 81-99.
- DEGIVE, C., LOHLE-TART, L., 1982, Qu'est-ce qu'une urgence psychiatrique? Éléments d'une approche catamnastique et compréhensive, *Acta Psychiatrica Belgica*, 82, 328-340.
- GERSON, S., BASSUK, E., 1980, Psychiatric emergencies: an overview, *American Journal of Psychiatry*, 137, 1-17.
- GILLIG, P., HILLARD, J., BELL, J., 1989, The psychiatric emergency service holding area: effect on utilization of inpatient resources, *American Journal of Psychiatry*, 146, 369-372.

- HOYOIS, P., PARDOEN, D., 1989, *Les urgences psychiatriques dans le réseau hospitalier de l'U.L.B.*, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, Bruxelles.
- LANGSLEY, D., KAPLAN, D., 1976, *The Treatment of Families in Crisis*, Grune and Stratton, New York.
- Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, 1985, *Carte sociale de l'urgence psychiatrique à Bruxelles*, Bruxelles.
- Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, 1988, *Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence*, Bruxelles.
- MARZIALI, E., 1984, Three view points on the therapeutic alliance. Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 7, 417-423.
- SCOTT, R.D., 1980, The treatment barrier, *British Journal of Medical Psychology*, 46, 45-55.
- TILMANS, E., 1987, La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande, *Thérapie familiale*, 8, 3, 229-246.

### **Crisis Intervention: A Response to Changes in Psychiatric Practice and in Patient Needs**

#### **ABSTRACT**

Traditional nosographic models are changing in psychiatry and becoming more polymorphic they can no longer be reduced to psychosis. The patient's demand has become paroxystic, more somatized. Pathological «acting» is frequent and calls upon the family and the life context of the patient, the latter demanding an immediate answer to his request for help. Crisis intervention appears as a new approach that allows both taking into account and benefiting from these changes in the clinic and the patient's demand. The example of a crisis team within the emergency service of a general hospital in Brussels is given in this paper.