

## 6. Actualité et évolution de l'intervention de crise

### Table ronde autour du modèle de la Crise

*Lorsqu'il s'agit de « santé mentale », on n'est jamais très sûr de parvenir à compter avec toutes les données qui entrent dans l'énoncé des questions.*

*P. Fédida<sup>1</sup>*

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction à cette nouvelle édition, il devenait impératif d'aborder dans cet ouvrage, la question de l'actualité du « modèle de crise », d'interroger la manière dont il avait évolué. En effet, il s'était écoulé une vingtaine d'années entre les premières expériences d'intervention de crise en Suisse, à Genève en particulier, et la première édition du livre. Un laps de temps tout aussi long s'est déroulé depuis lors et les stratégies thérapeutiques de la crise ont pu être mises en application par de nombreuses équipes de soins en santé mentale dans les pays francophones. Nous avons donc décidé de procéder à une enquête en posant une série de questions à des cliniciens expérimentés, tous médecins responsables d'unités ou de services de crise en Suisse romande<sup>2</sup>, tous assez proches de la référence psychanalytique qui guide notre réflexion.

Nous nous sommes adressés à : *Jean-Pierre Bacchetta, Sylvie Berney, Isabelle Gothuey, Laurent Michaud, Stéphane Saillant, Sandrine Valloton, Gérard Winterhalter<sup>3</sup>*. Ils ont donc été réunis autour d'une sorte de table ronde virtuelle pour débattre de questions à notre avis assez fondamentales dans le champ de la psychiatrie, institutionnelle surtout, de la psychothérapie et de la psychanalyse appliquée aux soins.

*Les questions que nous avons retenues sont les trois suivantes :*

Selon vous,

1. Qu'est-ce qui a changé ces dernières années dans votre modèle de soins et votre pratique de l'intervention de crise en psychiatrie ? Notez-vous des pressions particulières dans un sens ou dans un autre ?
2. Quels sont les points forts de l'intervention de crise *lege artis*, ce qui fait référence, qui devrait perdurer, qui reste à défendre et à promouvoir ?
3. Comment voyez-vous, pour ces prochaines années, l'évolution des théories et des pratiques de soins dans le domaine particulier de l'intervention de crise ?

---

<sup>1</sup> Pierre Fédida, dans la préface de ce livre, 1999.

<sup>2</sup> Le périmètre de notre enquête est resté limité pour des raisons pratiques. Nous espérons toutefois que s'y reconnaîtront aussi les cliniciens et les équipes des pays qui nous entourent et qui sont intéressés par cette approche.

<sup>3</sup> voir la liste des auteurs en fin de volume

Dans ce qui va suivre, nous avons donc repris une bonne partie des commentaires qui ont été faits en réponse à ces questions. Nous les avons organisés de façon à éviter trop de redites et sans nécessairement citer directement les auteurs pour faciliter la lecture et en garantir l'intérêt<sup>4</sup>. Nous avons principalement gardé de quoi illustrer les grandes tendances mais aussi quelques suggestions ou idées originales en relation avec notre thème. Dans la mesure du possible, nous avons voulu généraliser les problématiques même si elles s'appliquent de façon légèrement variée dans chaque canton ou dans différentes institutions. L'idée centrale n'était pas tant de faire un historique de l'évolution parallèle des structures que de dégager l'évolution des institutions, des pratiques et des réflexions associées. Certaines remarques concernent une partie seulement du dispositif et elles sont donc traitées séparément.

Venons-en donc à notre première question :

**Question 1.** Qu'est-ce qui a changé ces dernières années dans votre modèle de soins et votre pratique de l'intervention de crise en psychiatrie ? Notez-vous des pressions particulières dans un sens ou dans un autre ?

## L'héritage

Nous pouvons nous considérer comme des « Enfants de la Crise » ! Autour des années 2000, alors que nous commençons notre parcours de médecins internes en formation, le modèle d'intervention de crise était solidement installé dans nos pratiques. Fastueux héritage transmis par certains de nos aînés, il faisait figure de rempart de la pensée psychothérapeutique face aux attaques répétées des procédures comportementales et des approches neuroscientifiques. Méthodiquement appliqué, il offrait la perspective de s'éloigner durablement d'une pratique psychiatrique centrée sur une simple description du symptôme, sur l'ici et maintenant, au détriment de tout abord diachronique et de toute notion de conflit intrapsychique<sup>5</sup>.

Dans la cadre de notre formation de psychiatre-psychothérapeute, nous avons donc eu la chance d'être formés à l'intervention de crise, un mode de psychothérapie brève planifiée ambulatoire, qui permettait de prendre en soins psychiatriques et psychothérapeutiques intégrés<sup>6</sup>, des personnes gravement atteintes dans leur santé mentale. L'intervention de crise leur évitait l'hospitalisation en milieu psychiatrique, maintenait une intentionnalité psychothérapeutique et un focus sur le conflit intrapsychique, engageait les patients dans des soins de plus longue durée si nécessaire.

---

<sup>4</sup> Nous prions aussi le lecteur de bien vouloir excuser une plus grande diversité dans le style d'expression ; ceci est dû à l'assemblage des différentes contributions.

<sup>5</sup> Quartier et Bartolomei, 2013

<sup>6</sup> C'est ainsi qu'a été désignée, dans les manuels de la formation médicale helvétique, la combinaison de techniques psychiatriques et de méthodes psychothérapeutiques.

Aujourd'hui encore, même si les settings des traitements de crise se sont beaucoup diversifiés, on retrouve des invariants : l'intensité des soins, la limite temporelle de la prise en charge, le travail psychothérapeutique particulièrement intense de l'intervention brève, et la perspective de l'engagement dans les soins (le travail sur l'alliance thérapeutique).

## Les difficultés

D'une manière générale, l'intervention de crise semble avoir réussi à maintenir sa place dans plusieurs institutions de psychiatrie publique en Suisse romande malgré un contexte devenu plus difficile sur le plan économique et plus concurrentiel au niveau des approches théoriques. Elle se développe même dans de nouvelles institutions, la plupart du temps dans des unités plus larges, de type urgence – crise – liaison.

Cependant, certaines difficultés sont apparues progressivement, à des niveaux variables. Par exemple, la pratique de l'intervention de crise restait souvent cantonnée dans les centres de crise de certains secteurs et souffrait d'une distension du lien avec les autres unités, ambulatoires et hospitalières. De plus, certains indices laissaient présager d'un écart croissant entre un modèle théorique de plus en plus idéalisé par certaines équipes soignantes et une réalité clinique chaque jour un peu plus disparate, hétérogène et, par certains aspects, insaisissable. Les changements d'orientation et les réorganisations institutionnelles ont bousculé la cohérence nécessaire au bon fonctionnement des équipes de crises.

En fait, il faut reconnaître que les centres de crise « traditionnels » ont parfois eu la vie dure. Ils ont été mis en question, voire démantelés par les grandes institutions dont ils faisaient partie. On a pu observer leur fusion avec des consultations ambulatoires pour former des unités composites aux missions élargies. Bien que dédiés aux interventions brèves, ils ont pu subir de fortes pressions pour changer de modèle de soins. Il fallait, soit raccourcir encore davantage pour aller en direction de « centres de tri » et adresser les malades ailleurs, soit combiner les durées avec des populations hétérogènes dans leurs besoins, en s'associant avec des hôpitaux de jour. Ces mouvements sont allés de pair avec la poursuite du virage communautaire de la psychiatrie romande, qui privilégie des approches dans la cité (interventions au domicile), et axées sur des aspects sociaux (priorité à la recherche de logement, aide pour le retour à l'emploi etc.). Finalement, la pression de l'urgence s'est exercée sur les unités de crise car le volume des urgences psychiatriques a considérablement augmenté, avec une demande sociétale de pouvoir répondre « à tout le monde, tout de suite », sans augmentation parallèle des ressources, malheureusement.

## les dérives d'un succès

Le terme de « Crise » est devenu *politiquement correct* ces dernières années. Ceci conduit à des malentendus et comporte des désavantages assez nets pour nos approches spécifiques. Ce terme est utilisé notamment pour évoquer pudiquement la maladie mentale dans une perspective de déstigmatisation : on ne parle plus de folie, de schizophrénie, de suicide ou d'automutilations mais de crise (par exemple, dans

les intitulés de formations à la *crise suicidaire*). Ainsi le terme de crise s'élargit au champ de la santé mentale et n'est plus seulement réservé aux dispositifs spécialisés en psychiatrie et psychothérapie. Les campagnes de prévention lancées par nos services de santé publiques utilisent extrêmement souvent le terme de crise psychologique. Si l'on peut saluer l'intérêt nouveau pour le maintien en santé mentale de la population, on peut toutefois considérer que cette notion de crise, utilisée et vulgarisée de telle sorte, a des conséquences plutôt néfastes pour les malades psychiques mais aussi de manière plus paradoxale, du côté du grand public :

- *Côté patients* : Vers une *nouvelle dénégation de la maladie mentale* : le terme de crise signifie en fait une souffrance psychique, mais l'acception plus populaire dédramatise voire dénie cette souffrance psychique. Le terme, en effet, évoque alors la crise de l'enfant capricieux qui se roule par terre, crise qui est censée passer avec un bon encadrement parental et une éducation limitative. Dans nombre d'institutions socio-éducatives d'hébergement pour personnes souffrant de troubles psychiques graves et chroniques, cette compréhension abusive de la crise est prétexte à des interventions inappropriées, peu respectueuses de l'individu et des modalités d'expression de sa souffrance psychique. Le fait de vouloir pallier les troubles comportementaux par les seuls moyens éducatifs ou de remédiation cognitive, est en partie relié à cette compréhension erronée de la notion de crise.
- *Côté « grand public »* : La crise comme *fourre-tout de la maladie mentale* : Lors d'un colloque sur le thème « agir face à la crise psychique », le public, hétérogène, était composé de personnes atteintes dans leur santé mentale, de proches, de soignants et de spécialistes médicaux divers. Enjoint à réfléchir à partir d'une vignette clinique, et sollicités sur les actions thérapeutiques possibles, l'accord s'est fait sur le *terme de crise* psychique, indépendamment du diagnostic potentiel, de l'évaluation du discernement, de la dangerosité, du vécu du patient et de celui des soignants. La crise comprise dans une acception de santé mentale occultait ainsi l'importance du travail avec le patient et ses proches sur l'alliance thérapeutique, l'annonce du diagnostic, la décision partagée concernant le traitement, le cadre thérapeutique, le travail avec le patient sur le long terme. Un autre exemple est le « plan de crise conjoint » utilisé dans certaines institutions d'hébergement en prévision de la décompensation de leurs clients, ce qui relève, en fait, de l'établissement de directives anticipées !

Nous voyons donc que *l'usage du terme de crise a été galvaudé* et ne contient bientôt plus rien de ce qui relève véritablement de l'intervention de crise telle qu'elle est définie dans ce livre.

## Le « floutage », la dilution du modèle

Progressivement, la restructuration des services a conduit certains centres de crise à porter de nouveaux mandats comme celui de *soulager l'hôpital psychiatrique de sa*

*surcharge chronique*<sup>7</sup>. En a découlé une dilution du travail de crise qui ne pouvait que difficilement s'appliquer aux situations post-hospitalières ainsi qu'à certains profils psychopathologiques, tels que les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de troubles de l'humeur très sévères, et pour lesquels les abords neurobiologiques, psycho-éducatifs et communautaires avaient déjà été privilégiés. Du point de vue des dispositifs de soins ambulatoires, l'accent a alors été mis sur un travail de rapprochement des consultations de secteurs avec les centres de crise. Un concept de « soins ambulatoires intensifs » a vu le jour, imposant une certaine *souplesse* dans la pratique de l'intervention de crise mais participant également à sa *dilution*. Sans compter que la surcharge a logiquement gagné ces nouveaux dispositifs ambulatoires à leur tour.

Par ailleurs, le déclin dans l'institution de l'intérêt pour les approches inspirées par la psychanalyse a entraîné un effet paradoxal. Certaines équipes de crise, un peu déconnectées, se sont mises à appliquer un modèle dont elles connaissaient mal les fondements, à l'image d'un manuel que l'on essaierait à tout prix d'appliquer, même s'il est écrit dans une langue que l'on maîtrise mal. Ainsi, au fil des ans, on a observé que la grande majorité des interventions de crise pratiquées ne correspondaient plus, dans leur déploiement et dans leurs indications à ce qui avait été initialement défini<sup>8</sup>. Par exemple, les patients accueillis avaient souvent de nombreux antécédents psychiatriques, souffraient de comorbidités multiples, nécessitaient un soutien psycho-social conséquent et étaient dans leur majorité trop tardivement pris en charge pour que l'on puisse encore raisonnablement parler d'intervention *rapide* de crise. En outre, un certain nombre d'entre eux, fragilisés par de nombreux antécédents et une certaine précarité socio-économique, rechutaient au point de revenir dans les soins<sup>9</sup>. L'intervention de crise unique, en partie résolutive, pouvant dans un second temps conduire à un travail psychothérapeutique plus approfondi s'est heurté à une réalité clinique et institutionnelle qui n'était plus celle pour laquelle elle avait été forgée.

Ceci revient aussi à dire qu'au niveau de la *temporalité*, variable technique majeure de l'intervention, nous avons assisté à une dilution qui pouvait aller dans deux directions : soit un raccourcissement lorsque la crise s'est réduite à l'urgence, et l'intervention de crise, à la réponse à l'urgence. La direction opposée s'est retrouvée dans toutes les situations où le *traitement bref planifié* a dû être abandonné au profit de certaines prises en soins qui s'éternisent, aucune date de fin ne pouvant plus être fixée.

## Les nouveaux modèles

La pensée et la pratique de crise ont ainsi dû se réinventer pour continuer à exister et nous observons que

1) l'intervention se fait actuellement moins dans les centres de crise mis sur pied à l'époque mais *davantage dans des lieux de soins tels que les urgences*

---

<sup>7</sup> Bacchetta et al., 2009

<sup>8</sup> Bartolomei et al., 2011

<sup>9</sup> Sentissi et al., 2014

*psychiatriques situés au sein d'hôpitaux somatiques.* Cet accès sur les lieux de la médecine somatique, dans les hôpitaux généraux, a l'avantage de permettre une déstigmatisation du soin en santé mentale (ce n'est plus un lieu dédié à la « folie ») et offre, de ce fait, un meilleur accès aux soins psychiatriques. Le maintien d'interventions de crise *lege artis* y est cependant plus difficile, notamment si nous souhaitons conserver un dispositif garantissant un accès aux soins 24h/24. Certaines de nos structures le permettent, mais il s'agit de lutter constamment pour dégager des espaces thérapeutiques propices au travail de crise et pour éviter d'être *phagocyté par l'urgence* et ce qu'elle représente à la fois en termes de travail réel et d'investissement du champ psychique. A contrario, cette *proximité de l'urgence et de la crise* est intéressante quand nous avons la possibilité de reconvoquer les patients afin de les suivre et de ne pas nous borner à des interventions uniques. C'est une condition *sine qua non* pour qu'un travail de crise de qualité puisse être réalisé. Cette éventualité n'est évidemment pas toujours garantie dans des lieux de soins comme les urgences psychiatriques standard.

2) comme exposé plus haut, d'autres unités de crise ont été incorporées non pas dans un hôpital général mais dans un ensemble structurel plus large, sorte de *centre de psychiatrie intégré, réunissant la plupart des prises en charge ambulatoires*. Dans certaines unités, on y voit une dilution de la culture et des modalités d'intervention en raison des autres tâches assignées au personnel médical, infirmier et social menant ces traitements. Dans d'autres, à l'inverse, l'essentiel a pu être préservé, tant sur le plan de l'abord psychodynamique de la clinique que sur celui des modalités d'intervention : petite équipe médico-infirmière autour du patient, permettant des entretiens individuels, convoquant l'entourage lorsque c'est indiqué, proposant des approches corporelles et des consultations sociales, fonctionnant sur une période avec un terme déterminé à l'avance. Ce maintien est surtout rendu possible par le fait que les responsables cliniques de cette activité ont été *formés à l'approche psychanalytique de crise*.

## Comment concilier urgence et crise ?

Différents constats ont conduit certaines équipes en place à proposer, à l'issue de l'accueil en urgence, des modèles de soins variables pour la prise en charge de « post-urgence », par exemple en fonction de l'intensité symptomatique :

1. Les situations les plus « chaudes » (à forte intensité symptomatique, tendance à l'agir, difficultés d'élaboration, suicidalité importante) sont orientées vers une prise en soins par une équipe thérapeutique qui *s'inspire du modèle de crise classique* avec certaines différences. Les ressources ayant évolué à la baisse et la mission d'urgence imposant un tournus d'horaires importants, des référents fixes peuvent rarement être identifiés dans les débuts de l'intervention. Il s'agit alors de porter l'élaboration du traitement en équipe entière (équipe multiforme en fonction des présences et absences des uns et des autres), ce qui se fait via un colloque quotidien réunissant toutes les personnes présentes, et dans lequel sont discutées les situations de ce type. Lorsque l'intensité symptomatique baisse, à un moment qui pourrait être

comparé au début du « rythme de croisière » du modèle classique<sup>10</sup>, des référents (généralement un médecin et un-e infirmier-ère ou un-e assistant-e social-e) sont alors identifiés et poursuivent la prise en soins.

2. Les situations moins aiguës (avec une moindre intensité symptomatique, possibilité d'accès à une conflictualité interne a minima) sont orientées vers une prise en charge médicale ou psychologique qui s'inspire du modèle de l'intervention psychodynamique rêve, l'IPB<sup>11</sup>.
3. Certaines situations dans lesquelles un réseau de soins ou un thérapeute est déjà en place, ou peut se mettre en place facilement, sont orientées vers des suivis dits « de transition » généralement portés par le corps infirmiers. L'intervenant effectue alors un travail d'orientation, de lien et parfois d'élaboration au sein du réseau (avec lequel se joue évidemment souvent quelque chose de la crise), en poursuivant l'objectif d'une réinscription rapide dans le suivi habituel.

Un enjeu capital reste bien sûr la question de l'indication à ces différents types de suivis. L'accueil en urgence avec l'intensité émotionnelle ainsi que la forte demande de résolution qui l'accompagne rend plus complexe cette pose d'indication et nous incite souvent à « suspendre l'indication » en fixant un premier rendez-vous à 24 ou 48 h après l'urgence, à l'issue duquel le type de suivi sera déterminé. Cet aménagement technique peut aussi prendre une autre forme, par exemple instaurer, dans le sens du modèle, un « bilan de crise » après les deux premiers entretiens avec les patients. Il s'agit de pouvoir bénéficier d'un certain recul après un entretien en urgence et un entretien en post-urgence. Ce bilan de crise s'effectue entre le binôme médico-infirmier en charge du patient et avec un responsable clinique de l'équipe (médical ou infirmier).

## Interventions de crise à l'hôpital psychiatrique<sup>12</sup>

Paradoxalement, le modèle de crise à l'hôpital psychiatrique a pu bénéficier de ce qui constitue actuellement une pression généralisée dans les milieux de soins, à savoir la question de la durée des traitements, durée de séjour en ce qui nous concerne. Les pressions sur ces durées sont à la fois financières, comme dans de nombreuses structures, ambulatoires aussi, mais également de *disponibilité de lits hospitaliers*. En effet, une tendance s'observe et se renforce, celle où l'hôpital se retrouve plein. Le modèle de crise développé ainsi à l'hôpital même, permet de s'assurer de l'organisation réaliste des soins, tout en maintenant un cadre strict temporel. Comme nous l'avons exposé, la durée d'hospitalisation est donc fixée d'avance selon le modèle du traitement bref planifié et, elle a pu, par exemple être établie sur la base de la durée moyenne de séjour en unité d'accueil, à savoir d'une durée de trois semaines.

---

<sup>10</sup> voir au chapitre 1. 3 : temporalité et phase de l'intervention

<sup>11</sup> Voir chapitre 2.3 : un modèle ambulatoire, l'intervention psychodynamique brève.

<sup>12</sup> Voir chapitre 2.2 : La crise à l'hôpital psychiatrique

Ce cadre temporel est un des instruments thérapeutiques mais a aussi un avantage collatéral par rapport à l'institution, car il *permet une meilleure planification*, un roulement prévisible concernant les places disponibles pour de nouveaux patients. Par ailleurs, le modèle de crise comprend une réévaluation du cadre proposé (soit ici, l'hospitalisation elle-même) ce qui conduit ainsi à éviter des soins inappropriés. En effet, toute alternative à l'hospitalisation est à nouveau abordée lors du bilan contractuel et peut aboutir, soit à une fin de l'hospitalisation, une sortie de l'hôpital, soit dans les autres cas, à une nouvelle contractualisation entre le patient et les soignants.

Nous devons quand même constater que le nombre est encore très restreint d'unités hospitalières qui proposent un accueil – orientation – crise, selon ce modèle.

### Intervention psychodynamique brève (IPB)<sup>13</sup>

En ce qui concerne le changement du modèle de l'intervention psychodynamique brève, nous nous sommes attelés ces dernières années à développer la conceptualisation et l'enseignement du 4<sup>e</sup> entretien, soit de *la fin de la prise en charge de crise* à proprement parler. Nous constatons en effet que nos collègues en formation se trouvent parfois en difficulté pour terminer leurs interventions, quelle qu'en soit l'issue. De fait, la fin de ce processus condense plusieurs dimensions. Le dernier entretien de cette intervention de crise peut être pensé, soit comme le terme de l'intervention, soit comme une étape permettant de convenir d'une suite de traitement dans les situations où cela est indiqué. Il nous semble que toute situation pour laquelle on ne peut pas « en rester là » au terme du 4<sup>e</sup> entretien, devrait bénéficier d'un après-coup, d'une possibilité de prolongation. Cette *nécessité d'après-coup* fait sens, tant sur le plan psychodynamique - tenant compte des enjeux présents dans l'interaction de transfert lors de ce moment de séparation - que sur le plan psychiatrique. En effet, il n'est probablement pas possible de mener de front une intervention de crise brève à valence psychothérapeutique et une investigation psychiatrique soigneuse et systématique. Ainsi, il est parfois nécessaire de *consacrer un ou deux entretiens supplémentaires* à clarifier la question du diagnostic psychiatrique dans la perspective de construire un plan de traitement adapté. Reste encore la question de l'axe psychothérapeutique<sup>14</sup> dans lequel le patient souhaite poursuivre un travail, ceci prenant en compte les résultats des recherches portant sur l'efficacité des psychothérapies, qui montrent que *le choix du patient pour la méthode de travail* y contribue significativement. Pour que le patient puisse choisir, il s'agit qu'il soit à même de se représenter les différentes méthodes de travail possibles, ce qui en soit nécessite un espace de discussion. Nous nous sommes ainsi attachés à conceptualiser plus avant le *processus d'indication à une suite de traitement* lorsque cela est nécessaire, prenant en compte le processus des trois premiers entretiens, les aspects psychiatriques, ainsi que des facteurs pré-thérapeutiques : interaction de transfert, alliance thérapeutique, capacité de mentalisation, d'introspection, de

---

<sup>13</sup> Voir chapitre 2.3 : un modèle ambulatoire, l'intervention psychodynamique brève, lecture recommandée pour ceux qui voudraient bien suivre l'évolution du modèle de l'IPB présentée ici.

<sup>14</sup> à noter qu'en Suisse, trois axes psychothérapeutiques ont été reconnus scientifiquement (et sont de ce fait susceptibles d'être remboursés par l'assurance-maladie) : les axes psychanalytique, systémique, et cognitivo--comportemental.

verbalisation, motivation au changement, durée des problèmes, situation socioprofessionnelle, éventuels obstacles aux soins. La prise en compte de ces éléments nous aide dans l'élaboration du plan de traitement, qu'il s'agisse de traiter un trouble psychiatrique ou de poursuivre la prise en charge de crise, par exemple, par une psychothérapie psychodynamique brève.

En ce qui concerne les changements dans la pratique de l'intervention de crise, nous constatons que certains patients présentent des *difficultés sociales, professionnelles ou de formation* dont l'intensité est telle qu'elle interfère avec leur disponibilité à bénéficier d'une conversation thérapeutique. Pour autant, compte tenu de l'efficacité démontrée des interventions psychodynamiques, il serait regrettable que ces patients ne puissent bénéficier d'un tel travail. Ainsi, nous nous sommes par exemple rendu compte que lorsque les aspects sociaux prennent toute la place lors du 1<sup>er</sup> entretien, une *intervention sociale rapide en parallèle* des entretiens individuels permet au patient de retrouver une disponibilité psychique pour le travail de crise. Il s'agit parfois de rencontrer une personne de l'entourage (familial, social ou professionnel) pour que le travail de crise individuel puisse débuter. Ainsi, pour répondre à la question des pressions, le contexte externe semble avoir tendance à se durcir et ceci doit être pris en compte pour rendre le travail de crise possible. *L'IPB devient alors une partie de notre intervention, constituant le cœur psychodynamique de la prise en charge, avec lequel s'articulent différentes interventions complémentaires.* Compte tenu des pressions du contexte extérieur (milieu professionnel, enjeux liés aux assurances, cursus de formation comprenant des échéances rapprochées, etc.), nous devons, il nous semble plus qu'auparavant, aider nos patients à aménager la possibilité d'un espace psychique pour penser la crise.

Dans ce sens, le modèle de L'IPB se rapproche du modèle général de l'intervention de crise qui se pratique habituellement avec plusieurs intervenants. Italie tard. Car la robe s'est longtemps fondée

## Question 2. Quels sont les points forts de l'intervention de crise *lege artis*, ce qui fait référence, qui devrait perdurer, qui reste à défendre et à promouvoir ?

Le modèle théorique de l'intervention de crise nous paraît « ne pas avoir pris une ride » ! L'intervention *lege artis* garde des points forts qui seraient à appliquer à tous les modèles, y compris dans le traitement de la crise en milieu hospitalier. Ceci pourrait constituer un véritable garde-fou pour l'institution psychiatrique en la préservant de sombrer dans ses habituels travers : réification du symptôme, négation de l'histoire du sujet qui est remplacée par une anamnèse, mise à l'écart du système familial.

La *notion même de crise dans sa différence avec l'urgence* semble primordiale. Potentiellement, toute situation de consultation comporte une part d'urgence. Les patients se sentent presque toujours mal au point d'invoquer une situation d'urgence. Le thérapeute est ainsi d'emblée porté à agir car la demande la plus fréquente est bien celle de mettre fin aux symptômes. Le modèle de crise est un modèle

d'intervention qui utilise la tension créée par la crise pour résoudre cette dernière. Le fait de s'occuper de ce qui met le patient en crise a pour effet que les symptômes s'amenuisent voire disparaissent d'eux-mêmes, parce qu'un sens leur est donné dans l'interaction affective. Le patient et son entourage qui se sentaient débordés par des événements peuvent ainsi se réapproprier la continuité de leur existence, avec le surcroît souhaité d'un meilleur équilibre au sortir de la crise.

## Concept général

Sur le plan du concept théorique de la crise, on relève peu de changement depuis la parution de la première édition. Nombre d'auteurs ont établi leurs travaux dans le sens de la crise psychique comprise comme scandant un parcours de vie, avec des étapes de vie et de crise que nous traversons tous. Ainsi comme l'a si bien dit *René Kaës*<sup>15</sup>, nous n'évoluons pas de manière linéaire mais par étapes, cheminant de métamorphoses en réorganisations successives. Chaque étape du développement, petite enfance, enfance, adolescence, parentalité, maturation, sénescence se heurte à l'atemporalité de l'appareil psychique. Jusqu'à notre mort, nous ne cessons d'être aux prises avec des mutations, le propre du vivant étant de cheminer de désorganisation en réorganisation. Toute période de transition implique de laisser derrière soi des parties de soi pour s'engager dans des voies nouvelles. Chaque expérience de passage implique à la fois une opportunité de grandir et une augmentation de la vulnérabilité. C'est le propre de la crise existentielle. A chaque fois, il s'agit en quelque sorte d'une renégociation avec l'Œdipe, cette étape charnière qui a fondé notre identité et nos processus de séparation. Cette compréhension de la crise maintient la dualité ou l'ambivalence du terme, et probablement aussi sa fécondité psychothérapeutique. Les symptômes de la souffrance psychique peuvent aussi se situer en dehors du champ du pathologique (de la maladie mentale), dans celui de la crise existentielle « usuelle », vécue peu ou prou par tout individu. En tout état de cause, l'un ne doit pas nous conduire à occulter l'autre.

## Le référentiel psychanalytique

*l'approche psychanalytique du symptôme* telle qu'elle est présentée dans le modèle d'intervention, indépendamment de l'usage qui en est fait ultérieurement (interprétatif ou non) demeure un point fort, à préserver, y-compris en milieu hospitalier. Rendant justice à la complexité du symptôme, à son intrication si fine et si singulière avec l'histoire du sujet, elle autorise une mise en sens qui ouvre le champ à une nouvelle lecture du fait psychique. De surcroît, elle ouvre la possibilité, même auprès des patients les plus graves, d'un abord qui n'est pas uniquement déficitaire de leur monde interne, pour en repérer les richesses et les forces, ce qui est parallèlement synonyme d'espoir aussi pour les équipes soignantes. Enfin, elle procure la richesse propre à la théorie psychanalytique dans l'étude de la singularité, du caractère

---

<sup>15</sup> Kaës, 2013

unique, ce qui fait contrepoint et complément à l'étude des cohortes, de l'invariant et du statistiquement significatif prôné par la psychiatrie contemporaine.

Le fait de chercher à comprendre et à *mettre au travail le matériel psychique latent plutôt que le manifeste* est donc d'une pertinence majeure. Que ce soit dans des modèles de prise en charge en équipe ou individualisés, on observe la répétition, dans les interactions transférentielles, de tout ou partie de ce qui se joue dans la crise. Travailler à identifier ces mouvements, faire lien avec l'histoire infantile (parfois) ou adolescente (souvent) permet une élaboration avec le patient en prenant appui sur le cadre. Cette façon de comprendre et de s'orienter dans la relation continue par ailleurs à motiver les jeunes générations de médecins qui, par-delà leur orientation psychothérapeutique, s'intéressent à la dynamique transféro-contretransférentielle. Se dédier ainsi à la dynamique intrapsychique, au processus plutôt qu'au diagnostic, semble également primordial.

Le référentiel psychanalytique reste donc essentiel dans le but reconnu par l'intervention de crise de donner au patient un maximum de chances de progression en exploitant le *potentiel* du « moment fécond ». La dimension d'une conflictualité relationnelle avec les proches, est souvent observable rapidement. Elle offre la possibilité de la faire évoluer vers le *repérage d'une conflictualité intrapsychique* dont les déterminants sont largement inconscients. Ceci suppose évidemment de s'être formé un tant soit peu aux principaux concepts de la méthode psychanalytique, et à leurs modalités d'application dans le domaine du soin psychique pour des patients particulièrement vulnérables.

## L'intervention auprès des proches, de la famille.

Le déploiement systématique du travail de crise avec les conjoints ou le groupe familial (suivant l'adage « *un patient tout seul, cela n'existe pas* ») apparaît également comme un point fort du modèle de crise. Outre son intérêt clinique et thérapeutique, elle oblige les soignants à un constant dialogue avec l'entourage familial, à une constante interrogation sur leur vécu, leur ressenti, l'éventuel soutien dont il aurait besoin. Elle permet d'en faire de véritables partenaires du soin et de dépasser les nombreux malentendus qui ont souvent jalonné l'histoire de la psychiatrie dans ses relations avec les familles.

D'ailleurs, la mobilisation précoce de l'entourage des patients (et/ou des familles) est devenue presque *un réflexe dans certaines équipes*, ce qui va dans le sens d'un encouragement majeur à la prise en compte globale et humaniste du patient et de sa problématique.

Plus techniquement, il faut peut-être souligner à ce propos des particularités pour les situations avec tentatives de suicide. Les modalités de collaboration avec les équipes somatiques de l'hôpital général doivent être discutées, explicitées et négociées, la pression étant forte pour une sortie rapide des soins (service de soins intensifs le plus souvent), ce qui rend plus difficile la mobilisation de l'entourage.

L'importance de la convocation de l'entourage des patients lors d'une hospitalisation psychiatrique a déjà été soulignée et analysée plus haut<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> voir au chapitre 2. 2 : Vu de l'intérieur : Récit d'un médecin responsable d'une unité de crise en hôpital psychiatrique

## Techniques de l'intervention de crise

Concernant la technique de l'intervention de crise, plusieurs éléments nous semblent être encore très pertinents actuellement. La *mise au travail immédiate de la problématique* du patient (mêlant investigation et intervention sans se focaliser initialement sur des aspects diagnostiques) est importante, non seulement sur le plan du soin mais aussi sur un plan théorique. Le fait de ne pas « éteindre le feu symptomatique » et de *maintenir une certaine tension* en mettant parfois même « de l'huile sur le feu », permet indubitablement de remettre la parole au centre de l'intervention. Ceci encourage aussi l'équipe soignante à ne pas « passer à côté » de la problématique conflictuelle, souvent centrale du patient (notamment lors de conflits de couple ou de famille).

Il faut très certainement continuer à s'inspirer de *l'utilisation d'une temporalité planifiée en deux temps* comprenant un premier temps d'interaction permettant une exploration psychopathologique ainsi qu'une formulation de la problématique de crise ou une éventuelle réorientation vers d'autres dispositifs de soins, et un second temps d'intervention à proprement parler. Convenir d'un cadre temporel est essentiel au processus, mais comporte également une *dimension éthique*, en permettant de ne pas engager précipitamment les patients dans des suivis peu adaptés, voire inutiles. Laisser un temps pour la crise et convenir de ce temps avec le patient s'avère ainsi d'une grande aide. La possibilité d'un espace-temps durant lequel rien ne sera décidé et durant lequel le travail portera sur la compréhension de ce qui fait crise reste à défendre à une époque où les réponses et/ou les solutions immédiates sont plébiscitées.

La place centrale laissée aux aspects de *négociation* lors de l'intervention de crise nous paraît aussi importante. La négociation, souvent considérée comme une clé de voute du travail de crise, permet aux soignants de prendre le temps de la réflexion clinique en présence du patient. D'une part, elle permet de pouvoir vérifier ou infirmer la validité des hypothèses de travail et d'autre part, de laisser une place centrale au patient et à ses proches. Enfin, prendre le temps de réfléchir ensemble au projet de soins laisse supposer une meilleure adhésion aux soins et une meilleure compréhension de la problématique de crise.

L'intervention de crise *lege artis* constitue ainsi un modèle de soin solide mais souple, dont *la cohérence permet d'accueillir le chaos*. Si le thérapeute considère que son patient présente une rupture dans son équilibre intrapsychique et/ou interpersonnel et qu'il a confiance dans le fait que son modèle de soins permettra le déroulement de différentes phases de traitement, il pourra certainement accueillir la crise en restant serein autant que faire se peut. Nous pouvons donc promouvoir l'intervention de crise comme étant thérapeutique en tant que telle, et communiquer que, si elle ne permet pas toujours d'en rester là, elle aura permis de construire du sens, une alliance thérapeutique et un projet de soins qui tiennent la route.

### Question 3. Comment voyez-vous, pour ces prochaines années, l'évolution des théories et des pratiques de soins dans le domaine particulier de l'intervention de crise ?

Il s'agit de laisser à l'intervention de crise toute la place qui lui revient dans la rencontre. En effet, si l'on postule que toute demande de soin, même « masquée », que toute démarche de consultation est le reflet d'une crise, ce modèle peut s'appliquer à chaque rencontre. Selon l'intensité de la crise, il se déclinera en intervention psychodynamique brève, en intervention de crise à plusieurs rendez-vous par semaine, en ambulatoire ou en hospitalisation ou dans un centre de crise. Quel que soit le dispositif, le référentiel théorique et le processus de mise en sens restent les mêmes et peuvent s'appliquer dans tout *setting*, y compris psychiatrique. Cette donnée semble évidente mais doit être communiquée et enseignée dans le cursus de formation des différents corps de métiers impliqués dans les soins aux patients. En effet, que l'on soit dans la position du thérapeute individuel qui mène une intervention psychodynamique brève, ou que l'on travaille dans les différents rôles thérapeutiques d'une équipe ambulatoire ou hospitalière pluridisciplinaire, *ce modèle est certainement utile pour tous*. En permettant de mettre en sens ce qui se passe, en proposant une compréhension dynamique, il permet d'ouvrir le champ des possibles, que ce soit pour les patients ou pour les personnes impliquées dans les soins. En proposant de fixer d'entrée un cadre temporel, de suspendre toute décision pour se consacrer à la mise en sens, l'intervention de crise frustre de l'immédiateté d'une solution, mais permet de contenir la crise, soulageant grandement les patients, qui en perçoivent la dimension de sur-mesure plutôt que de prêt-à-porter, respectant dont pleinement l'individualité de chacun.

#### À la porte d'entrée des soins

D'un point de vue institutionnel, il apparaît de plus en plus que les dispositifs de crise se situent à *la porte d'entrée de l'institution psychiatrique*. Ils sont indispensables car complémentaires aux numéros d'appel de secours (*help lines*) et aux dispositifs d'urgences psychiatriques. Ils assument des missions d'accueil et d'orientation, et travaillent en synergie avec les unités hospitalières d'accueil (unité hospitalière de crise). Cependant, il sera encore plus nécessaire qu'auparavant d'inscrire les services de crise dans un dispositif institutionnel plus global, coordonné, dont la mission sera articulée autour de l'entrée en soins. De cette manière, il sera ainsi possible de créer une véritable interface de l'institution entre le dehors (la population) et le dedans (les structures de soins).

Cette idée peut conduire à proposer, dans un avenir proche, un certain nombre de développements pour améliorer l'accueil et l'orientation des patients. La planification d'un tel dispositif, *centré autour du modèle de crise*, pourrait se faire autour de

l'aménagement de nouveaux sites ambulatoires de *psychiatrie intégrée*, comprenant par exemple, avec l'antenne téléphonique d'accueil et d'orientation, un service d'urgence, de crise et de liaison, une consultation de thérapie brève, le tout en lien avec l'unité hospitalière de crise.

## À l'hôpital psychiatrique

La question de la crise va devenir *un modèle encore plus aidant* dans les soins parce qu'il permet de se focaliser sur l'actuel. Il permet une prise en soins organisée, brève ce qui, en fonction des objectifs de réduction des durée d'hospitalisation, est notablement soutenu par le système de santé. Par ailleurs, l'hospitalisation de crise permet déjà de ne pas engager des patients dans des soins inappropriés, alors que ce risque est beaucoup plus grand dans les filières spécialisées, les unités dédiées à un type de pathologie.

Le défi sera plutôt de continuer à promouvoir les conditions de possibilité de résister à l'engloutissement par l'urgence et l'agir, afin de conserver intactes une grande capacité de réflexion. Celle-ci ouvre naturellement sur la mise en place d'un projet de soins à la fois efficace, bénéfique au patient et à l'institution.

La difficulté qui pourrait se renforcer, se manifeste en fait déjà maintenant : C'est la question de la *permanence des mêmes soignants autour du patient* en milieu hospitalier (le système dit des référents ou de référence). En effet, les soignants sont de plus en plus sollicités à se montrer flexibles dans leurs attributions, disponibles aux changements d'horaire, de poste ainsi qu'aux « dépannages ». Ainsi, la question de la référence nécessaire au bon déroulement du soin se pose aussi bien que celle de la continuité, encore plus essentielle dans les soins psychiques. L'évolution pourrait alors se faire vers une meilleure collaboration interdisciplinaire et une meilleure reconnaissance des spécificités de chacun au profit du patient.

Un autre objectif consistera à *soutenir les soins psychothérapeutiques* en préparant les patients à commencer un traitement de ce type en ambulatoire après la sortie. De cette façon, l'hospitalisation en psychiatrie contribuerait à éviter de stigmatiser les patients et se définirait, malgré la surcharge hospitalière, comme une véritable offre en soins, ponctuelle qui permette au patient, soit de reprendre sa vie comme avant, soit de s'engager dans des soins appropriés, par exemple de type psychothérapeutique.

## La recherche, à promouvoir

L'approche de crise représente une modalité de soins qui reste à promouvoir notamment au vu de sa composante psychothérapeutique intégrée. Néanmoins, nous savons que des impératifs financiers et des lobbys divers peuvent menacer l'existence des pratiques psychothérapeutiques en général. Les observations que les interventions de crise nécessitent globalement moins de médicaments que les approches plus classiques pourraient par exemple susciter une hostilité contre elles pour cette raison même !

C'est pourquoi d'autres recherches sont nécessaires pour soutenir nos pratiques psychiatriques dans le champ de l'intervention de crise psychodynamique. De récents travaux, encore en cours, s'intéressent, par exemple, au champ de la

dépression et peuvent démontrer la valeur et l'intérêt du modèle d'intervention de crise. Elles soulignent la valeur prédictive que pourrait avoir l'organisation de la personnalité (dans une perspective dimensionnelle) et le style d'attachement. Il s'agira aussi de mieux comprendre à quel profil psychopathologique peut s'appliquer l'intervention de crise *lege artis* en comparaison avec des approches de type « psychiatrie communautaire ». Pour ces dernières, le style d'intervention est différent puisqu'il s'agit de privilégier le renforcement des défenses plutôt que leur transformation, en comptant sur un appui psychopharmacologique et psycho-social. De ce fait, Il existe une nécessité de pouvoir appuyer nos interventions sur des données de type *evidence based* qui en assoient l'efficacité pour mieux pouvoir les défendre vis-à-vis des assureurs et des décideurs.

Nous pouvons ainsi faire une liste de plusieurs questions majeures à étudier pour l'avenir : par exemple,

- 1) Quels sont les styles d'intervention qui ont la meilleure prédictibilité de réponse favorable entre intervention de crise d'un côté et thérapies de soutien, de l'autre ?
- 2) En fonction de quel profil psychopathologique ?
- 3) Quels sont les facteurs de risque de rechute (taux élevé) ?
- 4) Quels sont les facteurs de drop-out (abandon du soin) ?
- 5) Préciser l'usage des groupes à comparer dans une intervention de crise (étude randomisée possible)

Il faudrait aussi pouvoir recenser *les outils de base* de l'intervention de crise susceptibles de pouvoir s'implanter durablement dans la pratique institutionnelle. Ces outils de base devraient ensuite constituer un socle permettant une intervention de crise dans une gamme allant d'une priorité au renforcement des ressources externes et à la stabilisation symptomatique, à des interventions visant davantage la conflictualité intrapsychique mise en jeu dans la crise.

## La formation

la formation à l'intervention de crise est une des bases importantes de son développement futur. Elle peut se comprendre dans deux directions :

1) La question de la transmission de la pensée de crise aux médecins et soignants en formation. Nous l'avons vu, la crise se réinvente en permanence sur place, dans un certain nombre de lieux de soins. Si cela témoigne d'une grande richesse, le risque existe aussi d'une « dispersion » des principes fondamentaux. C'est pourquoi, nous devons souligner l'importance de la *poursuite d'un enseignement* autour de cette question, à la fois dans les espaces institutionnels publics des formations post-graduées, des formations continues universitaires, des formations internes aux institutions, et dans les espaces institutionnels privés comme les séminaires des sociétés psychanalytiques et des associations de psychothérapie.

Il s'agit aussi de développer les occasions de penser l'évolution des modèles de crise, leur transmission et leur pratique, en concertation avec les autres professions soignantes, le corps infirmier en particulier. L'abandon de la spécialisation psychiatrique dans la *formation infirmière*, bien que déjà ancienne, continue à déployer des effets négatifs, car les « derniers mohicans » prennent leur retraite les uns après les autres. Ils étaient souvent porteurs d'une pensée où la valence

psychothérapique au sens large avait encore une grande importance, ce qui facilitait le travail intéressant mais complexe de l'activité pluriprofessionnelle dans l'intervention de crise. Heureusement, une partie de ce travail de formation peut se faire au quotidien, dans la pratique, dans les espaces de chaque institution à condition que les personnes formées puissent rester stables durant une certaine période afin d'assurer une continuité et de pouvoir former de nouveaux arrivants au sein des équipes. Pour le reste, il faudra valoriser ces aspects auprès des collègues infirmiers, vu l'opportunité représentée par la nouvelle dimension académique de la profession infirmière, qui ouvre aussi la porte à des masters orientés sur la psychiatrie et les aspects relationnels dans les soins.

2) La deuxième direction consiste à envisager *la théorie et la pratique de la crise elle-même comme un outil de formation privilégié* pour l'apprentissage de la dynamique relationnelle du soin en psychiatrie et psychothérapie.

En effet, il devient de plus en plus difficile, tant dans les institutions psychiatriques que dans les cabinets privés formant des psychothérapeutes, de sensibiliser à la dynamique relationnelle du soin, dans la mesure où tout est de plus en plus pensé en termes de « prestations à fournir ». Il n'est ainsi plus suffisamment question de tout ce que la relation patient-thérapeute peut apporter de bénéfique au traitement. Le travail en équipe ou lors du colloque singulier dans une optique de crise permet justement une introduction assez rapide à la dimension intersubjective du soin. Il faut souligner que l'apprentissage du métier de psychothérapeute peut se faire de façon solide et intéressante sur le socle d'une formation à l'intervention de crise. En somme, de même que l'intervention de crise peut être considérée comme un travail préparatoire à une éventuelle psychothérapie pour le patient, la formation à l'approche de crise peut être considéré comme un travail préparatoire à la formation à la psychothérapie pour les médecins, psychologues, et les autres professionnels de notre champ.

## L'intervention de crise en cabinet

En pratique privée (ou libérale), il est souvent utile, voire nécessaire, de partir de la position que *tout patient qui consulte est un patient en crise*, au sens psychanalytique du terme. Comme Pierre Fédida le dit en préface : « ...la découverte freudienne a compris en chaque formation psychique – symptôme, rêve, transfert – un processus critique. Et chacune des prescriptions psychopathologiques est, en ce sens, une stratégie produite par l'individu pour survivre et pour changer<sup>17</sup> ». Cette position trouve son sens, tout d'abord au moment de la rencontre, dans le fait que, le plus souvent, les patients consultant un psychiatre, un psychologue ou un autre professionnel de la santé mentale, ne demandent pas, ne sont pas prêts, à bénéficier d'emblée d'une psychothérapie. Un travail préparatoire est donc nécessaire. C'est d'ailleurs, un des constats qui a conduit à la mise au point de l'intervention psychodynamique brève<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Pierre Fédida, dans la préface de ce livre, 1999.

<sup>18</sup> voir chapitre 2.3. : Un modèle ambulatoire, l'intervention psychodynamique brève.

Il arrive aussi, et c'est dans la logique des traitements à moyen ou long terme, que certains patients présentent, à un moment de leur trajectoire, une reviviscence traumatique, une *crise*, marquée alors éventuellement par un risque de passage à l'acte suicidaire. L'auto-destructivité demande à être contenue. Il est alors souvent souhaitable voire indispensable de pouvoir mettre en place momentanément un dispositif « portatif » d'intervention de crise. Nous avons ainsi observé que dans un certain nombre de cas, et dans la mesure où le thérapeute possède des notions et une expérience suffisante dans ce domaine, la situation peut être maintenue au cabinet, sans hospitalisation, mais avec l'aide d'autres intervenants (médecin généraliste, infirmière à domicile, etc.), permettant ainsi de créer une équipe « virtuelle » de crise, un petit réseau de soin autour du patient.

Ceci permet la poursuite de thérapies réputées difficiles et surtout conforte le thérapeute dans la possibilité de s'intéresser à ce qui est en mouvement dans le psychisme de son patient et à ne pas être obligé de mettre une sorte de couvercle chaque fois qu'un élément de potentielle instabilité apparaît dans la thérapie !