

## Résistances à l'Intervention de Crise

Dr Nicolas de Coulon  
Genève - HUG  
11 JUIN 2014

- **Non pas la résistance du patient mais bien celle du système de soin**
- **Une résistance à l'implantation et au fonctionnement d'un service de crise**
- **Pourquoi l'enthousiasme pour le concept se traduit trop rarement dans les faits et les structures**

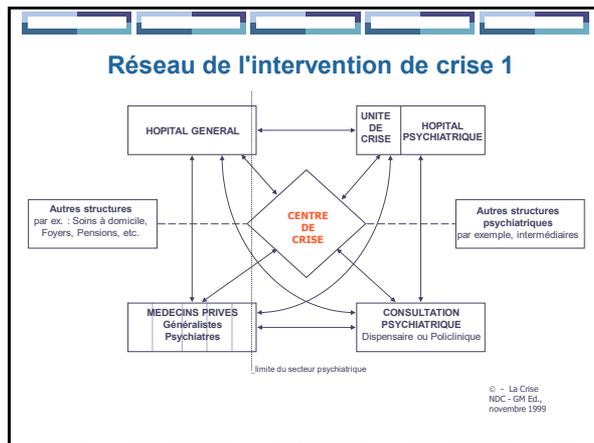
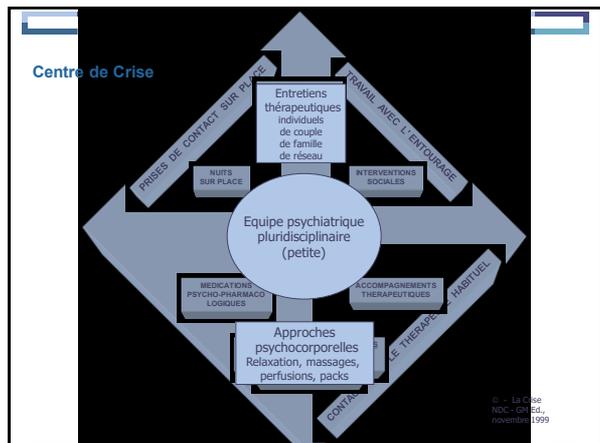
### Localisation de la résistance

- **Niveau macro : la société civile y est favorable**
- **Niveau mezzo : le système de soin y est réticent**
- **Niveau micro : un *design* précis existe et il fonctionne**

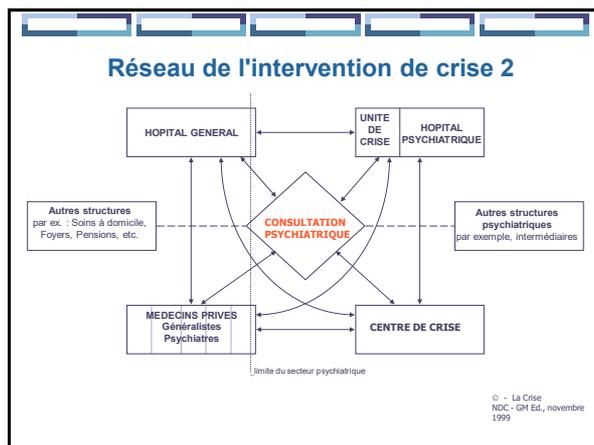
- 1. Les obstacles externes:**
  - A. Dispositif psychiatrique incomplet**
  - B. Confusion de la mission**
- 2. La résistance institutionnelle**
- 3. Les obstacles internes**
  - A. Indifférenciation**
  - B. Diffusion (manque de cohésion)**

- 1. Les obstacles externes:**
  - A. Dispositif psychiatrique incomplet**

**Un Centre de Crise tout seul, ça n'existe pas!**  
Une équipe de crise non plus. ça ne remplace pas les structures psychiatriques de base, ça les potentialise.



- ### Dispositifs de crise
- Centre de Crise (CIT, CITB, CTB, CITE)
  - Unité de Crise à l'hôpital psy (H.P.)
  - Accueil-Crise à la consultation (policlinique)
  - Crise à l'hôpital général (psy de liaison)
  - Crise au cabinet du psychiatre (si possible psychothérapeute)
- © - La Crise NDC - GM Ed., novembre 1999

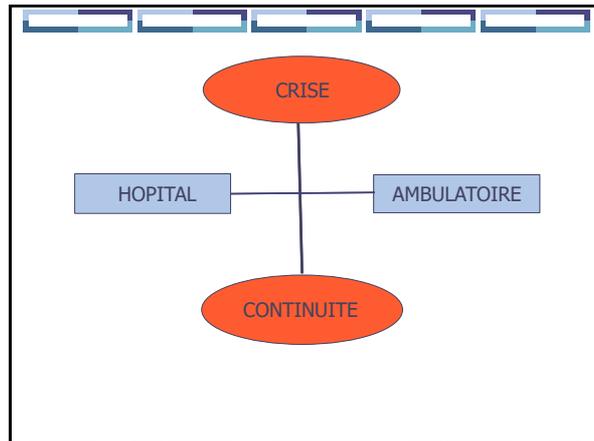


**Si le dispositif psychiatrique est trop incomplet, alors l'implantation d'une structure de crise est empêchée**

- 1. Les obstacles externes:**
  - A. Dispositif psychiatrique incomplet**
  - B. Confusion de la mission**

### Les pôles des dispositifs psychiatriques

- Les pôles traditionnels:  
**hôpital vs ambulatoire**  
se sont complexifiés avec l'ajout de diverses structures intermédiaires
- Les pôles de la temporalité:  
**crise vs continuité**



### Missions attribuées à l'équipe de crise 1

Crise – temporalité courte

Continuité – temporalité longue,  
p.ex. hôpital de jour

Hospitalier – valence hospitalière:  
quelques lits

Ambulatoire – variante équipée

### Missions attribuées à l'équipe de crise 2

**Il faut que la mission « crise » soit majoritaire  
et prioritaire**

Le mélange comprend un **risque de dilution**  
de l'intervention de crise  
et de perte de ce qui fait sa spécificité mais  
aussi son efficacité

### Missions attribuées à l'équipe de crise 3

**Exemples de dilution** de l'intervention de  
crise:

GE : CTB (crise) – CTB (mixte) – CAPPI

VD : CITB – C + mission de liaison + urgences

#### Questions

Plusieurs missions avec 1 seule équipe?

Retour à l'Urgence (tendance médicale  
généralisée)?

### Missions attribuées à l'équipe de crise 4

**La mission de l'intervention de crise risque de  
se dissoudre dans l'intégration des  
modèles**

De fausses économies !

**Question de méthode:**

La mission de l'équipe de crise doit être basée sur les spécificités de son approche

**La dynamique de la crise**

« La crise peut être considérée comme une manifestation aiguë, un paroxysme, un accès de la maladie qui porte en lui non seulement la potentialité d'un retour au statu quo ante, mais aussi et surtout la **possibilité d'un changement**.

La crise acquiert un double visage, risque de régression ou **chance de progression**».

*Edgar Morin*

**Le travail de la crise est psychanalytique**

- ➔ Ce qui est visé est une transformation psychique a minima
- ➔ Exploration de la crise ↔ modification des symptômes, ouvrant ainsi sur une possibilité de soin post-crise (psychothérapie)
- ➔ L'outil de base en est le travail psychique des soignants, médecins, thérapeutes, membres de l'équipe...(comme en psychanalyse)

**Intervention de crise : spécificités 1**

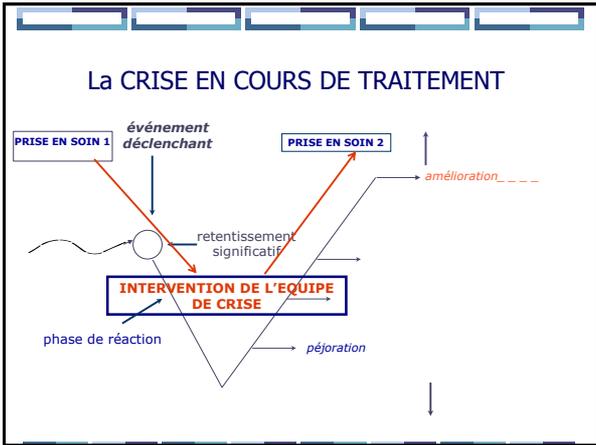
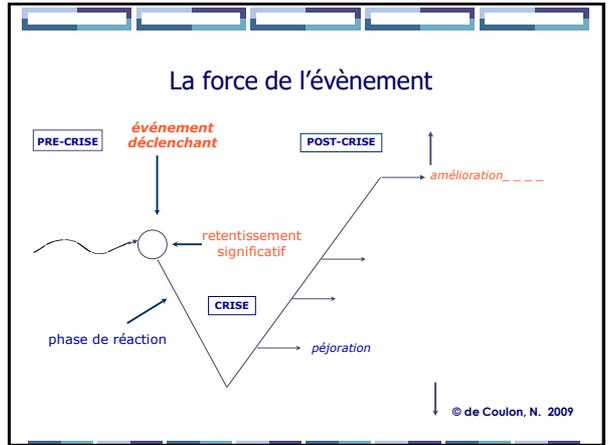
- **Rapide**  
Semi-urgence : réponse dans les 24h (72h)  
Introduction d'un délai, même très bref
- **Limitée dans le temps**  
Utilisation des bornes temporelles, TBP traitement bref planifié  
Engagement progressif en 2 temps
- **Diplomatique (construction de l'alliance)**  
Contractualité pour une adhésion progressive à l'intervention  
Négociation autour de la « barrière au traitement »

**Intervention de crise : spécificités 2**

- **Reliante**  
Implication de l'entourage et des intervenants  
Liens entre le dedans et le dehors de l'intervention
- **Soutenue**  
A relativement haute fréquence  
Cadre souple mais contenant  
Construction d'une cohérence  
Disponibilité d'une équipe de soin
- **Focalisante**  
Au début : sur le facteur déclenchant  
A la fin : sur la problématique intrapsychique

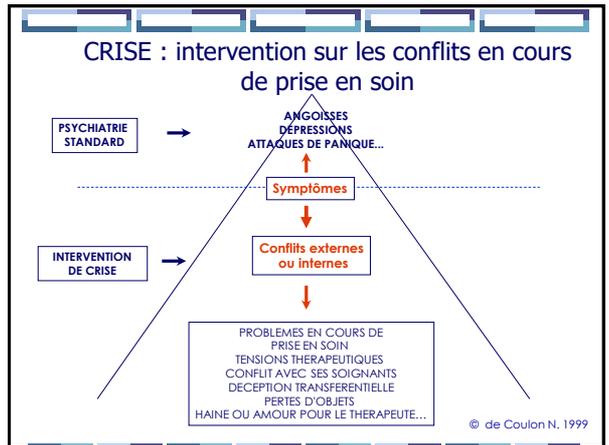
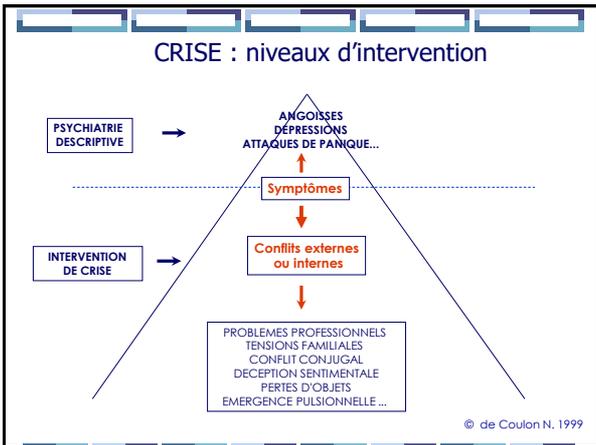
1. Les obstacles externes:
  - A. Dispositif psychiatrique incomplet
  - B. Confusion de la mission
2. **La résistance institutionnelle**

**La résistance institutionnelle se situe à l'articulation entre l'externe et l'interne.**  
**Elle se manifeste comme l'obstacle majeur venant de l'institution elle-même**  
**C'est ce qui fait peut-être que les services de crise sont plus redoutés que souhaités...**



**Le travail sur les conflits permet une amélioration symptomatique souvent spectaculaire**

© de Coulon, N. 2009



**L'équipe de crise devient celle qui met en évidence le « dysfonctionnement » institutionnel.**

Les lignes de clivage, réveillées par le patient, apparaissent.

**Conséquences:** on n'adresse pas assez aux services de crise

L'équipe elle-même ne veut pas toujours allumer l'étincelle qui mettra le feu aux poudres...

1. Les obstacles externes:
  - A. Dispositif psychiatrique incomplet
  - B. Confusion de la mission
2. La résistance institutionnelle
3. Les obstacles internes
  - A. Indifférenciation

**Les obstacles internes: interne, veut dire interne à l'équipe**

**Risque : Indifférenciation**

Chaque personne de l'équipe de crise doit être un professionnel confirmé

Un « zeste » de relation d'aide ne saurait suffire !



**Nouvelle définition de l'intervention de crise :**

**Approche exploratoire et contenante à haut potentiel de changement**

### **L'ouverture sur les potentialités**

- Une modification de perspective qui donne sa chance à la rencontre intersubjective (thérapeutique)
- La création d'une véritable dynamique de changement psychique

© de Coulon, N. 2009

## Contenu de l'intervention

- Exploration du **facteur déclenchant**
- Mise au travail de l'**hypothèse de crise**, dans son double aspect, interpersonnel et intrapsychique
- Appui sur la notion de **pré-traitement**, pour nouer l'alliance et creuser l'insight
- Travail sur la **conflictualité** dans l'interaction

## Hypothèse de crise

- **Hypothèse psychodynamique = Thème conflictuel central**  
Le problème du patient est lié à l'actualisation d'un conflit inconscient, jusque-là sans répercussion symptomatique sur son fonctionnement
  - Ce conflit est en lien avec l'organisation de personnalité du patient
- **Hypothèse groupale = Situation de crise repérable**
  - L'actualisation de ce conflit est due le plus souvent à des conflits relationnels qui bousculent l'équilibre défensif du sujet
- **Actualisation = Interaction de transfert**
  - Le patient met en scène et tente de rejouer avec l'intervenant de crise le(s) conflit(s) à l'origine de la crise

N. de Coulon 2008

## Approche familiale de crise

- **Participants : Entourage au sens large. Thérapeutes externes.**
- **Temporalité**
  - a) Entretien à l'admission ou dans les **trois jours** suivant celle-ci
  - b) Entretien lors de la prise de contact avec l'équipe de crise
- **Objectifs**
  - a) **préciser le scénario groupal de l'hypothèse de crise**
  - b) **lever les obstacles groupaux à l'évolution de l'intervention**
  - c) **Impliquer les proches dans le traitement et favoriser l'alliance thérapeutique (contre la barrière au traitement)**
- **Techniques**
  - a) **co-thérapie : responsable clinique du ttt + équipe de crise**
  - b) **focalisation : sur les facteurs déclenchant, le passé immédiat, les interférences actuelles avec le traitement**

Adapté d'après  
de Coulon, N. 1999

## Psychothérapie de crise

- **Chaque membre de l'équipe de crise, médecin, psychiatre, psychologue, infirmiers, travailleur social, ergothérapeute, physio etc. chaque « soignant » doit pouvoir utiliser et mobiliser une référence psychothérapeutique**
  - Sinon l'approche de crise perdra de sa spécificité
- **La formation de chacun doit se poursuivre**
  - L'expérience ou la psychanalyse personnelle en fait partie
  - Les occasions de formations sont favorisées
- **Les « outils » de l'intervention de crise sont améliorés en permanence**

N. de Coulon 2008

1. Les obstacles externes:
  - A. Dispositif psychiatrique incomplet
  - B. Confusion de la mission
2. La résistance institutionnelle
3. **Les obstacles internes**
  - A. Indifférenciation
  - B. **Diffusion (manque de cohésion)**

### Les obstacles internes

Risque : la **diffusion** correspond à un **manque de cohésion au sein de l'équipe**; pas seulement la cohésion de personnes qui s'entendent bien, Mais celle qui se construit pour devenir **un véritable groupe thérapeutique autour du patient, des patients**

## Ingrédients pour l'alliance thérapeutique

- Disponibilité d'une équipe de soin
- Cadre souple mais contenant
- Construction d'une **cohérence** (pas comme des noix sur un bâton)

© de Coulon, N. 2009

## Cadre de l'intervention

repères pour le patient (holding)

- Cadre temporel (TBP)
- Distinction des niveaux : l'individuel et le familial (ou groupal)
- Cohérence dans la répartition des tâches: Plusieurs intervenants coordonnés dans une réunion d'organisation
- Pose des limites, celles posées à l'action du patient et celles qui correspondent à la tolérance de l'équipe de soin

© de Coulon, N. 2009

## Cadre de travail

repères pour les thérapeutes-crise

- Organisation en sous-groupes thérapeutiques  
Plusieurs intervenants coordonnés dans une réunion d'organisation
- Distinction des rôles et des compétences sans (trop) de revendications corporatistes!
- Cohérence dans la **construction du lien TTT**:
- Rôle du responsable clinique dans l'organisation de l'« **interprétation** »
- Importance de la **supervision** individuelle et en équipe

## Conclusions

- Les résistances à l'intervention de crise existent; elles méritent d'être connues et prises en compte par les (futures) équipes de crise
- L'explication et la promotion du modèle fait partie de la mission des équipes de crise

© - La Crise  
NDC - GM Ed.,  
novembre 1999

