



# La crise, une promesse d'aller mieux

La crise est une occasion donnée à la personne et à son entourage de transformer le fonctionnement psychique, de modifier ce qui fait la souffrir jusqu'alors de manière répétitive. Le travail de crise nécessite une formation précise des intervenants.

La littérature peut nous ressourcer et nous permettre d'appréhender toute la complexité de notre tâche. Tel est le cas avec le livre de Rosa Montero, *L'idée ridicule de ne plus jamais te revoir (1)*, qui nous donne à ressentir une crise de vie violente – la mort brutale d'un conjoint – mise en perspective avec la crise de vie douloureuse vécue en son temps par Marie Curie. Il en ressort une profonde réflexion sur l'histoire du XX<sup>e</sup> siècle, et en particulier celle du féminisme, et aussi la détermination vive de la narratrice de rester combative, créative et désireuse de s'ouvrir aux relations. Ce texte résonne en nous, puisque bien souvent la personne qui consulte a perdu tout espoir en ce qui concerne les relations. Elle n'a peut-être jamais su qui sont les autres ni comment ils peuvent contribuer à enrichir sa vie. Elle ne sait pas, ou ne sait plus, qu'aimer, détester ou ressentir pleinement la présence d'autrui, peut être source de joie et de créativité. C'est bien là un des enjeux majeurs de la crise : il s'agit de rétablir (ou d'établir) l'idée qu'il est possible de trouver du plaisir à vivre avec les autres, qu'ils soient présents, absents

## Florence QUARTIER

Psychiatre-psychothérapeute (SSPP/FMH),  
Psychanalyste, membre formatrice de la Société  
suisse de psychanalyse (API).

ou même disparus, possible aussi et en même temps de vivre avec soi-même de manière créative.

Chaque intervenant peut à sa manière jouer un rôle essentiel dans l'évolution d'une crise. Mais les obstacles pour y parvenir sont nombreux et de plusieurs ordres : certains concernent l'expression de la pathologie psychiatrique, d'autres la formation des intervenants (voir encadré page suivante), d'autres encore la place de la psychiatrie dans le champ de la santé et en général dans la société. C'est dire que pour parvenir à rendre la vie plus captivante et plaisante qu'elle ne l'est pour la majorité des personnes qui nous consultent, on ne peut ni improviser ni se laisser aller à la moindre facilité.

### LES VISAGES DE LA SOUFFRANCE

L'expression de la pathologie psychiatrique a certaines caractéristiques qui font que la demande n'est souvent pas du même ordre qu'en médecine : tel homme, telle femme va mal et ne semble pas le savoir. Cette personne ne veut rien et s'exprime de manière agressive. Sa famille est angoissée et énervée mais la personne est réticente, voire opposante à l'idée de nous rencontrer. C'est une situation de crise typique. D'autres cas de figure se présentent fréquemment : un patient, ou sa famille, demande une aide urgente avec effets immédiats. Impossible ! Un autre, en pleine crise, passant à l'acte de manière impulsive, nous demande d'établir avec lui un lien

affectif, nous reproche notre froideur, tente d'accaparer notre intérêt, notre pitié et notre supposée toute-puissance de soignant. Irréaliste ! La liste n'est pas exhaustive, mais elle suffit à illustrer que la souffrance se fait souvent entendre de manière indirecte et incompréhensible au premier abord : ce peut être par la projection, le déni, le défi à l'autorité ou le dénigrement de soi et des autres, parfois par de l'agitation et de la violence. À quoi s'ajoute bien souvent une énorme détresse qui déborde la personne, qui est incapable de comprendre le malaise qui la contraint à consulter. Voilà un point à bien retenir : la personne en crise ne comprend pas ce qui lui arrive. Et ce ne sont pas simplement des connaissances médicales qui lui manquent. Elle n'a pas (ou plus) la compréhension d'elle-même : elle ne sait pas qui elle est, se perd dans l'espoir d'être qui elle ne sera pas, attend trop d'autrui, bref, mélange le présent et le passé, les fantasmes et la réalité. Aller mal, en psychiatrie, quelle que soit la forme symptomatique que cela prend, résulte d'un état complexe impliquant le patient tout entier : c'est lui tel qu'il est actuellement en crise et c'est lui aussi traînant son histoire et c'est lui encore en conflit avec son entourage. La crise fait tout éclater : les liens avec autrui, la manière d'être avec soi-même. Mais la personne en crise qui consulte ne connaît pas bien ses difficultés : répétitivement, elle a commis les mêmes maladresses, a subi les mêmes échecs, s'en est voulu

## DOSSIER L'INTERVENTION DE CRISE

sans arriver à changer, ou encore elle en a voulu aux autres de n'être que ce qu'ils sont. Et c'est au gré d'un énième conflit, d'un énième échec, d'un énième passage à l'acte que se déclenche ce que nous appelons la crise.

### UN ÊTRE DE RELATIONS

Ne l'oublions pas, l'être humain ne peut pas survivre sans relation avec autrui. Dès ses premiers instants de vie extra-utérine, l'enfant a besoin de lait et de chaleur, et en même temps, de bras qui le tiennent, de regards qui l'enveloppent et de paroles qui s'adressent à lui et rien qu'à lui. Petit à petit, ce bébé, sans que l'on sache bien comment, est devenu un adulte perdu, blessé par ce que les relations ne lui apportent pas. Au moment où nous le rencontrons en pleine crise, nous ne pouvons pas reconstituer son parcours ni juger clairement de ce qui s'est passé. Au début du travail de crise, il n'y a pas lieu de reconstituer toute l'histoire. Nul besoin de poser trop de questions sur le passé, de vouloir tout savoir d'un patient et de sa famille. C'est de toute façon mission impossible. Le temps de la crise est celui où l'on reprend ses esprits, où l'on se calme, où l'on fait le point, cette fois et enfin avec des professionnels. On n'est plus seul livré à ses angoisses. L'entourage non plus n'est plus seul à supporter les crises répétitives de l'un des siens. Les intervenants, et en particulier les infirmiers, souvent en première ligne dans cette phase du traitement, devraient être capables de faire entendre que la souffrance qui s'exprime ne s'exprime pas à ce moment-là par hasard. La crise traduit une difficulté à vivre qui vient de loin.

### À lire. *L'accueil, un temps pour soigner*

L'accueil existe désormais presque partout : c'est l'entrée à l'hôpital, c'est une unité de triage ou bien c'est le lieu dévolu à l'arrivée administrative du patient. Au-delà de cette hétérogénéité, nous avons voulu (re)trouver l'accueil comme démarche de soins bien particulière, en partie propre à la psychiatrie, et dans laquelle les infirmiers sont en première ligne en même temps que tous les intervenants sont concernés : médecins, psychologues, assistants sociaux. L'accueil est donné ici comme une intervention soignante à part entière, utile à proposer dans toutes les phases du traitement. Et pour donner force et concrétude à cette proposition, les auteurs sont allés sur le terrain : à Bondy, en Seine-Saint-Denis, dans l'un des berceaux de l'accueil en France où, dans les années 1980, Guy Baillon et d'autres transforment la conception même du soin en psychiatrie ; à Malévoz, en Suisse, où l'institution psychiatrique accueille le patient et sa famille dans un hôpital en osmose avec l'environnement urbain. Là aussi, des équipes multidisciplinaires, et en particulier les infirmiers, ouvrent de nouvelles voies, pensent le soin, sans se laisser démotiver par le contexte tendu ou les restrictions imposées.

• **F. Quartier, P. Chaltiel, D. Karavokyros, P. Rey-Bellet, Éd. John-Libbey, 2015, 210 pages.**

### • Motifs enfouis...

– **Anne vit un divorce très difficile** qui joue un rôle dans le déclenchement de la crise. En même temps, elle souffre d'un malaise persistant depuis la naissance de son enfant six ans auparavant. Depuis, elle n'a jamais été à l'aise, elle s'est isolée de plus en plus et semble ne jamais avoir ressenti la joie d'être mère. Anne semble habitée par le souvenir de son pays natal, quitté alors qu'elle était enfant et qui l'habite d'une présence douloureuse quoique vide. Le travail de crise permet de rouvrir le livre de son histoire et nous lui proposons de prendre le temps d'aborder ces sujets. C'est tout l'inverse que de se fixer sur un supposé deuil non fait de sa relation avec le mari qui souhaite le divorce.

– **René, à la retraite depuis peu, est traumatisé par l'accident grave dont sa femme a récemment été victime.** Cet événement a déclenché chez lui une crise anxieuse très désorganisée. En même temps, apparaît ce qu'il traîne de son passé sous forme d'une culpabilité résiduelle d'avoir coupé tout lien avec sa famille d'origine. L'hypothèse de crise pointe de manière discrète que c'est en partie à cause des relations non réglées avec ses parents qu'il se trouve si dépendant de sa femme.

Nous construisons de cette manière une relation très spécifique qui prend en compte les particularités de l'expression de la pathologie psychiatrique. Cette relation doit être bien dosée, tempérée, réconfortante et donner un certain courage pour poursuivre l'élucidation puis l'élaboration de ce qui a conduit à la crise. Le patient et son entourage sont clairement avertis que le traitement sera intensif et

assez bref et qu'une suite sera organisée, si nécessaire. Le « si nécessaire » est important car il laisse ouverte la suite et ne présage pas d'une condamnation au traitement à perpétuité (!) tout en ouvrant sur une suite déjà pensable.

### MAIS QU'EST-CE QUE LA CRISE ?

Cette question n'a rien d'incongru puisqu'aucune notion clinique n'est inscrite dans le marbre. Bien au contraire, chacune d'elle évolue et se transforme au fil du temps, au fil de l'évolution des pratiques. Concernant la crise, il est d'autant plus opportun de se reposer la question que cette notion est désormais partout et sur toutes les lèvres. Elle a ainsi grandement perdu le sens spécifique qu'elle a eu en psychiatrie au moment où elle a été introduite en Suisse et en France. C'était il y a bien longtemps déjà, dans les années 1980 ! Un bref retour sur le passé est ici indispensable. Transformons-nous donc pour un instant en « *guide de tourisme dans le temps* » (2). À cette époque il était possible, plus qu'aujourd'hui, de créer des structures de soins nouvelles, de mobiliser les décideurs autour de la psychiatrie, de trouver des fonds pour réaliser des projets novateurs. Le psychiatre Antonio Andreoli a introduit le concept de crise en Suisse romande avec plusieurs collègues, dont Nicolas de Coulon qui développera le « *travail de crise* » de manière particulièrement utile par la suite (3, 4). En France, au même moment, Guy Baillon fait un travail très novateur autour de la crise et de l'accueil (5). D'autres avec eux ont travaillé sur ce thème, contribuant ainsi à des changements profonds dans le champ des pratiques psychiatriques (6). À l'époque, des psychanalystes engagés en psychiatrie, des psychiatres, fins cliniciens, comprennent parfaitement l'intérêt de collaborer les uns avec les autres. La crise est alors définie d'une manière dynamique et constructive : elle est une occasion donnée à la personne, ainsi qu'à son entourage, de transformer le fonctionnement psychique, de modifier ce qui a fait souffrir jusqu'alors de manière répétitive. C'est une possibilité de sortir de la répétition quand celle-ci est devenue délétère, c'est une promesse faite de pouvoir aller durablement mieux. La répétition est prise ici comme le mouvement fondamental qu'elle est au niveau psychique : un mouvement utile, nécessaire pour appréhender, comprendre, intégrer



© Caroline Demangel. Courtesy Galerie Polac-Hardouin. Casati et D'Annunzio, 2014. Technique mixte sur papier. 120 x 80 cm.

### Former les soignants à la crise

Les soignants ont toutes raisons et nécessités de porter l'accent sur le travail relationnel. En effet, jour après jour ils ont à assumer de nombreuses consultations, des visites à domicile, des entretiens poignants avec des personnes en détresse psychique, des rencontres parfois sidérantes avec des détenus très malades psychiquement. Les professionnels sentent, comprennent, vivent jusqu'aux tréfonds d'eux-mêmes que c'est la relation établie avec le patient, et le dialogue particulier qui en découle, qui restent le moteur de la thérapeutique et du soin. On ne le répètera jamais assez : les professionnels en psychiatrie ont besoin d'une formation effectuée sur leur propre terrain, en groupes multidisciplinaires. Ils doivent pouvoir échanger leurs différents points de vue sur ce qui se passe avec les patients et l'entourage. Ils doivent pouvoir librement s'interroger sur leurs propres réactions. Et le faire dans le biotope qui est le leur. Il ne peut s'agir d'un cours séparé de la pratique. Cela est dit depuis longtemps (1) et reste parfaitement vrai et devrait être entendu des instances dirigeantes (2). Force est de constater que cette évidence n'est pas partout prise en considération. Dommage, car, dans le cas de la crise, cela réduit la crise à l'urgence sans détecter les riches potentialités qu'elle contient. C'est aussi prendre le risque de voir les intervenants se démotiver, car traiter l'urgence quand elle existe, c'est bien sûr nécessaire, mais ce n'est pas, en psychiatrie, de grand intérêt.

En organisant des groupes de travail pluridisciplinaires, en centrant la réflexion sur la pratique courante, celle à laquelle chaque intervenant est confronté au quotidien, on contribue à ouvrir des perspectives cliniques utiles (3). Dans ces groupes, nous instaurons un dialogue ouvert avec tous les intervenants, quels que soient leur degré d'expérience et leur identité. On s'affranchit délibérément d'une évaluation diagnostique, d'une présentation formelle, de critères dont la pertinence serait définie à l'avance. Nous partons d'une situation qui pose problème actuellement et, quand il s'agit d'une crise, nous définissons ce qui rend le travail de crise possible ou au contraire nous nous attardons sur ce qui l'empêche de se déployer. Chacun(e) peut intervenir. Une discussion libre et sans ambages s'engage entre les intervenants. De cette discussion vont sortir de nouvelles idées, une nouvelle manière de se situer. Et si l'hypothèse de crise ne s'est pas dégagée avec le patient, elle peut émerger au cours de la discussion en groupe. Elle va permettre de renouveler l'intérêt pour la relation soignante, pour qui est le patient, car l'impossibilité de trouver une hypothèse de crise est bien souvent liée à une démotivation des intervenants, englués qu'ils se sont trouvés sans s'en rendre compte, dans une demande agie du patient (4).

1- René Diatkine, Florence Quartier-Frings, Antonio Andreoli, *Psychose et Changement*, Paris, PUF, Le fil rouge, 1991. Voir troisième partie, 2. Le dispositif de soins.

2- Ce thème est tout à fait d'actualité. En effet l'importance du travail en groupes multidisciplinaires dans le cadre institutionnel et l'intérêt de rétablir des liens entre psychiatrie et psychanalyse, ont été clairement soulignés lors du congrès de l'Association Psychanalytique Internationale (API) à Boston en été 2015.

3- Stefano Bolognini, *L'étreinte de Pélée : survie, contenance et conviction dans l'expérience analytique avec des pathologies graves*, 2012-2013, in *CarnetPSY* no 167, p. 29-35. S. Bolognini est le président actuel de l'API.

4- Florence Quartier, Javier Bartolomei, en collaboration avec Paul Denis, *Psychiatrie : mode d'emploi*, Paris, Doin, 2013. On trouvera dans cet ouvrage un exemple détaillé du travail en groupe dans le chapitre « La vieillesse frappe à la porte » et une manière d'aborder la crise dans l'exemple « Juste une cigarette ».

l'émotionnel aussi bien que le cognitif, et cela dès les tout premiers temps de la vie. Mais la répétition peut devenir destructrice quand elle envahit le psychisme ou, pire, quand elle se met au service des mouvements de déliaison. Elle entraîne alors des échecs répétés dans les relations amicales, amoureuses, professionnelles, elle provoque des atteintes répétées à la personne elle-même (tentatives de suicide, dépendance aux substances...).

#### Le « travail de crise » consiste à :

– **établir une relation de confiance**, ce qui implique entre autres que cette relation soit clairement définie dans sa durée et dans ses modalités. Bien souvent le patient demande plus et autre chose

que ce que nous prévoyons de lui offrir en tant que professionnels soucieux de le voir aller mieux. La demande est de l'ordre du magique, ou au contraire, ce que nous proposons est dénigré. Autre manière, inversée, de nous en demander trop ! Il est très important de clarifier en quoi va consister l'intervention de crise, de préciser qu'elle sera d'une durée limitée et d'ouvrir sur la suite.

– **élucider les mécanismes en cause, actuels et sous-jacents, anciens mais toujours à l'œuvre**. On prend la peine de faire une hypothèse qui puisse être transmise aux intéressés et les motiver à poursuivre le traitement. Une hypothèse de crise inclut des éléments actuels, réactionnels, liés au

contexte. D'emblée on peut discuter de ce que veut dire « actuel » : n'est-ce pas tout simplement un événement repérable récemment survenu ? Oui, mais quel rôle joue-t-il exactement dans la survenue de la crise ? À lui seul peut-il expliquer la catastrophe à laquelle on assiste ? Progressivement apparaît une sorte d'évidence : ce qu'un patient exprime contient des éléments réactionnels actuels mais aussi et en même temps, des éléments qui viennent de son passé, qui s'échappent de lui sans qu'il s'en rende compte. En groupe multidisciplinaire on peut mieux comprendre ces mécanismes : prenons ce qui s'appelle en psychiatrie la « rupture sentimentale », événement connu pour décompenser peu ou prou n'importe qui et plus particulièrement les personnes qui nous consultent. Mais pourquoi donc un événement en soi banal conduit-il à une terrible crise ?

#### • Retour sur l'adolescence

##### – David vient de faire une tentative de suicide après une rupture sentimentale.

Une première question se pose : quelles attentes sous-tendaient la relation qui vient de se rompre ? Qu'attendait-il de son amie ? Un amour inconditionnel ? Quelle dépendance s'était instaurée entre eux ? Et si tel a été le cas, cela a pu paraître insupportable à l'un comme à l'autre. Plus compliqué encore : pourquoi leur relation n'a-t-elle jamais existé de manière socialement visible ? Peut-être parce que ce jeune homme, sans le savoir, vit une relation amoureuse encore très colorée de sa dépendance à ses parents. Il peut être encore pris dans des liens œdipiens dont il ne parvient pas à s'extraire. On découvre par ailleurs, au fil des entretiens, qu'il n'était pas sûr du tout de vouloir s'engager avec son amie qui, confie-t-il à une infirmière, « n'est peut-être pas assez idéale ». Voilà encore tout un pan du travail de l'adolescence resté en suspens. Ce travail qui consiste entre autres à rabattre une part de l'idéal sur la réalité pour mieux articuler réalisation du désir et réalité. Il y a aussi chez ce jeune homme tout ce qui vient de plus loin, de l'enfance, dont on n'a pas encore idée, mais qui, d'une manière ou d'une autre, imprègne la crise actuelle.

– Le premier temps du travail de crise consiste à s'installer tranquillement et de prendre le temps nécessaire pour que ce jeune homme s'explique et que

nous commençons à comprendre ce qui se passe. C'est la phase d'accueil, qui se recoupe souvent avec le travail de crise. En même temps débute pour les intervenants une investigation qui se fait de manière souple et attentive, mais surtout pas intrusive. C'est une première ouverture sur les multiples éléments latents possiblement en cause et qui expliquent la réaction disproportionnée de ce jeune homme face à cette rupture. Les infirmiers, mais aussi chaque intervenant, peuvent se former à cette délicate mission qui consiste à accueillir, à calmer tout en donnant envie aux intéressés de mieux comprendre la crise qui les perturbe si profondément.

– Puis le travail de crise à proprement parler prend forme. Il ne suffit pas d'en rester à une explication causale, qui n'a aucune chance d'intéresser le patient car elle est redondante avec ce qu'il ressent. Et s'il n'est pas intéressé, il risque de rompre. Dans notre exemple, il s'agit plutôt de restituer à ce jeune homme quelque chose de la complexité de ce qu'il vit : « *C'est toute votre adolescence qui est en cause dans ce qui se passe maintenant. Vous semblez ne pas encore bien savoir qui vous avez envie de devenir et cela vous panique. Au-delà de votre tristesse actuelle liée à la rupture, c'est à ces questions que l'on peut vous aider à trouver des réponses, sans pouvoir tout résoudre à votre place. Mais les réponses que vous trouverez*

*vont vous donner toute chance de vous sentir plus sûr de vous* ». Une telle intervention, simple dans sa forme, nécessite pourtant :

- de bien connaître en quoi consiste le travail de l'adolescence,
- de sortir complètement du registre de la causalité linéaire,
- d'avoir une idée claire de ce qu'est le transfert et de savoir l'utiliser avec la précision et la prudence qu'il requiert.

### CONCLUSION

Accueil, crise, urgence sont autant de notions qui aujourd'hui bien souvent se recoupent sans plus de distinctions théoriques ou pratiques précises. C'est risqué : quand il manque les mots pour dire ce que l'on fait, ce sont les vieux démons qui réapparaissent : privation de liberté, traitements interminables, isolement des patients à l'intérieur même des réseaux de soins (7). Le travail de crise, sous-tendu ici par la réflexion analytique, s'efforce de maintenir une pratique clinique vive et suffisamment robuste pour répondre de manière efficiente et individualisée à chaque personne, ainsi qu'à son entourage. Discrètement, on peut aussi par ce biais espérer ouvrir des perspectives nouvelles pour les pratiques de tous les intervenants et tenter de répondre au mieux aux défis qui se posent à la psychiatrie d'aujourd'hui.

1– Rosa Montero, *L'idée ridicule de ne plus jamais te revoir*, Paris, Éditions Métailié, 2015. Ce livre a reçu le prix Esculape décerné dans le cadre du 2<sup>e</sup> congrès de l'OFMP (Observatoire Francophone de la Médecine de la Personne). L'observatoire francophone de la médecine de la personne (OFMP) défend une approche centrée sur la relation dans toutes les branches de la médecine et dans tout le champ de la santé. Voir site : [www.ofmp.fr](http://www.ofmp.fr)

2– Paul Veyne, *Palmyre, l'irremplaçable trésor*, Paris, Albin Michel, 2015. Un livre impressionnant, écrit en réaction à la crise de civilisation dans laquelle on se trouve.

3– Antonio Andreoli, *Répondre à la crise : une impasse ou une ouverture dans la psychiatrie*, in : René Diatkine, Florence Quartier-Frings, Antonio Andreoli, *Psychose et Changement*, Paris, PUF, Le fil rouge, 1991.

4– Nicolas de Coulon, *La crise : stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Paris, Gaëtan Morin Europe, 1999. Un manuel pour la crise : pas-à-pas l'intervention décrite et des exemples très clairs sont décrits.

5– Guy Baillon, *Quel accueil pour la folie?* Nîmes, Ed. Champ social, 2011.

6– Dimitri Karavokyros, *L'Accueil, fil rouge de la psychiatrie*, in Florence Quartier, Patrick Chaltiel, Dimitri Karavokyros, Philippe Rey-Bellet, *L'accueil, un temps pour soigner*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2015.

7– Marcel Gauchet, Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard, 1980. Un ouvrage qui reste d'une complète actualité, à lire et à relire.

**Résumé :** La crise en psychiatrie peut être vue comme l'expression d'un dysfonctionnement global, grave et douloureux : les relations objectales sont perturbées et perturbantes, le fonctionnement narcissique est source de souffrance. Ce dysfonctionnement existe le plus souvent depuis longtemps, il fait partie de l'histoire du sujet en crise : les éléments déclenchants actuels ramènent des éléments anciens, oubliés, mais pas inertes pour autant. Ces éléments anciens ne sont pas aisés à mettre en évidence et le travail de crise aide à relier le présent et le passé, d'une manière inédite. Le travail de crise aide à la résolution des symptômes les plus bruyants, mais ne se contente pas de cela. Il s'agit surtout de donner envie et intérêt au patient et à son entourage d'entrer dans un processus de soins qui entraîne assez de changements pour donner chance d'aller durablement mieux. Ce travail nécessite une formation précise qui peut être acquise par tous les intervenants : il s'agit de potentialiser la part thérapeutique et soignante toujours contenue dans la relation qu'un professionnel établit en psychiatrie avec un patient et son entourage.

**Mots-clés :** Crise – Déclenchement – Formation – Histoire familiale – Processus – Pathologie psychiatrique – Psychothérapie psychanalytique – Soignant – Souffrance psychique.