

Article

« Éclairages particuliers sur les situations de crise : crises récurrentes, hospitalisation et réseaux d'intervention »

Serge Zombek

Santé mentale au Québec, vol. 16, n° 2, 1991, p. 253-266.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032237ar>

DOI: 10.7202/032237ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Éclairages particuliers sur les situations de crise: crises récurrentes, hospitalisation et réseaux d'intervention

Serge Zombek*

Cet article présente une réflexion sur certains aspects cliniques rencontrés par un centre de crise, situé dans l'enceinte d'un hôpital général de quartier populaire à Bruxelles. Après un bref historique de l'hôpital Saint-Pierre, permettant d'aborder la dimension de l'hospitalité dans les prises en charge des crises psychosociales, le texte se centre sur les crises récurrentes (et leur corollaire, les hospitalisations multiples) et en analyse les perspectives psychodynamiques et institutionnelles. L'auteur traite ensuite du cadre institutionnel en tant que scène sur laquelle vont se jouer les différents épisodes critiques du patient; à l'aide d'exemples cliniques, il étudie aussi les fonctions des crises réitérées dans l'économie du patient et dans sa valse-hésitation devant le «changement». L'auteur évoque enfin les avantages et les inconvénients de l'indispensable relais avec les intervenants ambulatoires.

Introduction

L'hôpital Saint-Pierre est un hôpital général universitaire, implanté dans le cœur populaire de Bruxelles et appartenant au Service public. Ses ressources thérapeutiques en matière de psychiatrie comprenaient, jusqu'à la fin de 1986, un service de consultation, une activité de psychiatrie de liaison et un accueil spécifique, 24 h sur 24, au service des urgences. À cette date était fondée une petite unité d'hospitalisation conçue comme centre de crise.

Les objectifs essentiels de cette unité de 23 lits consistaient alors à:

* L'auteur, psychiatre, travaille dans un centre de crise rattaché à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.

1. répondre par un bref séjour à certaines demandes d'aide urgentes qui peuvent émerger de situations de «détresse psychosociale» et émaner du patient, de son entourage ou même de ses thérapeutes;
2. considérer la crise comme un événement témoin de difficultés d'adaptation, pathologiques ou non, mais aussi comme un accident tremplin;
3. trouver une solution à mi-chemin entre la prise en charge ambulatoire, qui ne tient pas compte de la nécessité de contenir en institution le trop-plein émotionnel du patient, et l'hospitalisation classique, qui a pour effet de figer la crise en conférant au patient l'identité d'objet d'une maladie plutôt que celle de sujet souffrant.

L'unité d'hospitalisation cherche manifestement à être considérée comme un service de soins intensifs ou de réanimation psychique, mais aussi comme un lieu habité par l'espoir de transformer l'état de crise en creuset (familial ou non) catalytique de réactions d'autoguérison.

Depuis 1986, le Centre de crise (PL3) accueille entre 700 et 900 patients par an, pour une durée moyenne de 9 à 12 jours. La grande majorité des admissions (80 %) s'effectuent en urgence, par l'intermédiaire du service de garde psychiatrique; dans la même proportion, les patients regagnent leur domicile dès leur décharge du service. Les motifs d'admission les plus fréquents sont les problèmes d'ordre relationnel débouchant sur des troubles du comportement: tentative de suicide, agitation auto — ou hétéroagressive, dépression, intoxication et signes psychiatriques plus spectaculaires à incidence psychotique.

Le séjour se déroule habituellement en trois temps: l'accueil-analyse de la demande d'hospitalisation, l'élaboration-intervention de crise et la sortie-orientation postcritique. Le but avoué de toute intervention est de transformer les leviers émotionnels libérés par la situation critique en potentialités d'«autoguérison» ou de changement et de favoriser la restitution de cet épisode à une néo-histoire qui lui donne tout son sens et toute sa cohérence (la réalité est, bien sûr, loin de toujours épouser ce programme idéal). Les techniques d'intervention s'inspirent largement de celles de la psychothérapie analytique et systémique. Ce travail, qui est très éloigné d'une activité de transfert des malades vers des centres plus spécialisés (les centres de crise militaires, par exemple) tente d'éviter l'isolement des patients en faisant participer le plus grand nombre de protagonistes du drame à l'intervention de crise (familles comme intervenants extérieurs).

Cet article fait d'abord un bref historique de l'hôpital Saint-Pierre et rappelle la composante strictement sociale (fonction d'accueil) que

l'hôpital, en général, et son Centre de crise, en particulier, ont hérité des ladreries moyenâgeuses et des monastères bénédictins. Une alternative au clivage social/psychologique de certaines crises est proposée.

Ensuite, le texte se centre surtout sur l'analyse du phénomène des crises récurrentes ou répétitives, qui peuvent déconcerter et parfois même décourager le thérapeute.

Enfin, cet article analyse brièvement les problèmes de coordination entre l'hôpital et le service ambulatoire qui, dans les interventions de crise, est particulièrement important. Sont aussi passés en revue les moyens de faire face au traditionnel clivage «hospitalocentrisme-hospitalophobie».

Historique de l'hôpital Saint-Pierre et hospitalisation de crise

L'hôpital Saint-Pierre possède une fort longue histoire. Ses origines remontent au XII^e siècle, alors qu'à son exact emplacement s'élevait la léproserie des bourgeois de la ville de Bruxelles, exceptionnellement située à l'intérieur des remparts (mais néanmoins lieu d'exclusion). À la fin du XVII^e siècle, la léproserie, devenue inutile en tant que telle, se mue en un couvent voué à l'organisation de la Charité, selon les modalités que Michel Mollat (1978) a abondamment décrites dans ses pages consacrées à l'accueil monastique. Un siècle plus tard, Joseph II crée, dans le couvent Saint-Pierre, un hôpital modèle comprenant une maternité et des écoles cliniques pour les étudiants en médecine. Mais, après la Révolution brabançonne de 1789, cet hôpital modèle sombrera dans la détresse financière. Quelques années plus tard, il sera repris en main par la Commission administrative des hospices. C'est à cette époque que, dans toute l'Europe, l'hôpital général (Foucault, 1974) disparaît en tant qu'institution de répression et d'assistance sociale pour faire place à l'hôpital moderne qui, pourtant, n'accueillera pendant longtemps que les malades «les plus pauvres qui ne peuvent s'offrir le luxe d'avoir recours aux médecins de ville» (Dickstein-Bernard, 1983).

À l'aube du XIX^e siècle, l'hôpital Saint-Pierre accueille les cas aigus (l'équivalent de nos urgences), les vénériens, les femmes en couches et les prisonniers malades. À partir de 1856, des consultations gratuites sont dispensées.

Nous avons souligné ailleurs (Zombek, à paraître) que les origines de l'hôpital sont indissociablement liées au phénomène de la pauvreté et qu'un progressif glissement s'est opéré dans sa clientèle, qui passera du *pauvre* (ou accessoirement le lépreux) au *pauvre malade*, puis au *malade* tout court. L'hôpital Saint-Pierre garde, par sa localisation

géographique, son ancestrale vocation d'assistance publique: aujourd'hui encore, 10 % des patients que nous accueillons au PL3 traversent une crise sociale (pertes d'emploi, de logement, de ressources financières, etc.), qui représente l'essentiel de leur décompensation ou de leur déséquilibre. Pourtant, le fait est remarquable, cette dimension sociale est la plupart du temps ignorée au moment de l'admission, tant les troubles du comportement (tentative de suicide, intoxication aiguë, violence clastique) sont mis à l'avant-plan. Cela est d'autant plus fréquent que, comme nous l'avons signalé plus haut, notre institution relève du Centre public d'aide sociale et que la population qui s'adresse à nous est de loin plus socialement défavorisée que celle des autres hôpitaux bruxellois.

Ces situations de détresse psychosociale (Debout, 1981) imposent une analyse et une prise en charge bidimensionnelles. En effet, si, du point de vue psychopathologique, nous pouvons reconnaître chez ces patients tel ou tel «stigmate» pathognomonique de troubles répertoriés dans le DSM III R, nous devons en premier lieu nous assurer que, derrière la plainte «psychologique», ne se cache pas tout «simplement» une demande d'asile ou une recherche d'un lieu d'accueil; en second lieu, nous devons voir à ce que l'intervention de crise, dans cette problématique «hybride», tienne compte de la situation sociale défavorable afin que celle-ci n'entrave pas de manière «défensive» tout changement.

Certes, il est quelque peu banal d'affirmer que les aspects sociaux méritent d'être envisagés dans toute intervention de crise qui se respecte, ou qui respecte la singularité du patient; cependant, le danger d'omettre cette simple dimension et de renforcer ainsi les solides résistances typiques des «névroses de classe» (Gaulejac, 1987) pose inévitablement la question de la «fonction hospitalière» de l'hôpital et de ses services psychiatriques.

Notre hypothèse (Zombek et Verycken, 1989) stipule en définitive que les «pauvretés» aiguës et chroniques se manifestent jusque dans la salle d'urgence de l'hôpital, sous le masque des troubles psychologiques ou somatiques. La question qui en découle est la suivante: cette «masquerade» témoignerait-elle de la faillite de notre système d'assistance sociale au point qu'il vaudrait mieux être «malade-fou» et riche que bien portant et pauvre? Ajoutons que les hôpitaux ne dispensent pas seulement des soins de haute technicité à tous ceux qui s'y adressent; ils leur confèrent également une identité de malade certainement plus valorisée socialement que celle que les services d'aide sociale et le minimex¹ (le

droit à la santé représente assurément le droit le moins contesté) confèrent à leurs bénéficiaires.

Enfin, dans notre pays d'opulence, la charge de l'assistance sociale est telle que l'aide économique (en matière de logement et d'emploi) est dispensée avec parcimonie, quant à la quantité, et avec un piètre respect de la dignité humaine, quant à la qualité (queues au guichet, contrôles divers et bureaucratie déshumanisée).

Selon nous, les situations de détresse psychosociale s'en trouvent surdéterminées et convergent dès lors vers les hôpitaux publics, qui constituent la seule destination hospitalière. Voilà pourquoi nous avons voulu créer, à partir de l'hôpital et sans imposer aux «criseurs sociaux» un immédiat détour vers les services sociaux peu rompus aux interventions de crise, des *appartements de crise supervisés*, en collaboration avec un centre de santé mentale, une maison de quartier et le service social du CPAS (Centre public d'aide sociale). Ce projet, mis de l'avant au printemps 1991, vise à «dépsychiatriser le social» ou à «resocialiser le psychologique» en offrant au patient une hospitalité que l'hôpital ne peut plus proposer et une intervention de crise que les services sociaux ne peuvent seuls assumer. Ces derniers font généralement appel à nous pour traiter les clients trop «psy», qui se heurtent à l'intolérance de leur propre réseau social ou à celle des administrations, incapables de faire face à ce type de marginalité.

Il va sans dire que le réseau que nous mettons en place aura ses portes d'entrée dans les quatre institutions fondatrices; cet intermède psychosocial pourrait à l'avenir — c'est l'hypothèse que nous tenterons de vérifier — constituer un modèle d'*intervention de crise psychosociale infrahospitalier*. Seul un tel réseau peut empêcher que les situations aussi complexes et dramatiques que les crises psychosociales ne soient traitées d'une manière spécialisée, artificielle et parcellaire; seul ce réseau pluridisciplinaire peut aider les services de psychiatrie d'urgence et de crise à répondre à ces demandes hybrides.

Retours répétés

Depuis longtemps déjà, nous avons été dérangés par les retours répétés de certains patients dans notre unité, au point que la nécessité d'une analyse de ce phénomène s'est imposée à nous. En effet, quoi de plus frustrant que de voir revenir, après un laps de temps plus ou moins court et dans un «état» apparemment similaire, les patients sur lesquels nous avions effectué une intervention de crise? Comment échapper au sentiment d'échec et retrouver, à l'égard de ces revenants, les ressources

nouvelles pour faire face à ce que nous percevons comme une nième répétition?

La toute-pertinence que nous attribuons aux concepts de crise et aux interventions qui s'y réfèrent est d'abord ébranlée par l'existence même de ce type de phénomène; ensuite, le fait d'affubler les patients concernés de vocables tous peu ou prou péjoratifs (les «criseurs», les habitués, les chroniques, les récidivistes, etc.) révèle une projection agressive de notre sentiment d'impuissance, peu propice au développement d'une saine ambiance de travail; enfin, notre propre estime de thérapeute décroît à son tour, nous entraînant dans une communion dépressive avec ceux qui sont venus nous redemander un peu plus de la même chose, à savoir de l'aide.

Avant de pousser sur un champ moins ironique notre analyse de ces «retours», il est utile de se pencher sur certaines données objectives. Nous pouvons constater que 10 % des patients sont hospitalisés plus d'une fois dans l'année qui suit leur premier séjour (nous excluons donc de cette analyse les 5 % de patients qui seront réadmis dans les 2 à 3 ans suivant leur premier séjour). La typologie de ces patients peut se résumer comme suit: il s'agit de patients jeunes (moyenne: 33 ans), admis pour des syndromes anxiodépressifs (53 %) dans le cadre de crises relationnelles (31 %) ou de tentatives de suicide (21 %), et présentant deux sortes de troubles de la personnalité: $\frac{2}{3}$ de «cas limites» pour $\frac{1}{3}$ de troubles de la lignée psychotique. Certains seront réadmis deux fois l'an, mais d'autres nous reviendront quatre, voire cinq fois durant la même année.

Tous ces patients présentent des situations caractérisées par une grande instabilité dans leurs investissements affectifs, sociaux et professionnels. Il n'est pas rare que le motif d'admission soit strictement identique d'un séjour à l'autre (et que les personnes impliquées dans la situation de crise se retrouvent dans la même position).

Un grand trait différencie ces patients des autres: ils ont de la difficulté à accepter, même lorsque la procédure de référence a été scrupuleusement mise en œuvre dès leur entrée, que leur «prise en charge» soit confiée à un thérapeute ou à un centre thérapeutique ambulatoire. Ces patients ressemblent bien aux polyconsultants des services d'urgence (Frisch et Bronchart, 1987) qui sont, dans leur grande majorité, extrêmement démunis sur les plans social (la plupart d'entre eux n'ont pas de revenu professionnel), relationnel (ils vivent seuls et ont rompu leurs liens familiaux) et psychopathologique (dans leur fonctionnement habituel, à l'exclusion des crises, on reconnaît des traits des lignées psychotiques et limites peu différenciés).

Afin d'appréhender le phénomène des retours répétés, nous allons concentrer notre analyse sur deux plans: d'une part, le cadre institutionnel et ceux qui l'habitent; d'autre part, les fonctions de la crise psychique dans l'économie ou la dynamique des patients «réitérants».

Cadre institutionnel

Dans le domaine des psychothérapies brèves, Gilliéron (1983) conçoit le cadre comme «une frontière, séparant le champ socioculturel du champ thérapeutique, délimitant une zone privilégiée où les actes accomplis, les paroles échangées prennent valeur thérapeutique»; il ajoute que le cadre thérapeutique «s'impose» au patient et au thérapeute et que c'est par rapport à ce cadre que s'instaure la dynamique relationnelle avec des particularités comme l'asymétrie des rôles, puisque «l'un est obligatoirement le demandeur, l'autre le pourvoyeur». Enfin, ajoute-t-il, si le cadre psychothérapeutique crée, schématiquement, une «situation où la relation parent-enfant est reproduite symboliquement (...) ce soi-disant enfant paie des honoraires à son parent, qu'il entretient.»

Berger (1987) nous apprend, pour sa part, que «seul sera transitionnel un cadre trouvé-créé (par les familles) en coaction avec le thérapeute». Il insiste sur le fait que, lors des rencontres avec des familles en souffrance, une trop grande rigidité du cadre «préformé» hypothèque l'établissement d'une relation thérapeutique authentique, tant un tel cadre «risque d'être ressenti comme impossible à investir en tant qu'espace de jeu fantasmatique».

Bien qu'un centre de crise hospitalier ne soit pas un cadre psychothérapeutique pur, ces considérations peuvent nous aider à comprendre, par analogie, certains phénomènes. Il est vrai que le centre de crise est bien un lieu distinct du champ socioculturel: il fait partie d'un hôpital et s'y déroulent, entre les patients et les soignants, des relations d'un tout autre type que celles de la vie courante. On y retrouve certes ce que Gilliéron décrit comme le rapport enfant-parent (appelé «nursing» dans le langage typiquement hospitalier); cependant, dans la situation d'hospitalisation de crise, il s'agit bien plus de la projection par le patient des émotions mauvaises, envahissantes auto — et hétérodestructrices (les éléments β de Bion, 1979) dans la mère-institution; cette dernière est, dans un premier temps, reconnue pour ses vertus essentiellement enveloppantes. La relation immédiate est donc beaucoup plus institutionnelle que dueille. Le cadre hospitalier devient un lieu que le patient investit; celui-ci se trouve plongé, au moment de son admission, dans une tempête émotionnelle dont il est bien plus l'objet que le sujet, et sa

rencontre avec un autre sujet, fût-il thérapeute, est à ce stade bien improbable.

Les patients réitérants ont surtout la mémoire des lieux: même s'ils réclament à nouveau les thérapeutes qu'ils ont pu y rencontrer, c'est davantage la piste de danse qu'ils tentent de retrouver, dans le premier temps de la valse critique, et non leur «cavalier» d'antan. Ces lieux, ils viennent soudainement les habiter en demandant une aide «contenante» et réparatrice. Puisque notre institution appartient à un service public, il n'est pour eux aucunement question de négocier de quelconques honoraires avec les soignants, ce qui, ajouté au caractère immédiat de leur hospitalisation, augmente encore le caractère «inconditionnel» de l'«attitude hospitalière» du Centre de crise.

Au fil des séjours hospitaliers, ces «revenants» finissent par s'«apprivoiser» au service et aux différents membres de l'équipe; certains concentrent leurs relations sur des personnes précises alors que d'autres, au contraire, les multiplient et les diversifient; d'autres enfin restent plus longtemps que lors du séjour précédent. Ces «jeux d'approche» thérapeutiques seront, au fil du temps, inscrits dans les biographies traumatisques que nos patients laissent peu à peu entrevoir.

Tableau clinique

Chantal est admise pour la première fois au PL3 à la demande de l'infirmière sociale de la maternité, qui l'a déjà assistée lors de deux grossesses antérieures. Elle n'accepte d'être hospitalisée, cette fois au Centre de crise, qu'après un entretien lui ayant permis de «transférer» sur le psychiatre la confiance qu'elle avait mise en l'infirmière (cette dernière connaissait et acceptait les aspects auto — et hétérodestructeurs de sa personne).

Chantal est au bout de ses capacités à contenir sa détresse, sa colère, sa rage; et se sent en permanence hors d'elle-même, capable du pire à l'égard de ses enfants. Enfant, elle a été maltraitée par sa famille cahotique; ensuite, elle a été placée longtemps en institution, au sortir de laquelle elle n'a réussi qu'à recréer une cellule familiale où violence et dépressivité constituent la toile de fond. De la dépression anaclitique, que Chantal connaît régulièrement, surgissent les projections agressives à l'égard de ses proches, son compagnon «alcoolisant» d'abord, puis ses enfants déjà «troublés du caractère», jusqu'au dangereux point de rupture où elle accepte de jeter l'éponge et de demander l'aide de la Mère-Institution (toute bonne mais potentiellement trop puissante).

La problématique de Chantal, à chacun de ses séjours à Saint-Pierre, se présente sous le dilemme suivant: obtenir une aide «inconditionnelle» (dont elle teste les limites par quelque passage à l'acte) équivaut à

reconnaître son incompétence, son statut de «femme sans qualité», dans les domaines dont elle a fait les frais autrefois (la maternité, la vie de couple, l'éducation des enfants, les relations sociales étendues, etc.). Chaque hospitalisation (une à trois par an) est induite par ce que Caplan (1964) aurait appelé une crise existentielle (naissance, passage dramatique d'un enfant d'un niveau scolaire à un autre) ou incidentielle (perte de logement, maladie ou décès dans la famille).

Séjour après séjour, le tableau clinique de Chantal s'est modifié, passant progressivement de l'agressivité avec tendances à l'intoxication impulsive à un mode plus authentiquement dépressif avec idéation suicidaire et tendances à la régression.

Les investissements dans le personnel de l'équipe se sont quelque peu multipliés; la présence de l'infirmière sociale «inaugurale» s'est bientôt révélée inutile, et l'évolution globale de la relation patiente-équipe est passée de la dyade conflictuelle provocation-rejet à une dyade plus traditionnelle, plainte (expression de souffrance) — aide.

Enfin, le Centre de crise a pu moduler, petit à petit, des relations entre la patiente et certaines instances devenues incontournables du fait des difficultés grandissantes des enfants (école, centres psycho-médico-sociaux, éducateurs, Protection de la jeunesse, etc.). Ainsi ont pu être assouplis les clivages en miroir — bonne/mauvaise mère, bonne/mauvaise institution — de sorte que Chantal a pu trouver quelque reconnaissance auprès de chacune de ces instances.

La manière dont ont pu évoluer les relations de Chantal avec le PL3 a servi de paradigme à la nécessaire négociation de ses relations avec l'extérieur de l'hôpital. Chaque «crise» a été le prétexte d'une avancée, même minime, chez quelqu'un dont la mésestime de soi avait toujours déteint sur ses interlocuteurs.

Toute évolution clinique dépend aussi de notre capacité à nous laisser modeler sans perdre notre identité (comme un équivalent à la rêverie maternelle de Bion). Par ailleurs, il ne faut pas oublier que l'institution hospitalière environnante veille sur nous et nous protège, bien souvent malgré nous, en constituant un rempart contre l'attaque des patients, mais aussi un obstacle à la souplesse idéale.

Il faut donc que l'équipe thérapeutique, dans toute sa diversité fonctionnelle (médecins, infirmières, infirmières sociales, psychologues, kinésithérapeutes, somaticiens), soit capable d'évoluer, de jour en jour comme de séjour en séjour, avec tel ou tel patient, d'accepter de se laisser envahir par ses émotions destructrices et d'établir un mode de relation favorisant une rencontre de moins en moins institutionnelle et de plus en plus intersubjective. En définitive, il s'agit de créer une dynamique interactionnelle entre l'équipe thérapeutique et le patient de

telle sorte que celui-ci puisse entrevoir, derrière chaque «blouse blanche» impersonnelle, la *personne* qui se cache.

Fonctions des crises réitérées

Grâce à la conception «critique» de l'approche psychodynamique, Andreoli (1986) évoque le passage de la dichotomie normalité-anormalité à celle, plus féconde, de crise-continuité. Les crises signent la continuité dans un processus vivant: les lignes de vie se brisent, les angles s'aiguisent, la croûte se fissure et, par les failles ainsi créées, on entrevoit aisément le magma bouillonner. Et c'est bien à l'occasion de ces éruptions que l'on peut apercevoir les changements potentiels fascinants mais quelque peu dangereux.

Note clinique

Certains patients, comme madame L., personnalité limite chez qui le processus psychothérapeutique achoppe régulièrement sur d'énormes résistances au travail du transfert, semblent ne pouvoir accéder à l'«insight» qu'en passant par une crise destructurante, souvent même autodestructrice. Chez cette patiente, seules les hospitalisations occasionnées par une tentative de suicide «majeure» (parfois par son risque imminent) lui permettent d'entrevoir l'ampleur de son ambivalence; c'est dans ce jeu avec la vie et la mort que madame L. peut toucher, sentir, éprouver l'Autre dans un rapproché qu'elle présume destructeur, mais qu'elle reconnaît bientôt comme moins traumatique que celui qu'elle avait vécu lors de ses expériences d'abandon et d'inceste.

Selon Gilliéron (1990), la demande du patient est toujours double et contradictoire; il faut «(...) colmater la brèche ouverte par la crise ou favoriser le changement». Ces changements, le sujet les redoute et la crise, encore plus incommodante de ce fait, devient une chance que les patients réitérants ne saisissent pas dans un premier temps.

En fait, ceux-ci remettent parfois le travail à un lendemain lointain et ils nous quittent, le compteur émotionnel remis à zéro. Une escalade symétrique peut d'ailleurs s'instaurer si l'équipe décide d'attiser la crise et de ne pas respecter cette fuite devant l'obstacle.

Au contraire, lorsqu'on se rend compte que, de crise en crise, les patients évoluent insensiblement, on émet alors une hypothèse moins pessimiste, selon laquelle les «récidives» ne se situent plus dans le champ de la compulsion de répétition, mais font plutôt partie des répétitions de la «pièce», fondée sur un nouveau scénario de la vie (ces patients désirent aussi profondément que les autres échapper à un destin trop figé). Il nous reste à espérer que la générale, la première, ne tarde

pas à être jouée et que, durant leurs séjours, autrement frustrants, nous puissions tantôt leur donner une réplique de qualité, tantôt les mettre en scène, en choisissant l'intervention appropriée (utilisation des aspects transférentiels de la relation ou thérapie plus directive).

C'est ainsi que nous pouvons considérer les retours répétés du patient comme le repérage d'une scène où il pourra ensuite, après une période plus ou moins longue d'acclimatation, répéter des textes plus audacieux mais finalement moins tragiques. Ce phénomène, qui dérange notre mégalomanie thérapeutique, doit nous faire humblement comprendre que, dans certaines situations de crise, la résistance au changement est éminemment respectable; à cet égard, une attitude «hôpitalière» permet au patient (et à son entourage) de trouver un cadre où il peut s'initier aux risques que comporte immanquablement l'hypothèse du changement.

Pour reprendre l'équation de Bolzinger (1983), selon laquelle crise = catastrophe ou catharsis, il devient évident que la mise en place d'un cadre «contenant», maintenu dans une certaine permanence, constitue le nécessaire préalable à la résolution de ce type de problématique.

Relations entre le Centre de crise hospitalier et le service ambulatoire

Il est indéniable que de telles interactions de crise créent des liens qu'il est souvent difficile de dénouer; dès lors, le passage vers le secteur ambulatoire s'avère plus d'une fois épineux. Certains modèles de collaboration entre l'hospitalier et l'extrahospitalier, compte tenu du tropisme naturel des situations d'urgence psychiatrique vers les hôpitaux, sont fondés sur le principe d'évitement de l'hospitalisation; on considère, en effet, que cette dernière stigmatiserait dangereusement le patient, en le désignant à lui-même, à son entourage familial, professionnel ou social, comme un «objet-maladie». À cela s'ajoute la crainte pareillement motivée que la machine hospitalière, lourde et autosuffisante, parvienne à éteindre la crise, sur les braises de laquelle tout bon thérapeute se doit de souffler afin de ranimer les espoirs de changement.

Les crises récurrentes peuvent tirer profit de ces modèles hospitalofuges lorsqu'on ne les considère pas comme les premiers effets d'une «chronification». Mais elles font à vrai dire partie des situations de crise qui ne peuvent s'accommoder d'une prise en charge ambulatoire; dès lors, le détournement hospitalier, loin d'être une réponse en soi, constitue la seule voie possible vers une prise en charge extrahospitalière ultérieure.

Dans cette perspective, les relations entre l'extrahospitalier et le Centre de crise (PL3) doivent obligatoirement passer par une (ré)ouver-

ture de l'hôpital vers l'extérieur plutôt que par un verrouillage de l'hôpital (barrage thérapeutique à l'admission ou attitude résolument hospitalophobe). Cette précaution ne vise en rien à dénier les bienfaits des alternatives à l'hospitalisation mais, au contraire, à pourfendre le manichéisme, «archaïque» et anachronique, qui fait équivaloir l'intra-hospitalier au «mal psychiatrique».

C'est ainsi que les modes de collaboration que nous avons mis en œuvre n'ont pu se baser que sur une ouverture réciproque des partenaires en présence. Mais comment en envisager les avantages pour les patients et pour les équipes soignantes?

En ce qui concerne les intérêts de l'équipe, nous avons voulu repérer, avant tout, les besoins cachés qui peuvent pousser un Centre de crise hospitalier à s'ouvrir de la sorte à l'ambulatoire:

1. besoin de relais aux prises en charge, à cause de notre incapacité temporaire à organiser nous-mêmes le suivi des patients à l'hôpital (consultations surchargées), d'autant plus que, dans de nombreuses situations de crise «pathologique» prévaut le nouvel adage: après la crise, la thérapie, et que la thérapie est chrono-phage;
2. besoin de trouver des compétences particulières, typiquement extrahospitalières: travail avec le réseau social, visites thérapeutiques au domicile des patients, guidances des cas pathologiques réputés lourds (psychoses chroniques, démences, etc.);
3. besoin d'être considéré par le réseau ambulatoire (médecins de famille comme centres de santé mentale) comme une ressource d'accès aisément pour la gestion des cas particulièrement aigus ou critiques;
4. besoin de sortir des murs de l'institution, qui enferment son personnel plus que ses patients (particulièrement, l'infirmière qui ne connaît pas de pratique hors la «salle»);
5. besoin d'une catamnèse des patients dans le but de diminuer la frustration occasionnée par leur transfert après des séjours relativement courts.

En ce qui concerne l'intérêt du patient, surtout le «criseur récurrent», il est d'une extrême importance de mettre en échec le sentiment de toute-puissance thérapeutique de l'équipe hospitalière, qui incite celle-ci à vouloir guérir à tout prix («l'institution doit guérir») au risque même de contenir le patient jusqu'à l'étouffement; pour le patient et son entourage, la collaboration avec un centre ambulatoire (ou avec un thérapeute seul à l'extérieur) représente, dans une relation résolument

triangulée, le sevrage, et donc l'utile frustration. Devant le spectacle de tous ces thérapeutes qui collaborent, le patient, s'il ne crie pas à l'abandon ou au rejet, sent que ses difficultés peuvent être partagées.

Les circonstances ont permis que notre collaboration avec le Centre Antonin-Artaud, centre de santé mentale proche de l'hôpital, prenne une forme assez particulière: sans qu'il y ait parenté institutionnelle, il a été possible que chaque membre des équipes vienne faire un «stage» dans l'autre institution. Ce mode de collaboration, offert à toutes les professions concernées (psychiatres, infirmières, infirmières sociales, psychologues), permet de cerner la réalité qu'un patient va connaître ou a connue, de diminuer les préjugés à son égard et, enfin, de découvrir les limites (effet «anti-mythe») aussi bien que les richesses de chaque cadre institutionnel (effet «anti-scepticisme»). Une telle collaboration nous permet d'éviter le clivage intrahospitalier/extrahospitalier, et ainsi d'aider le patient et son entourage à vivre le passage d'une institution à l'autre comme une discontinuité négociée.

La connaissance des cadres respectifs de travail empêche chaque intervenant de céder à la tentation de réparer les «insuffisances» de celui qui l'a précédé dans le processus thérapeutique et, en définitive, apporte au patient des étayages plus différenciés.

NOTE

1. Moyens d'existence minimums.

RÉFÉRENCES

- ANDREOLI, A., 1986, *Crise et interventions de crise en psychiatrie, biologie et psychologie*, SIMEP, Paris.
- BERGER, M., 1987, *Pratique des entretiens familiaux*, Le fil rouge, PUF, Paris.
- BION, W.R., 1979, *Aux sources de l'expérience*, PUF, Paris.
- BOLZINGER, A., 1983, Le concept de crise, *Bulletin de psychologie*, XXXV, n° 355, 475-480.
- CAPLAN, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.
- DEBOUT, M., 1981, *Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise*, Masson, Paris.
- DICKSTEIN-BERNARD, C.L., 1983, *L'héritage de la Révolution française*, chapitre VII: La santé publique, CGER.
- FOUCAULT, M., 1974, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- FRISCH, S., BRONCHART, C., 1987, «Crise, urgence... chronicité» in *Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence*, Actes du 3^e Congrès international de psychiatrie sociale, mai.

- GAULEJAC, V., 1987, *La névrose de classe*, Hommes et groupes éditeurs, Paris.
- GILLIÉRON, E., 1983, *Les psychothérapies brèves*, Nodules, PUF.
- GILLIÉRON, E., 1990, Abord psychothérapeutique des urgences psychiatriques, *Journal européen des urgences*.
- MOLLAT, M., 1978, *Les pauvres au Moyen Âge, Le temps et les hommes*, Hachette, Paris.
- ZOMBEK, S., VERYCKEN, M., 1989, *Quand le médico-psy habille les pauvretés*, Colloque Pauvretés et santé mentale, 8 décembre.
- ZOMBEK, S., 1990, *Sommes-nous suffisamment hospitaliers?*, à paraître.

Shedding a Different Light on Crisis Situations: Recurrent Crises, Hospitalization and Intervention Networks

ABSTRACT

This article proposes an in-depth look at certain clinical aspects that have been dealt with by a crisis centre based at a general hospital that is located in a popular district of Brussels. Following a brief history of the Saint-Pierre hospital, which allows the author to touch on the hospitality dimension of taking charge of psychosocial crises, the article focuses on recurrent crises (and their corollary, multiple hospitalizations) and analyzes their psychodynamic and institutional perspectives. The author then approaches the institutional framework as a stage where the different critical phases of the patient come into play. Supported by clinical examples, the author also examines the functions of recurrent crises with respect to the patient's emotional make-up and to his or her extensive hesitation when faced with "change". Finally, the author points out the advantages and disadvantages of the indispensable link with mobile intervenors.