

# Consultation d'urgence/crise pour couples et familles : motifs d'urgence et évaluation du traitement

Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 912-5

S. León Giraldo  
S. Campergue  
L. Colin  
V. Le Goff-Cubilier  
C. Bryois

## Couples and families emergency/crisis consultation : emergency patterns and treatment assessment

Since the opening in 2003 of the Couple & Family Consultation Unit (UCCF) at Prangins Hospital, we have met urgent demands and observed that the suffering systems (i.e. couples and families) couldn't face any waiting period.

So in 2007 an Emergency/Crisis Facility was created, based on the hypothesis that there is no contra-indication to systemic emergency care, if one understands and structures both crisis and treatment. We studied the suffering population in demand and the emergency/crisis issues and assessed therapy efficiency. Then we observed that treating suffering systems in emergency does produce therapeutic gain in terms of crisis resolution and patients' satisfaction. Those treatments refer to public health issues, as considered the human, social and financial cost of couples/families dysfunctions.

Dès l'ouverture de l'Unité de consultation pour le couple et la famille (UCCF) à l'Hôpital psychiatrique de Prangins, en 2003, nous avons constaté que les demandes de thérapie étaient souvent pressantes et que les couples et les familles en souffrance ne pouvaient supporter les délais d'attente.

En 2007, un Pôle Urgence/Crise a été créé, basé sur l'hypothèse qu'il n'y a pas de contre-indication à recevoir en urgence, si on comprend et modélise crise et traitement. Une première étude sur la population demandeuse et sur l'urgence et la crise a été menée, évaluant l'efficacité de cette thérapie.

On observe ainsi une résolution de la crise et une satisfaction des patients. L'impact de ces traitements présente des aspects de santé publique, au vu des conséquences humaines, sociales et financières, découlant du dysfonctionnement des systèmes familiaux.

## INTRODUCTION

L'Unité de consultation pour le couple et la famille (UCCF) de l'Hôpital psychiatrique de Prangins appartient au Secteur psychiatrique ouest du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois. Cette Unité est une consultation ambulatoire publique, qui prend en charge des couples et des familles, dans le but de les aider à surmonter leurs difficultés, en leur offrant un espace de réflexion neutre et professionnel. L'approche thérapeutique est systémique, considérant les patients non plus comme des individus isolés, mais comme des personnes prises dans leur globalité, que l'on ne définit pas qu'au travers d'un diagnostic, mais que l'on comprend à travers leur histoire, leur environnement social et leurs relations familiales. L'UCCF a été créée en 2003, pour offrir des prises en charge de couple et de famille dans le secteur ambulatoire public et répondre à une demande croissante de la population et du réseau de soins de la région. Ainsi, les couples et les familles peuvent demander spontanément un rendez-vous ou être référés par les partenaires de soins.

Dès son ouverture, l'UCCF a très rapidement été confrontée à des demandes de prise en charge en urgence de familles ou de couples qui réclamaient une aide au plus vite ou de partenaires de soins qui étaient débordés par des situations suragies et/ou dramatiques. Or, il est souvent recommandé une position de grande prudence vis-à-vis de ce type de prise en charge, la crainte étant qu'une intervention rapide n'étouffe trop rapidement la crise et son potentiel de changement. Cependant, il est difficile de s'arrêter à une position dogmatique, quand cela signifie ignorer des souffrances intenses et leur cortège de conséquences lourdes, telles que ruptures, placements, déscolarisations, hospitalisations, violences, psychiatrisation ou judiciarisation de certains conflits. Ainsi, en novembre 2007, nous avons créé le Pôle Urgence/Crise de l'UCCF.

## PRÉSENTATION DU PÔLE URGENGE/CRISE DE L'UCCF

Les séances du Pôle Urgence/Crise sont assurées par une équipe restreinte et fixe de thérapeutes (psychiatres et psychologues). Le délai d'attente entre la



demande et la séance d'urgence est en moyenne d'un à deux jours. Cette première séance permet essentiellement d'évaluer le degré d'urgence, afin de proposer le suivi le plus adéquat, tout en nouant une alliance avec les systèmes en difficulté. Une consultation en urgence, menée de façon professionnelle, peut calmer une situation particulièrement aiguë et déboucher soit sur un suivi de crise, soit sur un suivi thérapeutique habituel, à savoir quatre à six séances, une fois par mois. Le suivi de crise est le plus souvent indiqué et comporte quatre séances, une fois par semaine. Une séance d'urgence, accompagnée d'un suivi de crise, comporte donc cinq séances sur une période intensive de cinq semaines. Lors de ces séances, les étapes de *joining* (construction du système thérapeutique), d'hypothétisation (reformulation de la crise), de recadrage (donner un sens à l'inexplicable) et de réactualisation (nouveau mouvement émotionnel ou symptomatique) se succèdent. Lors de la cinquième séance, un bilan a lieu, où il est décidé, d'un commun accord, soit de la fin du traitement si la crise est résolue, soit d'un suivi habituel, lorsque le suivi d'urgence/crise a permis de dénouer suffisamment la crise, mais qu'un problème reste à travailler.

Du fait de l'aspect «pilote» de ce Pôle, nous avons conjointement à la clinique conduit une étude visant à mieux comprendre ces situations et à évaluer la pertinence de nos interventions. Notre hypothèse théorique présuppose qu'intervention d'urgence et travail de crise sont compatibles. Recevoir en urgence les couples et les familles démunis permettrait de travailler la crise aiguë et d'éviter une aggravation aux conséquences potentiellement lourdes.

Nous présentons ici les premiers résultats de cette étude. A noter qu'une partie de ces résultats a été exploitée pour un mémoire de recherche universitaire.<sup>1</sup>

## REVUE DE LA LITTÉRATURE

Nous avons d'abord réalisé une revue de la littérature spécialisée, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle n'était guère encourageante pour notre projet.

Il existe une certaine méfiance des professionnels de la psychothérapie envers les demandes en urgence de thérapie de couple et de famille. L'urgence est en effet considérée comme ayant peu ou pas de potentiel thérapeutique, car nécessitant un soulagement et non un changement. Le traitement en urgence est même jugé contre-productif, puisqu'il risque de combler la brèche ouverte par la crise.

Quasiment aucun article ni ouvrage ne traite de la question, excepté l'étude récente de Puzé<sup>2</sup> et coll., qui ont mis en place un programme «crise-ado-famille». C'est une intervention brève et intensive de crise en milieu naturel, auprès de familles demandant une aide en urgence, dont l'un des enfants risque d'être retiré du milieu familial de manière imminente. Recevoir ces familles en urgence permet de diminuer les coûts liés aux placements des enfants.

Cecchin<sup>3</sup> relève que la famille qui fait une demande de thérapie en urgence demande en réalité qu'on préserve son organisation et qu'on la maintienne semblable à elle-même. Ausloos<sup>4</sup> explique que pris dans un sentiment d'urgence, le thérapeute tend à proposer une prise en charge qui déresponsabilise les membres du système familial.

Pittman<sup>5</sup> remarque qu'en situation d'urgence, certains soignants et certaines institutions sont des «gardiens», qui essaient d'aider les familles à éviter le changement.

Au contraire, De Clercq<sup>6</sup> pense que l'urgence est «la partie émergée d'un iceberg». L'urgence serait à considérer comme une opportunité – certes fragile – d'enclencher un processus de changement par le travail de crise.

Le concept de crise est bien plus mis en avant. En effet, de nombreuses prises en charge sont développées, plus souvent dans le domaine psychiatrique, que dans le domaine psychothérapeutique. La définition qui semble faire consensus est celle d'Ausloos,<sup>7</sup> pour qui la crise correspond à l'état d'un système, au moment où le changement va se produire, comme un processus de rupture d'équilibre au sein d'un couple, d'une famille ou d'une institution.

Pour finir, outre exprimer leur méfiance à l'égard du traitement en urgence et reconnaître à la crise son caractère fécond et imprévisible, aucun article n'aborde de manière plus détaillée les caractéristiques de la demande en urgence de psychothérapie de couple ou de famille.

## MÉTHODOLOGIE

### Hypothèses

Répondre à la demande d'apaisement tout en exploitant la crise serait possible, à partir du moment où les particularités des demandes en urgence seraient mieux maîtrisées:

- concernant le motif de la demande en urgence, notre hypothèse propose qu'il relèverait d'une mise en danger majeure du système. Pour les couples, le principal motif d'urgence serait la menace de séparation imminente. Pour les familles, le motif d'urgence serait principalement lié à un symptôme insupportable, perturbant le fonctionnement familial.
- Concernant le facteur de crise, l'hypothèse suggère que c'est un événement d'ordre situationnel, lié aux aléas de la vie (violence, accident, travail, etc.), qui mettrait le système en état de crise, plutôt qu'un événement du cycle de vie (naissance, mariage, retraite, etc.).

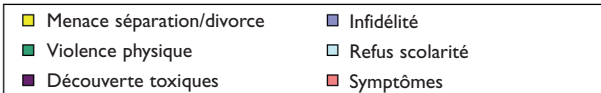
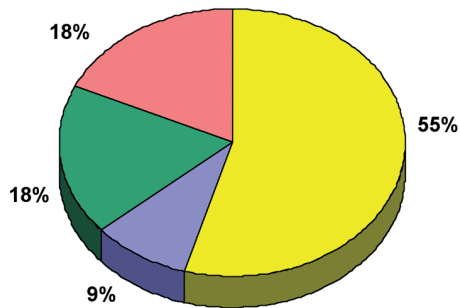
### Population

La population étudiée est un ensemble de familles et de couples reçus dans le cadre des séances d'urgence exclusivement, entre le 1<sup>er</sup> novembre 2007 et le 30 avril 2008. Elle se compose de quinze systèmes: onze couples et quatre familles.

### Lieu de recherche et récolte des données

Les données épidémiologiques ont été récoltées dans le cadre d'entretiens cliniques, enregistrés avec l'accord des patients. L'observation systématisée de ces entretiens par une thérapeute qui assurait une vision tierce et réflexive, a permis de remplir une grille de codification pour chaque famille et couple reçus en séance d'urgence. Le contenu des grilles a ensuite été saisi dans une base de données informatisée, pour être analysé. Un questionnaire de type échelle de Lickert nous a permis, à la fin de la prise en charge d'urgence, de récolter des données relatives à la satisfaction des personnes qui consultaient.

Cette étude respecte les principes des codes de déon-



**Figure 1.** Répartition des couples en fonction du motif d'urgence

tologie de la SSP et de la FMH. Elle a été soumise à la Commission d'éthique de la recherche clinique de l'Université de Lausanne.

## RÉSULTATS

Les résultats montrent que les systèmes consultent en urgence, lorsque leur organisation est très fortement menacée. Pour 55% des couples, le motif d'urgence réside dans le risque de dissolution du système, c'est-à-dire la menace de séparation imminente (figure 1). Pour 75% des familles, il est focalisé sur un symptôme devenu insupportable et perturbant considérablement le fonctionnement familial (figure 2). Notre première hypothèse est donc confirmée.

Concernant le facteur de crise, les résultats montrent que pour 60% des systèmes, il appartient aux différentes étapes du cycle de vie. Notre deuxième hypothèse est donc infirmée. Cependant, en tenant compte de plusieurs facteurs pour chaque système, nous avons constaté que la prépondérance des crises du cycle de vie n'était pas aussi claire et avons envisagé une coexistence d'un facteur «Cycle de vie» et d'un autre «Hors cycle de vie», venant se rajouter et décompenser le précédent.

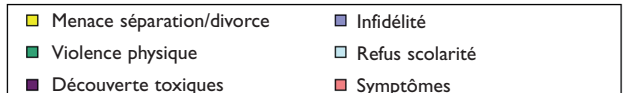
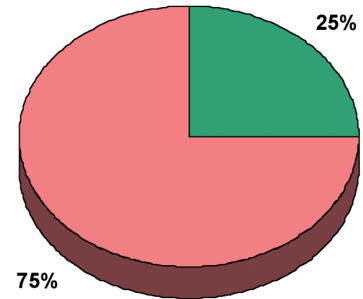
Enfin, nos résultats ont montré que recevoir des systèmes en urgence produisait un certain gain thérapeutique :

- la quasi-totalité des familles et des couples (96%) était satisfaite à très satisfaite de la prise en charge.
- La crise a été résolue pour 67% des systèmes et partiellement résolue pour les autres 33%. Parmi ces derniers, 80% ont poursuivi la thérapie par un suivi habituel. L'observation clinique des thérapeutes a rapporté une baisse des symptômes.

Ces résultats doivent maintenant être confirmés avec un échantillon plus grand, pour obtenir des résultats significatifs.

## CONCLUSION

Après une année de fonctionnement du Pôle Urgence/Crise, la pratique clinique, étayée par les premiers résultats de l'étude, montre qu'il est possible, sans l'ignorer,



**Figure 2.** Répartition des familles en fonction du motif d'urgence

d'aller au-delà de l'urgence et d'identifier des facteurs de crise, permettant aux thérapeutes de mieux appréhender la dynamique qui sous-tend les dysfonctionnements.

Si nous obtenons les moyens de poursuivre cette recherche et que les premiers résultats se confirment avec un échantillon plus grand, son impact s'étendrait au-delà du développement d'une technique thérapeutique, dont l'efficacité serait alors prouvée, pour prendre également une dimension de santé publique.

En effet, notre société se trouve confrontée au défi majeur de maintenir la stabilité de ses structures, alors que l'évolution globale tend vers toujours plus d'individualisme, tout en tenant compte d'impératifs financiers de plus en plus pressants (répondre aux besoins de santé en contrôlant les coûts).

Si on peut répondre au plus vite, mais de façon pensée aux souffrances d'une famille, on peut légitimement espérer diminuer nombre d'interventions coûteuses, tant sur le plan humain, que financier: violence, placements, judiciarisation, déscolarisation, etc. ■

### Implications pratiques

- > Il n'y a pas de contre-indication à recevoir les couples et les familles en urgence, si on pense la crise en plus de penser l'urgence
- > Il est important de mieux connaître les caractéristiques des demandes en urgence, telles que le motif d'urgence et le facteur de crise
- > Une grande majorité des systèmes est satisfaite de la prise en charge urgence/crise
- > Recevoir des systèmes en urgence produit un gain thérapeutique, à savoir une baisse des symptômes et une résolution partielle ou totale de la crise
- > L'impact de ce type de prise en charge s'étendrait au-delà du développement d'une technique thérapeutique, pour prendre une dimension de santé publique



## Adresse

Dr Sonia León Giraldo  
Stéphanie Campergue et Liza Colin  
Drs Valérie Le Goff-Cubilier et Christian Bryois  
Unité de conservation pour le couple  
et la famille  
Hôpital psychiatrique de Prangins  
1197 Prangins

sonia.leon-giraldo@hospvd.ch  
stephanie.campergue@hospvd.ch  
valerie.le-goff@hospvd.ch  
liza.colin@nonlimit.ch  
christian.bryois@hospvd.ch

## Bibliographie

- 1 Colin L. Aller au-delà de l'urgence: étude des motifs d'urgence et des facteurs de crise lors de demandes de psychothérapies de famille ou de couple. Mémoire de Master I de psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie, Université Paris 8. Responsable de la recherche à l'UCCF: Campergue S, avec la collaboration de Le Goff-Cubilier V et León Giraldo S, Prangins, 2008.
- 2 \* Pautzé R, Touchette L, Joly J. Evolution des familles impliquées dans le programme crise-ado-famille. *Thérapie Familiale* 2007;28:45-62.
- 3 \* Cecchin G. L'utilisation de la crise en thérapie familiale: système familial et système de crise. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux* 1988;8:51-2.
- 4 \* Ausloos G. La compétence des familles. Paris: Erès, 1995.
- 5 Pittman F. Intervention dans des systèmes humains en crise: Thérapeute familial et institution: Le pot de terre contre le pot de fer. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux* 1988;8:67-9.
- 6 De Clercq M. L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient. *Santé Mentale au Québec* 1991;16:155-72.
- 7 Ausloos G. Finalités individuelles, finalités familiales, ouvrir des choix. *Thérapie Familiale* 1983;4:207-19.

\* à lire

\*\* à lire absolument