



# Crise et urgence en pédopsychiatrie

Stéphane Laudrin, Mario Speranza

DANS **ENFANCES & PSY** 2002/2 n<sup>o</sup>18 , PAGES 17 À 23  
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1286-5559

ISBN 2-7492-0021-0

DOI 10.3917/ep.018.0017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-2-page-17?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



## Crise et urgence en pédopsychiatrie

érés | *Enfances & Psy*

2002/2 - no18

pages 17 à 23

ISSN 1286-5559

---

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-2-page-17.htm>

---

---

Pour citer cet article :

"Crise et urgence en pédopsychiatrie", *Enfances & Psy*, 2002/2 no18, p. 17-23.

---

Distribution électronique Cairn.info pour érés.

© érés. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# Stéphane Laudrin, Mario Speranza Crise et urgence en pédopsychiatrie

Les notions de crise et d'urgence sont fréquemment confondues dans le discours psychiatrique bien qu'elles ne soient pas synonymes. Si la crise correspond à la rupture de l'équilibre d'un système confronté à un changement, l'urgence en pédopsychiatrie correspond à une situation de crise pathologique qui s'associe à un sentiment de danger imminent ou de risque vital pour le jeune et/ou pour son entourage. Il est évident que la notion d'urgence est donc liée directement à l'évaluation de la gravité de l'état du fonctionnement psychique du jeune par lui et/ou par son entourage comme à la dynamique du groupe familial autour de ce fonctionnement. C'est pour cela qu'on ne peut pas véritablement faire de différence entre l'urgence ressentie et l'urgence réelle, toute urgence nécessitant une intervention susceptible d'évaluer le potentiel de mobilisation du système afin de réduire ce sentiment de danger.

## CRISE PATHOLOGIQUE ET CRISE RÉACTIONNELLE

Mais revenons d'abord aux distinctions entre les notions de crise et d'urgence. Marcelli et Braconnier définissent la crise comme un « moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable ; elle dépend tout autant de facteurs internes qu'externes » (Marcelli et Braconnier, 1998). La crise est donc synonyme de changement subit, favorable ou défavorable, décisif quant au devenir. La crise, donc, ne signe pas intrinsèquement une pathologie. Au contraire, certaines crises, comme celles qui correspondent à l'adolescence avec

*Stéphane Laudrin  
est psychologue clinicien à la  
fondation Vallée, Gentilly.  
Praticien hospitalier,  
Mario Speranza est responsable  
de l'unité d'accueil  
et d'hospitalisation d'urgence  
de la fondation Vallée,  
CHU de Bicêtre.*



l'avènement de la puberté, sont salutaires, voire nécessaires, à la construction de soi. Parfois c'est même l'absence de crise qui est pathologique. La crise peut être développementale ou prendre sa source dans un événement externe qui va bouleverser l'équilibre interne (deuil, naissance, traumatisme, ruptures dans la continuité éducative, familiale, etc.). Cette double potentialité, positive et négative, de la crise est bien résumée dans le pictogramme chinois qui désigne ce terme et qui réunit les dimensions de danger et d'opportunité de changement. Son issue est donc variable, suivant qu'elle est ponctuelle et gérable, ou source d'une angoisse qui ne peut être contenue du fait d'une défaillance des contenants et d'un échec dans l'aménagement de l'organisation défensive qui aboutiront à l'émergence d'un symptôme ou d'un comportement pathologique.

L'entourage ou le jeune vont rapidement mettre en exergue ces symptômes, les amplifier et les médicaliser pour s'en débarasser au plus vite et ne pas remettre en question l'équilibre du système. L'entourage adressera alors un appel au secours à l'instance médicale ou sociale qui lui semblera la plus appropriée pour tout prendre en charge. L'urgence pour l'entourage ne sera plus de trouver des solutions à la crise mais d'évacuer le problème. L'urgence pourrait donc se définir comme une situation de crise qui n'aboutit pas à une réorganisation ou à une remise en question du fonctionnement du jeune ou de son entourage, mais plutôt à une rigidification de ce fonctionnement, avec la stigmatisation d'une personne ou d'un symptôme et à son éviction en tant que dépositaire et porteur du dysfonctionnement du système dans son ensemble. L'urgence est donc la partie émergée d'un iceberg beaucoup plus important qui est la crise.

On peut décrire deux vecteurs principaux d'une crise psychopathologique (de Clercq, 1997).

Le premier correspond à l'éclosion brutale d'une symptomatologie psychiatrique aiguë telle qu'un épisode délirant, un syndrome dépressif majeur, une agitation de type maniaque, des crises clastiques accompagnées ou non de crises d'angoisse majeures marquées par un sentiment de déréalisation et de danger imminent, des états confusionnels divers, des somatisations graves ou des conduites suicidaires.

Le second n'est pas identifié par des symptômes psychiatriques mais par un trouble réactionnel. Il concerne des sujets présentant des difficultés relationnelles importantes dans un contexte de crise environnementale, familiale ou sociale. Ces



deux vecteurs s'intriquent souvent au moment de l'urgence et peuvent déboucher sur une situation d'intolérance absolue et dangereuse entre le jeune et son environnement (milieu familial, scolaire, éducatif, etc.). L'angoisse envahit progressivement l'ensemble du fonctionnement psychique du jeune et de l'entourage vite dépassé et défaillant dans son rôle de contenant et de pare-excitation. On peut dire que l'angoisse, indépendamment de ses caractéristiques (morcellement, néantisation, dépersonnalisation, angoisse de perte de l'objet d'amour) et de son expression (mises en acte auto et hétéro-agressives, états confusionnels, etc.), est le dénominateur commun de toute véritable situation d'urgence (Mazet *et al.*, 1981). C'est autour de cette angoisse, qui témoigne de la souffrance psychique de l'enfant ou de l'adolescent et de son entourage, que s'impose une prise en charge soignante adaptée.

### LE DÉCODAGE DE LA DEMANDE D'URGENCE

La demande adressée aux soignants par le jeune et/ou les adultes est en général celle du soulagement le plus rapide possible de leur angoisse. Elle peut faire suite à des mises en acte auto ou hétéroagressives ou à la crainte que des actes de ce type se réalisent. Toutes les manifestations pathologiques d'un jeune, qu'elles prennent la forme d'une symptomatologie psychiatrique ou qu'elles s'inscrivent dans une pathologie relationnelle, s'adressent à la capacité des adultes à contenir et à donner des réponses rassurantes. Dans le cas contraire, un vécu inquiétant de la situation va amplifier l'angoisse du jeune et du groupe familial pris dans un cercle vicieux. Les ruptures, les mises en actes auto ou hétéro-agressives, peuvent parfois être le seul moyen pour le patient ou pour sa famille d'évacuer une angoisse devenue insupportable et menaçante pour leur intégrité psychique. L'acte correspond à un moment de rupture dans la mesure où il prend la place de la représentation psychique, comme une « proto-représentation » qui vise à inscrire dans la réalité ce qui ne peut plus s'inscrire psychiquement. En créant une brèche dans la réalité à la place de l'expression de la souffrance, l'acte remplit un rôle de décharge de tension. Son versant « négatif » réside dans l'aspect pathologique de l'acte en tant que moment de rupture psychique, avec la dangerosité pour soi et pour l'autre qui lui est inhérente.

L'après-coup, ou l'« après-acte », est un moment privilégié durant lequel le soignant peut prendre une place qui lui est déniée en dehors. Comme si l'acte, en tant que décharge d'un trop-plein d'excitation psychique, avait permis une ouverture sur soi et sur l'autre. La communication peut souvent être



rétablie de façon moins pathologique, un travail sur l'*insight* paraissant moins déstructurant et moins dangereux. Mais cette ouverture, qui fait suite à une situation de crise agie, est souvent codée et de courte durée, d'où l'importance d'un accueil immédiat pour essayer de mettre en paroles ce qui est seulement agi.

### **ARTICULER LES RÉPONSES IMMÉDIATES ET LES RÉPONSES DIFFÉRÉES**

Les réponses des soignants aux demandes de soin en urgence doivent non seulement tenter de soulager l'angoisse commune aux situations d'urgence, contenir les débordements psychiques, mais surtout tirer parti de l'ouverture sur soi et sur l'autre que provoquent les situations de crise.

Une prise en charge adaptée dans l'urgence avec un enfant ou un adolescent requiert un travail avec l'entourage, généralement avec la famille. L'implication, ou la non-implication, de la famille est un des facteurs pronostiques fondamentaux du processus de soin et l'on peut même aller jusqu'à dire qu'accepter l'absence de l'entourage sans la travailler compromet irrémédiablement la prise en charge et l'évolution de la situation. Les soignants, par leur position de tiers, peuvent favoriser l'ouverture d'un espace de dialogue entre le jeune et son milieu familial et social (école, internat éducatif, etc.). La séparation à moyen terme est parfois indiquée pour cette fonction.

Une prise en charge adaptée doit veiller aux réponses qu'elle apporte aux expressions de la crise, car elle peut soit figer le fonctionnement du jeune dans la répétition, soit rouvrir les échanges relationnels avec l'entourage. Le travail des soignants au cours d'une intervention d'urgence est donc de resituer l'acte dans un contexte relationnel et affectif pour inscrire la crise et sa rupture dans un processus narratif. Il s'agit de soutenir l'appareil à penser et l'activité représentationnelle qui a fait défaut dans l'acte et d'encourager le jeune à conflictualiser psychiquement sa souffrance. C'est pour ces différentes raisons que nous pensons que l'immédiateté et la spécificité de l'accueil représentent des points fondamentaux de la prise en charge en urgence, certains devant être présents à l'esprit.

Ne pas se laisser enfermer ou piéger par le climat très particulier de l'urgence qui incite à une réponse rapide, immédiate, dominée par l'action ;

Éviter que l'attitude soignante soit en miroir de celle du jeune pour qu'un nouveau passage à l'acte ne vienne pas



s'ajouter à ceux de l'enfant ou de l'adolescent et de son entourage. Pour cette raison, un certain temps de réflexion est nécessaire, visant à un degré de compréhension suffisant de la situation pour ne pas peser par des décisions prématurées, voire impulsives, sur l'avenir de l'enfant ou de l'adolescent. Il importe de réintroduire la dimension du temps et de la parole et de résister à notre besoin d'agir, lié à notre formation médicale.

Consacrer un temps suffisant à l'écoute de la situation de crise afin de rencontrer le problème tel qu'il nous est présenté par le jeune et la famille, c'est-à-dire répondre là où la demande est formulée.

Cependant, il faudra bien aller au-delà de la plainte concernant le jeune pour la resituer dans le contexte de vie de l'enfant. Il s'agit donc de maintenir la complexité de la demande et d'éviter de réduire les problématiques de manière excessive. C'est ainsi qu'un comportement violent ou délictueux doit être resitué dans le contexte psychopathologique d'apparition où il prend toute sa signification, mais sans que cela fasse oublier les implications éducatives ou judiciaires qu'il peut entraîner et qu'il faudra rappeler.

Si le symptôme de l'enfant ou de l'adolescent doit être compris comme une métaphore du fonctionnement familial et des échanges entre générations, il importe d'être attentif au jeune et à son entourage. Le temps de la prise de contact lors de l'accueil est primordial et il faut essayer d'aménager, même très brièvement, pour chacun des protagonistes une possibilité concrète de s'exprimer réellement. Voir tout le monde ensemble risque de prolonger le climat de confusion, de dramatisation et de majorer l'angoisse, mais cela permet en même temps d'éviter toute stigmatisation sur l'un des personnages présents. Il faut en effet éviter les alliances, veiller à ne pas se positionner dans un conflit, et privilégier avant tout la construction d'un lien thérapeutique.

Le premier entretien mérite donc une attention toute particulière, la qualité de ce contact déterminant l'adhésion et l'implication au projet de soin ultérieur. Aux soignants d'être attentifs au discours du jeune et de celui des parents et de savoir tirer profit de la mobilisation des compétences de la famille. Et, surtout, d'écartier des résolutions qui apparemment simplifient les problèmes mais qui, de fait, figent la situation. L'approche en équipe multidisciplinaire démontre ici son utilité.

En effet, l'urgence en psychiatrie infanto-juvénile ne saurait se concevoir autrement qu'inscrite dans un réseau de soins



pluridisciplinaire. Pour répondre correctement en urgence à la souffrance psychique d'un jeune il est indispensable de concevoir des réponses sur plusieurs niveaux et d'articuler étroitement les intervenants en amont et en aval de la situation de crise pour permettre de réinscrire la situation d'urgence dans une expérience de continuité. Les services de pédiatrie, l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, les services sociaux et de protection de la jeunesse et les juges des enfants sont les partenaires nécessaires du travail de l'urgence que nous concevons comme un travail de mise en perspective du parcours d'un enfant et de son entourage en crise.

### **INDISPENSABLE, LE RÉSEAU DE SOIN**

L'urgence en pédopsychiatrie n'est pas seulement le fait d'une défaillance des systèmes de soins, elle correspond à un phénomène complexe, lié à l'intrication entre la souffrance de l'enfant et celle de son environnement. La grande majorité de ces urgences constituent l'aboutissement d'une histoire complexe émaillée d'incidents divers auxquels de nombreuses instances ont essayé de répondre. Les statistiques montrent bien que le passage aux urgences représente presque toujours une des premières opportunités de rencontrer un psychiatre, même s'il ne s'agit pas de la première manifestation d'une souffrance, souvent déjà ancienne (comme les antécédents de maltraitance et les antécédents suicidaires en témoignent) [Speranza *et al.*, 1999 ; Alvin *et al.*, à paraître].

Les passages à l'acte auto-agressifs et les ruptures violentes avec l'environnement font la spécificité de l'urgence infantile. En raison de leur soudaineté et de leur caractère incompréhensible, ils portent le risque d'enfermer l'enfant et l'adolescent dans la répétition s'ils ne sont pas accueillis au moment de leur apparition. Une disponibilité immédiate, un temps d'évaluation prolongé et une connaissance spécifique des dynamiques des situations de crise sont les conditions essentielles du travail en urgence. La crise est un moment privilégié où la souffrance et l'angoisse sont telles que les défenses sont mobilisables et peuvent permettre de trouver un nouvel équilibre. Prendre du temps pour comprendre les circonstances de la crise est essentiel et représente une étape obligatoire avant toute proposition d'intervention. Une articulation multidisciplinaire avec les différents professionnels qui s'occupent des jeunes en difficultés est un des volets fondamentaux de cette approche de l'urgence en pédopsychiatrie.



## BIBLIOGRAPHIE

- ALVIN, P. ; GASQUET, I. ; TOURNEMIRE, R. de ; NOUYRIGAT, V. ; SPERANZA, M. « Les adolescents aux urgences hospitalières. À propos d'une enquête menée à l'AP-HP », *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* (sous presse).
- APPELBOOM-FONDU, J. ; GUILLON, M.-S. 1996. « L'urgence psychiatrique à l'hôpital pédiatrique », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 44, 8, p. 337-342.
- CLERCO, M. de. 1997. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, Bruxelles, De Boeck.
- MARCELLI, D. ; BRACONNIER, A. 1998. *L'adolescence aux mille visages*, Paris, Odile Jacob.
- MAZET, P. ; BOUQUEREL, G. ; MILLIER, C. 1981. « Urgences psychologiques et psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent », *Sem. Hôp. Paris*, 57, 15-16, p. 815-820.
- SPERANZA, M. ; SEIGNEUR, E. ; FERRARI, P. 1999. *Urgences psychiatriques à l'adolescence*, Journées Parisiennes de Pédiatrie, Flammarion, Médecine Sciences, p. 357-362.

## RÉSUMÉ

L'urgence en pédopsychiatrie correspond à un phénomène complexe lié à l'intrication entre la souffrance de l'enfant et celle de son environnement. La grande majorité des urgences constituent l'aboutissement d'une histoire complexe émaillée d'incidents divers auxquels de nombreuses instances ont essayé de répondre. Les passages à l'acte auto-agressifs et les ruptures violentes avec l'environnement en font la spécificité. Une disponibilité immédiate, un temps d'évaluation prolongé et une reconnaissance spécifique des dynamiques des situations de crise apparaissent des conditions essentielles du travail en urgence. L'articulation multidisciplinaire est l'un des volets fondamentaux de l'approche de l'urgence en pédopsychiatrie.

---

## Mots-clés :

Urgence, crise, passage à l'acte, théorie.