

Le projet E.R.I.C.

*Serge Kannas, Praticien Hospitalier au C.H.S. Charcot,
nous présente l'équipe rapide d'intervention de crise
inspirée en partie du modèle de l'Emergency Treatment Center
Créé par Diana Everstine à Palo Alto.*



Par les temps qui courent, les pouvoirs publics sont plutôt enclins à pousser les psychiatres à diminuer le nombre de lits de leurs services, au nom d'une certaine modernité, des "alternatives à l'hospitalisation". En même temps, ils amputent les budgets hospitaliers si "l'activité" de l'établissement baisse. Un tel double lien, qui n'est nullement l'apanage de la France, ne doit pas empêcher les professionnels de la psychiatrie de réfléchir aux problèmes que pose l'hospitalisation dans leur champ.

La question des buts et des moyens en psychiatrie a souvent été posée à partir du demi-cercle des besoins, ou de la "demande". Nous aimerions ici, en utilisant un point de vue systémique mettre l'accent sur le demi-cercle complémentaire, la réponse, ou l'offre de soins en psychiatrie¹, en particulier par l'hospitalisation.

Dirigeant d'un service psychiatrique public sectorisé en région parisienne, j'ai observé directement, en une dizaine d'années, plusieurs milliers d'hospitalisations. Certains patients étaient hospitalisés quelques jours, voire seulement quelques heures, et ne revenaient jamais plus. D'autres venaient quelques mois, ou même quelques années.

Certains, avant mon arrivée étaient là depuis plusieurs dizaines d'années. Aucun n'avait plus jamais quitté l'hôpital. D'autres encore restaient quelques semaines, sortaient, et revenaient à l'hôpital après un laps de

temps variable de quelques jours à quelques mois. Dans un premier temps de la recherche dans le service, nous nous sommes attachés à réfléchir au sens et à la fonction des hospitalisations de longue durée, pour en diminuer l'impact, car nous pensons "qu'il n'existe pas toujours de rapport direct entre le diagnostic médical et la restriction de capacité d'un patient à quitter l'hôpital"². L'objectif de cette recherche était au fond très classique. Il s'agissait à la fois d'apprendre à travailler avec des cas particulièrement lourds et graves, et en même temps de diminuer la taille du service afin d'en améliorer l'encadrement en professionnel, et de rebondir ainsi sur des soins plus intensifs et spécifiés, ce qui est évidemment impossible lorsqu'on effectue un travail de masse. C'est la conclusion provisoire de ce premier travail de recherche qui nous a amené au second : "le meilleur moyen de lutter contre l'hospitalisation chronique, c'est encore de la prévenir, c'est à dire d'éviter l'hospitalisation tout court. Nous avons tant d'exemples de patients dont

Une alternative à l'hospitalisation

L'hospitalisation inaugurale peut représenter l'entrée dans une carrière de patient professionnel, d'abord discontinue puis continue, sans que cela ne soit lié uniquement aux qualités de la maladie. Il est donc préférable de tout mettre en oeuvre pour éviter l'hospitalisation, tout en restant utile et thérapeutique..."2

Adopter un point de vue systémique et réfléchir à un travail de prévention de l'hospitalisation, c'était arriver au concept de crise. Que celle-ci désigne la crise familiale en tant que telle, c'est à dire la période d'instabilité entre deux étapes du cycle vital familial, et les symptômes qui en résultent, ou l'expression bruyante de ce déséquilibre par la pathologie. 2 et 3 Un groupe "crise" a donc fonctionné dans le service (il a donné lieu à une publication interne), utilisant le modèle de Langsley, et Kaplan, et de Pittman 4 . L'idée générale consistait à mobiliser un groupe de professionnels (médecins, infirmiers, psychologues, etc...) se différenciant de l'activité intra et extra hospitalière du service pour intervenir précocement, massivement et brièvement (quelques heures à quelques jours, au maximum un mois) en cas de risque ou de prescription de première hospitalisation à certaines conditions.

L'expérience fut jugée suffisamment intéressante, utile et didactique, malgré la petite taille de l'échantillon (dix cas), pour être prolongée. C'est l'objet du projet E.R.I.C. (Équipe Rapide d'Intervention de Crise).

L'idée s'inspire en partie du modèle de l'Emergency Treatment Center créé par Diana Everstine à Palo Alto. 5. Il s'agit de créer une équipe permanente et mobile d'interventions constituée de professionnels formés ou habitués, dans

**Ni S.O.S Psy.
Ni un service
d'urgence
psychiatrique
Ni un centre de
crise**

Intervenir précocement, massivement en cas de première hospitalisation

un secteur géographique donné, pour ce qui concerne les urgences psychiatriques et psychologiques aiguës. Il ne s'agit donc ni d'un système type SOS Psy, puisque le travail ne consiste pas uniquement à calmer ou à orienter, et peut se prolonger après la première intervention, ni d'un service d'urgence psychiatrique d'un hôpital, bien qu'il puisse le compléter, ni même d'un centre de crise, puisque les professionnels travaillent "le dos au mur", sans lit disponible autres que ceux négociés dans la communauté.

De telles expériences utilisant le

Des professionnels se différenciant de l'activité intra et extra hospitalière

modèle systémique, existent aux U.S.A., en Angleterre, en Hollande, en Belgique, en Italie et sûrement dans d'autres pays. Nous ne savons pas s'il existe en France, et nous serions heureux d'échanger des informations et de promouvoir des rencontres avec les équipes intéressées.

Bibliographie:

- 1 - Luigi Onnis : *le Système demande ; la formation de la demande d'aide selon une perspective systémique*, *Thérapie Familiale* vol. 5, n°4, 1984, pp. 341-348.
- 2 - S. Wiewiorka et S. Kannas : *approche systémique et chronocité en milieu hospitalier psychiatrique*, *l'Evolution psychiatrique*, 54, 3, 1989, pp. 595-614.
- 3 - S. Kannas : *approche systémique et pratique dirigeante de secteur psychiatrique public*, *l'information psychiatrique*, n°6, juin 1990.
- 4 - Langsley et Kaplan : *the Treatment of Families in Crisis*, Grune et Stratton, New York 1968.
- 5 - Diana et Luis Everstine : *people in Crisis. Tradefic therapeutic interventions by Diane Sullivan Everstine and Louis Everstine*. Ed Brunner, Mazel, publisher New-York.

Docteur serge KANNAS
C.H.S. CHARCOT
30, rue Marc-Laurent
78373 PLASIR CEDEX