

## **Le travail d'ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise)**

**Par Dr Frédéric Mauriac, Mme Jeannick Beaugé, Mme Marie-Claire Polus**

31 mars 2005

Trois collaborateurs d'ERIC, qui dépend de l'hôpital Charcot, un hôpital public de l'ouest parisien, sont venus à Genève pour partager leurs expériences avec les proches : Dr Frédéric Mauriac, médecin psychiatre praticien hospitalier, Mme Jeannick Beaugé, cadre de santé du service et Mme Marie-Claire Polus, infirmière.

ERIC est un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique émanant du service public hospitalier. Il intervient à la demande du SAMU ou de tout professionnel confronté à une urgence psychiatrique. Il a pour objectif d'intervenir en amont de l'hôpital afin de pouvoir offrir, le plus tôt possible, une alternative à l'hospitalisation en s'appuyant sur l'engagement et les compétences de l'entourage du patient. Il dispose d'une équipe d'urgence (1 psychiatre et 1 infirmier ou psychologue) disponible 24h/24, 7 jours sur 7, et peut réaliser un suivi de crise en post-urgence pour une durée maximum d'un mois.

Ce service a été créé en 1994 par un médecin qui, notant la présence de beaucoup de patients chroniques, essaya d'éviter l'hospitalisation et la chronicisation. Prenant 12-15 cas, il a tenté de découvrir comment ces patients sont venus à l'hôpital en premier lieu. A l'époque on soutenait qu'il n'y avait pas de situations d'urgence en psychiatrie. Mais il était convaincu que ces patients avaient été reçus pendant des moments de crise... et probablement accueillis de façon non adéquate. Ainsi a-t-il formé et organisé une équipe d'urgence et de crise.

Le groupe ERIC intervient – sur le lieu de la situation de crise, mais pas dans la rue – chaque fois qu'un partenaire souhaite son avis ou intervention du fait de l'intensité ou de la complexité de la situation, face à un problème psychologique ou psychiatrique aigu, ou lors d'une crise familiale (par ex., personnes délirantes, déprimées ou suicidaires, violence domestique, évaluation de besoin d'hospitalisation en psychiatrie...).

« L'urgence » correspond à ce que les familles ressentent comme telle. Après, le travail de l'équipe est de décider si c'en est vraiment une et, le cas échéant, d'agir. Il y a trois temps d'intervention :

- 1) évaluation de la situation par un médecin du SAMU
- 2) intervention d'une équipe d'ERIC (psychiatre et paramédical), précédée si besoin de l'intervention d'un médecin généraliste
- 3) travail de suivi par ERIC. L'équipe est organisée de la façon suivante : l'effectif comprend 17 infirmiers/ières, 3.8 médecins, 1 psychologue, 1 cadre et 1 secrétaire pour une population de 300'000 personnes.

ERIC intervient aussi dans une maison d'arrêt (en dehors des heures de travail dans celle-ci), dans le service d'urgence de Rambouillet et d'une clinique psychiatrique de l'ouest parisien en l'absence de ses psychiatres. Dans ce sens-là c'est un service de remplacement. Il est régulé par les appels du SAMU et utilise ses ambulances.

ERIC intervient aussi sur la demande des policiers, des assistants sociaux, des infirmières scolaires mais pas (en principe) des familles. Mais l'équipe est victime de son succès et reçoit de plus en plus d'appels directs des familles – qu'elle renvoie vers leurs réseaux de soins.

Le premier contact, par téléphone, permet de « dégrossir », une première évaluation et une phase d'organisation. On évalue la dangerosité, le contexte psychiatrique, les antécédents, le contexte relationnel, le degré d'urgence. On travaille toujours en binôme – un principe très important qui permet de se distancer dans les situations chargées d'émotions. On collabore étroitement avec la police : si un des deux membres du binôme a peur, on demande à être accompagné par la police, mais celle-ci reste en observateur, en réserve.

Parfois l'équipe ne fait qu'aider les professionnels à gérer eux-mêmes la situation. Mais si elle décide d'agir, elle le fait aussi tôt que possible. La mobilité permet de rencontrer l'entourage, facilite le premier contact avec la psychiatrie. Le soignant passe d'accueillant à accueilli.

Comme cadre théorique, l'équipe se base sur un modèle systémique. Elle ne travaille pas avec le patient isolé, mais prend la famille en compte. Néanmoins, le but n'est pas de changer la famille, mais de l'aider à sortir d'une crise. Elle ne

propose pas forcément une thérapie de famille. Mais elle travaille sur les relations à l'intérieur de la famille et s'appuie sur les ressources de celle-ci pour sortir de la crise. (Dans l'approche systémique, le patient est vu comme faisant partie d'une famille, d'un système. Si une personne change, alors tout peut être modifié à l'intérieur de la famille. Dans l'approche psychanalytique, le soignant a une relation individuelle avec le patient, et l'approche est beaucoup basée sur le principe de l'inconscient.)

#### ERIC

- informe les familles qu'elles ont le droit d'être protégées contre la violence – et qu'elles peuvent faire appel à la police pour cela
- évalue les ressources des familles pour maintenir la personne malade à domicile
- recueille les informations que les familles peuvent fournir
- leur donne quittance de leur souffrance
- soutient la famille, ne pose pas en expert
- parfois propose l'hospitalisation à court terme (« lits-portes »)
- essaie de revaloriser l'autorité parentale, l'entourage
- essaie d'assurer la prise de médicaments
- pendant la phase de suivi, visite tous les jours pour vérifier si le maintien à domicile est toujours possible.

La période d'intervention se limitant à un mois, les familles peuvent se sentir « abandonnées ». Mais c'est un service d'urgence ; ceci est expliqué clairement aux familles dès le début. L'équipe essaie de mettre en place le relais et dès le début de l'intervention pense à ce qu'ils pourront proposer pour la suite.

#### **Discussion**

Q : Les crises peuvent se répéter. ERIC intervient-il encore ?

R : Oui, mais sur la base d'autres ressources. La famille aura appris des choses entre-temps, même si le patient n'accepte pas sa maladie ou d'être soigné.

Q : Pourquoi s'occuper d'un patient pendant un mois ? Ce n'est plus une « urgence » .

R : Pour mettre en place le relais. C'est la phase post-urgence.

Q : Est-ce que ce genre de service existe ailleurs en France ? Sinon, est-ce qu'ERIC est reconnu comme une expérience pilote ? Est-ce qu'on l'étudie en vue de le reproduire de façon systématique ?

R : Il n'existe pas ailleurs. C'est une expérience unique et on ne voit pas très bien comment on pourrait la reproduire ailleurs, étant donné les qualités et capacités tout à fait exceptionnelles des membres de cette équipe. Quelque chose de ce type, EMILIE, va être mis sur place à Nice. Mais chaque équipe doit faire intervenir sa propre créativité.

Q : Que fait ERIC dans le cas d'une personne qui, peut être après une expérience traumatique avec la psychiatrie, se barricade chez lui et refuse de consulter ?

R : L'équipe essaie d'intervenir auprès de la famille pour interpeller le jeune d'une autre manière, de changer la dynamique relationnelle. Elle travaille un bon moment avec la famille en premier lieu.

Commentaire (d'un soignant faisant partie de l'équipe SIM à Lausanne) : Le courant psychanalytique est peut-être responsable du fait qu'on ne va pas chez le patient (qui doit venir vers le thérapeute) et, ainsi, du fait que cette expérience ne se reproduit pas facilement ? Mais dans un état de crise psychotique, le patient n'est pas capable de venir ; à ce moment-là il faut aller vers le patient.

Q : L'intervention de la police dans les situations de crise peut être très traumatisante. La police parisienne a-t-elle été formée pour ces interventions ?

R : Souvent elle se tient en arrière-plan. Avec la pratique, les policiers deviennent psychologues. Leur rôle est d'empêcher la violence et de garantir la protection pour tout le monde. ERIC se renseigne auprès de la famille sur la probabilité de la violence.

Q : Considère-t-on le cas d'un patient qui reste en phase de déni et refuse de se faire soigner comme un cas d'urgence ?

R : ERIC agit parfois dans ce sens-là. Q : La dangerosité est-elle le seul critère d'intervention ? Et la souffrance ? Il y a des situations qui durent pendant des mois.

R : Non. ERIC intervient aussi dans des situations d'isolement, d'enfermement, de solitude.

Q : Quel est le point de vue d'ERIC sur le secret médical dans le cas d'un patient qui ne veut pas que sa famille soit informée ?

R : Le secret médical n'est pas forcément un obstacle. Il doit s'appliquer à l'intimité. Il ne devrait pas empêcher la communication d'informations importantes, surtout en cas de crise ! Si le patient insiste, le médecin peut lui dire qu'il ne pourra pas garder le secret, qu'il ne pourra pas travailler avec lui dans ces conditions-là.