



ACTUALITÉS

Une unité de soin dédiée à la période de 72 heures

L'association de santé mentale du XIII^e arrondissement de Paris restructure son pôle urbain et ouvre un Centre 48-72 heures. Précisions avec Bernard Odier, responsable médical.

Santé mentale : La Polyclinique (1) a été profondément restructurée. Pourquoi ?

Bernard Odier. À ses fonctions traditionnelles de Centre d'accueil et de crise (CAC) et de service d'hospitalisation libre d'une trentaine de lits, et à sa capacité de mener des traitements ambulatoires intensifs, s'ajoute depuis le 16 août une petite unité fermée d'une demi-douzaine de lits. Elle a pour vocation de traiter de façon aussi dynamique que possible les phases initiales de « *soins psychiatriques sur demande d'un tiers* » (selon la loi du 5 juillet 2011, 2). En déplaçant de Soisy-sur-Seine (où l'ASM13 dispose d'un hôpital psychiatrique) à Paris le lieu privilégié pour ce temps d'observation, en le situant à la Polyclinique avec ses possibilités élargies de traitement contractuel et en développant les articulations avec les équipes du Centre médico-psychologique (CMP), nous espérons réunir des conditions favorables à une évolution rapide des malades, dans les limites, bien sûr, des possibilités actuelles de la thérapeutique.

Nous cherchons par ailleurs à nous adapter à la réduction en peau de chagrin de nos moyens, qui sont insensiblement mais sûrement érodés par l'augmentation de nos charges immobilières diverses. Stratégiquement, nous installons donc nos lits d'hospitalisation de façon à limiter les conséquences de ce rationnement. Les trois autres actions que nous menons sont communes à beaucoup de secteurs psychiatriques : développer des partenariats avec des bailleurs sociaux, convertir les lits d'hospitalisation supprimés en lits de moyen séjour et en places médico-sociales.

SM. Vous disposez aujourd'hui d'un Centre 48-72 heures, quel en est l'objectif ?

Bernard Odier. L'expérience du CAC nous a montré qu'il existe différents rythmes d'amélioration clinique. Certains patients repartent rassurés après seulement quelques heures de prise en charge, d'autres ont besoin de passer une bonne nuit pour se retrouver, d'autres encore de quelques jours pour rétablir des relations ou ressentir

les effets d'un traitement. Il n'est donc pas cliniquement absurde selon nous de figurer des échéances temporelles. Avec ce Centre 48-72 heures, nous affirmons notre intention de mettre en place une disponibilité particulière pendant cette période-là. Ce Centre a des fonctions d'observation clinique, de mise en œuvre rapide des premières mesures thérapeutiques, et d'élaboration de propositions à même d'obtenir l'accord du malade.

SM. Comment cette nouvelle structure s'inscrit-elle dans les dispositifs existants ?

Bernard Odier. Rappelons que ces durées de 48 et 72 heures sont apparues dès la circulaire de 1986 (3) qui décrivait les institutions sectorielles. Il s'agissait alors de Centre d'accueil permanent (CAP), dispositifs essentiellement ambulatoires mais qui pouvaient disposer de possibilités d'hospitalisation libre pour 48 ou 72 heures (dénommés alors CAP 48 ou CAP 72 selon leur durée d'accueil), comme les CAC. Il en existe quelques-uns en France.

Par la suite, le rapport Piel et Roelandt en 2001 (4), puis celui de Cléry-Melin, Kovess et Pascal en 2003 (5) ont proposé des structures capables d'assurer une première période d'observation et de soins de 72 heures au maximum dans des situations initiales pouvant déboucher, s'il y a lieu, sur des obligations de soins plus durables. Ces deux rapports soutiennent l'idée qu'une décision d'hospitalisation sans consentement témoigne d'une crise à traiter comme telle. Dans la même ligne, la loi du 5 juillet 2011 (2) définit une période initiale de 72 heures caractérisée par l'observation, la surveillance clinique et l'opportunité de faire évoluer rapidement une posture de refus de soins.

Mais la notion de 72 heures n'est pour nous qu'indicative, et des traitements dans l'unité fermée de la Polyclinique peuvent durer jusqu'à une semaine. Il serait de toute façon difficile de conduire des prises en charge plus longues dans une unité aussi petite.

Nous avons aussi cherché à anticiper l'augmentation probable des admissions en soins pour péril imminent maintenant

que l'avis d'un tiers n'est plus indispensable. Nous sommes aujourd'hui bien placés à la Polyclinique pour faire évoluer rapidement ces situations si nécessaire.

SM. Après quelques semaines de fonctionnement, qu'avez-vous constaté ?

Bernard Odier. Les premières constatations sont encourageantes. Seulement un tiers des patients admis dans cette unité ont vu leur séquence d'hospitalisation sous contrainte durer au-delà d'une semaine et nécessiter leur transfert à l'hôpital. Un autre tiers d'entre eux ont poursuivi leur traitement en ambulatoire, les autres ont été admis dans le service ouvert de la Polyclinique, parfois en hospitalisation séquentielle hebdomadaire. Bien entendu, il est trop tôt pour dresser un bilan de l'efficacité thérapeutique de cette formule. Il faudra voir dans l'après-coup si un certain nombre de décisions n'ont pas été trop hâtives ou trop optimistes. Il faudra faire le bilan de ce que nous apprenons sur le plan clinique et psychopathologique de ces positions de refus de soin et de leurs évolutions. Une difficulté pour les médecins et les soignants consiste à accepter ce temps limité pour engager une action thérapeutique comme une contrainte pesant davantage sur eux que sur les patients.

1- La Polyclinique René-Angelergues constitue le pôle urbain d'accueil et d'hospitalisation de l'Association de santé mentale du XIII^e arrondissement de Paris (ASM13). Une nouvelle unité fermée vient s'intégrer à un dispositif qui comprend un centre d'accueil et de crise (CAC), une équipe assurant l'accueil à temps partiel, 40 lits d'hospitalisation.

2- Loi 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

3- Circulaire n° 74-59 du 14 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements publics

4- De la psychiatrie vers la santé mentale, Rapport de mission, Éric Piel, Jean-Luc Roelandt. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. La Documentation française, 2001.

5- Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, Rapport de Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. La documentation française, 2003.

