

Le ROUVRAY

Dossier :
Côté jardin...

Sommaire

Éric de Falco

*Nouveau Président
du Conseil
de Surveillance*

P. 2

DOSSIER

Côté jardin...

P. 3-6

GROS PLAN

*La Loi du 5 juillet 2011
relative aux soins
psychiatriques*

P. 7-13

PSYCHIATRIE

*L'éducation
thérapeutique
dans les troubles
bipolaires*

La Certification V2010

P. 14

MOUVEMENTS

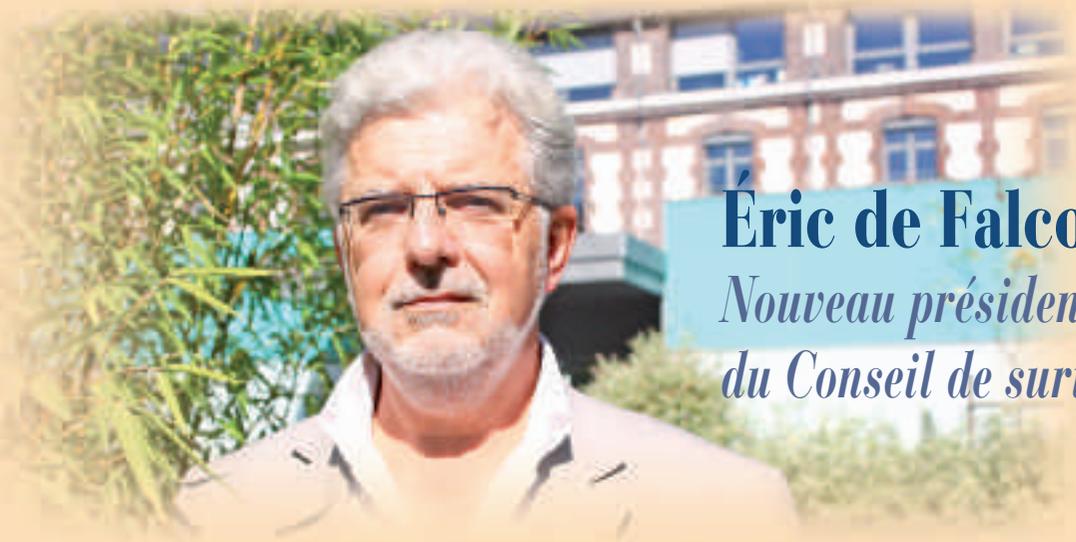
P. 15

**MÉMOIRE
DU ROUVRAY**

P. 16



N° 46 - OCTOBRE 2011



Éric de Falco : Nouveau président du Conseil de surveillance

Cet été, Éric de Falco, conseiller général de Rouen, a pris la succession de Michel Bérégovoy à la tête du Conseil de surveillance du centre hospitalier du Rouvray. Réforme de la santé, état de la psychiatrie et souhaits pour l'hôpital du Rouvray, le nouveau président fait son tour d'horizon.

Vous êtes conseiller général socialiste sur le canton Rouen 1 et chirurgien-dentiste à Rouen. Ces deux fonctions vous ont-elles poussé à prendre la tête du Conseil de surveillance ?

Pour être nommé président du Conseil de surveillance, il faut être un élu local. J'ai été membre du Conseil d'administration de l'hôpital de Rouvray – avant la réforme de la santé, loi HPST – et lorsque Michel Bérégovoy a annoncé son départ, j'ai été candidat à la présidence. En tant que chirurgien-dentiste, je suis sensibilisé aux questions de santé.

D'ailleurs, je suis également membre du Conseil de surveillance au CHU de Rouen, vice-président du Conseil de surveillance à l'hôpital du Belvédère, membre de la commission exécutive de la Maison départementale du handicap, vice-président de la commission médico-sociale de la conférence régionale de santé et délégué de cette conférence Haute-Normandie à la conférence nationale de santé. J'ai fait 10 ans de syndicalisme pour les professions libérales, je me sens entièrement impliqué dans les instances de santé, et utile à l'établissement au travers de ces fonctions.

Et êtes-vous particulièrement sensible à la psychiatrie ?

J'ai découvert l'hôpital psychiatrique du Rouvray grâce à un ami, Denis Godefroy, qui était arthérapeute. J'ai tout de suite été sensibilisé par la psychiatrie. C'est un secteur médical qui manque cruellement de moyens, surtout en France, et il y a de moins en moins de psychiatres formés.

Est-ce votre ressenti au Rouvray ?

La restructuration du centre est à finir, certains secteurs sont à moderniser et il nous faudrait davantage de moyens. La difficulté de l'Agence régionale de santé est d'apporter une analyse en fonction du public, des pathologies, des secteurs. L'ARS n'apporte qu'une analyse globale qui n'est pas souvent en phase avec les besoins. On se rend compte que l'ARS n'est pas un lieu d'autonomie mais existe pour faire redescendre les directives nationales. Et la question du droit du patient et du secret médical pose de sérieux problèmes depuis la réforme de l'hospitalisation d'office.

Qu'en est-il ?

Eh bien depuis le 1^{er} août dernier, à l'arrivée à l'hôpital, puis au bout d'une semaine d'hospitalisation, les malades rencontrent un expert psychiatre qui établit un rapport. Ils doivent être présentés alors devant un juge des libertés. Deux fois par semaine, sont organisées des navettes pour emmener les patients au tribunal. Ces déplacements demandent des moyens humains, des infirmiers qui ne sont plus dans leur service et des ambulances mises à disposition, ce qui entraîne un coût. Devant le magistrat, en audience publique leurs dossiers sont ouverts et ne sont donc plus confidentiels. Le secret médical est bafoué. Je me demande comment le conseil de l'ordre des médecins a pu laisser faire une chose pareille !

Cet état de crise est commun à tous les hôpitaux psychiatriques ?

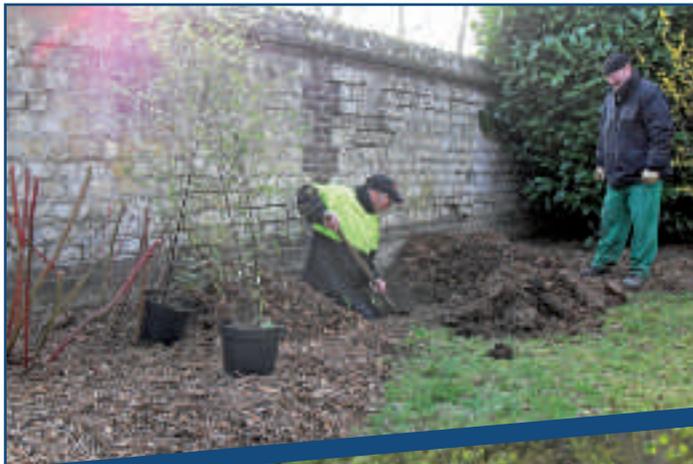
Oui, et notamment dans notre région. La Haute-Normandie a de gros manques, elle compte de moins en moins de médecins et cumule des problèmes médicaux et sociaux. Il n'y a pas assez de moyens pour la prévention dans la région et la seule proposition de l'ARS est de gérer cette pénurie. Il faudrait un rééquilibrage interrégional des moyens car toutes les régions n'ont pas les mêmes manques et les mêmes besoins, ce que le gouvernement actuel refuse d'admettre. Attendons les prochaines élections présidentielles !

Que souhaiteriez-vous pour l'hôpital du Rouvray ?

Qu'on lui donne les moyens de fonctionner ! Il faut faire en sorte que l'hospitalisation des patients soit la plus courte possible pour deux raisons. La première est financière, un traitement ambulatoire est beaucoup moins coûteux. Et la deuxième est du point de vue du patient, qui se trouve beaucoup moins désocialisé. L'hospitalisation à domicile, lorsqu'elle est possible, nécessite en revanche des moyens différents, des associations et des structures pour former les professionnels et assurer la continuité de la prise en charge, et particulièrement dans les établissements médico-sociaux. Un infirmier à domicile n'a pas la même action qu'un infirmier exerçant en hôpital psychiatrique. De même pour les aides-soignants et les accompagnants de vie. Il faut des acteurs qui aient des moyens à hauteur de leur mission, dans tous les cas. Les combats à mener sont nombreux et forts. Or, l'État est plutôt en phase de réduction budgétaire. J'ai des convictions fortes, j'essaie de les faire partager à tous les étages où j'interviens.

Côté jardin...

Le personnel sur les différentes situations de travail



L'aménagement de la cour intérieure de l'UNACOR



La tonte des espaces verts avec motifs





Les coins jardins des appartements thérapeutiques



Les aménagements d'espaces



> Quelques chiffres

- 90 hectares de parc dont 42 hectares entretenus par le service parc et jardins.
- 19 personnes travaillent dans le service dont 3 encadrants.
- Le parc compte 51 000 plantes.
- À la saison des chrysanthèmes, 5 000 fleurs sont plantées.



L'environnement : une priorité pour l'hôpital



Taille des haies, désherbage, élagage, plantations, fleurissement... le service Parc et jardins de l'hôpital du Rouvray assure la conception et l'entretien des 90 hectares intra-muros mais aussi des jardins des structures extérieures. Thérèse Derisbourg, Directrice des Services Économiques et Logistiques, et Bertrand Bredel, responsable du service Parc et jardins, nous ouvrent les portes et dévoilent leurs projets pour les mois à venir.

L'établissement est en pleine restructuration foncière, quels sont les projets de votre service ?

En effet, des projets immobiliers de l'établissement découlent les aménagements paysagers qui permettent d'intégrer au mieux ces constructions nouvelles dans notre environnement. Ces nombreuses créations vont mobiliser notre équipe durant toute la période hivernale et jusqu'en 2013.

L'aménagement des espaces verts de l'UMD, doit être impérativement achevé avant la mise en service de l'unité prévue en janvier 2012. Viendront ensuite les chantiers du futur Henri Ey, de l'IFSI et du futur Duchêne.

De même, l'entrée principale de l'établissement, ainsi que les abords de l'UNACOR seront réaménagés dès que le portail sera posé et que la nouvelle route sera terminée. Probablement en septembre.

D'autres créations viendront s'intercaler sur ce planning déjà chargé si l'on considère que l'entretien du parc (tontes, taille de haies, etc...) et le fleurissement du CH du Rouvray ne devront pas être négligés pour autant.

Du travail en perspective !

Le développement durable est un sujet d'actualité, quelles sont vos actions à ce sujet ?

Le développement durable est au cœur de nos préoccupations quotidiennes.

Citons en premier lieu, notre consommation de produits phytosanitaires : comme vous le savez peut-être, notre service (comme l'ensemble des services de la DSEL) est certifié ISO 9001, et à ce titre nous tenons à jour des indicateurs de performance (de progrès). Chaque année notre consommation de produits phyto est en diminution. Un programme de lutte biologique a été entrepris au niveau des serres où l'équipe produit chaque année environ 67 000 plantes.

Différentes techniques sont appliquées pour limiter le désherbage (utilisation de paillis sur les massifs du parc) et diminuer les arrosages. Nous sommes en veille permanente afin d'être à la pointe des pratiques responsables en terme d'environnement.

La quasi-totalité des déchets verts produits sont compostés afin d'être réintroduits dans les massifs, ce qui limite l'achat de terre et d'amendement. C'est là encore une économie de camions sur les routes.

Nos élagueurs pratiquent la taille-douce sur les arbres du parc afin de respecter au maximum leur port naturel. Nous sommes, à ce sujet, consultés par le service travaux lors de l'implantation de nouveaux bâtiments afin de préserver le plus possible les sujets existants.

Nous sommes les premiers acteurs de ce virage du développement durable et nous prenons ce rôle très au sérieux.

Le patient est-il sensible à l'entretien des espaces verts ?

Pour le patient et ses proches, le parc constitue un lieu de promenade privilégié. C'est un endroit calme où il peut, le temps d'une balade, se ressourcer et se détendre. Nous nous inscrivons dans une démarche thérapeutique, en accueillant des patients au sein de notre activité de production. Après avoir recueilli des témoignages de soignants, le parc est considéré comme un véritable atout pour le bien-être du patient. C'est cette notion qui anime l'ensemble de l'équipe et son encadrement.

Loi 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.

Au journal officiel du 6 juillet, a été publiée la loi mentionnée ci-dessus. Cette loi modifie la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs condition d'hospitalisation qui abrogeait la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Concernant les patients souffrant de troubles mentaux, la loi de 1838 n'envisageait que les hospitalisations contraintes: placement volontaire ou placement d'office (troubles à l'ordre public). La loi de 1990 a remplacé les placements volontaires et d'office par l'hospitalisation sur demande de tiers ou d'office, et a développé les droits des patients. La loi de 2011 remplace la notion d'hospitalisation contrainte par celle des soins contraints sur décisions du Directeur ou du Préfet.

Cette loi résulte d'une évaluation de la loi de 1990 concrétisée notamment par le rapport de l'IGAS (Strohl septembre 1997) et un rapport conjoint IGAS, IGSJ (mai 2005). Elle s'inspire également d'avancées du droit européen. Le discours du Président de la République du 2 décembre 2008 (Antony) a accéléré la procédure de révision de la loi de 1990.

Le 5 mai 2010, a été déposé un projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques accompagné d'une intéressante étude d'impact. À la suite de la décision du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010 stipulant qu'une prolongation d'une hospitalisation complète après 15 jours nécessitait l'autorisation du juge judiciaire, gardien constitutionnel des libertés individuelles, le projet de loi a été amendé. Celui-ci a fait l'objet d'un rapport rédigé par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale (Guy LEFRAND) et le débat parlementaire a été marqué par la volonté du gouvernement de ne pas dénaturer son projet. Le 9 juin 2011, une deuxième décision du Conseil Constitutionnel impose, lorsque le Préfet ne suit pas la proposition du

psychiatre de lever une mesure d'hospitalisation, un réexamen à bref délai. Cette décision a donné lieu à l'adoption d'un amendement important.

En raison de la date d'effet donnée par le Conseil à ses décisions (1^{er} août), la procédure parlementaire a été conduite de manière rapide et s'est achevée par la publication de la loi au journal officiel du 6 juillet 2011. Deux décrets d'application ont été publiés au JO: l'un relatif au programme de soins et aux UMD, l'autre relatif à la procédure judiciaire de main levée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Trois circulaires ministérielles ont permis un commentaire des dispositions législatives et réglementaires: Justice (22 juillet), Travail, Emploi, Santé (29 juillet), Intérieur et Emploi Travail Santé (11 août). Ces dispositions ont été intégrées dans le Code de la Santé Publique: 3^e partie: lutte contre les maladies et dépendances, livre 2: lutte contre les maladies mentales, et c'est en conséquence à ce code que correspondent les articles mentionnés dans ce travail.

Celui-ci se limite à exposer les innovations de la loi du 5 juillet 2011 communes aux patients en soins psychiatriques sur décisions du Directeur ou du Préfet.

Une présentation plus précise du droit complexe, lié cette loi a été réalisée en adoptant une démarche progressive conduisant à examiner successivement:

I – Des dispositions préalables.

II – Les innovations communes aux patients en soins psychiatriques sur décisions du Directeur ou du Préfet.

III – Les dispositions spécifiques aux patients en soins psychiatriques sur décisions du Directeur

IV – Les dispositions spécifiques aux patients en soins psychiatriques sur décisions du Préfet.

V – Les dispositions complémentaires relatives au contrôle.

Cette présentation est disponible sur le site internet intranet du Centre Hospitalier du Rouvray.

Les innovations communes aux patients en soins psychiatriques sur décisions du Directeur ou du Préfet.

- On remarquera logiquement que l'expression soins psychiatriques remplace celle d'hospitalisation et on retiendra 5 types d'innovations concernant :

A) La Période d'Observation et de Soins Initiale (POSI).

B) La dualité des formes de prise en charge (hospitalisation complète et intervention du JLD ; autre forme avec programme de soins).

C) Les supports médicaux et collégiaux des décisions.

D) Le renforcement des droits des patients.

E) La convention relative aux patients en soins psychiatriques sans consentement, pris en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète.

- À titre complémentaire, on doit indiquer l'innovation relative à un régime renforcé concernant des patients ayant fait l'objet ou faisant l'objet d'une hospitalisation en UMD ou pour irresponsabilité pénale. Cette innovation n'est qu'évoquée car elle est importante mais sera développée dans les dispositions spécifiques aux soins psychiatriques sur décision préfectorale (cf.IV).

A - La Période d'Observation et de Soins Initiale. (L3211-2-2)

Lors de l'évaluation de la loi du 27 juin 1990, cette période a été recommandée par les rapports IGAS (Strohl septembre 1997) et IGAS, IGSJ (mai 2005). Elle constitue une innovation très importante de la loi du 5/07/2011.

- Dès son admission (sur décision du Directeur ou du Préfet), le patient est en Période d'Observation et de Soins Initiale pour 72 heures, sous la forme d'une Hospitalisation Complète (HC).

- Dans les 24 heures, un médecin réalise un examen somatique complet et un psychiatre qui ne peut être l'auteur d'un certificat d'admission, établit un certificat médical constatant l'état médical, confirmant ou non la nécessité de maintien des soins psychiatriques au regard des conditions d'admission, troubles mentaux :

- rendant impossible le consentement et état mental nécessitant des soins (L3212-1 I)
- nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte à l'ordre public. (L3213-1 I)

- Dans les 72 heures, un nouveau certificat médical est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil n'ayant pas rédigé un certificat médical d'admission.

- Lorsque les 2 certificats médicaux ont conclu à la nécessité du maintien des soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose, dans un avis motivé (établi avant l'expiration des 72 heures), une forme de prise en charge :

- hospitalisation complète (HC)

- autre forme incluant des soins ambulatoires pouvant comporter des soins à domicile dispensés par l'établissement de santé et le cas échéant, des séjours dans cet établissement. Dans cette hypothèse, le psychiatre établit un programme de soins.

B - La dualité des formes de prise en charge (hospitalisation complète et intervention du JLD ; autre forme avec programme de soins).

Après avoir étudié les deux formes de prise en charge : hospitalisation complète avec intervention obligatoire du Juge des Libertés et de la Détenue (JLD) et possibilité d'autorisation de sortie ou autre forme notamment ambulatoire avec programme de soins, on indiquera, qu'en cas de nécessité, une modification de la forme de la prise en charge est possible.

1. Prise en charge sous forme d'hospitalisation complète avec intervention obligatoire du JLD (15^e jour, 6 mois) et possibilité d'autorisation de sortie de courte durée.

En cas d'hospitalisation complète, l'innovation essentielle de la loi du 5/07/2011 réside, en cohérence avec la décision du Conseil Constitutionnel du 26/11/2010, dans l'intervention obligatoire du JLD pour autoriser la poursuite de cette hospitalisation au-delà de 15 jours et pour toute période continue de 6 mois. La loi maintient les autorisations de sortie de courte durée (maximale 12 heures), mais supprime les sorties d'essai.

a - L'intervention obligatoire du JLD. (L3211-12-1)

Conformément aux enseignements de la décision du Conseil Constitutionnel du 26/11/2010, une autorité administrative ne peut priver un patient de sa liberté que pour une durée limitée. Au-delà d'une certaine durée, il n'est plus qualifié et seul le juge judiciaire, gardien constitutionnel de la liberté individuelle, est une autorité qualifiée. L'exposé complexe du dispositif relatif au JLD sera complété par des indications brèves concernant la procédure d'appel.

■ Concernant le JLD, il faut exposer les règles concernant la saisine et l'audience qui conduisent à l'ordonnance du JLD.

LA SAISINE doit être opérée par le Directeur ou le Préfet en respectant des délais et en joignant des pièces nécessaires.

➤ Délai. (L3211-12-1 et R3211-27)

- Pour la poursuite d'une hospitalisation complète, 15 jours après la décision d'admission ou celle modifiant la forme de prise en charge en procédant à l'hospitalisation, le juge doit être saisi, au moins 3 jours avant l'expiration du délai de 15 jours.

- Pour la poursuite d'une période semestrielle continue d'hospitalisation complète survenant à la suite :

- d'une décision judiciaire prononçant une hospitalisation (personne déclarée, pour cause de trouble mental, irresponsable pénalement) ;
- ou d'une décision du JLD autorisant la poursuite de l'hospitalisation complète :
 - au-delà de 15 jours,
 - après une demande de levée,

après une saisine du Directeur (dans le cas d'une divergence psychiatre/Préfet), le juge doit être saisi au moins 8 jours avant l'expiration du délai de 6 mois.

➤ **Pièces. (R3211-28)**

Doivent être joint, à la requête, d'une part l'avis conjoint de 2 psychiatres de l'établissement (un participant à la prise en charge et un autre ne participant pas à cette prise en charge) se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète, et d'autre part les pièces suivantes précisées par le décret du 18/07/2011 :

- pour une admission en soins psychiatriques :
 - À la demande d'un tiers : identité du tiers, copie de la demande du tiers,
 - Ordonnée par le Préfet : copie de l'arrêté d'admission,
 - Ordonnée par une juridiction : copie de la décision et de l'expertise
- copie des certificats et avis médicaux au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile dont ceux sur lesquels la décision la plus récente se fonde.

L'AUDIENCE (L3211-12-2) conduit à examiner son lieu, son caractère public ou en Chambre du Conseil.

- L'audience a lieu au siège du Tribunal de Grande Instance mais le JLD peut, si une salle d'audience a été spécialement aménagée à l'hôpital, décider de statuer dans cette salle. Il peut également décider que l'audience se tienne dans cette salle avec liaison audiovisuelle au Palais de Justice. Cette option nécessite un avis médical attestant que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé et implique que le Directeur se soit assuré de l'absence d'opposition du patient.

- L'audience est publique mais pour une des raisons suivantes :
 - publicité des débats pouvant entraîner une atteinte à l'intimité de la vie privée
 - désordres de nature à troubler la sérénité de la justice
 - demande de toutes les parties

Le juge, peut décider que les débats auront lieu en chambre du Conseil (hors la présence du public).

Au cours de l'audience, le patient est entendu, le cas échéant assisté ou représenté par son avocat. Si au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, le patient, est représenté par un avocat, choisi ou à défaut, commis d'office.

L'ORDONNANCE du JLD doit intervenir avant l'expiration des périodes d'hospitalisation complète concernées (15 jours, 6 mois) et à défaut, la main levée de l'hospitalisation complète est acquise. (L3211-12-1 IV).

Si le juge ordonne la main levée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que celle-ci prenne effet dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins soit établi. (L3211-12-1 III)

■ **Procédure d'appel. (L3211-12-4).**

L'ordonnance du JLD est susceptible d'appel devant le 1^{er} Président de la Cour d'Appel ou son délégué.

L'appel n'est pas suspensif mais lorsque le JLD a prononcé la main levée de l'hospitalisation complète, le procureur peut, en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, demander, dans un délai de 6 heures, au 1^{er} Président, de le déclarer suspensif. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à l'appel un effet suspensif.

L'audience se déroule selon les mêmes caractéristiques que celles décrites pour le JLD. Le 1^{er} Président ou son délégué statue à bref délai.

Quand un effet suspensif a été donné à l'appel, le 1^{er} Président statue dans les 3 jours à compter de la déclaration d'appel, mais en cas d'expertise, sa décision intervient dans les 14 jours suivants l'ordonnance prescrivant l'expertise.

b – Les autorisations de sortie de courte durée. (L3211-11-1)

Elles constituent un assouplissement de l'hospitalisation complète mais on soulignera leur durée maximale très limitée (12 heures) et on ajoutera qu'il n'y a plus de sorties d'essai. L'existence de prises en charge ambulatoires compense la suppression de la sortie d'essai puisqu'on peut penser que ces prises en charge ambulatoires systématisent la sortie d'essai. Il est cependant dommage de ne pas avoir prévu des autorisations de sortie d'une durée supérieure à 12 heures (durée élargie à 48 heures, soit le temps d'un week-end).

Les autorisations de sorties sont liées à des motifs thérapeutiques ou à la nécessité de démarches extérieures.

Le patient doit être accompagné pendant la durée de la sortie par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement. L'innovation de la loi du 05/07/2011 consiste dans la possibilité d'autres accompagnants : un membre de la famille ou la personne de confiance.

Le psychiatre de la structure concernée ou participant à la prise en charge, doit mentionner son avis. La décision d'autorisation appartient au Directeur ou au Préfet, et sauf opposition de celui-ci à l'issue de 48 heures, son accord est implicite.

2. Prise en charge, sous une forme autre que l'hospitalisation complète, incluant des soins ambulatoires avec programme de soins. (L3211-2-1 2^o)

La forme de prise en charge, autre que l'hospitalisation complète, inclut des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile dispensés par un établissement de santé autorisé en psychiatrie, chargé d'assurer la mission de service public de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, et le cas échéant des séjours dans cet établissement. Concernant le programme de soins, le décret du 18/07/2011 (R3211-1) apporte des précisions importantes.

● **Auteur du programme.**

Le décret indique que le programme est un document établi et modifié par un psychiatre participant à la prise en charge de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques. Il mentionne l'identité du psychiatre, celle du patient et le lieu de résidence habituel de ce dernier.

- Contenu du programme.

Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats des examens complémentaires.

Il mentionne si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs modalités suivantes :

- Existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques (cependant le programme ne mentionne ni la nature, ni son détail notamment spécialité, dosage, forme galénique, posologie, mode d'administration, durée)
- Soins ambulatoires
- Soins à domicile
- Hospitalisation à temps partiel

Le programme précise, s'il y a lieu, la forme que revêt l'hospitalisation partielle en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoires ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle les soins sont dispensés. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent les prises en charge.

- Obligation d'entretien préalable.

L'élaboration et les modifications du programme doivent être précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient et lui indique qu'il peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé : possibilité, en cas d'inobservance du programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé, de proposer une hospitalisation complète. La mention d'entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical.

- Transmission par le psychiatre au Directeur.

Elle est obligatoire pour tout programme de soins initial. Lorsque le programme est modifié et que cette modification a pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge, le programme modificatif doit également être transmis au Directeur.

- Décisions définissant ou modifiant la forme de la prise en charge et des programmes de soins les accompagnant.

Ces décisions sont remises au patient par un membre de l'équipe soignante de l'établissement de santé d'accueil ou de la structure assurant la prise en charge du patient.

3. Modification de la forme de la prise en charge. (L3211-11)

Il est intéressant de souligner qu'à tout moment, un psychiatre participant à la prise en charge du patient peut, pour tenir compte de l'état du patient, proposer sa modification. La loi précise que lorsque du fait du comportement du patient, la prise en charge sous une forme ambulatoire ne permet plus de dispenser les soins nécessaires à son état, le psychiatre propose par certificat une hospitalisation complète et le transmet immédiatement au Directeur. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, un avis lui est transmis.

C - Les supports médicaux et collégiaux des décisions.

Ces supports permettent d'éclairer les décideurs, Directeurs ou Préfets. Les innovations de la loi du 5/07/2011 sont les suivantes :

1. Certificats et avis médicaux.

- La loi du 5/07/2011 pose le principe d'un examen du patient, conduisant le psychiatre, à rédiger un certificat,

- Elle prévoit des hypothèses où le psychiatre, s'il est dans l'impossibilité de procéder à l'examen du malade, établit, sur la base du dossier médical, un avis médical. Ces hypothèses sont les suivantes :

- appréciation médicale, après le 5^e jour et au plus tard le 8^e jour (L3212-7, 3213-3), ainsi que celle selon laquelle une forme de prise en charge autre que l'hospitalisation complète ne permet plus les soins nécessaires (L3211-11) (hypothèses communes aux patients en soins psychiatriques sur décision du Directeur ou du Préfet)

- appréciation médicale concernant un patient en soins psychiatriques sur décision du Directeur, pour lequel une demande de levée a été formulée, estimant que l'arrêt des soins entraînerait pour la personne un péril imminent. (L3212-9)

- appréciation médicale selon laquelle l'état mental d'un patient en soins sur décision du Directeur compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public : transformation d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du Directeur en une mesure préfectorale. (L3213-6)

On observera que la circulaire du 8/08/2011 du Conseil National de l'Ordre des Médecins précise qu'un « médecin ne peut raisonnablement donner un avis sur le seul vu du dossier ».

- On soulignera l'augmentation du nombre de certificats médicaux lors de la première quinzaine d'hospitalisation. Cela est lié d'une part, à la Période d'Observation et de Soins Initiale (certificats de 24 et 72 heures, avis motivé), et d'autre part, au certificat à établir après le 5^e jour et au plus tard le 8^e jour. Globalement, il y a une augmentation de 4 certificats médicaux. On peut considérer qu'en cas de maintien de l'hospitalisation complète, l'avis conjoint rédigé le 12^e jour correspond, par rapport au droit antérieur, à l'équivalent du certificat de quinzaine. Demeure le certificat mensuel.

- Une dernière remarque peut être formulée relative aux précisions en observant que le contenu de l'appréciation médicale doit être particulièrement motivé et précis.

2. La création d'un collège pluridisciplinaire. (L3211-9, R3211-2 à 6)

Cette structure collégiale est une autre innovation de la loi du 05/07/2011.

Les compétences du collège concernent les patients en soins sur décision du Directeur quand le maintien des soins excède un an. Elles concernent aussi certains patients en soins psychiatriques sur décision du Préfet (UMD, irresponsabilité pénale) soumis à un régime juridique renforcé pour lesquels un avis du collège est requis afin d'éclairer le JLD (levée) ou le Préfet (modification de la prise en charge, levée).

Le collège est composé de 3 agents de l'établissement mais sa composition n'est pas exclusivement médicale. Le décret du 18/07/2011 précise que le collège comprend 2 psychiatres : d'une part, le psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée, ou à défaut, un autre psychiatre participant à la prise en charge et d'autre part, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge proposé par le Président de la Commission Médicale d'Établissement et désigné par le Directeur. Le 3e membre du collège est un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge désigné par le Directeur.

Le Directeur de l'établissement convoque le collège et fixe l'ordre du jour en mentionnant pour chaque patient la date avant laquelle l'avis doit être rendu.

L'avis du collège mentionne le nom et la qualité des membres présents ainsi que l'avis pris pour chaque dossier. En cas de désaccord avec l'avis rendu, tout membre peut demander qu'il soit fait mention de ce désaccord. L'avis, validé par le secrétaire, désigné au début de chaque séance, est transmis sans délai au Directeur qui le transmet au Préfet ou au JLD.

3. La fonction supplétive de l'expertise.

En raison des supports d'appréciations mentionnés ci-dessus, la circulaire du Ministère de la Justice (21/07/2011) utilise l'expression fonction supplétive de l'expertise :

- Les expertises sont réalisées par 2 psychiatres extérieurs à l'établissement d'accueil choisis sur une liste établie après avis du Directeur Général de l'ARS, par le procureur de la République ou à défaut sur la liste des experts de la Cour d'Appel (L3213-5-1). Les expertises doivent être remises dans des délais maximum impartis : 10 jours à compter de la désignation par le Préfet (R3213-1 et R3213-2 III),

15 jours à compter de la désignation par le JLD (R3211-13).

- Concernant les patients en soins psychiatriques sur arrêté préfectoral, le Préfet peut ordonner une expertise à tout moment (L3213-5-1) et notamment lorsqu'un psychiatre certifie que la levée de la mesure peut être ordonnée. L'expertise est obligatoire, pour des personnes hospitalisées en UMD ou pour irresponsabilité pénale, avant toute fin de mesure. (L3213-8)

- Concernant le JLD, la circulaire précitée indique que lorsque l'avis conjoint ou l'avis du collège établi à l'occasion de sa saisine révèle une discordance, il peut ordonner des expertises. Lorsque le JLD envisage la levée de la mesure pour certains patients (UMD, irresponsable pénalement), la désignation préalable d'experts est obligatoire. (L3211-12 II et L3211-12-1 III)

D – Le renforcement des droits des patients. (L3211-3)

Ce renforcement implique la confirmation de droits antérieurs et la création de droits nouveaux.

1. Les droits confirmés : 5 applications sont à rappeler :

- Le patient dispose de droits fondamentaux : émettre, recevoir du courrier ; se livrer à des activités philosophiques, religieuses ; exercer son droit de vote.

- Il dispose en outre des droits suivants :

- Consulter le règlement intérieur et recevoir des explications
- Prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat
- Saisir la Commission des Relations avec les Usagers de la Qualité de la Prise En Charge ou la Commission Départementale des Soins Psychiatriques.
- Communiquer avec le Préfet, le Maire, le Président du TGI ou le Procureur de la République
- Porter à la connaissance du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence.

Ces droits peuvent, à leur demande, être exercés par des parents ou des personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient.

- Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires, proportionnées à l'état du malade et à la mise en œuvre du traitement requis. Ce principe s'applique également lors du transfert du patient.

- En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

- À l'issue de son hospitalisation, le patient conserve son domicile aussi longtemps que celui-ci reste à sa disposition.

2. Les droits renforcés.

Ils concernent les obligations d'information du patient et de recueil de ses observations et avis :

- Le patient est informé le plus rapidement possible et, d'une manière adaptée à son état, de sa décision d'admission.

- Dans la mesure où son état le permet, il est informé des projets de décisions de maintien des soins et de définition de forme de prise en charge et doit être mis à même de faire valoir ses observations. Il est ensuite informé le plus rapidement possible, d'une manière appropriée à son état, de ces décisions et de leurs raisons. Lors de la détermination des mesures des modalités de soins, l'avis du patient doit être recherché et pris en considération, dans toute la mesure du possible.

- Dès son admission, ou aussitôt que son état le permet, et par la suite, à sa demande, et après toute décision de maintien des soins et de définition de la forme de la prise en charge, le patient est informé de sa situation juridique, de ses droits, voies de recours ou garanties (saisine obligatoire du JLD).

- Lors de la levée de la mesure de soins, un psychiatre doit informer le patient de la nécessité de poursuivre son traitement et lui indiquer les modalités qu'il estime les plus appropriées. (L3211-12-6)

E - Convention relative aux patients en soins psychiatriques sans consentement, pris en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète (L3222-1-2)

Cette convention doit être conclue par le Directeur de chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie chargé d'assurer la mission de service public de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, avec le Directeur Général de l'ARS, le Préfet du département, les collectivités territoriales et leurs groupements.

Les objectifs de la convention sont, pour les patients mentionnés ci-dessus, de collaborer en vue d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion.

Il s'agit aussi de prévoir pour les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions du Directeur et du Préfet modifiant la forme de prise en charge des patients en procédant à leur hospitalisation complète. Cet objectif complexe nécessite une concertation notamment entre l'établissement de santé, les services de police et de gendarmerie pour préciser les conditions d'intervention et de

compétences de chacun. Un décret d'application est prévu avant la fin de l'année 2011.

Benoît DEMAS

Directeur des Affaires Générales (CH du Rouvray)

Chargé du cours du Droit de la Santé (Faculté de Droit de Rouen)

Docteur Christian NAVARRE

Psychiatre, Chef du pôle de Psychiatrie Générale n° 10 (CH du Rouvray)

Membre du Conseil de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime

Mise en œuvre de la réforme au 1^{er} Août 2011 : impact concret au CH du Rouvray

1) Chiffres disponibles relatifs aux admissions sur décision du directeur à la demande d'un tiers ou pour péril imminent

	Nature	Août 2010	Août 2011	Proportion en %
Présence d'un tiers	Procédure normale (2 certificats)	29	20	32 %
	Procédure "urgence" (1 seul certificat)	30	25	40 %
Pas de tiers	" Péril imminent"	0	18	29 %
TOTAL		59	63	100 %

L'admission pour « péril imminent » devrait rester marginale par rapport aux deux autres moyens d'admission à la demande d'un tiers représente déjà 30 % des admissions ce qui laisse à penser que son utilisation n'est pas toujours en adéquation avec le besoin.

2) Contrôle par les juges des mesures d'hospitalisations complet de + de 15 jours ou de + de 6 mois (août 2011)

9 audiences du JLD ont eu lieu (lundi et jeudi après-midi)

Nb de dossiers examinés : 30 soit environ 4 en moyenne par audience

Hospitalisation sur demande du Directeur 15 jours : 27

Hospitalisation sur demande du Directeur 6 mois : 2

Hospitalisation sur demande du Préfet 6 mois : 1

Présence des patients à l'audience : 21/30 soit 70 %

Décision de JLD : maintien de l'hospitalisation complète : 100 %

À cet égard on a pu constater que certains patients (via leur avocat) font appel de la décision de maintien du JLD devant la Cour d'appel ce qui entraîne une nouvelle convocation 10/15 jours plus tard et une nouvelle audience à organiser par le CH

- Nombre de personnels accompagnants et temps passé par ceux-ci à ce titre.

23 soignants accompagnateurs ont été mobilisés (durée : 3 heures chacun)

13 ambulanciers ont été mobilisés pour les besoins des transports CH-TGI (durée : 2 h 30 chacun)

13 trajets CH-TGI-CH effectués

- Difficultés rencontrées.

Concernant les patients, on peut souligner que certains d'entre eux ont du mal à comprendre leur passage devant un juge au Tribunal. Cette réforme induit également un coût financier pour les patients du fait des honoraires d'avocat à payer en l'absence d'aide juridictionnelle.

Indépendamment des difficultés de mise en œuvre des nouvelles procédures et de l'utilisation de nouveaux documents liées à l'appropriation progressive de cette réforme par le personnel du bureau des entrées, les secrétaires médicales et les médecins, l'impact principal de la réforme est une charge de travail supplémentaire à savoir :

- Charge de travail médicale avec plus de certificats et avis à rédiger
- Charge de travail « administratif » liée aux procédures nouvelles et plus complexes
- Charge de travail du service « accompagnant » des patients et du service des transports (garage) pour les besoins des audiences du JLD

L'impact sur les patients et la charge de travail supplémentaire du service « accompagnant » des patients et du service des transports (garage) pour les besoins des audiences du JLD justifie d'obtenir du TGI la réalisation d'audiences dans l'enceinte de l'établissement qui dispose de locaux adaptés pour ce besoin.

Michel ANGELLOZ-NICOUD

Directeur de l'Accueil et des Finances

La Certification V2010 :

les résultats sont arrivés...

Notre établissement a vécu en 2010, sa troisième procédure de certification qui s'est déroulée du 29 novembre au 3 décembre 2010. Au terme d'une longue démarche décisionnelle, la Haute Autorité de Santé nous a fait parvenir ses conclusions le 20 septembre 2011.

Les résultats de l'établissement

Au vu des éléments du rapport de certification, élaboré sur la base des résultats de l'autoévaluation et de la visite, la commission de certification de la HAS a prononcé **une certification avec réserves sur les points suivants :**

- Critère 8b: Fonction "gestion des risques ; Critère 8f: Gestion des événements indésirables
- Critère 14a: Gestion du dossier du patient
- Critère 19b: Troubles de l'état nutritionnel

Sur ces points, l'établissement devra produire dans un délai de 12 mois un rapport de suivi et apporter la preuve qu'il s'est amélioré sur ces éléments.

De plus, l'établissement a fait l'objet de 8 recommandations :

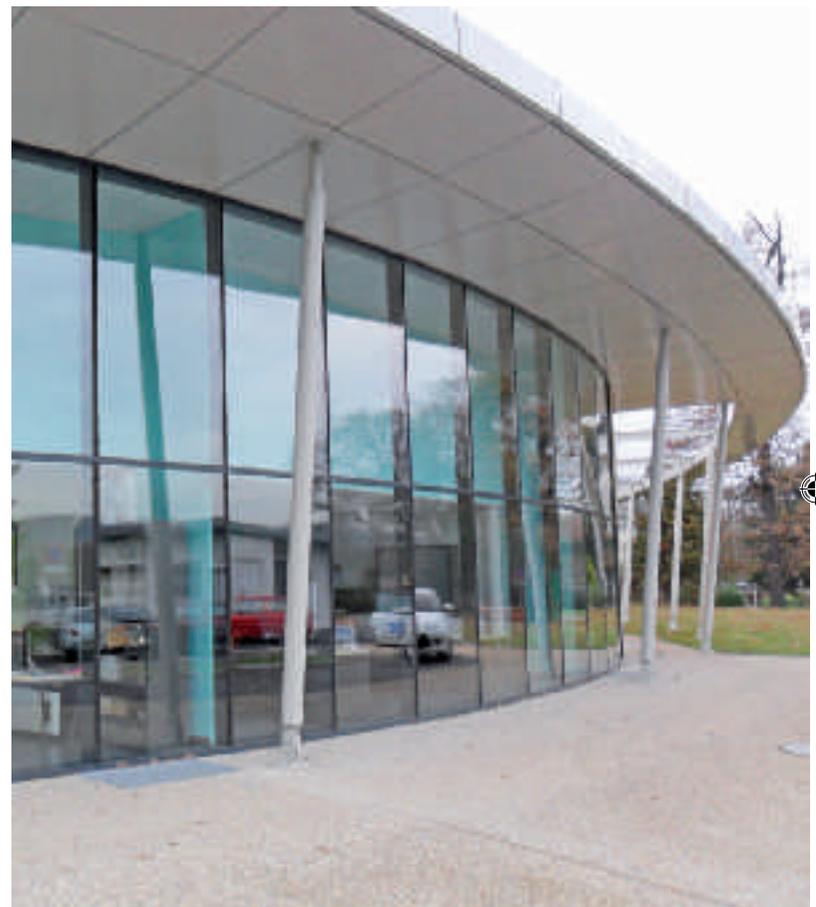
- Critère 1b: Engagement dans le développement durable
- Critère 1c: Démarche éthique
- Critère 1e: Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Critère 7c: Gestion de l'énergie
- Critère 12a: Prise en charge de la douleur
- Critère 13a: Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- Critère 14b: Accès du patient à son dossier
- Critère 20a: Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient

Les professionnels devront s'attacher à mettre en œuvre des actions d'amélioration sur ces thèmes qui seront vérifiées lors de la prochaine procédure de certification.

Des démarches d'amélioration en cours et à venir...

Depuis la visite de certification et dès la réception du pré rapport de Certification, l'établissement a déjà intégré ces thèmes dans ses différents projets institutionnels et groupes de travail :

- Un groupe projet « **Gestion du dossier patient** » a été constitué. Composé de médecins, soignants, secrétaires médicales sur l'ensemble des pôles de l'établissement, il a pour but de formaliser les règles de circulation du dossier patient et de préparer l'informatisation progressive du dossier patient.
- Une réflexion est engagée afin de structurer la fonction « **gestion des risques** » sur l'établissement. Une procédure d'analyse et de gestion des événements indésirables graves est en cours de rédaction. La gestion des procédures et des déclarations des événements indésirables va être modernisée grâce à un nouvel outil informatique.



- Concernant **les troubles de l'état nutritionnel**, le CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition) s'est reformé en juin 2011. Il a formalisé la politique nutritionnelle de l'établissement et défini des axes prioritaires de travail pour l'année à venir (Systématisation du recueil du poids et de l'IMC, Information et sensibilisation des professionnels...).

- De nombreuses autres démarches projet sont en préparation et se poursuivent : Évaluation des pratiques professionnelles, groupe de travail existant...

N'hésitez pas à nous contacter pour prendre part à ces démarches à certification@ch-lerouvray.fr ou au 02 32 95 10 66.

L'ensemble de ces actions seront programmées et suivies dans le cadre du PAQGR 2011-2015 (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques).

Laure MAGUIN - Conseillère Qualité DEI

L'éducation thérapeutique dans les troubles bipolaires : *un nouvel enjeu dans la prise en charge des patients.*



L'éducation thérapeutique en santé mentale est tout sauf une préoccupation nouvelle. En témoigne l'usage du terme « psychoéducation », encore très fréquent pour la dénommer.

Mais, au-delà du vocabulaire qui se perpétue par tradition, les objectifs, les moyens mis en œuvre, et les conceptions de la pathologie mentale qui le sous-tendent sont bien différents.

Pour Donley et la « psychoéducation » telle qu'elle s'est développée aux États-Unis au début du X^e siècle, il s'agissait surtout de remettre dans une norme sociale acceptable, les déviants au sens large, parmi lesquels se trouvaient un certain nombre de malades mentaux.

Pour nous, aujourd'hui, il s'agit de rendre la norme sociale la plus acceptable possible, pour les malades. Avec pour ligne directrice, l'idée que la connaissance de la pathologie, de ses traitements, et de son impact sur les rythmes sociaux, permet de diminuer l'incidence du trouble sur la vie des patients.

Joli concept, qui a d'ailleurs montré toute sa pertinence et son efficacité en termes de morbidité et de mortalité dans des pathologies chroniques invalidantes telles que l'asthme ou le diabète.

Mais en quoi s'applique-t-il à la Psychose-Maniaco-Dépressive, pathologie prétendue cyclique, avec des intervalles libres de bonne qualité ?

L'état des recherches actuelles sur le trouble bipolaire nuance franchement cette définition kraepelinienne qui avait pour fondement d'opposer PMD et Démence précoce.

En réalité, les intervalles libres du trouble bipolaire sont pollués par la persistance de symptômes résiduels, en particulier dépressifs, qui peuvent altérer franchement le fonctionnement normal de l'individu.

En réalité, les patients doivent gérer au quotidien et pour toute leur existence, même en dehors des épisodes aigus, une polymédication sensible.

Ces éléments, font du trouble bipolaire, une pathologie qui relève de l'éducation thérapeutique ; selon les critères de l'OMS, et de l'HAS depuis mai 2009.

Ce constat est d'ailleurs partagé par l'ensemble des praticiens hospitaliers ou libéraux, qui dans le cadre de leur consultation, pratiquent au quotidien une éducation thérapeutique non formalisée, avec leurs patients bipolaires.

Il semble cependant que les groupes d'éducation thérapeutique ; qui permettent un échange entre patients autour de leur expérience de la pathologie et de ses traitements, encadrés par des professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues) ; aient un impact propre sur la détection des symptômes précurseurs, la compliance au traitement et par conséquent, le nombre de rechutes et d'hospitalisation, dans les troubles bipolaires.

Nous espérons confirmer ces éléments avec le Programme d'éducation thérapeutique que nous menons à Rouen, validé par l'ARS en 2011. Des premières données intéressantes semblent aller dans le sens d'une modification par le groupe, des représentations de la maladie. Ce qui pourrait constituer une piste dans la recherche des leviers actifs dans l'efficacité des groupes d'éducation thérapeutique dans le trouble bipolaire. Leviers non encore totalement élucidés, à ce jour.

Dr Valérie BOURGEOIS

Pôle de psychiatrie générale de Rouen rive droite

Approche historique des conditions d'accueil des malades mentaux rouennais débutée à la révolution (suite)

Rappel : avant le XIX^e siècle, le droit coutumier normand imposait aux familles « de faire mettre en sûre garde » ceux qui étaient « troublés d'entendement ». Les uns étaient enfermés dans des « maisons de force », les autres bénéficiaient d'un accueil dans des hospices ou des « maisons religieuses ». La Maison de Saint-Yon joua ce rôle à Rouen jusqu'à la révolution. La loi du 18 août 1792 déposséda les frères de leur propriété. En 1806, il y avait, à l'hospice de Rouen, 140 aliénés dont 70 % de femmes. Indépendamment, quelques aliénés étaient placés à la maison de Bicêtre. Le dépôt de mendicité établi par un décret de novembre 1810 fut fermé en 1821.

La maison de Bicêtre fut le théâtre d'une approche de traitement des aliénés par la suppression des moyens de contention. Une lettre du Préfet de la Seine Inférieure décrit cette expérience restée sans suite faute de financement. Cette approche s'inscrivait dans la droite ligne des pratiques prônées par Pinel en référence au traitement moral des aliénés qu'il défendait.

C'est l'époque où son disciple, Esquirol, dans son mémoire de 1808, évoque la nécessité « de faire un petit nombre d'établissements dans chacun desquels on pourrait réunir de cent cinquante à deux cents aliénés mis en traitement, et qui serviraient de modèle, de lieu d'instruction et d'objet d'émulation pour les autres maisons du même genre ».

Au début du XIX^e siècle, plusieurs hôpitaux furent construits. Ils s'inspirent des préconisations d'Esquirol. On peut citer La Salpêtrière, Bicêtre, Bordeaux, Lyon, Avignon, Cadillac, Nancy, Montpellier, Poitier, Orléans, Quimper, Caen.

Ce sont les hasards de l'histoire qui vont venir en aide au projet de construction d'un lieu de traitement des malades mentaux à Rouen. En 1814, après des revers militaires, la France est envahie. Napoléon abdique en avril. Le frère du roi Louis XVI devient roi sous le nom de Louis XVIII. En 1815, Napoléon I^{er} s'enfuit de l'île d'Elbe et revient au pouvoir à partir du 20 mars jusqu'au 18 juin 1815, il est définitivement vaincu à Waterloo et envoyé en exil sur l'île de Sainte-Hélène. La France doit payer l'entretien d'une force d'occupation de 150 000 soldats qui a pris ses cantonnements sur le territoire national. Le Département de Seine Inférieure est contraint de participer aux avances de ces frais. Les sommes ainsi versées sont restituées au Département par l'État en mai 1819. Le Conseil Général, sur proposition du Préfet Malouët, décide de consacrer ses fonds à la construction d'un établissement exclusivement consacré au traitement de l'aliénation mentale et à son fonctionnement.

C'est à l'emplacement de l'ancienne Maison de Saint-Yon que sera construit cet asile. Les travaux débuteront en 1822 pour s'achever en 1925. La première pierre sera posée par le Préfet,

M. de Vanssay qui avait succédé à M. Malouët, le 25 août 1922, jour de la fête de Louis XVIII. Il s'agit de cinq nouvelles cours inscrites dans l'ancienne enceinte de Saint Yon. La construction devait accueillir initialement 400 à 450 malades sur une superficie de 7 hectares. Plus tard, la superficie sera portée à un peu plus de 8 hectares. Pour mémoire, le Centre Hospitalier du Rouvray actuel occupe une emprise d'environ 84 hectares.

Esquirol écrira que le plan de ce qu'il conviendra d'appeler Asile ne doit pas être confié aux seuls architectes. Il préconisera que ces asiles soient construits hors des villes. « On fera le choix d'un grand terrain exposé au levant, un peu élevé, et dont le sol soit à l'abri de l'humidité et néanmoins pourvu d'eau vive et abondante... Il y aura un bâtiment central consacré aux services généraux, et sur les côtés, perpendiculaires, des masses isolées pour loger les aliénés... Les masses seront en nombre suffisants pour classer les aliénés... Au centre de ces bâtiments on en élèvera d'autres destinés à recevoir ateliers, salles de réunion, réfectoires, infirmerie.

Esquirol termine son mémoire en préconisant que « les habitations particulières ne devront pas être faites de la même manière, l'uniformité est l'un des principaux vices de tous les asiles ». S'il fut un grand précurseur, en l'espèce, il semble avoir été peu entendu par les bâtisseurs institutionnels.

Pascal PENAUT
Directeur des soins

Fonds documentaire du CH du Rouvray



Quadrimestriel - n°46 octobre 2011
Revue d'information du Centre Hospitalier du Rouvray
4, rue Paul Eluard - BP 45 - 76301 Sotteville-lès-Rouen

Directrice de la publication : Véronique Hamon

Comité de rédaction :

Jackie Aubert, Nicole Bessière, Armelle Cuomo, Benoît Demas,
Laure Maguin, Christian Navarre, Pascal Peneaut, Martine Reymond,
Antoine Rosier, Ronan Sanquer, Valérie Simon, Marie-Claude Tirquit

Photos : Comité de rédaction

Conception et réalisation : Italic'Communication
24, rue de Fauville - 27000 Évreux - Tél. 02 32 39 15 49

N° ISSN - 1269-147X