

# Le ROUVRAY



## Dossier : Redécoupage sectoriel regroupement polaire



## Sommaire

### DOSSIER

*Redécoupage sectoriel  
regroupement polaire*  
P. 2

### ON EN PARLE

*Sur-occupation :  
Maison d'Accueil  
Spécialisée et Résidence  
« Le Relais »*  
P. 6-7

### GROS PLAN

*Ouverture d'une Unité  
spécifique  
d'hospitalisation pour  
personnes détenues  
au Centre Hospitalier  
du Rouvray –  
Sotteville-lès-Rouen*  
P. 8

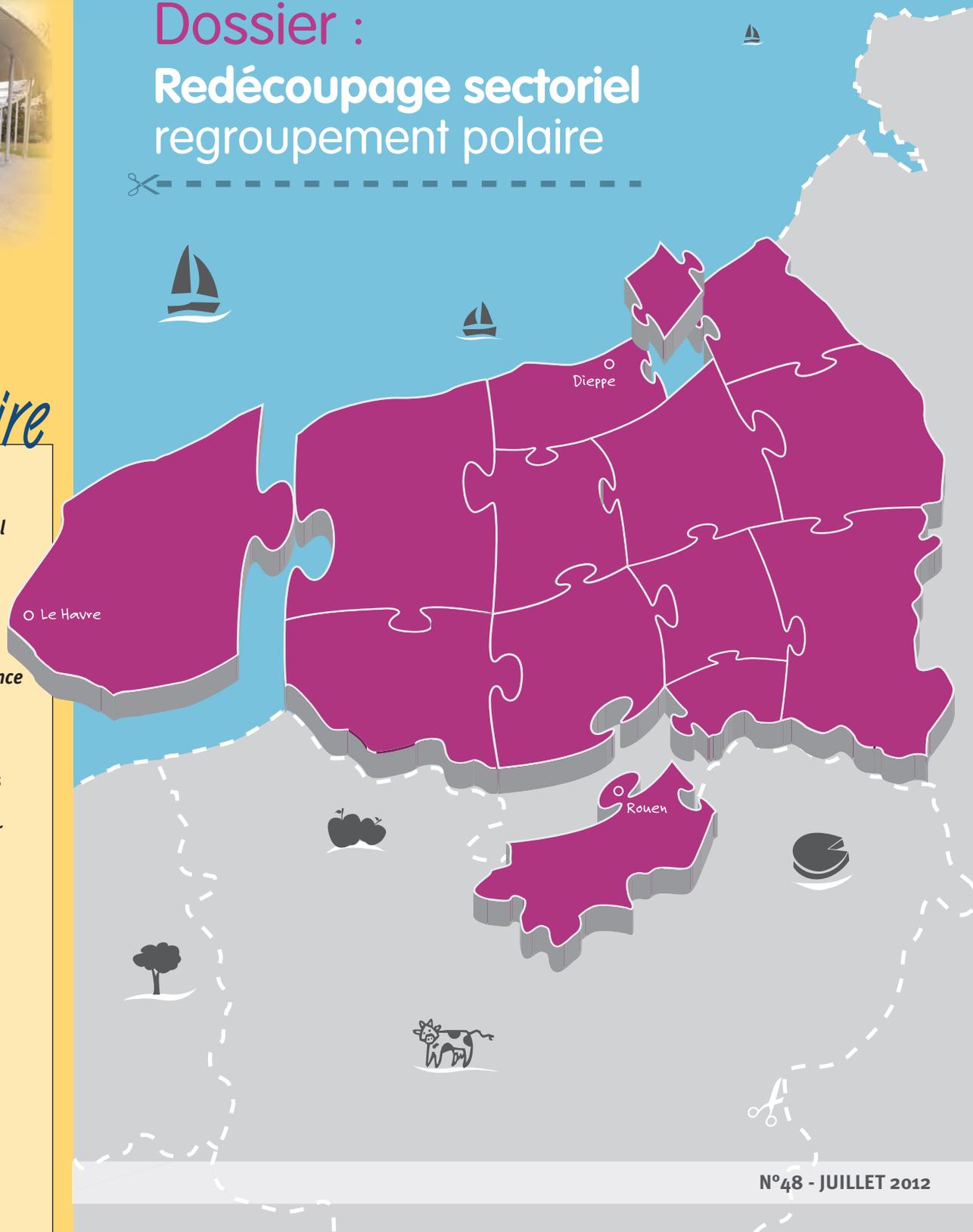
*Unité pour Malades  
Difficiles Erasme*  
P. 9

### PSYCHIATRIE

*Périnatalité*  
P. 10

### MOUVEMENTS

P. 11



# Redécoupage sectoriel : regroupement polaire

**Les évolutions relatives au redécoupage sectoriel psychiatrique dans le département de Seine-Maritime, et au regroupement polaire au Centre Hospitalier du Rouvray, sont liées.**

En effet, dans le cadre de la procédure d'élaboration du Schéma Régional d'Organisation des Soins de Haute-Normandie 2012-2017, ont été évoquées, pour la thématique psychiatrie, des propositions de redécoupage des secteurs psychiatriques, notamment au cours de réunions en 2011 : 3 mai, 1<sup>er</sup> juin, 3 octobre.

En cohérence avec ces réflexions, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie a intégré dans le SROS arrêté le 7 mars 2012, des propositions de modifications visant à faire concorder les territoires de santé avec la sectorisation psychiatrique.

Ainsi, pour le secteur de psychiatrie infantile-juvénile rattaché au CH de Lillebonne, il a été observé que celui-ci étant implanté à la fois sur les territoires de santé du Havre et de Rouen, la partie située autour d'Yvetôt, qui fait partie du territoire de santé de Rouen et du Havre, serait rattachée au CH du Rouvray, et que l'autre partie (Bolbec, Fécamp, et Cany-Barville) serait rattachée au Groupe Hospitalier du Havre. Le schéma note, en outre, que le secteur de psychiatrie infantile-juvénile concerné connaît une pénurie médicale

justifiant les modifications territoriales préconisées.

Pour le secteur de psychiatrie générale Yvetôt-Fécamp, actuellement rattaché au CH du Rouvray, le SROS note que la partie située autour de Fécamp qui dépend du territoire de santé du bassin de vie du Havre sera rattachée au Groupe Hospitalier du Havre.

En cohérence avec l'ensemble de la procédure régionale qui vient d'être résumée, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, par arrêté du 28 juin 2012, a modifié les zones d'interventions des centres hospitaliers de référence pour les activités de psychiatrie dans la région Haute-Normandie.

Pour tenir compte des préconisations du SROS en matière de sectorisation, une procédure de concertation et d'information a été développée au sein du CH du Rouvray, pour proposer des regroupements de pôles.

Cette procédure a notamment été concrétisée par la constitution au sein de la Commission Médicale d'Etablissement de deux sous-groupes de travail, auxquels ont été associés les cadres supérieurs

de santé, pour réfléchir sur l'organisation de la rive droite (pilotage du groupe par le Dr Gouiffés), et sur l'organisation de la rive gauche (pilotage du groupe par Madame le Dr Lefebvre). La procédure de concertation a fait également l'objet d'un groupe de travail spécifique aux cadres supérieurs de santé.

Cette procédure a été confortée par la mise en place d'un comité de pilotage, comprenant des référents des groupes de travail, et d'un comité de synthèse associant les représentants du personnel. La synthèse de la réflexion entreprise a donné lieu à la rédaction d'un rapport le 26 mars 2012 par M. le Dr Haouzir, Président de la Commission Médicale d'Etablissement et par Monsieur le Dr Gouiffés, et Mme le Dr Lefebvre. Ce rapport, préconisant une réorganisation des pôles sur le principe de la continuité territoriale, et un redécoupage en couronne sur la rive droite, a conduit la Directrice, après consultation et information des diverses instances du CH du Rouvray, par décision du 10 juillet 2012, à constituer les 4 pôles de psychiatrie suivants :

PÔLE DE PSYCHIATRIE ENFANTS ET ADOLESCENTS	
<b>Chef de Pôle</b>	Mme le Dr GOGUÉ
<b>Secteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I 01 avec rattachement partie Yvetotaise I 07</li> <li>• I 02</li> <li>• I 03</li> </ul>
<b>Structures transversales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• URHEA (10 lits)</li> <li>• Psychiatre d'urgence et de liaison CHU</li> <li>• Psychiatrie de liaison CHI Elbeuf</li> <li>• Psychiatrie de liaison pouponnière CH Belvédère</li> <li>• CETF</li> <li>• Adolescents               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maison des Ados Site-Ville</li> <li>- Ecoutes Ado</li> <li>- Unité Mobile Adolescents</li> <li>- Hôpital de jour</li> </ul> </li> </ul>

PÔLE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE ROUEN SUD - ELBEUF	
<b>Chef de Pôle</b>	Mme le Dr DEFAY-GOETZ
<b>Secteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• G 01</li> <li>• G 02</li> <li>• G 09</li> <li>• G 04</li> </ul>
<b>Structures transversales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil Familial Thérapeutique</li> <li>• UMD</li> <li>• Addicto               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation</li> <li>- CATTP</li> <li>- Unité 8 lits (sevrage complexe)</li> <li>- UMITT</li> </ul> </li> <li>• Profamille</li> </ul>

PÔLE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DE ROUEN RIVE DROITE	
<b>Chef de Pôle</b>	M. le Dr FOULDRIN
<b>Secteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• G 03</li> <li>• G 05</li> <li>• G 08</li> </ul>
<b>Structures transversales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins psychiatriques non programmés (UNACOR, urgences CHU, suicidologie et CASP)</li> <li>• Psychiatrie pour personnes âgées</li> <li>• Psychoses résistantes et UMOSTED</li> <li>• Centre de jour Saint-Gervais, CMP, HJ réhabilitation psychosociale</li> <li>• DIR/DIM</li> <li>• CRAHN</li> <li>• Médiations thérapeutiques</li> <li>• UMAPP et RRAPP</li> <li>• Ethnopsychiatrie</li> <li>• Médecine universitaire / Unité périnatale / Unité Pré-Mas</li> </ul>

PÔLE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE VALLÉE DE SEINE CAUX ET BRAY	
<b>Chef de Pôle</b>	M. le Dr PASQUIER
<b>Secteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• G 06</li> <li>• G 07</li> <li>• G 10</li> <li>• P 12</li> </ul>
<b>Structures transversales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HJ pour psychose infantile vieillie</li> <li>• Réhabilitation par l'hébergement (Résidence Le Relais, La Passerelle)</li> <li>• Unité hospitalisation personnes détenues</li> <li>• Urgences Médico-Psychologiques</li> <li>• Auteurs Violences Sexuelles (AVS)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge en milieu carcéral et en milieu ouvert</li> <li>- CRIAVS haut normand</li> </ul> </li> </ul>



**Le nouveau Schéma Régional d'Organisation Sanitaire vient d'être fixé par l'Agence régionale de santé. Quelles sont les retombées pour le Centre Hospitalier du Rouvray ? Véronique Hamon, Directrice du Rouvray et Sadeq Haouzir, Président de la Commission Médicale d'Établissement, nous répondent.**

#### **Dans le domaine hospitalier, qu'est-ce que vous appelez « secteur » ?**

Un "secteur" est un dispositif de santé publique, correspondant à une zone géographique, couverte par une équipe pluriprofessionnelle, dont la mission est de répondre aux besoins en termes de santé mentale de la population qui y est domiciliée. Chaque secteur adulte permet l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation complète et compte au moins un centre médico-psychologique. Au niveau géographique, un secteur représente 70 000 habitants environ. Depuis 1960, toute la France est découpée en secteurs de psychiatrie. Les soins sont assurés dans les établissements hospitaliers psychiatriques et hors de leurs murs afin de favoriser la proximité et l'accessibilité. Le Centre Hospitalier du Rouvray compte dix secteurs adultes et trois intersecteurs de psychiatrie infantile-juvénile.

Il s'agit d'une grande avancée dans le service rendu aux populations. Le CH du Rouvray fut l'un des premiers établissements de santé mentale à mettre en place la "sectorisation".

Toutefois, les secteurs de psychiatrie générale (adulte) et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ne suivent pas les mêmes limites géographiques ; ceci peut, parfois, compliquer la lisibilité du dispositif.

#### **Le nouveau schéma régional sanitaire entraîne un redécoupage de ces secteurs, quels sont les changements pour le Rouvray ?**

Le nouveau redécoupage entraîne la perte de la zone de Fécamp qui correspondait à une partie du secteur 10 (psychiatrie adulte). Cette zone se trouve désormais rattachée au Centre Hospitalier du Havre. En revanche, le Rouvray a récupéré la partie d'Yvetôt qui était intégrée au Centre Hospitalier de Lillebonne (psychiatrie enfant).

#### **Ces changements sont-ils bénéfiques pour le Rouvray ?**

Dans un premier temps, nous avons constaté que la perte de la zone de Fécamp nous enlevait une population d'environ 60 000 personnes. Nous nous sommes demandé si le secteur 10 pouvait continuer d'exister, en l'état. Une réflexion s'est donc tenue entre les secteurs sur leurs frontières et nous avons soumis un redécoupage sectoriel à l'Agence Régionale de Santé qui l'a validé.

#### **Quelle a été votre proposition à l'ARS ?**

Nous avons soumis l'idée de maintenir les 10 secteurs du Rouvray soit un bassin de 800 000 personnes environ. Le secteur 10 rebasculerait de l'ouest vers l'est, sur le secteur 7, avec un rééquilibrage entre les secteurs 7 et 6. L'équilibre entre les secteurs et les différentes populations est préservé : certains sont plus urbains, d'autres plus ruraux. Dans l'établissement, ce redécoupage sectoriel se traduit par une réorganisation des pôles. Avant, les 10 secteurs étaient regroupés en 7 pôles, désormais ils le sont en 3 pôles : le pôle Rouen sud Elbeuf, le pôle Rouen rive droite et le pôle Vallée de Seine, Caux et Bay. Pour la psychiatrie infantile-juvénile, un seul pôle regroupe désormais les enfants et les adolescents.

#### **Comment s'est construite votre réflexion pour soumettre cette proposition à l'ARS ?**

Nous nous sommes organisés en deux groupes de travail : un sur la restructuration de la rive droite, un autre sur celle de la rive gauche. Les deux groupes ont été pilotés par les médecins membres du Conseil de Surveillance. Chaque groupe réunissait des médecins et des cadres supérieurs de tous les secteurs. Notre réflexion s'est construite autour de deux constats de l'ARS : le manque de lisibilité de l'ancien dispositif et le manque de réactivité de certains services trop petits – des services qui désormais sont regroupés au sein de grands pôles. 6 mois de réflexion ont permis la mise en œuvre du nouveau schéma pour le 1<sup>er</sup> juillet.

#### **Cette réorganisation entraîne-t-elle des modifications au sein des équipes soignantes et au niveau des moyens financiers et matériels ?**

Certains ajustements sont à effectuer entre les équipes mais la nouvelle organisation n'entraîne que très peu de changements de ce côté-là. Le Centre Hospitalier du Rouvray conserve également ses moyens financiers et matériels car les débordements de lits sont réguliers. Le Centre Hospitalier du Havre a également obtenu une compensation financière pour avoir récupéré la zone de Fécamp. Cette nouvelle organisation entraîne un coût supplémentaire pour l'Agence Régionale de Santé.

## ► Les pôles du Rouvray

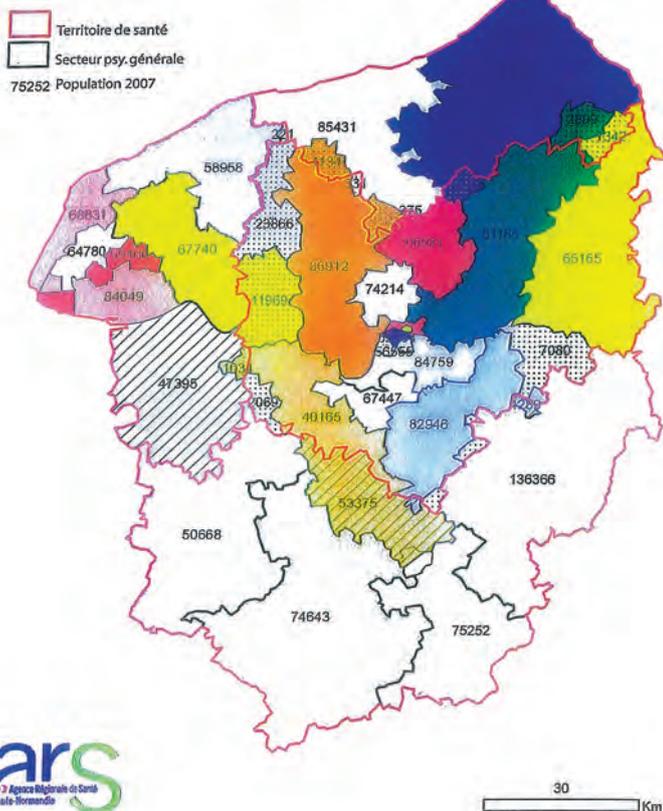
**Le pôle Rouen sud Elbeuf :** il regroupe les secteurs 1, 2, 4 et 9 et comporte des activités transversales comme l'accueil familial thérapeutique et l'hospitalisation à domicile, l'unité pour malades difficiles et un service d'addictologie.

**Le pôle Rouen rive droite :** il regroupe les secteurs 3, 5 et 8 et comporte des activités transversales comme les services de soins psychiatriques non programmés, le service de psychiatrie pour personnes âgées, l'unité périnatale et l'unité pré-MAS, les unités extrahospitalières et interpolaires (centre de psychothérapie, centre de jour Saint-Gervais, ethnopsychiatrie, UMAPP, DIM, DIR, CRAHN, RRAPP)

**Le pôle Vallée de Seine, Caux, Bray :** il regroupe les secteurs 6, 7, 10 et le secteur pénitentiaire. Ce pôle comporte également des activités transversales : l'hôpital de jour pour psychoses infantiles vieilles (Le Village), la réhabilitation par l'hébergement (La Passerelle, Le Relais, coordination hébergement associatif), le centre thérapeutique régional Saint-Sever et le centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle Haute-Normandie, l'unité d'hospitalisation pour personnes détenues, le CSAP A et les consultations post-pénales et la cellule régionale d'urgence médico-psychologique.

**Le pôle enfants et adolescents :** il regroupe les secteurs infanto-juvéniles 1 avec rattachement de la partie yvetotaise, 2, 3 et l'U RHEA, la psychiatrie d'urgence et de liaison au CH U, la psychiatrie de liaison au CH I Elbeuf, la psychiatrie de liaison pouponnière CH Belvédère, le Centre d'Entretiens et de Thérapie Familiale, la Maison des Ados site ville, les écoutes adolescents, l'Unité Mobile adolescents et l'hôpital de jour Adosphère.

Confrontation des territoires de santé et des secteurs de psychiatrie générale



Psychiatrie Générale  
Aires d'Intervention des Centres Hospitaliers Référents  
à compter du 1er juillet 2012



Légende  
Territoires de santé



### Psychiatrie Générale : Découpage des Secteurs psychiatriques du CH du Rouvray à partir du 1er juillet 2012



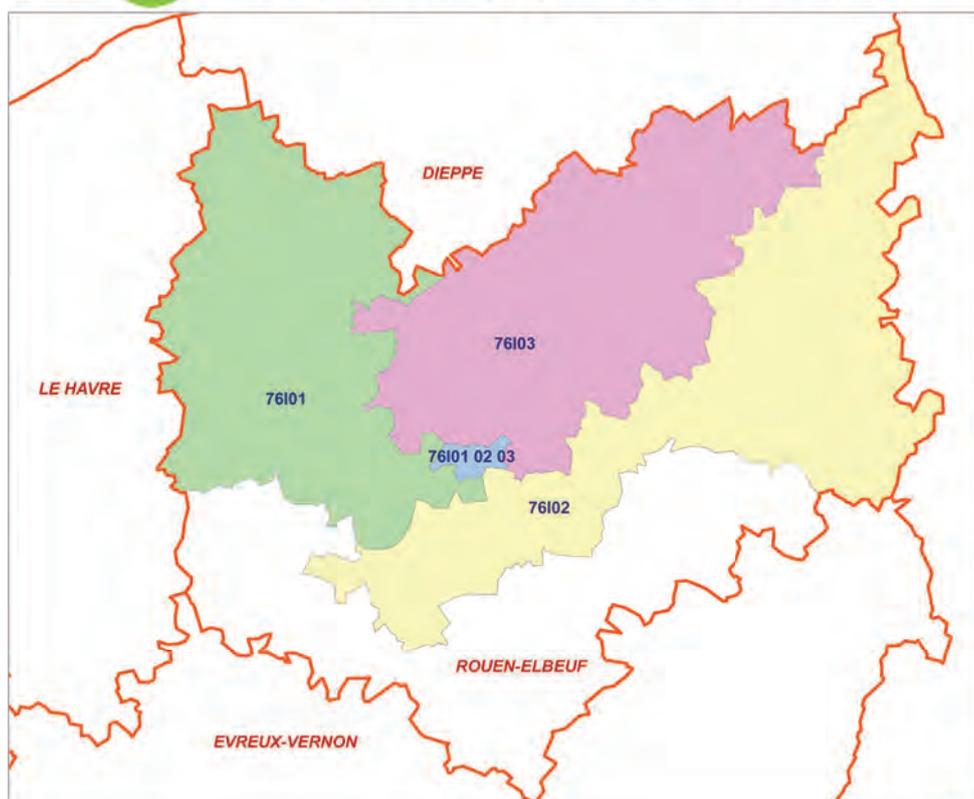
**Légende**

	TERRITOIRE DE SANTE
<b>Secteurs</b>	
	76G01
	76G02
	76G03
	Rouen réparti sur 76G03 05 et 09
	76G04
	76G05
	76G06
	76G07 en 2 parties
	76G08
	76G09
	76G10

ARS de Haute-Normandie / POSA / HB - Juillet 2012



### Psychiatrie Infanto-Juvenile : Découpage des Secteurs psychiatriques du CH du Rouvray à partir du 1er juillet 2012



**Légende**

	TERRITOIRE DE SANTE
<b>Secteurs "Infanto-juvenile" :</b>	
	76I01
	Rouen réparti sur 76I01 02 03
	76I02
	76I03

ARS de Haute-Normandie / POSA / HB - Juillet 2012

## Sur-occupation : Maison d'Accueil Spécialisée et Résidence « Le Relais »

**Le travail sur les modes de sorties, le développement des hébergements associatifs, notamment La Résidence Le Relais, l'ouverture de la pré-MAS au Rouvray et prochainement la MAS de Malaunay permettent de résoudre partiellement le problème de la sur-occupation et d'assurer l'accueil des patients dans de meilleures conditions.**

La maison d'accueil spécialisée<sup>1</sup> (MAS) reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre, le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. La MAS est un établissement médico-social financé en totalité par l'assurance-maladie.

Plusieurs modalités d'accueil en Mas sont possibles :

- l'accueil permanent (internat),
- l'accueil de jour permettant d'alléger la charge qui pèse sur les familles,
- l'accueil temporaire.

La demande d'orientation, accompagnée d'un certificat médical, est à déposer à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). L'accès et la détermination de la forme d'accueil, se font sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Dans notre établissement, à plusieurs reprises, dans le cadre des projets d'établissement, nous avons cherché à faire reconnaître notre capacité à assurer ce type de structure, comme l'ont fait des établissements psychiatriques similaires au nôtre. Pour autant, dans le département et sur les indications de la tutelle de l'époque, nous avons contractualisé avec l'association ADEF Résidence pour que cette dernière soit le porteur de projet, chargée de la réalisation de cette structure faisant de notre établissement le partenaire privilégié (2006).

Afin de bien cerner les enjeux actuels, il est utile de s'arrêter sur les évolutions de la notion de handicap et de préciser celle de handicap psychique.

### > Le handicap

Le terme handicap désigne la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non, menant à un stress et à des difficultés morales, intellectuelles, sociales et/ou physiques. Il exprime une déficience vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension. Il s'agit donc plus d'une notion sociale que d'une notion médicale<sup>2</sup>.

### > Le handicap physique

Selon la nouvelle définition donnée par la « loi handicap<sup>3</sup> » du 11/02/2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue « un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La détermination de l'Unafam\* sur ce sujet a été prépondérante quant à la reconnaissance de cette notion. Comme le rappelle cette association dans ses actions d'information et de formation, le handicap psychique s'apprécie à partir de cinq domaines de la vie courante sur la capacité :

- à prendre soin de soi,
- à établir des relations durables,
- à se former et à assurer une activité,
- à se maintenir dans un logement,
- à organiser une vie sociale et des loisirs,

Le handicap psychique est la conséquence de maladies chroniques de types psychoses schizophréniques ou maniaco-dépressives. La majorité des personnes qui sont atteintes par ce type de troubles, peuvent être "stabilisées" sur le plan médical, mais gardent des séquelles profondes. Les antécédents et le pronostic laissent à penser qu'il s'agit d'une maladie à longue évolution. Il n'y a pas de déficiences intellectuelles permanentes, mais un handicap comportemental et affectif, se traduisant par des difficultés à acquérir ou exprimer des habiletés psychosociales qui prennent la forme de difficultés notamment d'organisation du temps, d'anticipation des conséquences d'un acte, de la possibilité de communiquer de façon participative, de mémoriser, de concevoir les réactions des autres... associés à la non-reconnaissance des troubles, à la dénégation, à l'absence de participation sociale.

### > La MAS de Malaunay

L'association a été retenue par l'ARH en 2005 suite à un appel à projet dont un préalable reposait sur l'adéquation formelle de ce projet avec les besoins de notre établissement. L'expérience d'ADEF Résidence dans le domaine de l'hébergement social a sûrement été un critère de sélection. Sur l'ensemble du territoire français, cette association a rendu opérationnelles, 22 maisons de retraite pour personnes âgées, 4 Fam<sup>4</sup> et 2 Mas pour personnes traumatisées crâniennes, enfin, un foyer de vie<sup>5</sup> et 3 MAS pour personnes handicapées.

La dernière de leur création (janvier 2011), la MAS du Pommier Pourpre, à Saint Denis repose exclusivement sur l'accueil de patients présentant un handicap psychique. La directrice de cet établissement, Mme Pascale Leroy, est chargée d'assurer la mise en œuvre dans l'immédiat de l'évolution du projet de la MAS de Malaunay. Elle est l'interlocutrice de notre tutelle, laquelle a constitué un comité de pilotage réunissant, ADEF Résidence, la MDPH et notre établissement afin de suivre les étapes de la mise en œuvre de ce projet.

À l'égal de nos projets architecturaux, les délais initiaux n'ont pu être respectés pour cette structure. À ce jour, sur les dernières indications de Mme Leroy, l'ouverture aux résidents est fixée au 1<sup>er</sup> novembre 2012, ce qui peut laisser supposer que pour la fin de l'année au plus tard en janvier 2013, les résidents seront tous présents dans cette structure de 40 places.

Depuis un semestre, les secteurs adultes de notre établissement se sont mobilisés, afin de préparer au mieux pour nos patients, ce transfert de résidence. Un comité de pilotage interne réunissant des membres de chaque secteur s'est réuni afin de remettre à jour une liste de patients pouvant être bénéficiaires de ce type d'accueil. Un premier groupe de 58 patients a été déterminé. Grâce à la célérité des équipes, les dossiers ont été établis dans un temps rapide. Cette liste soumise à ADEF Résidence a permis de pointer que :

- 31 dossiers présentés étaient recevables,
- 21 dossiers étaient en partie recevables. Pour ces dossiers des compléments d'informations ont été nécessaires avant toute confirmation.
- 6 dossiers étaient irrecevables, les problématiques de vie des patients ne correspondaient pas à celles du handicap psychique.

Dans cet entre-temps, et pour répondre à notre problème récurrent de manque de places le projet de la Pré-MAS a été accepté par la tutelle, qui aide financièrement l'établissement à concurrence de 6 mois de fonctionnement de cette structure. L'opportunité de l'installation de l'ex UF des Tilleuls dans ce même moment, a favorisé une nouvelle utilisation de ce service. À l'issue d'une période de réaménagement (travaux de peinture), correspondant au temps de constituer l'équipe, ce service a accueilli les premiers patients le 21 mai et au 15 juin 2012, le groupe de 20 résidents était installé. Ces résidents sont originaires de tous les secteurs.

La procédure d'admission à venir repose sur un entretien de chacun des résidents avec le directeur de l'établissement, et sur un dossier administratif complet. C'est alors que des propositions seront faites pour que les résidents intègrent la MAS de Malaunay, pour une période d'essai de quatre mois. Des liens avec notre établissement persisteront autant que de besoin, pour assurer les suivis cliniques, médicaux et/ou paramédicaux. Ces liens pourront prendre aussi la forme d'échanges d'expériences, de formations, voire de stages pour les futurs professionnels de la MAS.

En conclusion immédiate de l'état d'avancement de ce projet, nous pouvons dire :

**1<sup>er</sup> objectif :** La pré MAS, accueillant 20 patients depuis la mi-juin 2012, nous a permis de supprimer les lits complémentaires que nous avons précédemment installés pour faire face à l'afflux de demandes d'hospitalisation.

**2<sup>e</sup> objectif :** L'accompagnement proposé dans ce cadre aura des effets favorables pour nos patients, anticipant l'idée du transfert de résidence, tout en gardant une attention individuelle aux besoins psychiques de ces patients.

**Objectif ultime recherché :** s'assurer qu'un maximum de ces 40 places puisse bénéficier à la population accueillie au Centre Hospitalier du Rouvray.

**Gérard MOLEINS**  
**Directeur des soins**  
**Coordonnateur général des soins**

<sup>1</sup> Code de l'action sociale et des familles : article R344-1 à R344-2

<sup>2</sup> Source Wikipédia « handicap ».

<sup>3</sup> LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO n° 36 du 12 février 2005.

<sup>4</sup> Fam : En principe, les foyers d'accueil médicalisé (Fam) accueillent des personnes un peu moins dépendantes que la population hébergée en Mas. Dans la pratique, les publics sont sensiblement les mêmes. Contrairement aux Mas, les Fam sont financés :

- de manière forfaitaire par l'assurance-maladie pour l'ensemble des dépenses afférentes aux soins, aux personnels médicaux et paramédicaux,
- et par l'aide sociale départementale (Conseil Général) pour l'hébergement et l'animation.

C'est de cette double tutelle que venait l'ancienne appellation de "foyer à double tarification".  
<sup>5</sup> Les foyers de vie ou foyers occupationnels accueillent certains adultes handicapés pour leur proposer des animations, des activités en fonction de leur handicap. Certaines structures peuvent également proposer un hébergement.

\* Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques.

## Premier Bilan sur La Résidence « *Le RELAIS* » Pôle G06

**L'équipe soignante (l'Infirmière Coordinatrice, Maria MARTINS, les Aides soignantes, Laetitia COUTURIER, Magalie SUBIELA, et la Cadre Bérengère PESQUET (50 %)) a pris ses fonctions sur la Résidence le 6 Février 2012.**

Arrivée le **13 février 2012**, des **3** premiers locataires. L'installation des résidents et la prise en charge par l'équipe soignante s'est faite progressivement.

Mi-Mai, **9** Résidents sur les **10** logements associatifs la Clé, étaient dans leurs appartements dont **2** en **chambre d'Essai**.

La vie collective s'organise au sein de la résidence au fil des semaines. Certains résidents préfèrent rester en fin de journée dans leur chambre, après leur prise en charge de jour dans des institutions diverses hors de l'établissement, et d'autres partager un temps de détente et d'échanges dans le salon TV.

Pour certains, le passage du temps d'hospitalisation à la vie collective en appartement associatif, n'est pas toujours très simple. Leur autonomie est toute relative : la vie au quotidien compte tenu de leur pathologie, est plus difficile qu'ils n'auraient pu le croire.

L'aide journalière de l'équipe est souvent très appréciée.

L'organisation du fonctionnement de la résidence s'est mise en place avec eux, nous avons instauré des temps de ménage pour les parties communes, en plus de l'intervention de l'équipe de nettoyage du CHR (2 fois par semaine).

Pour certains résidents, des accompagnements ont été nécessaires pour les différents achats de la vie courante et pour la gestion des repas.

Pour d'autres, il s'agissait d'une aide, dans la gestion de leur traitement, et de soutien par des entretiens infirmiers.

Une grande partie du travail de l'équipe est axée sur la réhabilitation sociale, l'autonomisation. Afin de travailler avec les résidents sur leurs différentes capacités d'adaptation, une évaluation trimestrielle est faite et reprise en équipe avec le Dr Legrand.

Une réunion hebdomadaire, le vendredi après-midi a été mise en place, avec une fois par mois la présence du Dr Legrand médecin responsable de la structure, pour parler de la vie collective et des différents problèmes rencontrés par les uns et les autres, et pour la préparation des sorties du dimanche avec la soignante.

Après un trimestre de fonctionnement, l'équipe soignante assure une présence le dimanche. Les résidents préfèrent gérer seuls le samedi et avoir une aide le dimanche, en accompagnement pour les sorties culturelles. Seuls, ils n'ont pas le courage de le faire.

L'étape suivante, sera de reprendre avec leur service d'origine, les projets pour lesquels ils ont été adressés, et de réévaluer leur faisabilité ou non. Je profite de ce premier bilan pour remercier l'administration, les services économiques, les services techniques et logistiques qui nous ont aidés pour l'ouverture et l'installation de la Résidence.

Je remercie aussi l'**Association « La CLE »** pour son travail de partenariat dans ce nouveau projet, ainsi que les soignants des autres services, pour qui l'ouverture de la résidence aura permis à leurs patients d'avoir plus rapidement un hébergement et ainsi d'accélérer la mise en place de leur projet.

**Bérengère PESQUET et l'Équipe « Le RELAIS »**

## Ouverture d'une Unité spécifique d'hospitalisation pour personnes détenues au Centre Hospitalier du Rouvray – Sotteville-lès-Rouen



Le Centre Hospitalier du Rouvray a souhaité améliorer les conditions d'hospitalisation des patients détenus afin qu'elles soient le plus proche possible des conditions habituelles, tout en préservant la sécurité des patients et des personnels.

Aussi, une Unité spécifique d'hospitalisation pour les personnes détenues, nécessitant des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, et constituant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui est ouverte depuis le 3 juillet. Cette Unité comporte 8 lits et 2 chambres d'isolement.

Cette Unité accueillera les patients détenus des établissements pénitentiaires de Rouen et Val de Reuil. Il faut rappeler que les patients

détenus du Centre de détention de Val de Reuil étaient jusqu'à présent hospitalisés à l'Hôpital de Navarre.

Inscrite au projet médical de l'Établissement, l'organisation de cette prise en charge résulte d'une concertation avec les représentants des préfectures de Seine-Maritime et de l'Éure, de l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie et des établissements pénitentiaires concernés.

Cette Unité spécifique a pu voir le jour grâce à l'appui actif de l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie qui a notamment accordé le financement des travaux et des effectifs complémentaires au redéploiement interne de l'Établissement.

Monsieur Robert BADINTER, ancien Ministre de la Justice, ancien Président du Conseil Constitutionnel, sollicité, a accepté de donner son nom à cette Unité d'hospitalisation et de l'inaugurer le 18 septembre.

La carrière politique de ce Garde des Sceaux est marquée principalement par la proposition "au nom du Gouvernement de la République" de l'abolition de la peine de mort le 9 octobre 1981, mais aussi par des projets de lois sur le renforcement des libertés individuelles, sur le droit de recours des justiciables, sur le droit des victimes, sur les soins en détention et sur le développement des peines non privatives de liberté. Son combat au long cours en faveur de la réinsertion des détenus, nécessitait à lui seul de lui demander de donner son nom à cette Unité. Nous sommes honorés de son acceptation et tenterons humblement, à notre niveau de soignants, de perpétuer les valeurs humanistes qu'il a défendues.

**Mme HAMON et le Dr Jean-Michel PASQUIER, Psychiatre,  
Responsable médical de l'Unité**



### ➤ Journée Portes Ouvertes à l'Unité Robert BADINTER

Les personnels du CH du Rouvray ont été conviés à visiter les locaux de l'unité spécifique d'hospitalisation pour personnes détenues le jeudi 28 juin.

# L'Unité pour Malades Difficiles Erasme

*a accueilli son premier patient le 29 mai 2012*

Cet accueil, dans des locaux dont l'architecture démontre la qualité de la réflexion institutionnelle qui a présidé à leur conception, est lui-même l'aboutissement d'une volonté soutenue de l'Établissement de soigner des malades difficiles.

Cette volonté prend probablement sa source dans l'histoire de l'Établissement, histoire quasi superposable à celle de la psychiatrie française depuis sa fondation. De par son histoire et son importance stratégique dans la région, le Centre hospitalier du Rouvray se veut effectivement exemplaire : **tous** les malades, quelle que soit leur pathologie, peuvent y être soignés au sein de **tous** les dispositifs institutionnels intra ou extra hospitaliers existants. La nécessité de cette exemplarité se retrouve aussi dans l'obligation d'aider des services de psychiatrie générale qui peinent à maintenir des dispositifs contenant dans un contexte de pénurie médicale et paramédicale.

L'Unité pour Malades Difficiles est avant tout pour ceux qui ont choisi d'y travailler, comme pour ceux à qui il est imposé de s'y soigner, un moyen irremplaçable de donner asile à la folie en n'en récusant aucune des formes les plus graves. Pour ce faire, les personnels soignants, tous volontaires, ont reçu une formation qui s'appuie sur quatre piliers essentiels :

- Une formation théorique centrée sur l'étude clinique des principales pathologies psychiatriques accueillies.
- Une réflexion pluridisciplinaire, juridique et historique sur l'évolution du dispositif législatif des soins psychiatriques sous contrainte et ce depuis 1838, ou plus exactement depuis le geste fondateur Pinélien séparant les malades des délinquants, les passages à l'acte pathologiques des transgressions. Cette réflexion sur le passage à l'acte est indispensable dans une unité dont on pourrait penser qu'elle n'est faite que pour les contrôler. La réflexion sur le passage à l'acte et sa

signification permet aussi de soutenir la conviction des soignants quant à la curabilité des pathologies, conviction sans laquelle l'enfermement pratiqué par la structure dériverait facilement vers la pratique sécuritaire qu'on lui attribue volontiers.

- Une formation théorique quant aux notions de violence et de dangerosité dans leurs complexités et leurs acceptions socioculturelles.
- « Des stages d'immersion » dans les Unités pour Malades Difficiles existantes.

Ainsi préparée, la prise en charge des patients met bien sûr en œuvre et toutes les techniques de soins habituelles de la psychiatrie, mais aussi un cadre de soins permettant de pratiquer « des soins intensifs institutionnels ». Ce cadre de soins repose sur :

- Un lieu déjà évoqué sous ses aspects architecturaux, conçu pour que chacun puisse y retrouver une sécurité interne et externe.
- Des personnes en mesure d'incarner des repères stables (temps et rythmes de la vie collective, activités, relations thérapeutiques individualisées...) en s'appuyant sur des règles de vie qui ne doivent être ni inconsistantes, ni fétichisées. Elles ont fait l'objet d'une réflexion collective.
- Des objectifs thérapeutiques, d'où la nécessité pour nous évidente que le patient garde un lien avec son secteur : l'U.M.D. n'est ni un dépôt, ni une attestation d'incurabilité.

Ainsi décrite dans ses principes et dans ses ambitions, l'Unité pour Malades Difficiles Erasme espère pour un temps desserrer l'étau, pour les malades qu'elle accueille, des divers impératifs médico-socio-économiques qui fragilisent le dispositif de soins autour de ces patients.

**Dr Isabelle LEFEBVRE, Psychiatre,  
Responsable médical de l'UMD**



# La périnatalité

## Interactions Précoces Mère-Bébé

**Le concept "d'instinct maternel" qui tentait de rendre compte de la disposition, apparemment innée, des mères à prodiguer des soins adaptés à leurs petits chez les animaux "supérieurs" et dans l'espèce humaine, par trop simpliste, a fait place à des modèles plus complexes qui ambitionnent de décrire voire de comprendre les interactions précoces entre les mères et leurs bébés et, plus largement, en y introduisant, les pères, la parentalité.**

Au modèle de la bonne nourrice donnant le sein à un nourrisson aveugle et insensible, vierge de toute capacité, à part celle de têter, pour le mener d'un état larvaire à celui d'enfant, se substitue celui, interactif, d'une mère et d'un bébé possédant tous deux des habiletés spécifiques :

- chez la mère, une disposition psychique particulière "la maternalité" qui, éventuellement complétée par quelques connaissances en puériculture, la prépare à cette rencontre ;

- chez le nourrisson des compétences psychiques, sensibles, sensorielles et motrices, dites "précoces", qui lui permettent d'entrer en contact avec l'autre et le monde.

Ces interactions seront multimodales c'est-à-dire qu'elles mettent en jeu toutes les sensorialités, la motricité et également, mais peut-être surtout, l'appareil psychique de l'enfant et de sa mère.

En effet, de cette "part d'elle-même" la jeune mère doit faire un être distinct, reconnu comme sujet à part entière, non sans un deuil de la fusion originelle. Il doit s'instaurer entre les deux partenaires une empathie réciproque, un "accordage" affectif, permettant progressivement d'identifier les états psychiques de l'autre, prélude à l'accession, à son tour, du bébé à l'intersubjectivité et condition de sa sécurité affective.

Pour la mère, ce processus est en route dès avant la conception, dans son désir d'enfant, intimement mêlé, mais non confondu avec le désir de grossesse, puis dans "l'enfant imaginaire", cet enfant rêvé auquel va venir se substituer l'enfant réel, progressivement au gré de la perception des mouvements fœtaux ou de l'imagerie échographique, puis plus brutalement, lors de l'accouchement. Cette rencontre fantasmatique, puis réelle, va être modulée chez la mère par la réactivation de toute son histoire, et en particulier par un double processus d'identification, d'une part à sa propre mère et d'autre part à son bébé : "je suis devenue ce que ma mère était quand elle m'a mise au monde, et mon bébé est vis-à-vis de moi ce que j'étais alors vis-à-vis de ma mère".

Ces interactions précoces constituent, pour le bébé, les fondations de son développement psychique, de sa capacité d'être-au-monde et en particulier, aux autres. Que celles-ci soient suffisamment gravement et durablement perturbées, alors risquent de survenir chez lui des altérations affectives, cognitives ou psychomotrices de révélation précoce ou retardée

De telles perturbations de ces interactions peuvent survenir du fait d'une séparation de la dyade mère-bébé, par exemple en raison

d'une hospitalisation, d'une difficulté psychologique de la mère à mettre en place ce lien, le plus souvent du fait d'aléas de son histoire personnelle, ou encore de l'existence chez celle-ci d'un trouble psychiatrique.

Parmi les multiples pathologies susceptibles d'entraîner une dysrelation, les dépressions maternelles post-natales, de par leur fréquence, environ 15% des maternités, occupent une place importante. Il s'agit de mères qui abordent la relation avec le nourrisson, tristes, anhédoniques et fatiguées, souvent affectivement "émoussées" ce qui a pour conséquence d'appauvrir ces interactions précoces : écourtant les moments de relation du fait de cette fatigue, elles restreignent les interactions corporelles, visuelles ou verbales. Le portage est guindé, maladroit, insécure pour l'enfant, elles le regardent peu et lui parlent peu. Peu stimulantes, elles sont en retour peu stimulables par le bébé même si celui-ci, dans un premier temps, tente de les interpeller par ses cris, une tonicité accrue ayant quelque fois de sombrer à son tour dans un marasme dépressif.

Les mères souffrant de schizophrénie sont un autre exemple de risque majeur de perturbation des interactions précoces, même quand un délire centré sur le bébé ne vient pas directement menacer celui-ci. Fusionnelles au début, elles peuvent devenir rejetantes lors des premières tentatives d'autonomisation du bébé, l'impermanence de la relation liée à la maladie étant souvent source d'angoisse d'abandon pour celui-ci. Ces mères souffrant de schizophrénie présentent souvent une incapacité profonde à considérer leur bébé comme un sujet distinct d'elle-même et à se représenter ses états psychiques ce qui a pour conséquence des réponses à côté des besoins du bébé et de graves anomalies d'accordage affectif avec lui.

Ainsi donc, l'expérience acquise dans le cadre du fonctionnement d'une unité de maternologie, nous a conforté dans l'idée que la pertinence de ces prises en charge mère-bébé ne réside pas dans l'existence improbable de pathologies psychiatriques maternelles spécifiques à la périnatalité mais plutôt dans la capacité de mettre à la disposition de la mère et de son bébé, durant cette période de vulnérabilité psychique qu'est la période périnatale, de modalités de soins spécifiques à la fois psychiatriques et pédopsychiatriques, adaptées et adaptables, et surtout clairement identifiables par les autres professionnels du réseau périnatalité, conditions d'une indispensable précocité d'intervention.

**Dr Jean-Michel MEMBREY, Psychiatre,  
Responsable service G 08**