



CENTRE  
HOSPITALIER  
DU ROUVRAY

# le Rouvray

n°56 - avril 2015

LA LETTRE D'INFORMATION DE VOTRE CENTRE HOSPITALIER  
76300 SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN



Dossier p.3  
Maison des Ados bi-site

## ➤ Changement de direction

Jean-Yves Autret succède à Véronique Hamon à la tête du Centre hospitalier du Rouvray.



**Vous venez de prendre vos fonctions de directeur au Rouvray le 1<sup>er</sup> janvier, où étiez-vous auparavant ?**

J'assurais les fonctions d'adjoint au directeur du Centre hospitalier intercommunal Eure-Seine qui est le 3<sup>e</sup> centre hospitalier de la région après le CHU et le Groupe Hospitalier du Havre. Lorsque Olivier Brand a pris la direction de l'établissement, l'IGAS achevait sa mission d'appui et diagnostiquait une triple crise : médicale, financière et institutionnelle.

Suite à ce rapport qui a provoqué une véritable prise de conscience de la gravité de la situation, j'ai notamment piloté un plan de relance de l'activité de médecine et l'élaboration du contrat de retour à l'équilibre financier qui devait être soumis au comité des risques financiers.

J'assurais aussi la fonction de directeur des affaires médicales et surtout de directeur référent du site de Vernon. Je garde de cette expérience, de plus de 4 ans, la certitude qu'il n'y a jamais de fatalité au déclin ou au succès des institutions.

**Quel a été votre parcours ?**

Après l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, j'ai intégré l'École des Hautes Etudes en Santé Publique. Et mon premier poste, en qualité d'assistant de direction, fut le Centre hospitalier du Rouvray ! Après l'assistanat, j'ai assu-

ré la responsabilité de nombreuses directions fonctionnelles, notamment les affaires financières. J'ai aussi le souvenir d'avoir piloté le premier projet d'établissement.

Ensuite, j'ai pris la direction de l'Etablissement Public Départemental de Grugny. Ma mission fut de diminuer de façon importante le nombre de lits et d'ouvrir l'établissement sur son environnement, à commencer par le Rouvray !

Je pars ensuite au Centre hospitalier d'Elbeuf comme adjoint au directeur en charge des affaires financières et du système d'information. Les 7 années passées à Elbeuf furent pour moi très riches. J'y ai appris le découplage et les vertus d'un management de proximité auprès des équipes. La culture managériale elbeuvienne de l'« agir ensemble » est d'une redoutable efficacité !

Ensuite, durant 6 ans, je deviens Directeur Général Adjoint au Conseil Général de la Seine-Maritime, responsable du pôle « Solidarités ». Ouvrir une parenthèse, découvrir le fonctionnement d'une grande collectivité territoriale était un choix personnel. La parenthèse durera quand même 6 ans. Le travail avec tous les acteurs du champ médico-social a été intense, le dialogue toujours constructif, même dans un contexte financier difficile les dernières années. J'ai aussi piloté des chantiers qui, encore aujourd'hui, me paraissent essentiels : la décentralisation de l'action sociale sur le département avec la création de 8 Unités territoriales d'action sociale, l'expérimentation du RSA dans l'agglomération elbeuvienne sous la houlette de Martin Hirsch...

**Pourquoi avez-vous choisi la psychiatrie ?**

Il paraît que les choses essentielles dans la vie ne se choisissent pas mais qu'elles s'imposent. Ce serait pourtant faux de vous dire que je n'ai pas choisi le Rouvray. Au contraire, je l'ai résolument choisi et voulu avec l'enthousiasme dont je suis fier. Comme tout candidat, je me suis battu, avec succès...

En même temps, ce choix n'est pas une volonté de revenir à mes origines professionnelles. Ce choix s'imposait lorsque je regarde mon parcours dans le rétroviseur, notamment ma connaissance des acteurs, des atouts et des contraintes du champ médico-social et social.

Par ailleurs, la psychiatrie se distingue des autres spécialités médicales et chirurgicales, par sa prise en compte de l'intégrité de la personne. Cette dimension m'intéresse tout comme m'intéressent les modes de prise en charge et leur évolution.

## sommaire

Dossier..... 3 à 5  
Maison des Ados bi site - Interview

Zoom sur..... 6 et 7  
Hommage au Professeur Petit

Gros plan ..... 8 à 10  
Le contrôle des hospitalisations sans consentement par le Juge des Libertés et de la Détention - Interview

En bref ! ..... 10 à 12

Le nouvel institut de formation en soins infirmiers

Les journées de psychiatrie du mois de mars

Cérémonie des vœux et médaillés

L'expo des ateliers du Chantier et du centre Saint Gervais

## **Avez-vous eu le temps de visiter toutes les unités du Rouvray et de rencontrer le personnel ?**

Très rapidement, j'ai tenu à visiter les unités. D'abord les unités intra pour des raisons de gestion de mon agenda.

J'ai aujourd'hui visité de nombreuses unités extra et toutes les unités cliniques intra mais aussi les services support administratifs, logistiques et techniques.

Me rendre compte, au moment où je prends mes fonctions, de l'état architectural de l'hôpital est évidemment une nécessité, d'autant qu'un audit patrimonial est en cours. Un travail considérable a été réalisé par mes prédécesseurs. La rénovation est quasiment achevée grâce à l'aide financière de l'ARS mais le poids de la dette que porte l'hôpital est aussi très lourd. Les marges de manœuvre en investissement sont ainsi aujourd'hui presque nulles. Et lorsque tout est quasiment rénové, ce qui reste à faire devient insupportable. Je parle souvent à mes interlocuteurs de l'unité Henderson. Cette unité, je l'ai visitée dans les premiers jours. Personne ne peut accepter pour les patients de telles conditions d'hospitalisation, des chambres à 3 ou 4 lits, des sanitaires collectifs dans un état déplorable.

## **Est-ce une priorité pour vous de rénover tous les locaux du centre hospitalier ?**

Oui, c'est une priorité. Les unités Duchêne qui faisaient l'objet d'un avis défavorable de la commission de sécurité sont en cours de réhabilitation dans

le bâtiment Eole. L'ARS a attribué 3,5 millions d'euros pour cette opération. Même si cette aide est importante et permet d'avoir des chambres individuelles, l'établissement n'a pas la capacité de financer une réhabilitation avec des sanitaires privés.

## **Quelles sont vos autres priorités et à quelles échéances ?**

Pour conduire de nouveaux projets, il faut que Le Rouvray trouve des marges de manœuvre financières. C'est ma première priorité. Dans toutes les organisations, il y a des marges de manœuvre, a fortiori dans un hôpital qui comprend 2000 personnes et qui a un budget de 115 millions d'euros.

L'établissement sort d'un audit organisationnel qui a montré qu'il y a des pistes d'amélioration. Dès le mois d'avril, je mets en place un pilotage centralisé de la performance. La performance n'est pas un gros mot. Améliorer la performance, c'est améliorer le circuit de prise en charge du patient et supprimer les coûts inutiles.

Trois actions structurantes sont, par ailleurs, engagées cette année : l'identification des patients hospitalisés par défaut d'admission en structures d'aval médico-sociales ; la définition d'un effectif cible pour les unités intra et extra - le travail a été engagé lors de l'audit organisationnel, il faut désormais le finaliser. Enfin, la définition des articulations entre le pôle et les secteurs ainsi que les missions du chef de pôle, du responsable de secteur, du cadre supérieur de pôle, du cadre d'unité, du directeur référent de pôle. Ce travail de clarification est un préalable indispensable à un pilotage de la performance du pôle.

# Dossier

## ➤ **Le concept et la création de la MDA bi-site de l'agglomération rouennaise**

Une Maison de l'Adolescent (MDA) bi-site coordonnée entre CHU et CH du Rouvray, entre ville et hôpital. Présentation et état des lieux après plus de 6 ans de fonctionnement.

**Dr Virginie Rousseau, Dr Vincent Belloncle, Priscille Gerardin, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Rouen / CH Rouvray, chef de pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent CH du Rouvray**

Les prises de risque, coutumières de l'adolescent en difficulté, interrogent notre société sécuritaire et sont en décalage avec les valeurs de bien-être dominantes. Les jeunes en difficulté bien que peu nombreux (10 à 15 % des adolescents) nous interpellent de façon souvent violente dans leur expression symptomatique (mise en danger par l'amaigrissement extrême dans le cadre d'une anorexie mentale, scarifications, tentatives de suicide, passages à l'acte violents...), et nécessitent des prises en charge particulières et spécialisées, prenant en compte bien sûr les adolescents et leur fonctionnement, mais aussi leurs parents et leur fratrie. D'autres adolescents présentent une symptomatolo-

gie transitoire, en lien avec le processus adolescent, qui doit pouvoir bénéficier d'une évaluation et d'un accompagnement permettant une réassurance auprès des adolescents eux-mêmes et de leurs familles, mais aussi des institutions amenées à les prendre en charge, sans psychiatriser pour autant toutes ces situations.

Pour concevoir un projet adapté au paysage local, nous nous sommes inspirés il y a 8 ans, de la Maison de l'adolescent au Havre, première du genre, ouverte sur la ville, et la Maison de Solenne à Paris, centrée sur les intrications somatiques et intégrant l'hospitalisation. Cette réflexion a abouti à la conception sur l'agglomération rouennaise d'une MDA bi-site après

un travail concerté entre CHU, CH du Rouvray, DDASS (à l'époque!) et partenaires.

Les lignes directrices étaient :

- l'accueil de proximité, à des horaires en phase avec le rythme adolescent, et avec une grande réactivité;
- une complémentarité des réponses, à la fois graduées en intensité et diversifiées alliant le repérage précoce et la prévention, et si besoin la mise en place de soins en s'adossant à des structures d'hospitalisation temps plein;
- prendre en charge les adolescents porteurs de maladies chroniques et de troubles du comportement alimentaire.
- un travail en réseau avec les partenaires existants.

# Dossier



Ainsi, la MDA bi-site est née en 2008/2009 au sein de l'agglomération rouennaise et ne cesse depuis de montrer sa pertinence, avec une file active en augmentation constante d'année en année (1225 en 2010, 2118 en 2014 soit une augmentation de 73%), et des partenariats de plus en plus diversifiés.

➤ **Le site ville**, de «première ligne», situé à l'Espace du Palais, reçoit rapidement et gratuitement sur des plages horaires larges (9h-20h en semaine, 9h-13h le samedi) les adolescents à leur demande, et leur famille. La santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle, sociale et éducative. L'équipe est constituée d'une équipe pluri-professionnelle complétée par la présence de différents partenaires du réseau comme la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ), le Centre de ressources et informations sur les auteurs de violences sexuelles (CRIAIVS), le Conseil général...

Sur le site ville en 2014, 1250 adolescents dont 754 nouveaux (765 en 2010) ont été reçus et ont bénéficié de 6546 entretiens (4146 en 2010).

➤ **Le site-CHU** est positionné en seconde ligne par rapport au site ville et est adossé à l'activité d'hospitalisation d'urgence dans les services de pédiatrie et programmée dans l'unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

Spécialisé, ce site de consultations intervient uniquement à la demande des professionnels sanitaires.

La prise en charge est ciblée sur les pathologies nécessitant une prise en charge articulée entre psychiatre et pédiatre (anorexie mentale, maladie chronique avec décompensation psychiatrique...).

Il propose des consultations spécialisées dans les maladies rares à expression somatique (Dr Ferrafiat), d'hyperactivité avec trouble de l'attention (Dr Gonzales, Dr Verna), et des prises en charge en thérapie cognitivo-comportementale (Dr Georgin).

Le travail proposé en consultation est pluri-professionnel.

Il est en mesure de travailler une hospitalisation programmée puisqu'il dispose de 12 lits pour des jeunes de 11-18 ans dans l'Unité de Psychopathologie et Médecine de l'adolescent, (Département de Pédiatrie Médicale du Pr Gérardin/Pr Marguet) et de proposer un suivi en post-hospitalisation.

Sur le site CHU en 2014, 868 adolescents dont 534 nouveaux (460 en 2010) ont été reçus et ont bénéficié de 4478 actes (2253 en 2010).

Sur les 2 sites de la MDA, les prises en charges en entretiens individuels et familiaux peuvent être complétées par des médiations variées.

Les médiations thérapeutiques sont des activités de soins qui s'inscrivent dans le suivi proposé sur chaque site de la Maison Des Adolescents.

Ces activités proposent un moyen d'expression autre que la parole, souvent difficile pour l'adolescent, en dessinant, écrivant, modelant, peignant, dansant... En stimulant l'imaginaire, elles aident à développer la créativité, l'accès et le travail sur les émotions, et ainsi à percevoir un espace intérieur personnel pour mieux se connaître et s'ajuster à la relation à l'autre. Elles ciblent également l'investissement du corps et l'image de soi. Elles permettent également un travail sur les cognitions, comme par exemple sur la flexibilité mentale, ou encore sur l'autonomie dans la vie quotidienne. Aussi ces médiations variées, le plus souvent en groupes, permettent-elles de retrouver une meilleure relation avec soi-même, avec son propre corps, mais aussi d'être en relation avec l'autre autour d'un objet ou d'un projet commun.

Favoriser la détente, prendre du plaisir, découvrir une technique d'expression, reprendre confiance en soi, créer des liens, apprivoiser ses émotions, apprendre à se connaître sont autant d'objectifs travaillés au cours de ces ateliers.

Depuis janvier 2015, un Centre d'Aide Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP rue Lafayette à Rouen rive gauche) a vu le jour pour intensifier et mieux organiser ce type de prise en charge, coordonnée par un psychologue, M. Bellevergue, et en lien avec le Dr Belloncle, responsable des structures adolescents au CH du Rouvray.

Sur le site CHU, de nombreux artistes interviennent grâce à la direction de la Culture à l'hôpital et à Denis Lucas.

A la Maison des Adolescents, il est important que l'adolescent soit mis en position d'acteur et de partenaire privilégié. Pour autant, il est capital, avec l'accord de l'adolescent, de soutenir et de travailler avec l'ensemble des membres de la famille.

Ainsi, pour exemple, un groupe de paroles parents est proposé une fois par mois aux parents de patients ayant un trouble du comportement alimentaire (animé par le Pr Gérardin et Mme Benard-Bétou). Ce temps est capital dans l'aide aux parents. Il permet l'échange entre parents, la circulation d'information entre eux et avec les soignants, l'information sur la maladie et son évolution, la réassurance, la compréhension mutuelle et l'entraide, la déculpabilisation...

Côté soignant, il permet de mieux comprendre le quotidien et le vécu des parents, de percevoir les incompréhensions avec l'équipe soignante, les points d'amélioration que nous devons amener dans nos prises en charge et dans nos échanges avec les familles. En parallèle de ce dispositif, la psychologue qui co-anime ce groupe, apporte également un temps individuel de soutien, d'information, voire de prise en charge si nécessaire, pour la fratrie des patients. Tous ces retours nous ont ainsi amené à modifier notre dispositif de soin en consultation et surtout en hospitalisation, en intégrant et en accompagnant toujours mieux les parents et la fratrie, tout en respectant l'intimité et l'espace de chacun.

Les partenariats avec les associations d'aide à la parentalité (Ecole des Parents et des Educateurs (EPE) et espace parents) ont ainsi évolué depuis l'ouverture de la MDA afin de répondre aux besoins des familles des adolescents que l'on rencontre.

Au-delà de ses missions cliniques, les 2 sites de la MDA travaillent en articulation grâce au Dr Rousseau, responsable de la MDA et psychiatre à temps partagé entre les 2 sites. La MDA a vocation à travailler en pluridisciplinarité et en réseau avec l'ensemble des partenaires, pour aider les adolescents et leur famille, et mener une réflexion globale sur ce qu'est l'adolescence. Elle initie des cycles d'échange, de formation et des recherches.

Outre les liens avec le secteur sanitaire (UMAH, URHEA, CMP adultes et enfants, Adosphère, MGEN, secteurs d'hospitalisation du Rouvray...), la MDA a souhaité développer des partenariats avec :

#### **a) le conseil général :**

Une conseillère conjugale assure 1 permanence de 2 h par mois à l'espace du palais. Elle propose des consultations individuelles aux ados suivis à la MDA dans le but d'informer sur la sexualité et de faire une passerelle avec le planning familial et les PMI, une autre conseillère anime un groupe un mercredi par mois sur le site CHU.

#### **b) les associations de parents**

L'Ecole des Parents et des Educateurs intervient sur le site CHU en soutien à la parentalité. La psychologue propose des entretiens aux parents d'adolescents 1 demi-journée par semaine.

L'Espace parent rattachée au site Ville ne peut plus proposer de permanence sur le site depuis janvier 2014 mais reçoit les parents que nous leur adressons dans leurs locaux.

#### **c) la protection judiciaire, site ville:**

Une éducatrice de la PJJ intervient sur le site ville, et le groupe consultatif, animé par le Dr Podlipski, constitué d'une équipe pluridisciplinaire issue de la maison des adolescents et de la PJJ se réunit mensuellement afin d'évoquer la situation d'un adolescent en particulier afin de dégager des pistes de travail. Le Dr Podlipski participe au comité de pilotage annuel du CEF (centre éducatif fermé) et CER (centre éducatif renforcé).

#### **d) l'éducation nationale**

Au site ville, une psychopédagogue est présente deux journées par semaine et reçoit les adolescents et leur famille afin de repenser leur projet scolaire. Elle aide l'équipe dans des situations scolaires compliquées en contactant directement les établissements scolaires. Elle participe à l'élaboration des PAP (projet d'accueil personnalisé) et à leur mise en place.

Au site CHU, la directrice de l'école à l'hôpital est l'interlocuteur entre les établissements scolaires et l'équipe de la maison des adolescents. Elle contacte les établissements scolaires des adolescents suivis pour lesquels la situation scolaire est problématique (décrochage, déscolarisation, échec secondaire à leur pathologie somatique et/ou leur état psychique).

e) **D'autres partenaires** ont des liens réguliers comme par exemple l'IDEFHI (institut départemental de l'enfance de la famille et du handicap par l'insertion) dans sa composante handicap et protection de l'enfance, avec lequel une convention a été signée pour formaliser nos collaborations. L'équipe de la MDA effectue un travail de soutien auprès des structures d'hébergement dans lesquelles les adolescents reçus vivent. Et ceci à la fois au moment des entretiens avec le jeune mais aussi par la participation et/ou l'organisation de synthèses.

Un travail pluri-partenarial est également mené au sein du GOLC Groupement Opérationnel Local de Coopération, réunions réunissant les acteurs du sanitaire, de l'éducation nationale, de la PJJ, de l'ASE et des établissements médico-sociaux;

f) **le CRIAVS** assure des consultations individuelles spécialisées et doit prochainement mettre en place des thérapies groupales.

#### g) **la Boussole**

Aux réunions cliniques conjointes s'ajoute un travail d'organisation de soirée de formation autour de la thématique addictive.

L'inscription de la MDA au sein du réseau est un travail auquel on porte beaucoup d'attention et qui nécessite sans cesse des adaptations à la fois aux besoins des adolescents que l'on reçoit et aux changements de chaque institution.

La cohérence de ce dispositif a été renforcée par la création du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) CHU-CH Rouvray, créée en décembre 2013, et dont le premier volet concerne la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il permet de renforcer la cohérence du parcours de soin du patient entre les différentes structures des 2 établissements, et de mutualiser au mieux les compétences de chacun, tout en portant des projets communs.

En quelques années, le chemin parcouru pour l'amélioration de la prise en charge des adolescents est immense, et ce chemin doit être consolidé.

Il reste maintenant à accompagner la MDA dans ses effectifs pour qu'elle puisse continuer à remplir ses missions au regard de l'explosion de sa file active, et de travailler à la construction des structures manquantes pour parfaire la palette de soins nécessaires :

- côté CHU, hôpital de jour pour la prise en charge des TCA et maladie chronique à décompensation psychiatrique, pour des soins intensifs mais sans rupture du milieu de vie ;

- côté CH du Rouvray, unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents, pour mieux accueillir les adolescents nécessitant une structure particulièrement contenante, et diminuer leur présence en psychiatrie générale.

## ➤ Quand l'anorexie ronge dans les familles

**Béatrice, Cécile et Eric se réunissent régulièrement à la Maison des adolescents à Rouen autour du même sujet : l'anorexie. Un mal dont souffrent leurs filles adolescentes depuis plusieurs années. Ils témoignent.**

« C'est un soulagement pour tout le monde de passer la main. En tant que parent, on ne sait plus quoi faire face à cette maladie », confient d'une même voix Eric, Cécile et Béatrice.

Océane, 17 ans, Lucile et Barbara, 16 ans, souffrent d'anorexie depuis deux à trois ans. Les trois jeunes filles ne se connaissaient pas, pourtant, les premiers signes de la maladie sont apparus de la même façon : par un régime. « Océane avait quelques rondeurs. À 14 ans, le corps change, c'était bien qu'elle veuille perdre un peu de poids », se souvient Eric, son père. Même constat pour Béatrice, la maman de Barbara. En revanche, pour Cécile, sa fille Lucile « était déjà toute menue, elle n'avait vraiment pas besoin de faire un régime ».

Obsédée par la perte de poids, Lucile compile dans un carnet ses repas en soulignant ce qu'elle juge « en trop ». Barbara, elle, arrête de déjeuner à la cantine. « Océane s'habillait avec des vêtements amples, c'est lorsqu'on l'a vue en maillot de bain, l'été, qu'on a eu un choc », raconte Eric. La jeune fille avait perdu 26 kilos.

Chez les trois adolescentes, la perte de poids est telle qu'une consultation médicale s'impose. « J'ai pris rendez-vous avec un pédiatre pour Lucile. Elle s'est faite sermonner mais niait l'anorexie. Lucile ne pesait plus que 42 kilos », détaille Cécile. Pour Barbara, l'hospitalisation est inévitable. « Les visites sont fixées en fonction de la reprise de poids, tout comme les échanges de lettres. On n'a pas vu notre fille pendant plusieurs semaines. C'était une angoisse permanente », se souvient Béatrice. Lucile ne pesant plus que 35 kilos, après un suivi en ambulatoire à la Maison des adolescents, elle entre au service pédiatrie du CHU de Rouen où elle est « menacée » d'entrer en psychiatrie si elle ne reprend pas de poids. « La menace a fonctionné, en cinq semaines, elle a repris cinq kilos », indique sa maman, soulagée. « Océane ne mangeait plus, pleurait à chaque repas, il fallait faire quelque chose », se souvient Eric. Océane est admise à l'hôpital, contrainte de reprendre 9 kilos pour sortir.

Aujourd'hui, Lucile et Océane sont rentrées chez elles, se nourrissent « normalement » et ont retrouvé une scolarité classique. Pour Barbara, la guérison est un peu plus compliquée. Après une deuxième hospitalisation, elle a été admise à la Maison de Solenn à Paris durant cinq mois. En janvier dernier, elle a pu rentrer chez elle mais « les repas restent difficiles, Barbara ne mange pas comme nous », regrette Béatrice constatant que « l'anorexie est comme une loi intérieure, plus forte que tout ». Une maladie qui frappe souvent les adolescentes, bonnes élèves qui « ont un besoin de tout contrôler », juge Cécile.

Les trois jeunes filles sont toujours suivies par la Maison des adolescents à Rouen. « C'est un réconfort pour les parents et toute la famille », reconnaît Béatrice qui souhaiterait un suivi plus rapproché pour sa fille encore fragile. Océane, elle, voit son médecin une fois par mois ; quant à Lucile, chaque semaine, elle participe à un déjeuner thérapeutique et rejoint un groupe de parole chaque mois. « On est très content de la prise en charge à la Maison des adolescents », se satisfait Cécile qui participe au groupe de parole mensuel des parents. Et Eric de reconnaître : « La Maison des adolescents a sauvé ma fille ».

### COORDONNÉES

#### MDA site Espace du palais

11 allée Eugène Delacroix  
76000 Rouen  
Tél. 02 32 10 97 30

#### MDA site CHU

1 rue de Germont  
76031 Rouen cedex  
Tél. 02 32 88 89 14



# Zoom sur...



## ➤ Hommage au Professeur Michel Petit

### Dr Gabrielle ALLIO

*MONSIEUR* : voilà comment je m'adressais à vous. Vous êtes parti discrètement, mais comment pouvait-il en être autrement...

Je ne peux que saluer et rendre hommage à l'homme, et vous remercier de votre bienveillance de tout instant.

Je me rappelle, de ce jour de printemps, où tremblante, je suis venue dans votre bureau, ne sachant pourquoi vous souhaitiez me voir.

Là, vous m'avez offert mon premier poste de praticien hospitalier : « vous avez 48 h pour vous décider », m'avez-vous déclaré, assis derrière votre bureau, vos lunettes sur le bout du nez. Flattée de votre marque de confiance, j'ai accepté et je ne l'ai jamais regretté.

J'ai eu la chance de pouvoir travailler à vos côtés pendant 12 ans. Douze années où j'ai pu grandir, m'affirmer et créer, partager vos valeurs, vos connaissances professionnelles maintes fois citées, votre passion pour notre

discipline et votre sens profond pour la défense de la psychiatrie publique.

J'ai également profité de vos talents de conteur, de vos passions éclectiques dans bien des domaines – littéraires, artistiques et musicales – lors de discussions, aussi bien à l'internat que dans l'ancre de votre bureau toujours très encombré, autour d'une cigarette.

Vous saviez partager et donner à l'autre l'envie de se transcender, de réfléchir plus loin et plus avant. C'est dans cet esprit que nous avons créé l'UNACOR.

J'ose penser que nous sommes quelques-uns et unes à vous devoir beaucoup, que ce soit dans les moments de partage ou de controverse.

Aujourd'hui, l'on m'a demandé d'écrire quelques mots pour vous rendre hommage, celui qui s'impose à moi est : MERCI.

### Pr Olivier GUILLIN

Michel PETIT aura été Professeur de Psychiatrie à Rouen pendant près de 30 ans.

Il a débuté la psychiatrie à Paris, dans le service de Pierre DENIKER. C'est à cette époque, alors qu'il est interne, qu'il rencontrera Lucien COLONNA qui était alors Chef de Clinique. Ne jamais abandonner, se passionner pour l'innovation, rester proche de la clinique, tels sont les enseignements que Pierre DENIKER a transmis à ses élèves. Chez Michel PETIT on pouvait retrouver cette filiation.

En effet, pendant toute sa carrière il a eu pour objectif de s'occuper des malades les plus sévères et a soutenu fortement le projet que le service avait de développer une unité

régionale pour psychose résistante. Passionné par la clinique, il a mené ces travaux sur ce domaine avec Sonia DOLLFUS notamment dans le domaine des symptômes négatifs de la schizophrénie. La nouveauté, cela aura été tout au long de sa carrière, les médicaments. Nombreux auront été ceux qui ont appris l'utilisation des neuroleptiques dans son fameux ouvrage co-écrit avec Lucien COLONNA. A la fin de sa carrière, il continuera dans cette voie en étant membre de la commission de transparence de l'Agence du Médicament. Je garderai de lui le souvenir d'un homme complexe, aux convictions fortes, attaché au service public et dont l'intelligence et la malice étaient remarquables.

### Dr Sadeq HAOUZIR Président de la CME

*Michel PETIT nous a quitté, sans doute trop vite, sûrement trop tôt.*

*Que restera-t-il dans nos mémoires, dans nos esprits de cet Homme, de ce Médecin, de ce Psychiatre?*

*Certains se souviendront de l'Homme cultivé et amateur d'art... D'autres du Professeur ouvert d'esprit, à la connaissance éclectique toujours scientifique... Tous retiendront son humanisme éclairé.*

*Mais la seule certitude est qu'il va nous manquer.*

### Professeur BRAZO Perrine (CHU Caen)

*Ah, qu'il est difficile de rendre hommage à son Maître, d'organiser une pensée toute imprégnée d'émotions.*

*Que dire ?*

*J'étais en vacances à l'annonce de sa mort, en France, mais fort loin d'ici. Les mots qui m'étaient alors venus à l'esprit et au cœur étaient : « Sa bienveillance m'a menée là où je suis, mon respect et mon affection l'accompagnent ». Et je lui ai consacré ces paysages magnifiques dans lesquels je pensais à lui. Je suis rentrée, et le souvenir perdure.*

*Car Monsieur PETIT m'a profondément et définitivement imprégnée de sa vision et de son vécu de l'art psychiatrique. Grâce à lui, j'ai fait la connaissance des Anciens et de leurs écrits, de cette tradition littéraire psychiatrique qui fonde nos savoirs. Il m'avait fait l'honneur et la confiance de me prêter son Séglas de 1892 sur « Les troubles du langage chez les aliénés ». Aujourd'hui encore, cet honneur est vif, et je m'attache à transmettre aux plus jeunes, comme lui m'a transmis son savoir, ses subtilités, et sa passion. Poursuivre, et ne pas trahir sa confiance. Adieu à mon Maître.*

## Pr Sonia DOLLFUS CHU de Caen

Le professeur Michel PETIT aura marqué une génération de psychiatres par ses qualités professionnelles et humaines.

Discret et réservé, c'est avec une certaine pudeur qu'il transmettait son savoir et ses connaissances. Fin clinicien, il était un grand spécialiste de la schizophrénie et savait repérer les formes les plus complexes. Il nourrissait constamment ses réflexions cliniques des travaux de recherches dont il suivait de près les publications, mais aussi de la littérature du XIX<sup>e</sup> siècle dont il était féru. C'est ainsi qu'il faisait découvrir à ses élèves les grands chefs d'œuvre de la littérature, avant-gardes de certaines maladies psychiatriques : Louis Lambert de Balzac, qu'il conseillait à ses élèves pour mieux comprendre la forme négative de schizophrénie ; une histoire sans nom de Barbey D'Aurevilly dont le nom de l'héroïne sera le précurseur du syndrome de Lasthénie de Ferjol.

Élève de Pierre DENIKER et formé à l'école de Sainte-Anne, Michel PETIT était aussi passionné par la psychopharmacologie. C'est dans ce domaine que son nom restera associé à celui des neuroleptiques. C'est en effet Michel PETIT avec Lucien COLONNA en 1978 qui ont proposé une nouvelle classification des

neuroleptiques identifiant les neuroleptiques bipolaires d'une part et les neuroleptiques monopolaires d'autre part. Il a été co-auteur de 3 autres ouvrages, « Les neuroleptiques : de la neurobiologie des transmissions dopaminergiques à la thérapeutique » en 1987, « Efficacité et tolérance des psychotropes chez l'enfant » en 1988 et « le dictionnaire des neuroleptiques » en 1989. Son expertise dans le domaine de la psychopharmacologie l'a conduit à être nommé en 2002 au comité de validation des recommandations de bonne pratique sur les produits de santé à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

Avec une intelligence fine et conceptive, Michel PETIT aimait broyer des idées et élaborer des hypothèses comme celle de la théorie du Chaos dans la diachronie des maladies mentales. En s'imprégnant de la pensée de Ilya Prigogine, Il a ainsi écrit un article\* avec Nicolas Petit, son fils, qui nous résume bien ce que disait Michel Petit « En psychiatrie, l'état stable c'est la maladie. L'état normal c'est la variation temporelle, le régime constamment fluctuant ». A ce titre, il a surpris plus d'une fois son auditoire en avançant des idées originales et audacieuses.

Dès les années 85, il prônait déjà le développement de la psychoéducation auprès des familles des jeunes adultes souffrant de schizophrénie. C'est aussi à cette époque complexe et conflictuelle quant aux déterminants de l'autisme infantile que Michel PETIT a apporté tout son soutien à plusieurs collègues et aux mouvements associatifs des familles d'enfants autistes. Trente ans plus tard, certains s'en souviennent encore...

Dans les années 90, Michel PETIT se passionnera pour la schizophrénie, notamment sur l'évolution des concepts et les ouvrages anciens de grands psychiatres qui ont marqué notre sémiologie et notre nosographie : Bénédicte Augustin Morel, Jacques-Joseph Moreau de Tours, Jules Baillarger, Jules Séglas, Gaëtan Gatian de Clérambault. Il partagera et transmettra cette passion à ses élèves avec lesquels il initiera les travaux sur les symptômes négatifs de la schizophrénie, travaux qui se poursuivent, marqués par son empreinte, encore aujourd'hui.

Michel PETIT légua à ses élèves et à notre communauté des valeurs nécessaires à tout psychiatre, respect, intégrité, humilité et humanisme.

\*Annales Médico-psychologiques, 1993, Vol 151 (10), pp 701-705

## Docteur Christian NAVARRE

Le souvenir du Professeur Michel PETIT est pour moi lié à notre première rencontre, en cette matinée de 1987 où lui et le Professeur Lucien COLONNA m'accueillirent dans leur service lors de mon premier jour de stage d'Interne, dans le Pavillon Henri Hey du Centre Hospitalier du Rouvray. Ils étaient assis l'un à côté de l'autre, dans une complicité souriante, et Michel PETIT, s'intéressa d'emblée, avec une curiosité sincère, à mon parcours de formation. Au fil des années, comme Interne, Chef de Clinique, puis Praticien Hospitalier

dans le Service Hospitalo-Universitaire, j'ai côtoyé ce grand personnage qui m'a enseigné à la fois une clinique fine, une histoire de la psychiatrie classique, des connaissances en neurosciences et en psychopharmacologie, rarement égalées.

Ensuite, en tant que Chef de Service du Secteur 76 G 10, j'ai été amené à siéger régulièrement dans des jurys de Thèses de Médecine et dans des réunions institutionnelles avec lui, où nous échangeons très amicalement. Il avait cet humour à mi-voix, caustique et dé-

calé, des grands sensibles qui se protègent. Il s'est parfois confié à moi sur ses choix professionnels et j'ai pu aussi, très souvent, lui demander conseil.

Ce fut un moment douloureux pour moi que celui où j'ai appris son décès, symbole de la fin d'une époque qui a vu se créer la psychiatrie universitaire à Rouen, connue alors dans toute la France et à l'Étranger, pour ses premiers travaux scientifiques de l'ère moderne sur cette discipline médicale.

## ➤ Le contrôle des hospitalisations sans consentement par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

**C**haque année en France, environ 80 000 personnes font l'objet d'une hospitalisation sans leur consentement dans un établissement de santé spécialisé en psychiatrie.

Si les soins psychiatriques dits « libres », c'est-à-dire décidés avec le consentement du patient, demeurent la règle lorsque l'état de la personne le permet, il reste que les soins sans consentement constituent une modalité de prise en charge qui représente actuellement une proportion non négligeable des hospitalisations en psychiatrie (20 % environ).

La 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 a profondément réformé le régime des hospitalisations sans consentement en vigueur depuis 1990.

Les décisions d'hospitalisation de personnes sans leur consentement reposent toujours sur un ou plusieurs avis médicaux, et ont bien évidemment pour objectif de soigner et de protéger des personnes atteintes de troubles mentaux manifestes qui rendent leur consentement aux soins impossible et qui sont dangereuses soit pour elles-mêmes (suicidaires notamment) soit pour autrui (sécurité des personnes mais également troubles graves à l'ordre public).

Elles sont prises soit par le Préfet, le Maire mais le plus souvent par le Directeur de l'établissement de santé d'accueil.

Ces soins psychiatriques « sous contrainte » sont mis en œuvre dans l'intérêt des patients et permettent de leur dispenser des soins alors qu'ils n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux, ni de leur besoin impératif de soins, il n'en reste pas moins que de telles mesures contraignantes sont privatives de liberté et en tant que telles doivent répondre et satisfaire à des procédures très lourdes et très contraignantes.

L'une des innovations majeure introduite par la réforme des soins psychiatriques de 2011 est la création d'un contrôle par le juge des mesures d'hospitalisation complète, la volonté affichée du législateur étant de trouver un juste équilibre entre la qualité des soins, le respect des libertés individuelles et le légitime souci de sécurité des citoyens.

### A - Les modalités du contrôle réalisé par le JLD

Ce contrôle de plein droit qui porte sur la nécessité du maintien de l'hospitalisation complète, est obligatoire et systématique. Il se cumule avec les voies de recours qui existaient antérieurement à la réforme du 5 juillet 2011, à savoir avec la faculté pour les intéressés, ou les personnes habilitées à agir dans leur intérêt, d'exercer un recours facultatif à l'encontre d'une mesure de soins sans consentement.

Ce nouveau contrôle est réalisé par le Juge des Libertés et de la Détention qui intervient avant l'expiration du douzième jour à compter de l'admission en hospitalisation complète, puis à l'issue de chaque période de 6 mois en cas de maintien de cette hospitalisation.

De façon simplifiée, depuis le 1<sup>er</sup> août 2011, l'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre plus de 12 jours et plus de 6 mois sans que le JLD, préalablement saisi par le Directeur ou le Préfet, ait statué sur cette mesure.

### B - La nature du contrôle réalisé par le JLD

Ce contrôle porte d'abord sur la forme c'est-à-dire essentiellement sur le respect des exigences légales et réglementaires qui doivent présider à toute hospitalisation sans consentement quelle qu'en soit la procédure suivie ou l'autorité décisionnaire.

Il s'agit du contrôle de la régularité des décisions administratives, la vérification que les décisions ont été prises par une personne compétente, selon les formes, et conformément aux procédures prévues par la loi et les règlements en vigueur.

Ce contrôle porte ensuite sur le « fond », c'est-à-dire sur l'appréciation de la privation de liberté qui comme le rappelle l'article L. 3211-3 du CSP : « les restrictions à l'exercice des libertés individuelles [d'une personne en soins psychiatriques sans consentement] doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental [du patient] et à la mise en œuvre du traitement requis. ».

Cela signifie que ce contrôle porte sur la nécessité de la poursuite de l'hospitalisation complète du patient au regard des soins à prodiguer et à contrario que les certificats et avis médicaux sur lesquels le Juge s'appuie soient rédigés avec suffisamment de précision, soient correctement motivés afin qu'il apparaisse :

- d'une part que les soins dont a besoin le patient soit incontestablement nécessaires,  
- d'autre part que ceux-ci ne puissent pas lui être prodigués sans privation de liberté (hospitalisation libre) ou sous une autre forme que l'hospitalisation complète continue (forme alternative).

La loi de 2011 ne demande pas au JLD de chercher à se transformer en psychiatre et d'établir un diagnostic mais de vérifier que le maintien de l'hospitalisation complète du patient au-delà de 12 jours et/ou de 6 mois est bien nécessaire, adapté et proportionné aux objectifs poursuivis par cette mesure.

Ainsi le JLD, dans l'exercice de son contrôle, est fondé à apprécier l'ensemble des éléments qui ont conduit à la privation de liberté.

### C - Le lieu et le déroulement des audiences

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014, le juge des libertés et de la détention statue, sauf exception, dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée dans l'établissement d'accueil. Celle-ci doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public.

Ces locaux sont aménagés au sein du « bloc des spécialités » dans la partie du RDC libérée par l'arrêt de l'activité du service de radiologie.

Ils comprennent notamment :

- une salle d'attente destinée aux patients et au public
- deux box pour les avocats
- une salle d'audience et une salle destinée aux besoins du délibéré du juge

### La publicité des débats.

La loi réaffirme que les débats sont publics. Toutefois, elle prévoit des exceptions à ce principe et le juge peut décider de tenir les débats en chambre du conseil c'est à dire hors la présence du public lorsqu'une partie le demande ou s'il doit résulter de la publicité une atteinte à la vie privée ; sachant que « le huis clos » est de droit lorsque la demande émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

Dans tous les cas, la décision du JLD devra, quant à elle, être rendue publiquement.

### La convocation du patient et sa présence à l'audience

Dans la pratique les patients concernés sont convoqués à une audience organisée et fixée par le greffe du Tribunal de Grande Instance et sont auditionnés, systématiquement accompagnés par du personnel soignant.

Le patient peut comparaître en personne avec ou sans l'assistance d'un avocat ou être représentée par un avocat.

Si la présence à l'audience du patient est vivement souhaitable dans la mesure où celui-ci pourra personnellement en présence des parties et du JLD :

- exposer sa version des faits qui sont à l'origine de son hospitalisation sans consentement,
- signaler tout contenu de documents avec lesquels il ne serait pas d'accord
- demander des explications sur la mesure dont il fait l'objet et sa durée
- exposer les difficultés auxquelles il est confronté à l'occasion des soins qui lui sont imposés, il reste qu'il n'est pas obligé d'y assister et il peut refuser de comparaître devant le JLD.

De la même façon, le juge peut décider de ne pas entendre la personne si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle à son audition. La personne sera alors nécessairement représentée par un avocat choisi ou à défaut commis d'office.

### D - Les décisions du JLD

Dans le cadre de l'exercice de son contrôle, le JLD peut prendre deux sortes de décision :

- Soit il décide que l'hospitalisation complète sans consentement peut se poursuivre,
- Soit il ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète sachant que dans cette hypothèse il peut prévoir un effet différé à sa décision de mainlevée pour une durée qui ne peut excéder 24h, laissant ainsi la possibilité à l'équipe médicale, si besoin, le temps d'organiser la continuité des soins.

### Conclusion

L'intervention obligatoire et systématique du Juge Judiciaire dans le champ de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement qu'a créé la réforme de 2011 a pu être considérée par certains professionnels de santé et associations de patients ou d'anciens patients comme un progrès en matière de respect des droits des patients.

Il s'agirait d'un moyen qui a permis de « faire pénétrer le droit à l'hôpital » voire de lutter contre « les internements abusifs ».

Cependant, le formalisme excessif, la brièveté de certains délais à respecter, la lourdeur des procédures, les modalités de la mise en œuvre de ce contrôle ainsi que la pratique du déroulement des audiences nous incitent à nuancer fortement ce sentiment. Dans la pratique, ce contrôle se réduit souvent à un contrôle à minima du respect des principales règles de forme qui doivent présider aux admissions et au maintien des soins sans consentement.

Michel Angelloz-Nicoud

### E - Quelques chiffres pour l'exercice 2014

	Volume	Proportion en %
Nb d'audiences (matinée)	197	Soit 3/4 par semaine
Nb de dossiers examinés	857	
Moyenne de dossiers par audience	4,35	
Patients présents à l'audience	609	71,06 %
Patients ayant refusé d'aller à l'audience	21	2,45 %
Patients médicalement non auditionnables + patients en fugue	227	26,49 %
Décisions prises par le JLD		
Maintien de l'hospitalisation complète	843	98,37 %
Levée de l'hospitalisation complète	14	1,63 %

« interview »

## ➤ La justice se rend à l'hôpital

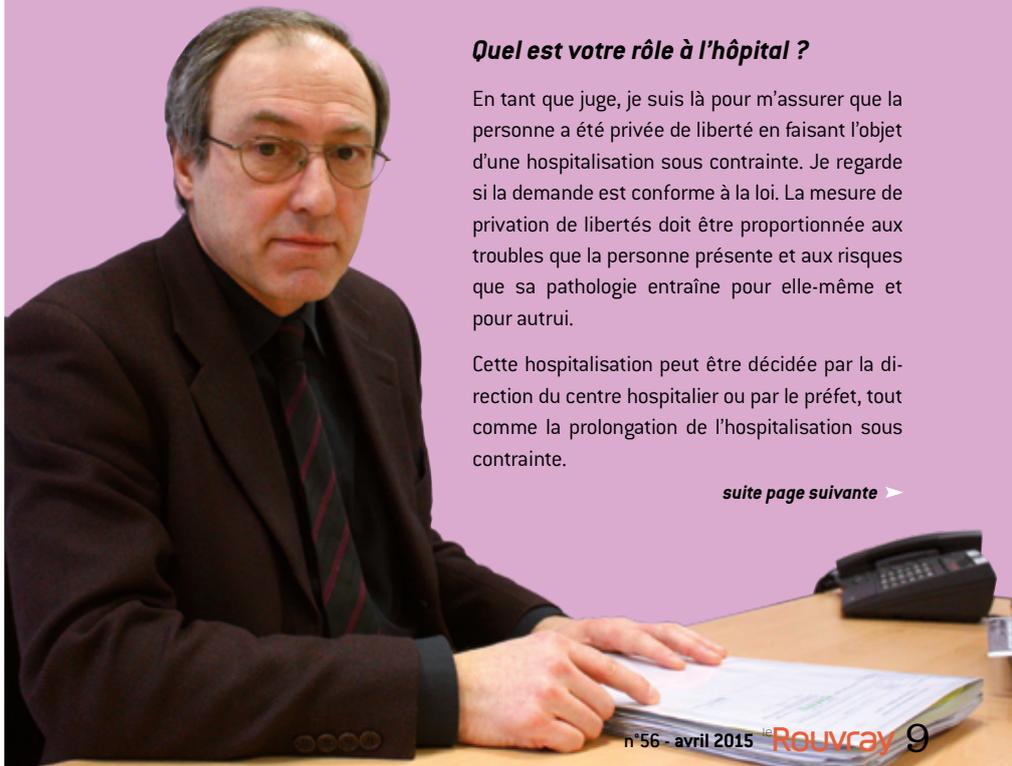
A la suite de la réforme des droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, le Juge des Libertés et de la Détention intervient désormais au sein même de l'hôpital. Rencontre avec Charles-Henri Bisot, JLD au Tribunal de grande instance de Rouen.

### Quel est votre rôle à l'hôpital ?

En tant que juge, je suis là pour m'assurer que la personne a été privée de liberté en faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte. Je regarde si la demande est conforme à la loi. La mesure de privation de libertés doit être proportionnée aux troubles que la personne présente et aux risques que sa pathologie entraîne pour elle-même et pour autrui.

Cette hospitalisation peut être décidée par la direction du centre hospitalier ou par le préfet, tout comme la prolongation de l'hospitalisation sous contrainte.

suite page suivante ➤



# Gros plan

« interview »

***Vous pouvez donc lever la mesure si elle ne vous semble pas conforme mais comment faites-vous pour évaluer, par exemple, un certificat médical ?***

L'hospitalisation sous contrainte peut être levée si les certificats ne sont pas assez précis ou s'ils sont exagérés au regard de la loi. Je peux dans ce cas demander un suivi de soins différent. Dans ce cas, le médecin doit établir un programme de soins et le patient ne fait plus l'objet d'une hospitalisation sous contrainte. Mais, en effet, il faut reconnaître que l'appréciation d'un certificat médical est délicate pour un juge. Je ne suis pas médecin, je ne m'appuie que sur la loi.

***Quelle est la procédure pour hospitaliser un patient sans son consentement ?***

Quand un patient arrive à l'hôpital, il est gardé 72 heures en observation. L'hospitalisation sous contrainte ne peut aller au-delà de douze jours. Pour que l'hospitalisation soit prolongée, il faut que le patient, représenté par un avocat, soit entendu par le juge avant cette limite. Le juge doit donc être saisi dans les huit jours pour statuer au plus tard le douzième jour d'hospitalisation.

***La réforme permettant une salle d'audience au sein de l'hôpital a-t-elle entraîné des changements notables dans votre exercice ?***

Je remarque surtout que cette réforme est bénéfique pour le patient.

Le fait d'avoir des locaux qui sont une annexe du Tribunal de Grande Instance, au sein même de l'hôpital, évite au patient le transport, l'angoisse d'aller dans un lieu inconnu et de se retrouver parfois à côté d'un détenu menotté. Cette salle d'audience au Rouvray montre que l'on a affaire à des patients et non à des délinquants. Le juge – moi-même ou un autre collègue – se déplace au Rouvray trois matinées par semaine, le lundi, le mercredi et le vendredi.

***Vous recevez également des patients issus du milieu carcéral ?***

Oui, je vois les patients de l'unité Badinter qui accueille les détenus. Ils ont les mêmes droits que les autres patients. Certains préfèrent être en prison qu'à l'hôpital.

## En bref !

### ➤ LE NOUVEL INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS



Vendredi 6 février 2015, Nicolas Mayer-Rossignol, Président de la Région Haute-Normandie a inauguré le nouveau bâtiment de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers sur le site du centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-Lès-Rouen, en présence de Luce Pane, Députée-Maire de Sotteville-Lès-Rouen, de Christine Argelès, 1<sup>re</sup> adjointe représentant Yvon Robert, Maire de Rouen, d'Emmanuèle Jeande-Mengual, 1<sup>re</sup> Vice-Présidente de la Région Haute-Normandie, d'Eric de Falco, Président du Conseil de Surveillance du CH du Rouvray, de Jean-Yves Autret, directeur du CH du Rouvray, de Pascal Peneaut, directeur de l'IFSI et de Sadeq Haouzir, Président de la Commission Médicale de l'Établissement.



# ➤ LES JOURNÉES DE PSYCHIATRIE DU MOIS DE MARS

LE TEMPS EST-IL NOTRE AMI OU NOTRE ENNEMI ?

La première journée de psychiatrie adulte de Haute-Normandie le jeudi 19 mars à l'IFSI du Rouvray organisée par le Pr GUILLIN



Pr Guillin et Pr Olié



Pr Guillin et M. Autret



À la Halle aux Toiles à Rouen ont eu lieu :

**Le 26**

**DE LA CRISE D'ADO À LA MALADIE MENTALE**

**Cordonné par le Dr BRETEL, RéPsyRED76**

Un forum citoyen a été organisé à Rouen par le RéPsyRED76, en partenariat avec l'association Frontières Invisibles, dans le cadre des SISM 2015 sur l'adolescence, autour de l'accès aux soins dès l'installation des troubles. La forte participation des usagers, et notamment d'usagers experts, a permis à un public diversifié d'appréhender l'importance du savoir expérientiel en santé mentale et favorisé la richesse des échanges.



**Le 27**

**PRÉCARITÉ ET SANTÉ MENTALE : 20 ANS APRÈS, ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

**La journée du Réseau Régional d'Action Psychiatrie Précarité Organisé par le Dr GOUIFFES et l'UMAPP**



Dr Gouiffes et Dr Guigueno



# En bref !

## ➤ CÉRÉMONIE DES VŒUX ET MÉDAILLÉS

Le 16 janvier



## ➤ L'EXPO DES ATELIERS DU CHANTIER ET DU CENTRE SAINT GERVAIS

Vernissage le 10 mars de l'exposition des œuvres des patients à la bibliothèque de Sotteville.



*Erwan Autret et Béatrice Burel  
Artistes animateurs des ateliers*



Quadrimestriel - n°56 avril 2015

Revue d'information du Centre Hospitalier du Rouvray  
4, rue Paul Eluard - BP 45 - 76301 Sotteville-lès-Rouen

Directeur de la publication : Jean-Yves Autret

Comité de rédaction : Jackie Aubert, Nicole Bessièrre,  
Valérie Bourgeois, Armelle Cuomo, Hélène Defay-Goetz,  
Benoît Demas, Martine Lamidey, Hélène Martel, Pascal  
Peneaut, Martine Reymond, Valérie Simon.

Photos : Comité de rédaction, couverture : CHU Rouen

Conception et réalisation : Italic'Communication

24, rue de Fauville - 27000 Évreux - Tél. 02 32 39 15 49

N° ISSN - 1269-147X