

## **“Si on ne se réunit plus, on ne peut plus soigner”**

Delphine, praticien hospitalier en psychiatrie

Parole du 16 février 2021, mise en texte avec Christine

A la Queue-en-Brie, chacun des six pavillons de l'hôpital des Murets est un service. Dans celui dont je suis responsable nous avons vingt-neuf chambres, plus une chambre d'isolement. Les personnes peuvent être hospitalisées quelques jours, quelques semaines ou mois, sortir, revenir. Certaines ne peuvent pas sortir, comme ces patients psychotiques qui sont là depuis vingt ans. Il y a eu des tentatives pour les faire sortir, vers des appartements thérapeutiques, mais ils sont revenus au bout de quelques jours ou semaines. Ils ont tous leurs repères dans l'unité d'hospitalisation, ils ont besoin d'une approche thérapeutique.

Quand je suis arrivée, en 2006, le chef de service était orienté vers la psychiatrie institutionnelle. J'étais tout-à-fait partante pour cette orientation, c'était celle du service où j'avais fait ma dernière année d'internat. Entre-temps, j'avais passé sept ans dans une unité de Saint-Denis, où nous étions passés de soixante à vingt lits. On gardait les gens très peu... et ils revenaient très vite, puisqu'on n'avait pas eu le temps de les soigner. Depuis, ça n'a fait qu'empirer. Je le sais parce qu'ils nous envoient régulièrement des patients qui passent les premiers jours de leur hospitalisation chez nous avant d'avoir une place dans leur service d'origine.

Ces derniers mois, avec la crise sanitaire, les hôpitaux psychiatriques d'Ile-de-France ont été encore plus saturés que d'habitude. On ne pouvait y accueillir qu'un patient par chambre alors que certains ont encore des chambres doubles. Ils étaient donc saturés mais avec des lits vides. Ici, la direction a mis en place une petite cellule de crise, qui nous donnait ses directives par mail. Avec des choses assez folles, comme le confinement des patients dans leur chambre durant sept jours à partir de leur admission ! Demander à quelqu'un de rester confiné dans sa chambre, c'est l'antithèse du soin psychiatrique. Dans certains services, heureusement pas le mien parce que c'était clair pour nous, les soignants devaient même fermer les portes des chambres à clé.

Les autres patients n'avaient pas le droit de sortir seuls du pavillon. Il fallait obligatoirement un soignant avec eux s'ils voulaient faire un tour dans le parc, pour ne pas donner lieu à des regroupements. Certains patients ont d'ailleurs demandé leur sortie de l'hôpital, quitte à aller vers des solutions d'hébergement très précaires. Je me souviens particulièrement d'une femme qui était dépressive, suicidaire. Le fait de rester en chambre continuellement a été très rapidement insupportable pour elle, donc elle a demandé sa sortie. J'ai autorisé des sorties quand l'état des patients le permettait. Quand un patient veut sortir, je prends ma décision à partir d'une discussion collective, j'essaie de faire en sorte que l'on réfléchisse ensemble à ce que l'on fait. Mais je ne suis pas à la même place que les autres soignants, j'ai des responsabilités que n'ont pas les autres. Au final, c'est moi qui signe, qui demande la levée des mesures d'hospitalisation, qui établis les certificats médicaux.

Au début de la crise sanitaire, dans mon unité de soins, certains patients ont exprimé une forte angoisse, alors que d'autres semblaient passer complètement à côté, ou se repliaient sur eux-mêmes. D'autres encore exprimaient des pathologies très liées à la crise : des délires dans lesquels ils étaient sauveur du monde, des accès maniaques ou mélancoliques.

L'ambiance était mortifère avec cette maladie mortelle, ce virus qui était à la fois invisible et partout. Beaucoup de gens étaient comme sidérés, même parmi les soignants. J'ai été impressionnée par l'éventail de leurs réactions, entre ceux qui prenaient cela avec beaucoup de légèreté et ceux qui étaient très scrupuleux de toutes les normes d'hygiène à respecter, de toutes les consignes que nous recevions.

Par exemple, les directives interdisaient de se réunir dans un local. Mais c'est de l'anti-soin psychiatrique, une prise en charge collective est indispensable : se réunir, parler de ce que l'on a observé, ressenti avec tel ou tel patient, confronter tout cela. C'est ce que l'on appelle, en psychiatrie, les réunions de constellation : mettre en commun pour arriver à trouver du sens à ce qui se passe pour le patient, afin de le soigner. Par exemple, un patient donné va investir un soignant comme une figure maternelle. Alors qu'avec un autre il sera dans l'évitement, ou agressif. C'est important de pouvoir se le dire et de l'analyser. Le patient noue avec chacun des membres de l'équipe une relation particulière qu'on appelle le transfert, une notion empruntée à la psychanalyse. Le propre du sujet psychotique, c'est que ce transfert est dissocié, différent d'une personne à une autre. D'où la nécessité de faire ces réunions de constellation pour rassembler tout ce que l'on observe autour du sujet.

J'en ai besoin pour dégager des modalités thérapeutiques. Par exemple, nous allons axer les choses sur une approche corporelle avec un patient qui se plaint de son corps ou met en scène son corps sans pouvoir l'exprimer par des mots, ou qui est très dissocié. Nous envisagerons une prise en charge en psychomotricité, éventuellement des enveloppements humides. Là, il faudra que toute l'équipe s'y mette. Avec un autre, ce sera une approche plus sociale, comme de nous organiser pour qu'il mange dans sa chambre avec la présence d'un soignant, et pas dans le réfectoire collectif. Nous avons décidé de le faire pour que ça s'humanise un peu dans sa chambre, qu'il y soit moins retranché comme dans une grotte. Ce sont des soins de longue haleine, petit pas par petit pas. Jusqu'au jour où, lors d'un entretien, un patient qui était sur la défensive va se livrer suffisamment pour que j'y comprenne quelque chose. Ça peut être lors d'un entretien avec la famille, dont il ressort parfois des choses extrêmement intéressantes pour comprendre ce qui arrive aux patients.

A la réunion du matin, on discute aussi des problèmes de la nuit. Il y a par exemple une problématique qui nous agace tous : la consommation de toxiques. A certaines périodes, nos patients n'arrêtent pas de fumer du cannabis dans l'unité d'hospitalisation, ils prennent de la cocaïne, de l'alcool, c'est une problématique de fuite de la réalité en plus de la transgression. Ça se passe beaucoup la nuit, ça met l'équipe de nuit en difficulté, et donc ça remonte à la réunion du matin. Je me sens interpellée : « que font les psychiatres ? » Je me vois désignée comme celle qui devrait tout régler alors que je suis souvent dans une impuissance terrible.

C'est ce dont nous discutons tous les matins, et si on ne se réunit plus, on ne peut plus soigner.

Les journées à l'hôpital commencent toujours par la réunion d'équipe : infirmiers, aides-soignantes, cadre de santé, psychologue, médecin généraliste ... Nous prenons la liste de tous les patients, et nous disons quelque chose de chacun, individuellement. Ces réunions sont aussi pour nous l'occasion de travailler sur le soin en institution, de réfléchir à nos pratiques, particulièrement autour des questions de l'isolement en chambre et de la contention physique des patients, des pratiques dénoncées depuis des années et pour lesquelles le Conseil Constitutionnel a sommé l'État de légiférer. Pendant la crise sanitaire, ces réunions

étaient très longues parce qu'on avait besoin de beaucoup se parler. Nous nous sommes toujours réunis en présence pendant la crise sanitaire, avec les masques, les fenêtres ouvertes ... et nos manteaux pendant tout l'hiver.

Après la réunion du matin, la journée continue par les entretiens individuels des patients, avec psychiatre et infirmier. Puis, les infirmiers sont très vite accaparés par la préparation et la distribution des traitements, avant le repas du midi. Pendant le premier confinement, chacun s'est un peu déplacé de son rôle habituel. Nous étions mobilisés par la lutte contre la dépression, contre l'angoisse de mort, la nôtre et celle des patients. Ça a nettement amélioré l'ambiance. Par exemple, comme il fallait dédoubler le service de table, tout le monde s'y est mis et nous y avons impliqué les patients. Il y avait à chaque service un binôme soignant-patient. Mais petit à petit, nous avons été rattrapés par nos activités habituelles. Les agents de service avaient vu cela d'un bon œil au début. Ensuite, elles ont trouvé que c'était trop le bazar, elles ont repris la main sur leur travail. Les infirmiers avaient aussi le service des repas en chambre à assurer, pour les patients confinés.

Quant à moi, j'ai été énormément sollicitée par téléphone par des patients que je suis en soin ambulatoire, au CMP - Centre Médico Psychologique - de Villiers, où je consulte tous les jeudis. Là, tout était suspendu, sauf les urgences. Je faisais donc ma journée de consultation par téléphone depuis mon domicile. Mais un certain nombre de patients étaient en grande fragilité et me sollicitaient plus souvent. Donc, en plus de ma journée hebdomadaire de télétravail, je passais tous les jours à l'hôpital deux heures au téléphone pour leur répondre. Au bout d'un mois, ça a commencé à me prendre beaucoup de temps. J'ai quand même réussi à faire davantage de réunions soignants-soignés que d'habitude, pour impliquer les patients. Ils se sont ainsi beaucoup exprimés sur la vie du service. De plus, la psychomotricienne et l'art-thérapeute du CMP, sont venues renforcer l'équipe de l'hôpital tous les après-midis. Il se passait pas mal de choses dans le petit jardin du service. Au bout de quelques mois, malheureusement, beaucoup de ces choses se sont effilochées.

On s'est un peu mis en autonomie. Je considère que ce n'est pas à la direction de nous dire ce que l'on a à faire dans un service. Alors je fais ce que j'ai à faire. Sur certaines choses je n'ai pas le choix, comme pour les certificats médicaux à établir, notamment pour le juge des libertés : au cinquième jour, la veille de l'audience, au bout 48h d'isolement, en plus de tous les autres certificats liés aux hospitalisations sans consentement. Beaucoup d'administratif... Quand je suis déjà débordée de boulot et qu'on me dit "le certificat médical doit être fait absolument avant midi parce que l'ARS le réclame"... Les démarches de l'hospitalisation sous contrainte me contraignent moi aussi.

Dans mon travail j'ai l'impression d'être souvent en surcharge, c'est trop dense et ça m'épuise. J'ai besoin de temps pour penser et pour échanger. Au CMP, j'ai l'impression de faire un travail d'usine. Ce sont surtout des patients avec des pathologies anxieuse ou dépressive, qui ne nécessitent pas le même soutien institutionnel que les patients psychotiques de l'hôpital. Mais le jeudi, les consultations s'enchaînent toutes les demi-heures de 9h30 à 19h30 et je finis complètement essorée. A l'époque où j'étais responsable du CMP, ça me rendait malade de voir la liste d'attente, de ne pas pouvoir donner rendez-vous à des patients dans un délai raisonnable. Je ne pouvais pas prendre ça avec indifférence.

Cependant je n'arrive pas à me freiner. D'autant qu'il y a aussi le syndicat de psychiatres dont je suis présidente, et mon engagement dans le collectif du Printemps de la psychiatrie. J'ai

toujours eu aussi des mandats à la CME, la Commission Médicale d'Établissement, jusqu'à la dernière élection. Mais je pense que je vais y retourner, il n'y a que là que l'on peut se faire entendre. La communauté médicale de mon hôpital a relancé le collège médical il y a peu. C'est un contre-pouvoir de la direction qui se développe. Il y a de l'espoir de ce côté. D'autant qu'il y a un énorme projet à cent-cinquante millions d'euros pour lequel les personnels ne sont pas du tout associés aux décisions. Les chefs de pôle et la direction décident dans leur coin, donc ça rue dans les brancards en ce moment.

[Parole de Delphine, le 16 février 2021, mise en texte avec Christine](#)