

## Compte Rendu de la journée de formation 2021-12-04

### Introduction par Michel BALAT, psychanalyste sémioticien

Tout le monde a souffert du confinement, de la perte de contact qui en est résulté. Le retrait primaire au cours du confinement a été confirmé par la mise en place des gestes barrières. L'importance du contact a été mise en avant par deux grands noms de la psychanalyse : Léopold Szondi, médecin hongrois et surtout Donald Winnicott, médecin anglais célèbre pour ses travaux sur les liens entre mère et enfant.

Deux grandes polarité pour le contact entre la dépression D- et l'inverse, la manie M+. En D- : ne pas aller au contact, ne pas se toucher. En M+ aller chercher le contact comme le rapport mère/enfant. On a vécu cela dans les deux dimensions : le repli sur soi de type dépressif et l'hypercontact par hyperproduction des réseaux sociaux par exemple de type maniaque.

**Premier atelier : le point de vue du service de réanimation chirurgicale du CHU de Bordeaux.** Atelier animé par le docteur Vincent Cottenceau, médecin réanimateur et Mr Pernot représentant des familles de l'AFTC (Association de Familles des Traumatisés Crâniens et Lésés cérébraux) au niveau de ce service.

A cours du premier confinement de mars il a fallu, au début, faire de la place dans les services de réanimation (arrêt de toute entrée post-chirurgicale non urgente). Puis le confinement a été décidé et d'un seul coup on a assisté à l'arrêt brutal des hospitalisations pour traumatisme. A la fin du premier confinement on a assisté par contre à une explosion des cas avec une reprise des accidents du travail et des accidents de la route. Puis les admissions ont repris un rythme plus habituel.

Il faut noter que l'épidémie de COVID à ce moment là n'a pas eu un gros impact dans notre région si on compare avec l'est de la France ou l'Ile de France.

Il n'y a eu aucun retentissement sur la prise en charge des traumatismes crâniens lors de cette phase aigue. Ce sont des urgences, ils ont toujours été admis et on leur a toujours trouvé des lits. Il n'y a pas eu à faire de choix éthique entre un patient et un autre.

Pendant la deuxième puis la troisième vague les lits de ranimation ont été saturés. On a transformé des lits de soins intensifs et de soins continus. Il n'y avait plus beaucoup de place pour les autres pathologies. Mais à aucun moment nous n'avons été confrontés à des choix entre patients tels que ceux de nos confrères des Antilles.

Intervention de Mr Pernot, correspondant de l'AFTC à l'hôpital Pellegrin. L'association utilise un bureau dans la partie administrative du service de réanimation chirurgicale. Pendant les 6 premiers mois de la pandémie le CHU a interrompu la présence d'associations dans ses locaux. Mr Pernot n'a reçu que peu de coup de téléphone de familles pendant cette période. Il soulève cependant la souffrance des familles dont les temps de visite ont été réduits à une heure par jour. Les parents d'une jeune femme hospitalisée n'avaient donc droit qu'à 30 mn chacun. Le docteur Cottenceau reconnaît que pendant la première vague, l'administration a complètement interdit la visite de familles, puis il n'y a eu qu'une heure pour une personne seulement par patient. L'ouverture a

ensuite été progressive. La salle d'attente doit rester vide et l'attente se fait à l'extérieur jusqu'à l'heure du rendez vous donné par le service en fonction de la demande de la famille. Cette gestion est compliquée pour le service. La secrétaire devient difficilement joignable et il faut adapter les plannings de soins.

### **Deuxième atelier prise en charge des incapacités physiques (Docteur Tujague)**

Première période. Les patients restaient plus longtemps en service aigu. Les services de rééducation ont essayé d'envoyer des programmes en visio mais peu intéressant pour une rééducation physique. Dans un deuxième temps il a été possible d'ouvrir de nouveau l'hôpital de jour en procédure dégradée, puis de récupérer de l'espace sur la zone d'hospitalisation complète. Les professionnels qui faisaient de l'hospitalisation de jour ne faisaient que cela pour ne pas se mélanger aux autres soignants.

Une troisième période a suivi, plus détendue, mais les circuits hôpital de jour/hospitalisation complète sont restés séparés jusqu'à septembre 2021. Depuis les relais extérieurs sont plus fluides. Les visites, limitées au départ à 1heure par jour pour un seul visiteur à la fois suite aux directives institutionnelles ont été progressivement élargies à 2 personnes pour des durées de 4 à 5heures par jour.

Quatrième période : depuis la mi-octobre. Apparition de l'obligation vaccinale pour les soignants ce qui a entraîné de nombreuses interrogations. Il manque des temps de soignants et on a du fermer ¼ des lits d'hospitalisation complète. Par contre l'hôpital de jour fonctionne à 150% de sa capacité. Ceci nous a amené à constater que l'hôpital de jour peut fonctionner beaucoup plus que prévu auparavant. Mais on voudrait pouvoir ré-ouvrir les lits fermés car les patients arrivent de soins aigus de réanimation et de neurochirurgie et ne peuvent pas passer directement en hôpital de jour.

A la question du Dr Debelleix, le docteur Tujague reconnaît que certains patients ont eu une perte de chance du fait d'un séjour prolongé en soins aigus en attente d'une place de rééducation.

Le Dr Wiart intervient pour donner le point de vue de la médecine de ville. La première période a été une perte de chance pour beaucoup de patients qui ont été lâchés par leur auxiliaire de vie. Il a été constaté une perte de la station debout ou du début de la marche pour certains patients qui ont mis 6 mois pour récupérer leur état antérieur. Certains kinésithérapeutes du cabinet ont organisé des séances à distance mais ce type de fonctionnement est peu efficace pour la rééducation physique. Ce fonctionnement n'a pas continué. Le docteur Coste constate la même dégradation à la suite de l'arrêt de l'hôpital de jour au début de la pandémie. Il est très difficile pour de la rééducation de l'équilibre par exemple de faire du travail à distance.

### **Troisième atelier : prise en charge des déficits cognitifs et neuropsychologiques (Dr Wiart-Dr Coste)**

Sidération des activités pendant deux mois. Puis reprise peu à peu avec beaucoup de mises en place de prises en charge à distance.

A partir d'octobre/ novembre, lors du second confinement, on a assisté à l'écroulement psychologique de certains. Il n'y avait plus aucun rendez-vous disponible. Et cet effondrement

persiste. On a assisté à des mouvements antivax chez certains patients ce qui aboutissait à une fermeture de leur accès aux soins (pour l'UEROS il faut être vacciné)

Le Dr Coste explique que les médecins rééducateurs ont essayé de faire avec les moyens du bord. Une expérience démarre à Bordeaux. Le Dr Bertrand Glize anime un nouveau support pour les patients qui habitent loin et ont besoin d'une rééducation orthophonique ou psychologique. Ce projet s'est monté en moins d'un an. Pour ce projet là le COVID a été un point positif.

Au niveau de l'UEROS la reprise est difficile. Pas de stage en entreprise possible. On a vu une résurgence de conduites addictives et/ou dépressives chez certains patients.

Une des infirmières du SAMSAH de Bordeaux relève cependant des aspects positifs au confinement. Certains patients se sont sentis mieux à leur place dans ce monde qui s'arrêtait. Beaucoup se sont trouvés en famille et les familles avaient plus de temps pour se redécouvrir. Le Dr Wiart lui, a dit avoir vu plus de conjoints en souffrance. Intervention de Cedric du GEM Bordeaux : le confinement lui a rappelé le réveil de son coma quand il a fallu changer de vie d'un coup. Une autre des bénéficiaires est revenue dans sa famille et a trouvé que le confinement était plus simple que prévu. Martine quant à elle se souvient s'être beaucoup ennuyée. Elle tournait en rond chez elle entre son chat et sa télévision. Un autre n'a pas aimé par contre se retrouver en famille toute la journée : il s'est retrouvé infantilisé. Les visios avec le SAMSAH lui ont été très utiles.

#### **Quatrième atelier : accompagnement social et quotidien**

- Intervention de Nelly Porras (AGAPES) pour le service à domicile. Son service n'avait pas droit à la fermeture au moment du confinement. Il a fallu continuer et tenir malgré les difficultés pour récupérer du matériel (masques gants et gel). 3 impacts :
  - o Sur les bénéficiaires : il a fallu réorganiser le quotidien des 450 personnes accompagnées, appeler les familles, les mandataires pour savoir si la personne partait dans sa famille ou restait chez elle et comment réorganiser ses activités. On a dû gérer certains retours à domicile du jour au lendemain pour certaines personnes cérébro-lésées.
  - o Sur les personnels : il a fallu adapter les heures de passage alors que dans les équipes se trouvent beaucoup de mères avec enfants jeunes qui se sont retrouvées au foyer. Il a fallu mettre en place des équipes COVID pour les personnes positives. Ils ont réussi à trouver 6/8 personnes pour chacun de leurs secteurs. Et aucun cas n'a été déclaré chez les cérébro-lésés qu'ils suivaient.
  - o Sur la gestion administrative. Il y avait une nécessité de rester en lien avec tout le monde. On a donc laissé un professionnel par pôle tous les jours au bureau. On a suspendu les visites non urgentes. Et on est devenu des pro de Facebook et Watsap.
  - o Au total le système a tenu mais les équipes sont essouffées et on a du mal à recruter des renforts.
- Intervention de Mr Olivieri, adjoint de Mr Vignaud à la MAS de Camblanes.

- La MAS prend soin de 42 personnes en situation de handicap grave ou pauci-relationnelles. La MAS a été fermée de mars à juin pour protéger les résidents. On a découvert la visio d'abord avec les téléphones portables des agents puis on s'est doté d'ordinateurs portables. Certains agents sont restés fermés avec les résidents. Il a été mis en place une autre organisation. La MAS est organisée en trois niveaux. Il a été décidé de ne plus changer de niveau. Il en est résulté beaucoup plus de temps pour chaque agent avec les mêmes patients. Ils ont trouvé un autre équilibre.
- les familles ont beaucoup manqué. Un patient qui avait sa famille pour aider aux repas tous les jours a arrêté de s'alimenter. On a donc ré-autorisé les visites des familles trois fois par semaine en contradiction avec les instructions ministérielles ce qui a permis une normalisation pour certains patients. Les familles ont pu revenir en juin très progressivement. Aujourd'hui les familles ont mis d'autres choses en place et en particulier plus de sorties.
- Les équipes. cette période a été difficile. Certains ont décompensé. 20% de l'équipe est partie et on ne trouve pas de remplaçants. La prime Ségur n'était pas prévue pour eux et cela a été ressenti comme une injustice.
- MAIS certaines activités nouvelles perdurent aujourd'hui et nous portent beaucoup. Les familles viennent en visite mais les entretiens en visio sont maintenus en général en milieu de semaine. La technique a évolué avec une participation de l'équipe et des interactions possibles par clignements d'œil ou sourires. Les visites sont de nouveau possibles tous les jours avec un pass sanitaire.

#### Interventions diverses

Walter avait son épouse en réanimation au moment des confinements. Remercie les équipes. Il a pu continuer à la voir tous les jours.

Julien du SAMSAH confirme lui aussi qu'une partie des usagers a vécu le premier confinement de façon agréable, comme un nivellement à leur niveau d'activité. Ils ont ressenti une impression de bien-être.

Geoffroy, coordinateur des habitats partagés de l'AFTC souligne : du jour au lendemain il a fallu tout réorganiser et trouver d'autres moyens de contact. Le manque de contact physique a été difficile pour tous. Des accompagnements à domicile se sont mis en place. Ils ont organisé des jeux en ligne tous les jeudis mais il fallait disposer d'une webcam et d'un micro. Le vendredi c'était la journée blagues. Un autre jour c'était la journée de partage des recettes de cuisine.

Stevens, cérébro-lésé intervient pour dire qu'il a trouvé difficile le confinement ce qui a résulté chez lui en une augmentation de l'agressivité.

#### **Synthèse du Dr Richer**

Merci à toutes les personnes qui sont intervenues. Entre le D- et le M+ proposés par Michel Balat comme grille de lecture de nos réactions à la rupture de contact, tout le monde a montré une

formidable capacité d'adaptation avec la mise en place de moyens nouveaux. L'adaptation a été plus difficile pour les handicaps moteurs qui nécessitent souvent un contact physique d'assistance. L'orthophonie et la rééducation cognitive vont s'enrichir au contraire des nouvelles technologies qui ont été développées dans l'urgence. Ce confinement a fait ressortir aussi l'intérêt et l'importance des liens familiaux. Après tous ces efforts déployés on est surpris par la défection actuelle des soignants. Pourquoi cette désaffection. Je ne veux pas croire qu'il ne s'agisse que d'une question pécuniaire.

### **Synthèse du Dr Debelleix.**

Se félicite de la tenue de la réunion. Tout le monde a pu parler à son tour. Personne ne s'est coupé la parole. On n'aurait peut-être pas pu avoir autant d'échange si on avait organisé la réunion avec la formule habituelle. On a l'impression que les familles et les patients se sont adaptés. Peut être que les soignants ont plus souffert ce qui expliquerait leur désaffectation.

Est frappé par le fait que pendant le premier confinement il n'y a plus eu de survenue de traumatisme crânien. Le changement de mode de vie a entraîné beaucoup de choses.

Intervention du Dr Wiart pour donner quelques informations sur le CLANA qui vient de démarrer son activité. Il permet d'obtenir par téléphone des informations sur les orientations, sur les évaluations des patients. Trois antennes : la Tour de Gassies, Niort et Limoges. Une secrétaire accessible à tous. Donne des informations depuis le sanitaire jusqu'au médico-social.

### **Au total**

Enormes difficultés au moment du premier confinement en Aquitaine, non au niveau du service de réanimation, non saturé à cette période, mais au niveau des prises en charges des handicaps. Il a fallu s'organiser dans l'urgence avec des personnels mal protégés, des directives administratives pas toujours claires, des auxiliaires de vie qui s'arrêtaient et une rééducation physique impossible à continuer à distance.

Le retentissement du confinement sur les cérébro-lésés a été variable selon les personnes : bénéfiques pour certains, soulagés de ce ralentissement de la vie autour d'eux, redécouvrant leur famille, mais délétère pour d'autres en terme de comportement (augmentation d'agressivité, conduite addictive).

Les choses se sont améliorées peu à peu malgré les confinements successifs, avec apparition de procédés de substitution. On a découvert les possibilités de la visio et de ce qu'elle pouvait apporter en terme d'une part de contacts entre personnes confinées, d'autre part en terme de rééducation cognitive ou psychologique. Un programme pour continuer son utilisation sur le long terme est même en cours à la Tour de Gassies. Certaines organisations mises en place à cette période ont montré des avantages tels qu'ils sont aussi pérennisés (réorganisation à la MAS de Camblanes).