



**33ème Journée**  
**De L'Association Rhône-Alpes**  
**de Gériatrie**  
**Psychanalytique**

**Vendredi 29 janvier 2021**

# *Un virus chez les vieux. Sur le confinement, le dé-confinement et quelques-uns de leurs effets psychiques*

La pandémie de la Covid 19, le confinement et ses suites ont agi, en-deçà du manifeste, des dimensions traumatiques, comme révélateurs du négatif habituellement contenu par les cadres institutionnels, les rites sociaux... Cette journée de l'ARAGP, qui assume le risque de penser à chaud, alors que la crise semble s'installer, se propose de déployer une partie de ce négatif, généralement muet, frappé de déni, pris dans des pactes et des alliances sociales, institutionnelles, familiales, groupales. Ce négatif, ses effets et certaines des modalités de son traitement seront en particulier explorés, à partir de témoignages et de théorisations :

Dans le rapport aux vieux, à leur place, tant du côté des familles que des professionnels, des institutions que de la société.

Par rapport à la mort : comment la mort a pu être « ensauvagée » (Morel) quand on a manqué autant de soins que de rituels, ou encore selon la manière dont le corps mort a été traité, ceci en particulier dans différents cadres institutionnels, ceux du domicile comme ceux des lieux de soins et/ou de vie.

Cette « libération » brutale du négatif entraîne un retour de l'archaïque dans le registre des angoisses (contamination de la mort, persécution, dépression) comme dans celui des défenses (déni, projection, clivage, bouc émissaire ...). Dès lors, le dé-confinement ne peut être un pur et simple retour à la « normale », à l'ordinaire : il doit et devra composer avec le négatif et son envers, l'idéalisation. C'est le travail qui nous attends tous, professionnels, familles et âgés, pour autant qu'une place nous soit laissée pour ce faire.

## **Ouverture (p 4)**

**Cécile du CHAYLARD, Cécile HALBERT**, Psychologues, Lyon

## **« Ce que le confinement nous apprend sur le soin en EHPAD » (p 10)**

**Pierre Marie CHARAZAC**, Psychiatre honoraire des hôpitaux, psychanalyste membre de la S.P.P.

## **« Le train du covid» (p 18)**

**Elise SALLABERRY**, Psychologue clinicienne à l'hôpital

## **« Ecrire une mémoire des vécus des professionnels travaillant auprès des personnes âgées pendant l'épidémie Covid 19 : des regards croisés dans des temporalités plurielles » (p 29)**

**Marie-Christine PFRIMMER**, Coordinatrice du master "Gérontologie, vieillissement, éthique et pratiques professionnelles" de l'Université de Strasbourg et membre du Centre Européen d'Enseignement et de Recherche en Ethique (CEERE) de l'Université de Strasbourg

**Céline RACIN**, Psychologue, maître de conférence en psychologie, Université de Strasbourg (SuLiSoM)

**Magdeleine RUHLMANN**, Médecin inspecteur régional du travail en retraite, membre de la FEDEPSY)

**Jean-Marc TALPIN**, Psychologue, professeur de psychologie, Université Lyon 2

## **Journal de confinement (p 38)**

**Wajdi MOUAWAD** : <https://www.youtube.com/watch?v=cEXuewWRe38>

## **« Intervention à propos des vécus des familles durant le confinement.» (p 39)**

**Annick BERNARD, Magali RISPAL, Noémie PETIT, Julie SIRON**, Psychologues en EHPAD de la région grenobloise

## Ouverture de la journée Cécile DU CHAYLARD, Cécile HALBERT

On nous a dit « c'est une gripette ».

On nous a dit « c'est un virus qui se propage par gouttelettes mais vous n'avez pas besoin de masque ».

On nous a dit « enfermez les vieux dans leur chambre, c'est pour leur bien ».

On nous a dit « obligation de porter un masque, c'est très contagieux ».

On nous a dit « Nous ne viendrons pas le réanimer... fermez la porte, ça ne durera plus longtemps ».

On nous a dit « Pas de toilette mortuaire. Mettez les cadavres dans des sacs ».

On nous a dit « Rendez les affaires des morts à leur famille dans des sacs poubelles, c'est plus hygiénique ».

On nous a dit « ça va, les équipes se débrouillent bien ».

On a entendu « ils ne sont pas prêts... on n'est pas prêts à affronter ça ».

On a entendu « ils nous prennent pour des cons, ils nous envoient au charbon sans protection ».

On a entendu « ils ne se rendent pas compte ».

On a entendu « ils vont tous mourir... et nous avec ».

On a entendu « ils nous abandonnent, ils vont sacrifier les vieux ».

On a entendu « agissez comme des sauvages... est-ce qu'on a le droit de refuser? ».

On a entendu « il faut qu'on se démerde tout seul! ».

« On », « ils »... et « nous » alors ? Et « je » ? Elle est bien là la question qui nous reste aujourd'hui, qu'avons-nous fait, que fais-je encore durant cette période inédite qui n'en finit plus? Mais il n'y a pas encore de mise en récit de ce que « nous », « nous tous » avons mis en place pour affronter ensemble cette pandémie mondiale. Pour l'instant, chacun se retrouve face à son miroir, avec ses questions, ses angoisses, cherchant à raconter le désert qu'il vient de traverser, la machine à laver dans laquelle il vient d'être essoré, la colère qui l'habite encore, les doutes qui l'assaillent, l'épuisement dont il se remet à peine, la honte qui lui serre la gorge .... Mais chacun au contact aussi de sa part d'indemne, littéralement sa part "non damnée", que nous sentons en nous, notre humanité qui a résisté.

Une période inédite, vraiment ? Le monde n'a-t-il jamais traversé d'épidémies gravissimes, ni de guerres mondiales à coup d'armes nucléaires pouvant tout anéantir ? Les artistes n'ont-ils pas déjà transformé pour nous les angoisses dues à une menace planétaire ? Frederick Sigrist s'est servi du seigneur des

anneaux pour métaphoriser ce que nous vivons dans une de ses chroniques sur France Inter<sup>1</sup>. Depuis le début de l'histoire de J.R.R Tolkien, tous les peuples de la terre du milieu savent ce qu'il faut faire pour vaincre le mal absolu, les vieux l'ont raconté : pour détruire l'anneau de Soron, il faut le jeter dans le volcan. Pour vaincre la Covid, il faut trouver un vaccin et se protéger ensemble le mieux possible en l'attendant. Mais la menace que représente Soron et son anneau est moins intéressante dans ce qu'elle pourrait faire au monde que dans ce qu'elle révèle du fonctionnement de ses habitants. Tous les peuples ont hérité d'une partie de la solution, tous savent ce qu'ils vont devoir accomplir ensemble... mais chacun va s'estimer capable d'en faire un meilleur usage, pour conserver ses intérêts particuliers. Tolkien nous l'a transmis : Pour faire face à une menace globale, rien n'est pire que de privilégier des intérêts personnels. Ce qui sauve la terre du milieu, ce ne sont ni les rois ni les puissants, ni les « y'a qu'à » « faut qu'on », ce sont les hobbits, ces petites gens qui vont braver mille dangers, non pas pour sauver le monde, mais pour pouvoir se retrouver ensemble, chez eux, autour d'une bière en regardant les étoiles... Nous les professionnels, réunis aujourd'hui pour panser ensemble nos plaies, ne nous retrouvons-nous pas davantage dans l'image du hobbit pleutre mais courageux que dans celles des héros de la nation qu'« on » a voulu nous faire incarner ? Coincés entre la menace et la directive, ne sommes-nous pas, tant bien que mal, restés auprès des résidents isolés, des mourants, des équipes épuisées, en nous alliant face à cette crise démesurée ? Mais en manquant cruellement de récit et de solutions déjà éprouvées et transmises sur la façon de faire front ensemble ? Pourquoi ce sentiment d'avoir eu à affronter un danger nouveau, avec des directives dictées par l'angoisse et non l'éthique, comme si nous étions auto-engendrés, comme si aucune expérience n'avaient été accumulée à ce sujet, comme si nous ne savions pas que le travail de culture et de rituel permet de dompter nos pulsions en les inscrivant dans un système symbolique, garde-fous absolument nécessaire lorsque la tourmente devient générale, garde-fous nécessaires mais pourtant terriblement mis à mal depuis un an ? 2020, centenaire de la théorisation de la pulsion de mort fait remarquer Valentine Faure dans Le Monde, « 100 ans, et elle se porte toujours aussi bien ». 100 ans, et on en oublie encore sa portée... Merci Sigrist, merci Tolkien, merci à tous les autres artistes qui nous permettent de nous décaler et de tricoter la pulsion de mort pour l'affaiblir. Pour nous aujourd'hui, cette place sera incarnée par Wajdi MOUAWAD, l'auteur de théâtre et le directeur du Théâtre de la colline à Paris, pendant notre temps culturel.

La crise que nous venons de traverser, et dans laquelle nous sommes encore pris, nous a fait vivre des événements d'une rare violence au cœur même de notre pratique de soignants en institution gériatrique, que ce soit service hospitalier, EHPAD, SSR, soins à domicile ou même encore unité Covid... Lorsque nous sommes parvenus à parler de ce que nous vivons, nous nous sommes heurtés parfois au sentiment de ne pas être compris. Dans les « EHPAD Covid » ou les « service Covid », nous nous sommes retrouvés soudés avec nos collègues de terrain par cette autre réalité dans laquelle nous venions de basculer, et

---

1

Chronique diffusée le 8 janvier 2021 sur France Inter

comme devenus radicalement étrangers à ceux restés à l'extérieur ... avec cette impression d'incommunicable. Tout autre était la réalité des institutions ayant redouté le virus invisible pendant des semaines, sans le voir arriver, sans que l'angoisse ne prenne enfin corps et puisse s'écouler dans une lutte active pour sauver des vies... institutions se figeant et imposant une vie rétrécie (asséchée?) et contrôlée, sans aucune marge de choix pour les usagers, une façon bien mortifère de défendre la vie finalement. Elise Sallaberry nous fera partager tout à l'heure une illustration frappante de son vécu singulier de psychologue en unité Covid, et nous aidera à réfléchir sur ce sentiment d'incommunicabilité. Le groupe de travail composé de Céline RACIN, Marie Christine PFRIMMER, Magdeleine RUHLMANN et Jean-Marc TALPIN, nous aidera quant à lui à réfléchir à la trace possible que pourrait laisser la mémoire vive des soignants, qu'ils ont récoltée pendant des mois.

De l'institution où le personnel soignant se confîne avec les résidents, à l'institution durement touchée par de multiples décès, nous trouvons toute la palette des situations de vécus soignants, plus ou moins dépressifs, défensifs, régressifs, idéalisés, touchés, mais tous soumis aux mêmes directives. Directives, recommandations nous inondant chaque jour, descendant des tutelles, mais aussi des instances supérieures des grands groupes, avec leur lot d'incohérences et de paradoxes, et parfois d'irrecevabilité tant ce qui nous était demandé a pu nous paraître inhumain sur le terrain. Ces directives ont pu donner lieu à des échanges au sein des institutions dans les meilleurs des cas. La marche de liberté quant à ces directives s'est trouvée soumise à l'autorisation laissée pour penser et se positionner. Cette différence de vécu n'est-elle pas la première des causes à ce sentiment d'incompréhension en donnant lieu à bon nombre de positionnements qui nous paraissent tantôt idéalisés (les bons soignants qui pensent d'abord à leur résidents), tantôt dépréciés (les mauvais soignants qui ont laissés entrer la Covid), sur des modalités plutôt arbitraires voire simplistes ? Pierre-Marie CHARAZAC nous aidera à repérer ce qui dans ces fonctionnements d'équipe a été mis en lumière, mais qui est sans doute toujours présent, à bas bruit, en temps ordinaire.

La seconde cause à ce sentiment d'incompréhension se situe peut-être aussi dans l'irreprésentable que constitue la mort et l'archaïque qu'elle convoque. Habituellement médiatisée par le rituel, notre cohabitation quotidienne avec la fin de vie et la mort dans les services de gériatrie peut se frayer un chemin vers une mise en représentation partagée et partageable, à travers des gestes répétés qui font sens, qui rassurent face à l'énigme de la mort. Mais dans ce « régime d'exception » sanitaire, le tabou universel du sacré entourant la mort a été brisé. Cela a modifié tout ce qui pouvait paraître jusque là immuable et apportait le sentiment de devoir accompli aux familles comme aux soignants :

- l'attention donnée aux signes de souffrance, d'angoisse, la recherche de confort et d'apaisement, la manifestation de signes de tendresse,
- mais aussi l'accompagnement de la famille du mourant, en partageant les vécus et la solennité du moment précieux qu'est la fin de vie, par une présence et une écoute respectueuses ;
- ou encore la toilette mortuaire, permettant de rendre un hommage digne à cette personne accompagnée

mais aussi manière de la préparer à l'inconnu de la mort, Que penser des répercussions dans les liens familiaux du confinement, de ce fantasme de rapt qui a finalement pris corps dans ces institutions qui ont dû interdire à leurs usagers de voir leur famille, quelles conséquences pour les familles endeuillées qui n'ont pu se séparer dignement de leur défunts ? Trois psychologues, Annick BERNARD, Noémie PETIT et Julie SIRON, nous aiderons à penser cette question cet après-midi. Ces repères, ces rituels qui guident et cimentent notre pratique ont volés en éclat, par des directives, mais aussi par des doutes liées à nos propres peurs, pour nous-mêmes et pour nos proches, et par le renversement de nos repères dans ce qui fait habituellement l'éthique de notre travail : le plus fragile n'est plus le plus protégé...

Tout vécu est singulier et à la fois groupal, en lien avec l'institution dont nous faisons partie. La menace de la Covid au sein de nos institutions a entraîné des fonctionnements groupaux de type régressifs, où le vécu groupal a peut-être pris le pas sur le vécu individuel, d'où la nécessité nous semble-t-il de regarder collectivement ce qu'il en reste en chacun de nous aujourd'hui. Pierre-Marie CHARAZAC, vous êtes psychiatre, psychanalyste, ancien membre de l'ARAGP, vous vous êtes beaucoup intéressé à la question de la personne âgée, de ses liens avec sa famille, travail que nous pouvons retrouver dans vos nombreux ouvrages. Vous vous êtes également penché sur les mouvements inconscients qui traversent les équipes soignantes de gériatrie, sujet crucial aujourd'hui sur lequel vous allez maintenant intervenir, nous vous remercions vivement d'avoir répondu à notre invitation, et vous laissons la parole.

# « Ce que le confinement nous apprend sur le soin en EHPAD »

## Pierre-Marie CHARAZAC

Le confinement instauré dans les EHPAD pour freiner la pandémie de la covid-19 continue de bouleverser le travail des soignants et pas seulement la vie des résidents et de leurs familles. Comme toute crise, il révèle des aspects du soin demeurés jusqu'ici pas ou mal perçus, soit en les accentuant, comme l'impossibilité d'aller et venir librement, soit en affaiblissant les défenses d'ordre individuelles et collectives qui les occultaient. C'est ainsi que le confinement en chambre n'a pas seulement fait disparaître l'ambiance sonore des établissements qui rassure, selon Winnicott, vis-à-vis de la mort intérieure de chacun mais a substitué aux actes habituels des gestes dont le but n'est pas de soigner mais de prévenir la contamination et son risque mortel.

Pour les résidents et les soignants, le confinement n'est pas nouveau. Sans remonter avec Foucault au « grand renfermement » des indigents et des fous à l'aube du Siècle des Lumières, on peut ranger les EHPAD parmi les institutions dont Goffman<sup>2</sup> a exploré la psychosociologie « totalitaire » en associant aux hôpitaux psychiatriques et aux prisons les établissements recevant « les personnes incapables de subvenir à leurs besoins mais inoffensives ». Il conviendrait d'ajouter vulnérables puisque le principe du confinement de cette catégorie de reclus repose sur la mortalité du grand-âge.

Si l'on considère que la société a organisé des institutions spécialisées pour se défendre de la mort, le fait que les morts de la covid-19 dans les EHPAD aient été tardivement décomptés ne doit pas nous étonner. Mais on ne saurait oublier que les personnes travaillant dans ces établissements et, dans une moindre mesure, les familles qui y ont un proche, doivent elles aussi se défendre de la mort vécue, au sens de tout ce qui accompagne le trépas d'autrui, et de la pensée de leur propre mort.

Ce préambule risque de soulever une objection. Sous prétexte de ne pas la dénier, convient-il de donner à la mort une telle place ? L'angoisse soulevée par la diffusion du virus de la covid-19 dans les EHPAD ne risque-t-elle pas de faire perdre de vue que leur première mission est de soutenir l'amour de la vie ? Reconnaissons que durant les deux confinements précédents, le souci de la qualité de vie a cédé le pas aux mesures de protection contre la contamination. Mais nous devons aussi admettre qu'avant le confinement, la pensée de la mort était déjà indissociable de la vie en EHPAD, quelles qu'aient été les restrictions ou, pour une minorité, la plénitude de cette vie, jusqu'à ce que pour chaque résident, comme l'écrit

---

2

Goffman I. *Asiles*. Trad. Fr. Paris, éd. de Minuit, 1968.

Josserand<sup>3</sup>, « le projet de vie se transforme, s'élabore en projet de mourir. »

Pour comprendre la part du travail des soignants dans cette intégration, je vous invite à porter un regard rétrospectif sur ces dix derniers mois en commençant par dresser une vue d'ensemble de l'impact traumatique du confinement. J'aborderai ensuite ce qu'il révèle de certains aspects du soin d'ordinaire soustraits à notre perception, en centrant ma réflexion sur l'accompagnement du travail du trépas et sur les liens existant entre ce travail et celui du deuil des résidents.

L'occultation de ces dynamiques essentielles de la dernière étape de la vie résulte du jeu de défenses contre l'angoisse et la dépression qui préexistaient à l'épidémie et au confinement. L'affaiblissement de ces défenses, dont il y a lieu de traiter la suppression soudaine comme un traumatisme, et d'une manière plus paradoxale l'adoption de ces autres défenses que sont les gestes barrières, nous rendent davantage aptes à percevoir ce qui est d'ordinaire absent de nos représentations du soin. Une négativation que redouble la répétition des tâches d'accompagnement de la dépendance lorsqu'elles sont accomplies de façon opératoire. Par conséquent, ce que la covid-19 nous révèle sur le soin peut être considéré comme un après-coup du passé des EHPAD, c'est-à-dire de traumatismes demeurés jusqu'ici largement non représentés dans la pensée des soignants, dont j'avance ici l'hypothèse qu'ils se focalisent sur la mort en institution.

#### Le traumatisme du confinement

Le traumatisme psychique se définit comme une effraction du pare-excitations externes, c'est-à-dire de la barrière qui protège l'appareil psychique du risque d'irruption d'une quantité excessive d'excitation venant de l'extérieur. Du point de vue psychique, les notions de dedans et dehors se réfèrent à l'existence entre moi et non-moi d'une frontière dont la fonction de filtre, attribuée par Anzieu<sup>4</sup> au moi-peau, est abolie lorsqu'elle est érigée en barrière absolue. En principe, les espaces institutionnels ne sont pas des enclaves mais des lieux communiquant les uns avec les autres (d'où l'importance de l'emplacement des portes et des ascenseurs) ainsi qu'avec le monde extérieur.

Ce n'est pas le confinement proprement dit qui a eu sur les EHPAD un impact traumatique mais les conditions dans lesquelles il a été instauré, à savoir son impréparation et le danger de mort qui lui fut associé. Il s'est opéré sans temps préalable permettant de se représenter et de devancer les effets de sa mise œuvre sur les résidents et leurs familles. L'interdiction non négociable au cas par cas des visites, destinée à se protéger du virus circulant à l'extérieur, a accentué la pression pesant sur les soignants en tant que porteurs du risque de contaminer leurs malades et leurs proches, et comme cibles de sa transmission par les uns et les autres. Une menace qui a contraint les personnes à la santé fragile de se placer en télétravail, ce qui a ébranlé et dans certains cas anéanti la confiance et la sécurité indispensables

---

3

Josserand S.A. Mourir en institution. In Charazac P., Josserand S.A., Talpin J.M. *Le groupe dans l'institution gériatrique*. Paris, Dunod, 2016, 79-121.

4

Anzieu D. *Le moi-peau*. Paris, Dunod, 1985.

au groupe des soignants de protecteurs devenus vecteurs virtuels.

Il s'est ainsi produit un remaniement de la « double coupure » décrite par Castel dans sa préface à la traduction française du livre de Goffman. Dans les institutions dites totalitaires, écrit-il, une première coupure sépare l'institution du monde extérieur et une seconde le personnel des reclus. En EHPAD, cette seconde coupure sépare jeunes et vieux, soignants et soignés, professionnels et aidants familiaux ou bénévoles. Au lieu de lever cette division, la communauté d'exposition au danger du virus l'a simplement déplacée entre personnes fragiles ou non, exemptes ou porteuses, susceptibles ou non d'être hospitalisées, réanimables ou non. Une coupure qui persévère entre vaccinés et non vaccinés et dont l'ultime enjeu paraît être de maintenir en place le déni de l'inexorable mortalité de chacun.

Quant à la coupure avec l'environnement extérieur, elle s'est muée pour certains résidents en perte d'objet provoquant ce que Janin a décrit sous le terme de traumatisme froid, lorsque les besoins de base d'une personne ne sont plus respectés. La perte inattendue du contact avec leurs proches les a plongés dans un état de carence à l'origine de véritables syndromes de glissement. Les mêmes conditions sont réunies quand un événement pas nécessairement traumatique le devient parce que ses conséquences sont désavouées par l'environnement. Jusqu'au milieu du siècle dernier, ce fut le cas du déni par les soignants de la portée des séparations maternelles précoces à l'origine de l'hospitalisme des enfants en pouponnières. Au moment du confinement, les soignants dont l'encadrement n'a pas reconnu l'état de détresse, ont été victimes du même désaveu.

La suspension sine die des visites a fait subir à certains résidents ce type de traumatisme. En voici une courte illustration. Les jours suivant son arrivée en EHPAD, Agathe s'est vue très entourée par les siens anxieux de la voir accepter cette entrée qu'ils ne lui avaient pas clairement présentée comme définitive. Deux semaines plus tard survenait le confinement et l'équipe soignante, sollicitée de toute part, ne put reprendre à son compte le surinvestissement dont Agathe avait brutalement cessé d'être l'objet. Dans un premier temps, celle-ci parut bien réagir à cette situation, comprenant raisonnablement le motif de l'arrêt des visites. Puis elle se replia, continuant de sourire poliment mais en réalité se détachant de plus en plus de l'environnement, en allant jusqu'à cesser de boire et de s'alimenter. Rappelons que l'origine du syndrome de glissement n'est pas une dépression psychiatrique mais l'abandon ou la perte de l'espoir de retrouver l'objet absent et que sa clé n'est pas le traitement antidépresseur mais la prévention du retrait d'investissement dans la suite de la guérison d'un épisode somatique.

Agathe n'est pas directement décédée de la covid-19 mais elle fait partie de ces nombreux résidents dont le glissement a été attribué à la pandémie. Il y a derrière ce jugement une conception du passage de la vie à la mort sur laquelle je reviendrai quand il sera question des modifications intrapsychiques de l'entrée en travail du trépas.

### Les morts et leur deuil

Deux principaux facteurs actuels sont à l'origine de l'impact traumatique des morts de la covid-19 sur les soignants. Le premier ajoute à l'impréparation une accumulation de décès de nature à créer un état de

sidération. Comme sur la scène d'une catastrophe, on a pu voir des infirmières perdre soudain leurs réflexes professionnels pour se rabattre sur des conduites aussi inattendues qu'inadaptées, quand elles ne demeuraient pas paralysées par la stupeur. Le second est l'abandon des protocoles et des rites que les équipes mettent habituellement en œuvre au moment d'un décès, allant dans la période la plus critique jusqu'à confier leur annonce aux familles à des membres qui n'étaient pas préparés à ce rôle.

Ces éléments traumatiques ont fait le lit du déni d'un ensemble d'expériences non symbolisables, en premier lieu la perception des morts dans un registre sensoriel inhabituel puisque la vue et l'olfaction suppléaient le toucher, avec ce facteur supplémentaire que les soignants se savaient être la plupart du temps les dernières personnes à voir ce corps. C'est un point capital car les perceptions doivent être traduites en représentations pour devenir accessibles au travail psychique et aux défenses névrotiques telles que le refoulement. Nous devons par conséquent nous questionner ultérieurement sur ce qu'il est advenu de ces traces, comme nous le faisons dès aujourd'hui pour les familles qui en ont été totalement privées.

J'aborderai la question du travail de deuil en commençant par rappeler qu'il consiste dans l'acceptation de la disparition de la réalité extérieure d'une personne aimée et l'épuisement progressif de la haine envers l'objet perdu, désormais localisé dans la réalité intérieure. Il repose ainsi sur la perception de la disparition de l'objet et la capacité de tolérer l'ambivalence vis-à-vis de lui.

L'évitement de l'épreuve de réalité est une forme de déni qui, en écartant au moins provisoirement l'idée de perte totale et définitive, remet le travail de deuil à plus tard. La disparition quasi immédiate des corps et le confinement en chambre ont rendu cette épreuve difficile. Longtemps après ces décès, les portes de ces morts sont demeurées fermées et le fait qu'à contrario, des entrées se soient parfois faites en pleine crise sanitaire, relève du même mécanisme de défense. En revanche, la réouverture des chambres vides et leur réoccupation progressive ont été des étapes significatives du processus de deuil.

L'initiative prise durant le confinement par certaines équipes de créer un lieu dédié à des objets ou des photos rappelant les personnes disparues peut être aussi comprise comme une étape associant la persistance de l'investissement et un premier travail de symbolisation. Le choix des objets rassemblés sur la « table du souvenir » - une bouteille, un jeu de cartes, un paquet de biscuits, une tablette de chocolat - marquait du même coup la volonté de soutenir le principe de plaisir et la pulsion de vie.

Au début de la pandémie, la tentative de contrôler l'intérieur en isolant les résidents malades des autres s'est accompagnée de la projection des affects négatifs sur des objets extérieurs tels que les A.R.S. et les services d'urgence. Mais au fur et à mesure que se révélaient les incertitudes cliniques et pronostiques de cette affection et que des obstacles étaient mis aux rituels institutionnels et familiaux du deuil, s'est faite jour la crainte de perdre tout ce qui restait de leur capacité soignante.

Les morts du confinement ont en effet poussé à l'extrême l'angoisse familière en gériatrie d'être impuissant devant la mort, avec le sentiment d'abandonner sans accompagnement les résidents tombés malades en les sachant déjà privés de leur famille. Cela au moment où, bien souvent, les collègues pouvant les rassurer sur leur destructivité et les aider à soigner leurs objets internes, tombaient eux-mêmes malades. Comme toute crise identitaire, cette épreuve a véhiculé une impression d'inquiétante étrangeté,

le port du masque créant l'illusion que chacun portait le reflet des autres. L'inquiétante étrangeté ne s'est pas arrêtée là. Derrière l'angoisse entretenue par les inconnus du péril viral, c'est la charge affective liée à des morts plus familières, en premier lieu les morts annuelles de la grippe et de la canicule, qui menaçait de faire retour. Il ne fait pas de doute que ces morts, passées chaque année sous silence par les medias, sont intervenues dans le retard avec lequel les autorités ont comptabilisé les décès de la covid-19 en EHPAD. Mais pour ce qui nous concerne, nous y voyons le témoin de représentations d'ordinaire absentes de la conscience des soignants en tant qu'interdites, impensables voire ne pouvant pas exister, et sorties du négatif à la faveur de ce que je désignerai comme le passage de la mort dans le champ de la biopolitique et du sanitaire.

### La bascule du soin dans le sanitaire

Pour comprendre la portée de ce passage, il me faut redonner la définition de la notion d'après-coup en l'empruntant au Vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis : « Terme fréquemment employé par Freud en relation avec sa conception de la temporalité et de la causalité psychique : des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement. Elles peuvent alors se voir conférer, en même temps qu'un nouveau sens, une efficacité psychique. » Dans la clinique, cette efficacité est pathogène dans la mesure où un événement antérieur acquiert une valeur traumatique à l'occasion d'un événement plus récent. « Un souvenir est refoulé, qui n'est devenu traumatisme qu'après-coup » écrit Freud cité par les auteurs.

L'après-coup se présente donc comme un processus psychique par lequel un événement présent renouvelle le sens et la portée d'un événement du passé dont la trace était restée jusqu'ici inconsciente. En théorie, chaque mort en Ehpads peut provoquer après-coup la venue à la conscience de traumatismes appartenant à un passé institutionnel plus ou moins lointain. Or, en faisant basculer les Ehpads dans le champ du sanitaire, la pandémie a introduit une dissociation entre la mort individuelle et les morts de la covid-19, l'événement singulier et l'événement collectif, qui a privé les soignants des ressources de l'après-coup, c'est-à-dire au fond du moyen de donner aux morts de la covid un sens propre à chacun. Cette incapacité a sans doute tenu également au fait qu'une majorité de soignants étaient dans l'ignorance du travail du trépas amorcé par ces résidents antérieurement à leur contamination, ce qui aboutit à dénier la participation de ces sujets à leur passage de la vie à la mort et à maintenir ces soignants eux-mêmes dans l'incapacité d'accomplir leur travail de deuil.

Si, d'un certain point de vue, le confinement a rétabli le contact et les échanges d'informations entre ces institutions et la société, il l'a fait en ré envisageant du jour au lendemain les résidents non plus sous l'angle habituel de la dépendance mais selon l'unique point de vue de leur vulnérabilité au coronavirus, une réduction qui fut aussi une opération du négatif. Tout s'est en effet passé comme si, en recensant « les morts de la Covid », l'organisation sanitaire et sociale avait levé les difficultés que nous avons jusqu'ici à traiter la question de la mort en EHPAD. Les informations « objectives » et les consignes reçues de l'extérieur ont ôté au trépas ses représentations intimes les plus conflictuelles, et les règles de distanciation

physique renforcé l'ignorance du transfert et du contre-transfert sur lesquels repose son accompagnement. Le recentrement du travail des soignants sur les mesures de confinement a contenu une confrontation tragique à la mort qui, en toute autre circonstance, aurait fait voler en éclat l'unité des équipes et des institutions. La pandémie est devenue la référence unique et les gestes barrières, les tests et les mesures d'isolement, les axes prioritaires du travail. A l'intérieur des EHPAD comme pour le monde extérieur, en particulier les familles, le nombre des décès de la covid-19 s'est trouvé érigé en critère d'appréciation de la qualité des soins et des établissements. On voit comment les soignants ont pu trouver là une nouvelle défense. Le coronavirus et le confinement ont ranimé l'illusion de tenir le moyen sinon de contrôler la mort, du moins de l'expliquer, grâce à une théorie unitaire de la mort reposant sur l'équation : fragilité + contamination = issue fatale (comme on a pu entendre ailleurs cette équation pathétique : covid-19 + grand-âge = euthanasie). La mise en perspective directe des morts des services de réanimation et des EHPAD a du même coup partiellement levé la ségrégation de ces établissements et de leurs équipes.

Je crois cependant pouvoir dire que dans aucun EHPAD, la pression du contexte médicosocial a transformé la mort vécue au point d'en faire un événement sanitaire affectivement neutre. Durant le confinement, il n'est pas un décès qui n'ait fait se demander à un soignant ou à une famille : « Est-il ou est-elle mort(e) de la covid-19 ou d'autre chose ? » Chaque nouvelle détection soulevant automatiquement la question d'un raté du confinement, l'existence même de ces failles peut être vue comme la pénétration dans le confinement présent du négatif des erreurs et des échecs du passé.

Ce rapprochement s'applique aussi aux particularités de la mort pendant le premier confinement : un délai de quelques heures à peine entre les premiers symptômes et l'exitus, sans accompagnement possible des soignants et des familles arrivées trop tard, l'enlèvement du corps sans toilette mortuaire ni toilette tout court ... Ces éléments de réalité ont accentué la part irréprésentable que la mort de l'autre garde toujours pour les soignants, même lorsqu'ils l'assistent. Il était a fortiori impensable que les soignants prennent la place des familles absentes comme objets de transfert de trépas. Dans cette double absence couverte par les impératifs du confinement s'en retrouve une autre : celle des parents que les résidents atteints de démence ont appelés parfois durant des années dans un cri. Objets irrémédiablement disparus dont nous avons pu dans certains cas nous donner des représentations grâce au transfert mais que le confinement nous a empêché d'incarner au moment où le mourant éprouvait le plus le besoin de leur présence.

Freud pensait que nous avons tous besoin d'attribuer une raison à la mort d'autrui parce que cela nous rassure sur notre propre mortalité. Penser que les résidents qui ne sont pas morts du coronavirus l'ont été de l'isolement reviendrait à estimer qu'un confinement efficace et des visioconférences régulières auraient garanti la survie des autres. Sans écarter le rôle de l'environnement, qu'il soit familial ou soignant, on ne peut pas en avoir une conception aussi schématique et il faut l'examiner sous un autre angle. Comme y insiste Jossierand dans son étude du travail du trépas, nous ne devons pas considérer seulement l'environnement et ses éventuelles insuffisances mais aussi les changements individuels internes qui sont à l'origine de ce travail et, par conséquent, de sa temporalité chaque fois singulière.

## Travail du trépas et travail de deuil

Depuis le début de la pandémie, nous vivons dans un temps qui s'ouvre et se referme selon les statistiques des hospitalisations, les moyens dont on dispose et les annonces gouvernementales. A l'attente de la livraison des masques a succédé celle des tests et aujourd'hui des vaccins, autant d'étapes centrées sur l'agir au détriment de l'élaboration de ce qui est collectivement vécu à l'intérieur des EHPAD aussi bien qu'au dehors. A ce propos, quel soignant ne s'est pas interrogé sur la facilité apparente avec laquelle les résidents ont accepté le bouleversement de l'espace et du temps provoqué par le confinement ? Une des nombreuses questions qui auraient mérité une élaboration en groupe si les réunions de travail habituelles ne s'étaient pas trouvées suspendues dans de nombreux établissements.

Le travail psychique, qu'il s'agisse de celui du trépas ou du deuil, repose sur une temporalité spécifique qui n'est jamais posée d'avance puisque c'est une construction propre à chacun. Si l'inconscient ignore le temps, comme Freud n'a cessé de le soutenir avec force tout au long de son œuvre, le temps n'est pas absent de la vie psychique dont le travail est à son origine même. Mais ce temps subjectif que l'on qualifie de psychique n'obéit pas aux lois objectives de la physique qui permettent d'anticiper un phénomène comme la durée et la vitesse de la chute d'un corps dans l'espace. Le travail psychique opère dans un espace et un temps différents qui ont la particularité d'être transitionnels, ce qui signifie que tout en respectant leur nature intérieure, le monde extérieur participe dans certaines conditions à leur construction. Le travail psychique consiste autant à faire passer une image du préconscient à la conscience qu'à l'en chasser. Le refoulement, le déni et le clivage qui sont les principaux opérateurs du négatif, résultent du travail de la part inconsciente du moi, alors que l'inconscient proprement dit ne peut pas supprimer quelque chose qui pour lui n'existe pas. Il en va de même du travail sur la mort de soi dont Freud a aussi postulé qu'elle n'existe pas pour l'inconscient. Il convient néanmoins de rappeler que pour lui, « rien dans la vie psychique ne peut se perdre, tout se conserve. » Nous sommes par conséquent dans l'erreur lorsque nous pensons qu'il y a eu durant les confinements des morts qui n'ont pas laissé de trace. Non seulement leurs images mais aussi les affects qui leur ont été liés conservent encore aujourd'hui dans la vie psychique individuelle et groupale leur forme et leur contenu originels, et faut-il ajouter leur pouvoir pathogène. Le travail de deuil leur laisse une part d'irreprésenté sinon d'irreprésentable et c'est par ce négatif que se fait la transmission d'une mort à l'autre, y compris de son impact traumatique.

L'impact traumatique du confinement se décompose ainsi en deux mécanismes articulés l'un avec l'autre, celui de l'après-coup dont il a déjà été question et celui de la levée ou de la rupture du pacte inconscient unissant les membres d'une équipe dans la négation des contenus de cette transmission. La psychopathologie institutionnelle et groupale engendrée par ce traumatisme est en lien direct avec la façon dont s'est opérée la levée du pacte dénégatif collectif sur la mort, suscitant, entre autres, le fantasme de « chacun pour soi ». J'ai déjà dit que le virus pouvait rassurer les soignants en apportant une explication rationnelle et objective au décès d'un résident. Mais ce fut pour passer de Charybde en Scylla, à partir du moment où le décompte des décès a départagé les Ehpads en bons et en mauvais.

A propos du travail de trépas et des auteurs qui ne voient dans certaines pathologies que l'effet des deuils successifs et de l'isolement, Jossierand écrit : « Il s'agit bien pour moi d'un manque intrapsychique, et non

perceptif en lien avec une perte d'un objet de l'environnement, consécutif à une modification interne de l'appareil psychique par le signal (de mort à venir), qui crée ce manque en même temps que l'objet. Cet objet (l'objet de transfert de trépas) a une double fonction : il est à la fois objet du besoin de mourir et objet archaïque de désir, dépositaire de l'omnipotence infantile. Ce n'est donc pas dans l'environnement qu'il faut, du point de vue des soignants, rechercher l'objet perdu du deuil, mais bien repérer le comportement d'appel et de recherche de l'objet clé du transfert de trépas qui cherche l'objet clé manquant, donc à trouver, à la suite de la modification psychique interne. »

Si la prise en compte de ce travail fait reconsidérer le facteur léthal attribué à l'isolement, il n'annule pas pour autant le rôle de l'environnement mais il marque fortement le lien entre les deux, comme un double travail appelé à s'accorder, s'ajuster dans et avec le temps. Or ces deux processus ont été suspendus par la pandémie. On ne peut pas affirmer que la covid-19 a supprimé le travail du trépas mais les incertitudes du diagnostic et le confinement ont privé les soignants de la capacité de percevoir d'autres signes que ceux de la covid-19 et de transformer ces signes en signaux d'entrée en travail de trépas, y compris bien sûr chez des résidents non porteurs du coronavirus.

Les mêmes facteurs ont aussi bouleversé le travail de pré-deuil et de deuil, en supprimant notamment au niveau intra institutionnel les rites et les temps d'élaboration en équipe, et au niveau extérieur les visites des familles. Tout continue de se passer comme si, sur ces deux plans, le temps psychique demeurerait encore momentanément et partiellement aboli au profit d'un temps médicosocial régi par la gestion de la pandémie. Durant le confinement, des proches ont été autorisés à rendre une dernière visite à leur parent mourant tandis que les résidents dont l'état général apparent n'inspirait pas d'inquiétude aux soignants ont été considérés comme pouvant s'en passer. Il ne s'agit pas d'un paradoxe mais d'un contre-sens de santé publique faisant passer la vie biologique avant la vie tout court.

#### Le temps du soin et des soignants

Dans la vie psychique comme dans la réalité, temps et travail sont étroitement liés. C'est pourquoi la durée de la pandémie et des changements qu'elle provoque dans la vie des résidents, des familles et des soignants occupera la dernière partie de ces réflexions.

Petit à petit, nous cessons de croire que si les chiffres satisfont les autorités, la vie pourra reprendre d'une semaine à l'autre comme avant, y compris en EHPAD, et nous acceptons l'idée que le virus de la covid-19 est installé pour longtemps dans le monde et dans nos vies. Chacun constate que l'acquisition de cette notion de durée s'accompagne de doute, d'inquiétude et de découragement. Or la temporalité et le contenu affectif de cette expérience ne sont pas sans rappeler ceux de la position dépressive.

Je rappelle qu'il s'agit d'une étape décisive du développement psychoaffectif du petit enfant à laquelle, selon Winnicott<sup>5</sup>, l'appellation de stade de l'inquiétude eut mieux convenu car elle ne désigne pas une

---

5

Winnicott D.W. La position dépressive dans le développement affectif normal. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Trad. fr. Paris, Payot, 1969, 149-167.

dépression pathologique. L'inquiétude en question concerne à la fois l'objet maternel que l'enfant craint d'avoir détruit par ses attaques, et le danger qu'à l'intérieur de l'enfant, le mauvais l'emporte sur le bon. L'intensité de ce conflit pulsionnel et la culpabilité qui en découle suscitent des défenses qu'on regroupe sous le terme de défense maniaque.

Winnicott insiste sur le rôle joué par le temps dans l'élaboration de la position dépressive. Cela ne le dérange pas, dit-il, « si l'on parvient à prouver un jour qu'un enfant a eu un moment de position dépressive dès la première semaine de sa vie » mais il maintient que son acquisition « dépend du développement d'un sentiment du temps » qui exige le maintien de la situation de dépendance durant une certaine durée. « On notera que le facteur temps intervient et que la mère maintient une situation pour que le petit enfant ait la possibilité d'élaborer les conséquences des expériences instinctuelles ; comme nous le verrons, l'élaboration (working through) est tout à fait comparable au processus digestif et est d'une complexité équivalente. » Cette première élaboration qui ne va jamais sans l'emploi de défenses contre l'angoisse, sera reprise à chaque crise de l'existence, pour peu que les défenses en question n'en bloquent l'émergence, privant ainsi la personne de la possibilité de franchir une étape supplémentaire de son développement.

Les soignants n'échappent pas à ces éditions successives qui font partie de leur maturation non seulement personnelle mais aussi professionnelle. C'est d'ailleurs pourquoi le facteur temps intègre aussi l'âge, faisant qu'un médecin ou une infirmière ayant franchi la crise du milieu de la vie auront un autre vécu de la mort des résidents que des professionnels plus jeunes. Pour eux, l'angoisse dépressive se présente à la fois comme la conséquence et le signe de l'intégration de cette position.

Comme la position dépressive et ses reprises et comme les processus psychiques entrant en jeu dans la cure, l'après-coup exige le maintien d'un soutien venant de l'extérieur. Que l'environnement joue un rôle dans la réussite des soins, c'est ce qui a été bien compris durant le premier confinement par le corps social qui a pris l'initiative d'applaudir tous les soirs les soignants. Un soutien reproduisant le holding maternel indispensable à l'élaboration de la position dépressive et par conséquent, je le rappelle, à la tolérance du sentiment d'inquiétude. Or la sollicitude ne va pas sans l'inquiétude. Non pas l'inquiétude permanente qui se transforme de part et d'autre en insécurité mais la capacité d'inquiétude, telle qu'elle se manifeste lorsqu'un soignant et une équipe accepte le risque de s'interroger sur le sens de ce qu'ils font avec un patient.

Plus encore que le confinement, les tâtonnements sanitaires notamment au niveau des moyens ont donné aux soignants un sentiment d'incapacité ou d'inutilité qui les a soustraits à la menace permanente d'un autre sentiment : celui de l'échec de la sollicitude et de la perte d'espoir de réparation. L'inquiétude de ne pas être un soignant aussi bon qu'on le voudrait revient à se demander si l'on parvient toujours à maintenir ensemble une bonne représentation de l'objet et les pensées hostiles qu'il suscite. Mais je doute que l'on puisse considérer comme réussie la défense procurée par les stades successifs de l'approche sanitaire du confinement, dans la mesure où elle s'écarte trop du réel du soin.

Je conclurai avec l'idée que le confinement des EHPAD a été la meilleure et la pire des choses. Il a privé les soignants des défenses qu'ils mettaient d'ordinaire en œuvre contre la menace de dépression ou

d'effondrement mais il leur a aussi offert, grâce notamment à l'après-coup de traumatismes antérieurement vécus, la possibilité d'apporter de nouveaux développements à leur fonction soignante. Je suis conscient que pour beaucoup d'équipes encore en difficulté, ceci reste une vision théorique encore loin de passer dans la réalité. Il existe cependant un niveau auquel ces deux conceptions opposées du confinement se retrouvent, c'est celui du travail psychique qui a la particularité de leur permettre de cohabiter au lieu de s'exclure. A condition toutefois qu'institutions et soignants adoptent le principe que le travail du soin ne suspend pas le travail psychique mais qu'au contraire il le suscite. Pour intégrer au soin l'expérience du confinement, au même titre que les autres composants négatifs de leur travail, les soignants ont besoin qu'un espace et un temps soient réservés à la parole, surtout dans une période de crise comme celle que nous traversons.

## « Le train du COVID » Elise SALLABERRY

C'est au cours d'une séance avec une psychologue bénévole sur une plateforme que je réalise ne pas parvenir à garder en mémoire des événements de cette crise, pourtant marquants pour moi. C'est ce jour là, le 6 mai, que je commence l'écriture. Une écriture rapide. Écrire vite avant d'oublier. Garder une trace de cette histoire, la mienne, mais aussi celle de cette pandémie.

Je me suis sentie bien seule lors du début de la pandémie, dans le regret de ne pas pouvoir partager avec quelqu'un qui aurait déjà expérimenté une telle situation. Une solitude que j'ai pu partager avec mes pairs, mais que l'on porte seul malgré tout. J'ai parfois gardé de ces échanges un goût amer de tabou. Pourquoi était-est ce si difficile à parler ? On peut imaginer que la confrontation au Réel de chacun rendait certaines choses innommables.

Ce témoignage, je souhaite qu'il puisse servir d'expérience sur une façon, parmi tant d'autre, pour un psychologue de travailler en tant de crise. Un travail possible au cœur de la pandémie. Rendre cette expérience utile, probablement en écho à une certaine culpabilité de ne l'avoir pas toujours été.

Témoigner pour faire exister la réalité hospitalière à ceux qui la vive abstraite.

Cet écrit est une façon de répondre au clivage que j'ai perçu :

Entre ceux qui étaient au sein des structures de soin et ceux qui n'y étaient pas.

Clivage aussi entre ceux qui entraient travailler auprès des patients Covid, et ceux qui gardaient une certaine distance.

Clivage entre ceux qui savaient ce qui se passait, accédaient à une connaissance et des informations de première ligne et ceux qui restaient en dehors, ignorant ce qui ne se dit pas et le pourquoi du tabou.

A l'image de cette psychologue habitant une région peu touchée, qui a pu me transmettre combien m'accompagner lui avait permis de se faire une représentation de la crise sanitaire qu'elle considérait jusque-là comme une folie sociétale : cette crise était elle réelle ?

Clivage d'une société qui ne veut pas, ne peut pas entendre ce qui se joue à l'hôpital.

L'idéalisation des hospitaliers, érigés en figures héroïques vient protéger l'autre de ce qu'il risquerait d'entendre en empêchant la parole de circuler.

Mettre sur papier, c'est aussi se raconter l'innommable. A soi. Mais aussi aux autres.

L'angoisse de ce qui se vit en service covid s'est déplacée en ce qui me concerne sur l'angoisse de dire.

Tirillée entre le désir de réinscrire ce vécu dans le collectif pour y mettre du sens et la crainte des répercussions que cela aurait.

Crainte probablement à la hauteur de la violence et de l'angoisse ressentie lors de cette première vague.

Le texte que je vais vous présenter n'est pas le texte initial. J'ai choisi de taire certains aspects pour supporter mon angoisse à dire.

Pour cela il m'a fallu trouver des mots, accorder une forme, un rythme à cette expérience. La contextualiser, l'inscrire dans une temporalité. Structurer dans une tentative de tracer les contours d'un réel.

Faire l'effort coûteux de se remémorer ce qui ne parvenait de toute façon pas à être refoulé. Un travail de mise en sens pour digérer cet impensable.

Le mot ne recouvre jamais tout à fait la chose. J'ai accepté la nécessité de cette perte.

*6 mai 2020, enfin un jour de congé. Une pause dans un rythme effréné. Une accalmie printanière, une bouffée d'air frais qui contraste avec l'air chaud, saturé d'humidité procuré par cette protection désormais indispensable et omniprésente : le masque. 2 mois que j'en porte la marque parfois douloureuse, que je sens l'odeur chimique, que l'air me manque, que je m'essouffle.*

*Je l'ai senti arrivé le train du covid. Cette boule au ventre amenée à croître à l'idée d'une pandémie dont les contours se dessinaient déjà.*

*Je me refais le film de ces quelques semaines au pays du covid, comme si on embarquait dans un train fou dont nul ne connaît la destination. Passer par des tunnels d'émotions, en sortir. Reprendre une respiration. Y retourner.*

*Je suis psychologue hospitalière. J'interviens en temps normal sur plusieurs services de gériatrie : des soins de suite et réadaptation, des lieux d'hébergement. J'accompagne les patients et les familles. J'accompagne les équipes dans l'élaboration de leurs difficultés auprès des patients. J'effectue un travail clinique et individualisé pour lequel le temps me manque. Faire exister le psychisme en milieu somatique ressemble parfois déjà à une mission impossible.*

*Premiers patients infectés dans nos contrées. Le bruit se répand partout à l'hôpital.*

*Je veux prévenir mes proches. Les faire monter dans le bon wagon. Anticiper. Que ceux qui ont besoins de soins le fassent au plus vite, tant que c'est encore possible. Mais le train est déjà lancé.*

*L'angoisse envahit chacun de nous à l'hôpital. On est dans l'attente. Il y a ceux qui ne peuvent réaliser et ne comprennent pas l'agitation désormais installée à l'hôpital, et ceux qui n'ont que trop bien compris.*

*Je me prépare. Je porte désormais la tenue blanche des soignants et m'organise un sas de décontamination au travail et à la maison. Ça approche. C'est le branle-bas de combat pour mettre l'hôpital en ordre de bataille. Il est question de couper quelques portes ou de mettre en place des systèmes de doubles portes pour anticiper les besoins de contenir certains patients en chambre. Il ne fait pas bon déambuler au pays du covid. Il y aurait trop de risque de voir ces patients se transformer en vecteur de mort. Les calfeutrer, les protéger d'eux-mêmes, protéger les autres.*

*Ethique collective qui va parfois à l'encontre de l'éthique individuelle.*

*On vide un service de soins de suite. Un temps pour beaucoup de nos patients de gériatrie de faire un bilan sur leur projet de vie et le réadapter à leurs possibilités amoindries.*

*Retour à domicile ? Entrée en institution ?*

*Ce temps déjà réduit à peau de chagrin pour gagner en efficacité. Au pays du covid, les projets de vie sont expédiés, il faut libérer des lits, mais à quel prix ? Le projet de vie se décidera désormais en fonction de sa rapidité d'exécution. Ce qui se faisait déjà parfois à bas bruit en certains lieux doit désormais se faire ouvertement. Exit l'individualisation du soin, la période n'est pas propice. La confusion hospitalière fait écho à celle de nos patients. L'hôpital est grand, on peut transférer les patients dans les autres services pour laisser un peu de temps supplémentaire pour les situations les plus compliquées ou celles qui complexent, à juste titre, les médecins. Faire un pas de côté quant à ses valeurs de soins habituelles pour prendre en compte le soin collectif.*

*En 2 jours, un service est entièrement vidé. En 2 jours, il se remplit de patients covid. L'objectif est clair, il faut vider les lits du centre hospitalier de référence pour les patients Covid. Ceux que nous accueillerons seront d'ores et déjà considérés en fin de vie. Ils ne supporteraient pas une réanimation active. Parfois, ils viennent après être passé par la réanimation, mais les spécialistes ont estimés qu'ils ne pouvaient pas en faire davantage. La balance bénéfice/risque a trop vacillé pour ces patients. Ce sera quitte ou double, mais nul ne sait comment les dés ont été jetés. Décéderont-ils du Covid ou d'autre chose ?*

*Comme tous les hospitaliers je me laisse porter par cette atmosphère qui se transforme vite en urgence. Aider là où les besoins sont les plus importants, trouver sa place dans ce temps d'urgence où les glissements de tâches rendent le positionnement de chacun plus incertain. Accepter de perdre cette stabilité, s'adapter.*

*Les personnels dits non «indispensables» sur site sont priés de se mettre en télétravail. Suis-je indispensable ? Je ne sais pas, mais, malgré l'angoisse, je ne peux pas quitter le train en marche. Je me raccroche à mon idéal de psychologue pour y trouver un semblant de réponse. La disponibilité des soignants, déjà réduite aux gestes techniques, ne pourra répondre aux besoins de contacts humains de nos patients déjà esseulés par l'interdiction de visites.*

*Les soignants sont vacillants. Vont-ils rester dans le train ou peuvent-ils prendre une porte dérobée pour sauver leur peau ? J'oscille moi-même entre cette sortie possible et mes valeurs de soins.*

*La direction me questionne sur mon caractère indispensable. Je tremble de répondre à cette question. Spontanément je dis mon souhait de me tenir à distance, d'échapper à cette angoisse envahissante et omniprésente mais aussi l'impossibilité de le faire professionnellement. Etre hospitalisé en temps de covid, c'est fantasmatiquement porter le seau désigné par l'ensemble de l'humanité, d'une mort annoncée...*

*Du télétravail en gériatrie... Comment imaginer la personne âgée, parfois souffrant de troubles cognitifs, de troubles auditifs pourraient-ils investir une relation d'aide à distance ?*

*Mais le jeu en vaut-il la chandelle ? J'ai un fils asthmatique pour lequel je m'inquiète particulièrement, mais aussi mon aîné, mon mari... Nous avons tous un proche dit « à risque », alors qui restera, qui ira ? Que c'est particulier de sentir à quel point le rapport hiérarchique se transforme. Chaque corps de métier se retrouve à se positionner, à se réorganiser, à s'adapter avec créativité dans cette crise. La direction elle-même déstabilisée se saisit des personnels qui semblent efficient en temps de crise. Rester soi-même contenu pour contenir en face, c'est mon métier. Même quand c'est ma propre direction. Mais ça me donne un sentiment de solitude et d'insécurité de décider de mon plein gré d'un tel engagement.*

*J'embarque officiellement dans le train. Je n'interviens pas de suite dans le service covid. Le service doit d'abord se réorganiser.*

*Premier tunnel. Comme partout, pénurie de masques . Par la suite on manquera de sur-blouses, de tabliers, de gants. Violence du réel, violence des incohérences politiques. La gériatrie sera-t-elle sacrifiée ? Est-ce que je me sacrifie? La colère se mêle à l'angoisse d'être contaminé, de contaminer. Je ne pensais pas qu'il était possible de travailler avec une telle angoisse. La petite boule au ventre à grandit. Il faut traverser le tunnel, garder les yeux ouverts, vivre cette expérience du mieux qu'on peut. Chacun se montre très économe face à ce précieux matériel, créatif aussi.*

*Certains soignants leaders envisagent de se mettre en arrêt. L'équipe écoute attentivement, vacille, hésite... Je travaille au maximum à soutenir les soignants. Il faut qu'ils tiennent. Les premiers arrêts de soignants surviennent. La pression de la locomotive est trop forte. Ils se protègent, ils ont raison. Les autres prennent un autre rythme, s'adaptent. Les leaders hésitants tiennent. Comment envisager mon travail dans ces conditions inédites ? Solitude. Personne pour m'aiguiller dans ma pratique. Le psychologue est autonome dans l'exercice de ses fonctions. Mais qu'elle est pesante cette autonomie parfois. Sans soignants, on va à la catastrophe. J'écoute leur colère, leur angoisse dans les interstices disponibles. Pour la première fois, je m'associe à leurs émotions. Dans ce contexte, la neutralité n'est pas possible pour moi vis à vis d'eux. Je suis moi-même aux prises avec cette même colère et cette même angoisse. Je ne peux nier les mouvements violents qui me traversent également. Je décide alors de les partager avec eux, de les utiliser pour leur permettre de libérer la parole, ça fonctionne. Un partage peut se faire. J'essaye de le rendre constructif, et de les amener à partager entre eux ce qu'ils ont mis en place, pour se rassurer, se protéger. Connaître les précautions des collègues aide à se créer ses propres rituels. Ces précautions qui donnent l'illusion rassurante de contrôler le danger de mortalité.*

*Avec l'interdiction des visites des proches, les patients sont en souffrance. Voir un maximum de patients, faire le lien avec la famille. Prendre pour moi cette charge émotionnelle pour décharger les soignants au maximum. J'ai l'impression d'être une fourmi qui court partout. Respire, concentre-toi sur ce que tu as à faire. Dans cette adaptation, je ne perds pas de vue le sens de ce que je fais, comme d'une ligne de conduite à ne pas quitter. Je sais que cette quête de sens me protégera au mieux psychologiquement. Voilà mon aiguillage. Respirer, sortir la tête du tunnel, un instant.*

*Je finis tard, j'ai du mal à quitter cette hyperactivité. A supporter cette culpabilité de rentrer chez soi quand on sait qu'on peut encore apporter. Rentrer dans un lieu sûr, s'aérer, respirer encore et encore. Je retrouve ma famille, les rires des enfants. Les contraintes quotidiennes aussi, faire les courses, le ménage, supporter les colères des enfants, leur rejet aussi car je suis absente ces derniers temps, papa est toujours là, lui, en télétravail.*

*Les premiers patients covid dans les services se déclarent et s'infectent, je les ai rencontrés lors de la pénurie de masques. J'ai des maux de ventre avant de partir de la maison. Respire, l'angoisse passe une fois sur place.*

*C'est le retour des masques, de façon limitée et contrôlée bien sûr. La pression baisse d'un cran. Le train ralentit. Reprendre son souffle malgré la compression du masque qui laisse sa trace pendant de longues heures. Je ne me suis jamais plainte d'en porter, trop rassurer d'en avoir.*

*Désormais, je change de wagon. Je vais être affectée non plus dans 1, mais dans les 4 services dit covid. Je n'irai plus dans les services « free » pour éviter de propager le virus, et les laisse à ma collègue. On échange donc certains de nos services. Est-ce que je fais le bon choix ?*

*Je n'ai pour autre formation aux consignes de sécurité hygiénistes que mes souvenirs de passages en réanimation lors d'un poste précédent. Je m'autorise à interpellier une aide-soignante qui me forme avec bienveillance sur la façon de s'habiller et de se déshabiller. Mais contrairement à mes interventions en réanimation, les précautions sont constantes. S'imprégner de cette ambiance où l'on craint tous pour notre vie, et celles de nos proches. Voir les soignants trembler, courir. Les patients me semblent tous mourants en même temps. Impression d'hécatombe. Je comprendrai par la suite que nos patients, tous admis au même moment, étaient dans la même phase d'aggravation du Covid entre J7 et J10. La concentration pour tous est maximum. Glacée et perdue face à tous ces patients en détresse, je me raccroche à ce que je sais faire. J'observe, je prends le temps de l'errance, je reconstitue mes repères. Je tente de reprendre un peu de distance pour continuer à soutenir les soignants. Certains s'épaulent et décident d'intervenir à 2 ou 3 dans une chambre, pour se rassurer les uns les autres. Être vigilante, ça me rassure moi aussi.*

*Masque, visière, charlotte, sur-blouse, tablier, gants, téléphone dans des pochettes plastique*

*fermées. Fini le maquillage pour ne pas se frotter les yeux, fini les boucles d'oreilles, ça ne se désinfecte pas. J'enregistre mes nouveaux rituels.*

*Il fait chaud, très chaud dans cette tenue. Je ne m'autorise pas à boire de la demi-journée, pour ne pas gâcher le précieux matériel. Je suis déshydratée tous les soirs, des douleurs aux reins me le rappellent. Comme de nombreux soignants.*

*Malgré la priorisation du soutien aux soignants, les patients montrent de plus en plus un mal-être bien compréhensible. Il va falloir y aller dans cet autre tunnel.*

*Entrer dans une chambre rencontrer un patient porteur du covid. Rater la rencontre. J'y vais à reculons, j'ai peur. La tenue est un écran supplémentaire au lien humain. Surtout lorsqu'elle est érigée en barrière protectrice. On est tous habillés pareil, ce qui ajoute à la confusion de nos patients âgés. Respirer sortir du tunnel. Réaliser que les patients atteints de covid sont des personnes humaines avant tout et qu'on peut réussir à les rencontrer et à les soutenir, un peu. Retrouver mes repères professionnels, les perdre à nouveau. Sans arrêt. Proposer des « visio » entre les patients et les familles pour rassurer, maintenir le lien. Fatigue de tenir à bout de bras cette tablette dont j'essaye de proposer un angle de vue optimal pour offrir un visage rassurant aux familles en larmes. Soutenir les familles par téléphone. Violence du vécu de l'éloignement « on les laisse crever comme des chiens ». Impuissance à réhumaniser. Faire des entretiens plus courts mais plus fréquents auprès des patients. Non, ce ne sont pas des « chiens ». Je rencontre tellement de patients que mon cerveau est en surchauffe. Pas de pense-bête possible où écrire les noms et quelques mots en chambre. Je limite au maximum mon matériel. Entre deux patients, soutenir dans les couloirs les soignants. Accueillir les émotions fortes des autres, je sais faire. Mais ce qui me permet habituellement de le faire, c'est de n'être pas moi-même concernée par ces émotions. On me dit : « C'est une véritable loterie, on ne sait pas comment notre système immunitaire va réagir face à ce virus. On peut très bien n'avoir aucun symptôme ou en crever, tu comprends ! » Je comprends un peu trop bien en effet. Respire. Contiens tes larmes. Garde les yeux ouverts.*

*Premiers décès, nouveau tunnel. Le tunnel s'assombrit lors de la fin de vie de Jean.*

*Pardon Jean de n'être pas parvenue à m'apaiser suffisamment pour vous apporter le soutien dans vos derniers instants. J'espère que vous n'avez pas perçu la peur dans mon regard que vous connaissiez si bien puisque je vous rencontrais depuis plusieurs mois déjà. Jean, ce premier patient qui amenait une remise en cause des protocoles de soin visant à limiter la propagation du virus. Pas d'aérosols, « la chambre n'est pas équipée de ventilation adaptée, trop risqué, ça va en foutre partout ». Seulement voilà, Jean en avait besoin pour partir le plus confortablement possible, inenvisageable de faire sans. Nécessaire adaptation médicale, mais angoisse et culpabilité de la psychologue. La culpabilité est un sentiment humain. La peur aussi. L'expérimenter au plus profond de soi.*

*Il s'en suivra pour moi l'accompagnement d'une trentaine de décès, de housses fermées, d'effets*

*personnels jetés dans un grand sac poubelle, de noms de défunts effacés, déshumanisés, puis remplacés.*

*J'accompagne au maximum les familles qui viennent rendre visite à leur proche mourant, je les équipe, reste présente la plupart du temps pour les soutenir dans la chambre, les « déshabille » et reste présente après. Je leur transmets les consignes d'hygiène. Dire à un fils de ne pas toucher sa mère en fin de vie quand on sait que c'est ainsi que le contact est souvent le plus facilité, ça bouscule mon éthique. Il m'a fallu l'expérimenter pour conseiller et ne plus interdire. Écart entre la théorie et la pratique. Parfois je les accompagne dans la chambre mortuaire. Les regroupements familiaux étant déconseillés, les personnes sont en proie à des sentiments de solitude exacerbés dans ces moments propices au soutien, à l'entre-aide rendus impossible. Je me sens utile, mais aussi impuissante.*

*Cris et pleurs des familles. Larmes mouillées, sanglots secs. Paroles d'adieu. Pardons. Mots d'amour. Paroles d'espoir à jamais disparues. Mensonges bienveillants.*

*La psychologue que je suis se fait le réceptacle confidentiel de ces petits et grands secrets, de cette intimité partagée. Accumulation et trop plein d'émotions pour la petite fourmi que je suis. Accompagner des familles, les habiller quand on manque de tabliers, de gants... Ne pas leur faire sentir, ils ont assez à gérer.*

*Les masques FFP2 sont limités aux soignants entrant en chambre de patients avec de l'oxygénothérapie à plus de 4 L ou sous aérosols. Pour tous les autres, le masque chirurgical suffit. Je l'espère. Je me souviens de médecins expliquant que le masque chirurgical ne protégeait pas son porteur mais la personne en face. Il avait été question de doubler les masques, idée abandonnée devant la pénurie. En face, nous avons des patients Covid + qui ne sont pas à même de porter un masque. Oublier ces débats, pour supporter le principe de réalité. Pénuries de sur-blouses, de tabliers. Adaptation et créativité de l'institution. Des ateliers de découpage de sacs poubelles s'organisent. Ça fonctionne. J'achète un rouleau de sacs poubelle pour mon bureau. Juste au cas où.*

*Chacun fait au mieux, on s'adapte.*

*Respire. Sors du tunnel, tu es protégée.*

*Décalage avec la vie extérieure à l'hôpital. Incompréhensions, jalousie à l'égard des confinés qui ne connaissent pas l'angoisse de mort que l'on ressent dans un service Covid. Les mouvements d'agressivité verbale à l'égard de ceux qui ne me semblent pas respecter les consignes de sécurité. Des moments de décharge émotionnelle qui ne me ressemblent pas mais qui m'échappent.*

*Les connaissances qui se font absentes. Croiser des têtes connues « Ah tu travailles à l'hôpital ? C'est bien ça, comme ça tu sors, tu n'es pas confinée » Violence de la méconnaissance et de la non reconnaissance. Mais ce n'est pas grave puisque les gens applaudissent parait-il. 20H, je me décontamine dans la douche.*

*Ce jour du 6 mai, j'entends pour la première fois des bruits inhabituels inconnus qui me font sortir de*

*chez moi. Les fameux applaudissements, que j'entends pour la première fois. Il m'a bien fallu une longue minute avant de comprendre ce qu'était ce bruit. Expliquer aux enfants quelles sont ces larmes qu'ils perçoivent ce jour là. Les gens applaudissent ceux qui travaillent car ça n'est pas facile de travailler à l'hôpital en ce moment. Reconnaissance éphémère.*

*Pleurer, m'agacer pour un rien, avoir des réactions émotionnelles inhabituelles. Besoin de faire une pause. Je recherche du soutien auprès de collègues psychologues. Mais le décalage est tel que le soutien est difficile à trouver. Difficile d'en trouver l'espace temporel mais aussi la compréhension de ce qui se vit à l'intérieur du train. Surtout quand à l'extérieur, on n'en voit même pas les rails.*

*11 mai. Dé-confinement. On commence tout juste à avoir une baisse d'activité.*

*La direction s'inquiète pour ses agents. Elle a raison de s'inquiéter, il y aura de la casse. Heureusement la baguette magique du psychologue fonde les espoirs. Je ne trouve pas la mienne. Je suis faillible et impuissante, je suis aussi un agent hospitalier en difficulté, mais cela, est ce entendable ? Les patients passent à plusieurs reprises de service en service et se désorganisent psychiquement pour permettre à l'hôpital de rester organisé. Je ne suis pas parvenue à suivre leurs mutations. Je ne sais parfois pas ce que deviennent mes patients.*

*Je ne sais plus quels sont les patients décédés, parfois même quand je les ai accompagné. Je ne me souviens plus du nom de certains patients pourtant dans mes services d'hébergement depuis plusieurs mois et parfois années. Amnésie protectrice ou surmenage ?*

*Je n'ai que peu de traces, je n'ai pas pris le temps d'écrire. Indisponibilité psychique et physique. L'urgence était ailleurs.*

*Réaliser que les décès ont été si nombreux que je ne me souviens pas de tous. Violence de l'oubli, violence des reviviscences. Tout ce que je n'ai pas pu faire.*

*Poursuivre les accompagnements, soignants, patients, familles. Masque, visière, charlotte, gants, surblouse de récup', sac poubelle.*

*Les soignants ont trouvé un nouveau rythme, ont trouvé des repères dans ces unités Covid et semblent plus tranquilles qu'au début.*

*Mais leurs nuits sont agitées, certains ont perdu des membres de leur famille. Hypervigilance dans les gestes barrières à domicile, émotions à fleurs de peau, difficultés de concentration, décalage avec le monde extérieur. Je vois un peu trop bien ce dont ils me parlent. Maintenant qu'on a un peu plus de temps, je peux les orienter vers des collègues. Beaucoup semblent pouvoir s'en saisir davantage à ce moment là. Mais les plateformes gratuites de psychologues s'arrêtent, la crise est finie. Cette semaine du dé-confinement, les services covid se vident tout juste, retrouvent leurs attributions initiales. Les soignants venus en renfort repartent. Les soignants sont épuisés mais l'activité repart comme avant crise. L'épuisement en plus. La charge de travail semble impossible. Physiquement et moralement. Comment investir encore son travail, ses patients ? J'ai l'impression d'errer dans les couloirs, comme parfois, lorsque l'activité battait son plein. Je n'y parviens plus. J'ai l'impression de rester à la sortie du tunnel, d'y passer la tête. Je suis là sans habiter mon esprit, lessivée. Le disque-dur est plein, reste les bugs.*

*Il faut se reconstruire.*

*A l'aube d'une seconde vague, je suis satisfaite du travail effectué. Je ne ferai pas différemment. Je me pardonne ma faillibilité, la condition de tout être humain. Les larmes me viennent encore à l'évocation de cette crise sanitaire, mais je ne veux pas les oublier. Je veux les partager, car elles me semblent saines. Je ne veux pas qu'on oublie. Et je veux transmettre une expérience parmi tant d'autres pour que ceux qui auront peut-être à affronter une crise sanitaire puissent se sentir moins seul.*

*Aujourd'hui, il me reste la colère envers cette déshumanisation dont tout le monde semble s'accommoder en érigeant quelques figures héroïques. Reste l'espoir d'un passage de relai dont d'autres se saisiront pour faire valoir la reconnaissance de l'humanité de chacun. Comment choisirons-nous de sortir du tunnel ?*

*Fin*

La crise sanitaire bouscule les repères de tout un chacun. Les repères les plus intimes sont bousculés et viennent faire ressurgir les angoisses archaïques.

Le fonctionnement psychique se voit imposer une réorganisation pour supporter la réalité épidémique.

Le fonctionnement familial est perturbé. Chaque membre qui constitue le groupe familial se doit de s'adapter à la crise dans une tentative de recouvrer une certaine homéostasie. Le prix à payer en sera parfois dramatique dans bon nombre de familles.

La sphère professionnelle n'est pas en reste, le psychologue ne fait pas exception.

Là où la relation humaine est au cœur de notre métier, les nouveaux repères sociaux rendent la relation à l'autre dangereuse. Cela pose la question des limites de l'intervention du psychologue. Le psychologue peut-il trouver une place dans un système où la relation à l'autre devient interdite ?

Ainsi le travail du psychologue est fortement impacté par ce que la crise suscite pour lui personnellement. La distanciation nécessaire du psychologue vis à vis du vécu de son patient a pour ma part été mise à mal. L'angoisse massive des soignants faisait écho à ma propre angoisse. Cela m'a conduit à prendre des positionnements inédits dans ma pratique. Des positionnements que j'aurai sûrement été la première à décrier auparavant. Pour autant, j'ai été surprise de ne pas me trouver en difficulté là où je considérais atteindre une limite du champ d'intervention du psychologue.

L'importance du cadre internalisé du psychologue permet d'adapter son intervention là où le psychologue n'est pas forcément attendu.

Les limites poreuses du psychologue en période de crise peuvent conserver tout leur intérêt dans la mesure où la relation humaine y trouve un appui.

Lorsque le cadre professionnel est suffisamment intériorisé, l'agir peut alors être possible, tel un média dans la relation thérapeutique. Cette crise sanitaire vient questionner la possibilité du lien à l'autre, sur ce qui constitue les fondements de l'humain en tant qu'être social. Ainsi, l'importance du psychologue dans un temps de crise n'est pas tant dans son positionnement réel que celui qu'il a intériorisé et qu'il va venir signifier à l'autre dans sa présence effective. Présent, le psychologue, dans toute son impuissance, peut participer à rassurer l'autre sur sa condition humaine.

**« Ecrire une mémoire des vécus des professionnels  
travaillant auprès des personnes âgées pendant  
l'épidémie Covid 19 : des regards croisés dans des  
temporalités plurielles »  
Marie-Christine PFRIMMER, Céline RACIN,  
Magdeleine RUHLMANN, Jean-Marc TALPIN**

***Introduction***

**Magdeleine Ruhlmann**

Bonjour à tous,

Au nom de notre petit groupe de 4, j'ai le grand plaisir de vous saluer aujourd'hui. Je vais bien sûr tout d'abord de remercier Jean-Marc [TALPIN], si j'ose dire « notre régional de l'étape », et l'ARAGP de nous permettre aujourd'hui de vous présenter notre démarche en devenir,

« Travailler auprès et pour des personnes âgées pendant l'épidémie Covid 19 » à partir du recueil des récits vécus par les professionnels.

Nous allons vous parler de cette expérience collective, vous en présenter l'origine et l'histoire en train de se faire, mais pas encore les pistes d'analyse ni à plus forte raison les conclusions, puisque nous voulons les construire avec les contributeurs. Chacun de nous 4 prendra la parole, pour se présenter brièvement, pour vous dire « d'où nous parlons » et vous faire entendre, au travers de nos récits personnels, le début et le développement actuel de ce projet construit ensemble. Nous sommes bien loin, après une première réunion à distance avec les contributeurs, de conclure le travail en cours, mais nous concluons notre propos de ce jour sur les pistes et perspectives qui s'ouvrent.

***Génèse***

**Marie-Christine Pfrimmer**

J'assure la mise en œuvre, la coordination et le suivi pédagogique du master « Gérontologie, vieillissement, éthique et pratiques professionnelles » et du D.U. de « Gérontologie générale » de l'Université de Strasbourg. Ces diplômes s'adressent à des professionnels de l'action gérontologique. Nous cherchons à appréhender la vieillesse dans ses différentes dimensions (biomédicale, psychologique, sociale, politique et philosophique), transmettre des connaissances et aider à penser les pratiques, dans un aller et retour entre connaissances scientifiques et savoirs « de terrain ». Ces formations sont donc très

profondément pluridisciplinaires et, pour des raisons tenant à l'histoire, le responsable scientifique en est un professeur de gériatrie. Les médecins et psychologues du pôle de gériatrie attachent beaucoup d'importance à l'enseignement et s'impliquent fortement.

L'épidémie Covid19 s'étend très vite dans la région : un grand cluster a été identifié fin février à Mulhouse, les premiers cas dans le service de gériatrie du CHU de Strasbourg sont diagnostiqués le 6 mars, touchant patients et professionnels : le pôle de gériatrie bascule dans un « tout autre ». Toute l'énergie des médecins va sur les essentiels du moment : assurer les soins requis par l'état de santé des patients autant que possible, lutter contre le risque de contamination dans la limite des moyens disponibles, bien sûr organiser et réorganiser l'activité du service, et plus largement s'inscrire en cohérence au sein du CHU. Ce serait hors sujet que de parler d'enseignement.

Le 13 mars, une infirmière inscrite en master m'écrit : « Qu'en est-il de notre semaine en présentiel du 30 mars ? Je vais sûrement devoir travailler dans un foyer médicalisé et quitter mon poste actuel. En vous souhaitant bon courage pour les jours à venir. » Ce même jour, nous décidons de suspendre nos enseignements.

Le 17 mars débute le premier confinement national : les hôpitaux et le système sanitaire s'emballent, le pays se fige. J'étais au carrefour de collectifs et d'individualités : ce tissu complexe se désagrège, se disloque. Comme tout un chacun, me voilà traversée d'informations parcellaires, instantanées et provisoires, tout cela dans un « bain médiatique englobant ».

Je ne comprends pas ce qui se passe. Je vois juste que les professionnels de l'action gérontologique sont convoqués à « faire face » dans des conditions et avec des moyens prédéterminés par des politiques antérieures. Je m'inquiète pour eux : dans un premier temps, je cherche à « garder contact » avec intervenants et étudiants, dans la réalité de ce qu'ils vivent. Je respecte les silences, et quand un échange prend forme, j'essaie d'avancer dans la relation.

De ces fragments émerge un tout multiforme et extrêmement épars. Si certains de mes correspondants semblent épargnés par ce tsunami, beaucoup me disent des choses de leur travail qui me renversent et laissent apparaître des sentiments et éprouvés parfois terribles. Certains tombent malades.

Je m'interroge. Tous mes interlocuteurs font leur travail aussi bien et autant que possible, allant au bout de leurs limites. Mais comment vont-ils en sortir ? Je voudrais éviter la métaphore guerrière et pourtant s'impose à moi l'image de « petits soldats allant au front » : qui prend soin d'eux et comment, dans leur santé physique mais aussi dans l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et de ce qu'ils font ? Transformés chacun à notre façon par ce que nous vivons, allons-nous devenir étrangers les uns aux autres ? Dans cette atomisation des réalités, pourrons nous avancer ensemble « après » ? Les mots me manquent, les mots nous manquent.

Dans ce désarroi, j'ai la chance d'avoir des échanges plus libres avec Magdeleine Ruhlmann, avec qui je préparais le programme d'une unité d'enseignement « Aide et soins : la personne âgée, son entourage et les professionnels ». Elle était médecin du travail et je m'appuyais sur sa perspective théorique et clinique de psychodynamique du travail : nous partageons la vision de Christophe DEJOURS que le travail est

action sur le monde et transformation de soi, que l'être humain y engage pleinement à la fois son corps et subjectivité, et que le travail et son organisation constituent une « arène politique »<sup>6</sup>.

Parallèlement, j'avais sollicité pour notre enseignement Céline RACIN, qui conduit ses travaux de recherche dans le champ du grand âge. Nous partageons un même regard sur le travail des soignants en gérontologie, regard éclairé par les théories du care<sup>7</sup>. Nous concevons le travail du care comme activité, disposition, éthique et politique tout à la fois. Mais Céline est aussi psychologue clinicienne dans un service gériatrique. A l'occasion d'un échange de mails, je me rends compte qu'elle est immergée dans les mêmes enjeux immédiats que nous. Elle est très « mobilisée », Céline se rend pourtant disponible à nos réflexions.

C'est ainsi que prend corps l'idée d'appeler à faire mémoire. Écrire chacun dans l'instant présent, comme première étape pour ensuite pouvoir élaborer collectivement.

*Merci Magdeleine et Céline de poursuivre le récit ...*

### **Magdeleine Ruhlmann**

31 décembre 2019 : premier « DGS Urgent » à propos de l'émergence du SARS-COV-2 dans la ville de Wuhan

22 janvier 2020 : risque d'importation modéré et de diffusion en France très faible

En parallèle, une évolution progressive de la définition de cas, qui signe la fin du déni

2 mars : « DGS urgent » sur les masques

6 Mars réunion d'information organisée par un syndicat de MédGénéralistes : « Circulation active établie »

Mais tout cela, ce sont des infos de « spécialistes » et je me suis contentée pour l'instant des infos de Mme et M Tout-le-Monde

Le 12, Marie-Christine me parle de ce que vivent les amis à l'hôpital, la surcharge, les services de gériatrie et de médecine interne où se multiplient les cas graves, dans un système hospitalier déjà si éprouvé,

Le 14, veille du 1er tour des élections municipales, où je participe à un bureau de vote, je me penche attentivement sur les chiffres de santé publiques disponibles sur les différents sites. Et là les cheveux se dressent sur ma tête. Tout cela, chiffres et stats, et état du système de soins, les politiques le savent. Et pourtant les élections se déroulent, ce qui m'apparaît comme irresponsable. Je contribue activement au bureau de vote, avec des craintes bien sûr.

Et dès le lendemain, discours du PR « Nous sommes en guerre », confinement, culpabilisation des Français réputés pas raisonnables ... alors que les élections ont été tenues. En guerre ? je suis révoltée par ce registre belliqueux. Mais j'ai envie de m'engager, pas sur un champ de bataille mais en faveur de tous ceux qui vont lutter contre la pandémie et ses conséquences.

J'ai été médecin du travail, puis médecin inspecteur régional du travail. J'ai assuré pendant 13 ans une consultation d'alcoologie-addictologie au CHU de Strasbourg. J'ai étudié la psychodynamique du travail

avec Christophe DEJOURS, et suis membre de la FEDEPSY à Strasbourg. Ce qui a toujours guidé mon action dans le domaine immense de la Santé au travail, a été l'utilisation du droit, et la défense de la santé comme un droit fondamental de tous ceux qui travaillent, quelle que soit la nature de ce travail (c'est une autre histoire, mais il serait très certainement intéressant de se pencher sur le travail des femmes et hommes politiques). Je sais par expérience personnelle et professionnelle quelle place immense tient le travail dans la vie psychique, comme facteur de plaisir ou de souffrance. A la retraite depuis 4 ans de mon métier principal, j'assure encore des formations et suis en particulier active en formation médicale continue. J'ai été membre du CDOM.

Depuis quelques années, à l'invitation de Marie-Christine, je participe à l'enseignement de gérontologie, où je suis co-responsable d'une unité d'enseignement. Début mars, Marie-Christine et moi étions en pleine préparation d'une prochaine semaine d'enseignement. Nos échanges étaient réguliers et de plus en plus approfondis, sur la base d'une amitié ancienne et d'expériences professionnelles et d'amitiés partagées.

Peu à peu, nos échanges se sont focalisés sur la pandémie grossissante. Parce que Marie-Christine était aux 1ères loges pour entendre et constater ce que vivaient les collègues de gériatrie, ou de gérontologie, tous ces professionnels qui travaillent au contact de ou pour les personnes âgées. Et elle me parlait de ce qu'elles et ils lui disaient de leur travail, des malades, de leur fatigue, du manque criant de moyens de protection, des réaménagements obligés, puis progressivement de la peur d'être débordés, de la peur de devoir opérer un tri des malades. Mais aussi de ce que lui disaient les professionnels du soin ou de l'aide à domicile, un secteur qui n'a pas été souvent évoqué dans la presse. Elles et ils lui disaient combien justement ce qui était dit dans la presse, souvent, loin d'apaiser leurs difficultés, les augmentait.

Marie-Christine prenait des notes de ses conversations. Et assez vite, nous en sommes arrivées à la conclusion que ce qui se passait était a-normal, et qu'il fallait en garder trace. Pour se persuader que c'était bien de l'ordre du réel et pas un (mauvais) rêve. De peur d'oublier, certes, et de ne pouvoir ainsi tirer un trait, mais aussi pour permettre aux professionnels de s'appuyer sur ce vécu pour rebondir après la crise, pour construire un monde meilleur à partir de ce que la crise permettait dans ce moment particulier : nouvelles coopérations, matériel plus disponible, lourdeurs administratives simplifiées... Garder une trace de ce qu'était le travail pendant cette période. Ces conversations étaient d'une incroyable richesse, d'une incroyable diversité.

Je n'étais pas en première ligne mais je lisais beaucoup, et essayais de me tenir informée autrement que par « La voix de son maître » des médias télévisé quasi officiels. De faire un peu une revue de presse pour ne pas me noyer dans le flot d'informations, puis à partager avec Marie-Christine. Avant qu'une cellule d'éthique ne soit mise en place à hôpital, nous avons commencé à élaborer des outils de « digest » pour outiller les professionnels sur des thèmes difficiles comme celui du tri des malades.

N'étant plus dans une activité médicale suivie, je m'étais demandé comment contribuer à l'effort en cours des professionnels de santé et avais proposé mon concours à la régulation au SAMU (j'y ai exercé plusieurs années). Mais lors de la formation, j'ai appris que les lieux étaient déjà fort contaminés, malgré les strictes mesures de prévention, et on nous a raconté comment, si le SAMU recueillait des personnes de

plus de 80 ans, parfois moins, ils se voyaient refuser l'accès à l'hôpital. Mon époux a plus de 75 ans et présente des facteurs de risque, il ne me semblait pas légitime de lui faire courir ce risque. Mais cela a été un conflit éthique pour moi. J'ai donc été très heureuse, si je peux utiliser ce mot, de l'initiative que nous avons construite, et qui m'a permis de ne pas « confiner idiotie ».

Après la décision de proposer aux professionnels un lieu de recueil de leurs expériences et témoignages, nous avons longtemps réfléchi ensemble aux contours déontologiques et éthiques d'une telle proposition, et aux perspectives possibles. Très vite, nous avons pensé à la nécessité de réfléchir à des ouvertures ou perspectives possibles, de travaux de recherche si possible, et Marie-Christine a proposé de s'adresser à Céline RACIN, enseignante à la Fac de psycho à Strasbourg et avec qui elle avait déjà travaillé. J'ai accepté avec plaisir, la suite, ce n'est pas moi qui la raconte.

L'écoute et la lecture des professionnels et de leurs témoignages m'a permis d'entendre ce que la pandémie faisait au travail, d'écouter les récits à la lumière de ce que je sais de l'articulation entre travail et vie personnelle. C'est passionnant et j'ai hâte de poursuivre ce travail.

### Céline Racin

Fin mars Marie-Christine, vous m'écrivez et me demandez si je suis à Sainte-Périne en ce moment ou confinée chez moi en tant qu'enseignante-chercheuse. Lorsque je vous lis fin mars, la fatigue commence déjà à se faire sentir, j'ai l'impression de vivre un temps sans pause, d'être constamment mobilisée et remobilisée dans des investissements ininterrompus. Confinée une partie de la semaine, c'est le branle-bas pour ré-organiser tous les enseignements et l'accompagnement des étudiants « à distance » (cette formule, je ne le sais pas encore, s'installera durablement dans le lexique courant, organisera une nouvelle grammaire des liens). Dé-confinée une autre partie de la semaine, je vais à l'hôpital et me souviens vous dire : tout est semblable, mais rien n'est pareil. Je vous fais part de ce sentiment d'étrangeté qui me gagne parfois, mais aussi de l'agitation et l'excitation, l'inquiétude et l'incertitude qui murmurent ou éclatent dans les couloirs de l'hôpital devenu enclave, coupé de l'extérieur (les proches ne peuvent plus venir) et en même temps « grossi » à l'intérieur par les renforts qui affluent dans la ruche hospitalière.

Vous me parlez d'un « tout autre » dans lequel l'épidémie nous a fait basculer et vous me rappelez le souvenir de nos échanges passés.

Nous échangeons nos impressions sur les effets des discours politique qui reposent la centralité de l'hôpital dans la société (quid des autres lieux d'aide et de soin ?), nous nous interrogeons sur la prégnance des défenses viriles et maniaques qui exaltent l'héroïsme de figures soignantes qui peinent bien souvent (et heureusement !) à s'identifier à ces mouvements, je m'inquiète avec vous de ce que les équipes professionnelles essayent déjà, tant bien que mal, de « tenir ».

De mon expérience personnelle à ce moment, je partage avec vous cette impression que chacun tente de prendre soin de soi pour poursuivre le travail avec des patients désormais isolés de leurs proches, que nous

essayons de prendre soin collectivement, autant que possible, les uns des autres. J'évoque aussi ces « beaux » moments de soin, lorsqu'ils sont possibles, qui s'appuient sur des liens de confiance construits de longue date et qui n'ont pas attendu la covid pour se manifester, même si les angoisses/fantasmes de contamination les mettent parfois à rude épreuve, et ce d'autant plus que nous nous apprêtons à devenir site d'accueil des patients covid, et que le matériel ne vient pas encore à manquer... mais que nous fonctionnons quand même à l'économie, avec l'appréhension du jour d'après. Autour de moi je ne vois pas de héros, mais des équipes qui essaient d'assurer des soins continus et de qualité suffisamment bonne dans des services qui souffraient déjà bien avant l'arrivée de la Covid. Pas d'héroïsme donc, la conscience peut-être un peu plus aiguë en revanche de la vulnérabilité comme humaine condition... et en même temps comme condition solidaire et créative de l'humanité... Les conditions d'organisation du travail de soin et les métacadres qui les contraignent révèlent, plus encore dans ce contexte critique, les limites qui sont habituellement les leurs.

Je me remémore avec vous les échanges que nous partagions sur ce que la notion de care apporte comme contribution à la compréhension du travail de soin et me souviens vous dire que mon écoute clinique est fortement aiguïlée de ce côté ces temps-ci, à entendre mes collègues évoquer avec une nouvelle acuité la manière dont le care domestique et le care soignant se trouvent étroitement intriqués, non sans difficulté dans ce contexte (confinement à la maison / exposition à l'hôpital). Je constate les défenses par clivage qui se mettent en place et qui montrent leur efficacité pour tenir en ces temps incertains... mais à quel coût ? et pour combien de temps ? Car pour tenir, il s'agit bien de penser créativement à de nouveaux dispositifs qui ne s'inscrivent pas en rupture mais en continuité avec l'existant (passé et à venir).

Vous me parlez d' « urgence ». De vos échanges avec Magdeleine. Votre « urgence » rencontre en moi la nécessité de prendre au sérieux ce mouvement, en apparence paradoxal, ou tout au moins conflictuel, que je repère au quotidien : la coexistence d'un très fort besoin/désir de dire et d'une impossibilité de parler « maintenant » chez certains professionnels. Je m'interroge sur ce que cette difficulté laisse déjà comme traces et laissera probablement comme traces par la suite, avec des conséquences non négligeables sur les subjectivités individuelles et les dynamiques groupales. Je partage avec vous mon espoir qu'elles aient également des vertus transformationnelles... pour peu de trouver des cadres pour les accueillir et les penser.

Vous me demandez si nous pouvons avancer ensemble, s'il existe une littérature sur laquelle nous pourrions nous appuyer dans ce temps a-normal. En écho de l'actualité, je vous transmets cette tribune de Pascale MOLINIER publiée dans Libération (« Le soin n'est pas la guerre »), qui évoque quelques enjeux subjectifs, individuels et collectifs, étroitement articulés avec la question du travailler des soignants, souci et intérêt que nous allons bientôt partager à trois, avec Magdeleine.

Chemin faisant, nos allers et retours entre nos expériences individuelles, celles qui nous sont racontées, celles dont nous sommes témoins dans nos différentes régions (vous l'Alsace, moi l'IDE, et ailleurs... ?), entre nos réflexions sur le travailler – qui trouvent des ressorts dans les référents de la psychodynamique du travail – et nos réflexions éthiques et cliniques sur le soin – en appui sur la psychanalyse –, tous ces allers et retours m'amènent à vous parler de Jean-Marc, avec lequel je partage des affinités de pensée

autour des problématiques du vieillissement, du soin, des dispositifs cliniques et des cadres institutionnels, qui m'ont fortement inspirée dans mon travail clinique et de thèse. J'ai en tête son expérience clinique en service de gériatrie, son engagement dans l'accompagnement des professionnels dans des dispositifs de supervision, son implication dans la région Rhône-Alpes à travers l'université et l'ARAGP notamment. De ce qui se passe dans cet ailleurs, il pourra peut-être en partager le pouls avec nous. Porter également son regard sur notre démarche qui avance... pour permettre à celles et ceux qui le souhaitent de laisser une trace de ce qu'ils vivent, de constituer une mémoire vivante, individuelle et partagée, des expériences vécues, chacun à sa manière, chacun avec ses possibilités du moment.

J'écris à Jean-Marc.

### Jean-Marc Talpin

Jean-Marc répond vite, il est tout à fait intéressé, et heureux de cette perspective de travail avec Céline et avec des collègues à découvrir. Je dois dire d'emblée que je n'ai non seulement pas été déçu mais que j'ai été enrichi de nos styles différents, de nos rencontres, de nos interpellations. Nos rencontres régulières ont eu pour nous aussi une fonction de dépôt, de partage, l'étayage, d'amorce de transformation, de symbolisation de nos expériences propres comme de celles dont nous nous proposons d'être des dépositaires et qui de fait arrivèrent, pour les premières très vite.

Pour rendre compte de la dynamique de cette proposition, celle à moi faites, celle faite aux professionnels de la gériatrie, j'utiliserai l'effet dit Boule de neige, aussi utilisé dans le recrutement pour certaines enquêtes, mais il s'agit là de bien autre chose, de l'invention d'un dispositif de soutien par le témoignage, qui peut valoir par la mise en sens, mais d'abord par la mise en forme, par la reconnaissance de la validité du témoignage (J-F. Chiantaretto), du témoin.

Lorsque la proposition de Céline, porte-parole du groupe, me parvint, j'étais dans une position particulière. Du fait du confinement, et vivant à Vichy, j'étais coupé de beaucoup : de la fac tout d'abord puisqu'il me fallut deux semaines avant de me lancer dans les cours en visio-conférence, pour le soutien aux étudiants inquiets des cours, des stages, des examens... De l'hôpital ensuite, car le CHV de Vichy, lors du 1er confinement, demandait (imposant) aux psychologues de basculer toute leur activité au téléphone ou en visio-conférence, ce qui était particulièrement frustrant, mais aussi culpabilisant par rapport aux professionnels sur le terrain, par choix ou par contrainte ; cette problématique se retrouva aussi dans l'annulation des groupes d'APP : plus question d'aller dans les établissements, pas question de visio-conférence non plus car il y avait trop besoin des professionnels sur les terrains : plus le temps de réfléchir, d'instituer ou de soutenir des espaces de dégagement, voire d'élaboration.

J'acceptais aussi pour participer d'une manière ou d'une autre au soutien à ceux qui étaient confrontés à la Covid, dans une logique semblable sous cet angle à celle de Magdeleine. Il faut dire qu'habitant à Vichy, il n'y avait à l'hôpital que très, très peu de cas locaux, que ceux que nous accueillons venaient de régions elles débordées par le nombre des malades. J'avais accepté de tenir une permanence hebdomadaire

d'accueil dans « mon » hôpital. Las, en 5 semaines, pas une visite de professionnel...

Lors de notre 1ère rencontre, en visio-conférence bien sûr, je fus d'emblée marqué par la qualité de la réflexion de mes collègues, par ce que je ressentais, et vis encore, comme un partage de fond de valeurs, sur celles du care, de l'attention à l'autre grâce à un questionnement croisant éthique, déontologie et méthodologie. Il allait s'agir d'un recueil ouvert dont les contributions pourraient être soit écrites, soit orales puis transcrites par nous, ceci afin que la moindre aisance à écrire ne soit pas un critère d'exclusion. Très vite encore, le souci éthique se manifesta aussi par l'engagement commun dans le choix de ne pas interpréter les témoignages recueillis : ils seraient à usage interne (distribué aux seuls contributeurs) puis ferait l'objet d'un travail sur le mode de la recherche-action, selon un mode que nous avons élaboré au fur et à mesure.

L'effet Boule de neige ne concerna pas seulement notre petite équipe, mais aussi, ensuite, la proposition du dispositif. Nous avons fait le choix d'adresser la proposition de témoignage à des professionnels que nous connaissions de près ou de loin. Certains en parlèrent eux-mêmes à d'autres, d'autres encore s'appuyèrent sur cette proposition dans leur travail en équipe, avec les équipes et produisirent un témoignage groupal.

### *Où en sommes-nous à ce jour*

L'invitation à écriture a été lancée le 23 avril 2020. Pour expliquer la démarche, donner sens et liberté à l'engagement personnel, nous avons choisi de ne pas faire de diffusion par canal institutionnel : cela s'est fait de main à main, de proche en proche.

Il était important de ne mettre personne en difficulté. Certains nous ont fait parvenir leur témoignage tout en souhaitant qu'il ne soit pas collecté, ou nous ont fait savoir qu'ils ne pourraient pas donner suite à notre sollicitation. L'auteur pouvait signer de son nom ou au contraire rester anonyme, seuls alors étaient précisés sa fonction et son champ d'exercice. Pour certains, le passage à l'écriture était difficile : des entretiens ont été réalisés et retranscrits.

Il s'agissait de respecter les dynamiques, temporalités et de ne pas pré-construire une interprétation. L'ensemble des textes a donc été organisé par ordre chronologique, de date de réception du 1er envoi.

33 personnes ont confirmé leur accord à une diffusion restreinte de leur écrit. Le recueil a été transmis aux seuls contributeurs le 30 octobre sous format numérique.

### **Au final, qui a écrit ?**

Sans surprise, les contributions viennent pour l'essentiel du Grand Est, d'Ile de France et de Rhône Alpes. Ces professionnels relèvent de l'action sanitaire et de l'action médicosociale (hôpital, EHPAD, domicile) : beaucoup de personnels d'encadrement (7CdS et IDEC), des psychologues (7), des médecins gériatres (5), des AS et d'ASG (3), une IDE, des pilotes MAIA et gestionnaires de cas (3), auxquels s'ajoutent 3 médecins généralistes, 1 juriste et 1 art-thérapeute. Il faut ajouter les professionnels qui ont répondu dans

le cadre d'entretiens collectifs (2 entretiens de paramédicaux, 1 entretien de professionnels d'encadrement et de direction).

A contrario, à ce stade, il n'y a pas d'écrits individuels d'aides à domicile ou de responsables de services d'aide à la personne, d'agents de service, d'agents techniques, d'animateurs, kinés .... De même les IDE n'ont quasiment pas répondu à titre individuel à l'invitation.

Nous avons tenu à mettre en avant, dans la narration que nous avons proposée aujourd'hui, la dimension processuelle de notre démarche. Cette dernière soutient un rapport dynamique à la question du témoignage auquel nous avons invité les professionnels de gériatrie : il s'agissait à la fois de donner une "impulsion" et de recueillir, rassembler au sein d'un recueil, un "résultat", un "état" raconté de ce que les professionnels vivaient ou avaient vécu, qui puissent laisser une "trace". Un témoignage qui relève tout autant d'un espace "du fait" que d'un espace "toujours en train de se faire", de sorte que nous n'en avons jamais terminé avec le geste de témoigner. Ainsi, nous ne l'envisageons pas de manière statique, mais pris dans un mouvement susceptible d'opérer des transformations successives du projet initial, dont nous espérons qu'il puisse aussi être utilisé par chacun, individuellement et en groupe, pour servir d'appui à la réflexion, relancer une dynamique, soutenue par le plaisir de penser ensemble. Ceci est ressorti lors de la rencontre de la semaine dernière avec un certain nombre des contributeurs.

### *Quelles perspectives aujourd'hui ?*

Une première réunion en visioconférence a eu lieu samedi 23 janvier. Nous étions 13 participants : outre les organisateurs, ont participé psychologues médecins gériatres et médecin généraliste, juriste et art-thérapeute. Nous avons fait comme ici un tour de table, d'écran pour faire connaissance entre nous, pour que chacun donne son premier regard sur le recueil, exprime ses attentes et propositions. L'un de nous nous disait son sentiment que nous lui étions tous familiers, comme si nous « faisons ensemble une grande famille ».

Diverses démarches et modalités d'action se dessinent. Mais notre initiative s'inscrit dans le temps long, d'une part pour respecter le temps subjectif de chacun, d'autre part parce que la crise sanitaire s'inscrit elle-même dans un temps long. Donc, nous n'en dirons pas plus aujourd'hui.

Rendez-vous est pris pour décider d'une prochaine rencontre. Le quatuor devient orchestre de chambre...

## « Journal de confinement »

### Wajdi MOUAWAD

Sur le site du théâtre de la colline [www.colline.fr](http://www.colline.fr), dans la rubrique des poissons pilotes, Wajdi MOUAWAD a publié un texte chaque jour, durant le confinement de mars 2020. Celui-ci parle de son père en EHPAD.

<https://www.youtube.com/watch?v=cEXuewWRe38>

## **« Intervention à propos des vécus des familles durant le confinement. »**

**Annick BERNARD, Magali RISPAL, Noémie PETIT, Julie SIRON, Psychologues en EHPAD de la région grenobloise**

Je tiens tout d'abord à remercier Mireille Trouilloud, qui nous a proposé d'intervenir dans cette journée, ainsi que pour sa confiance.

Se réunir, bien qu'à distance, à propos de ce que l'on a vécu, vit, nous a permis de tisser diverses compréhensions possibles de ce quotidien tant bousculé dans ses repères que dans les fondements mêmes de nos accompagnements des personnes âgées, de leur entourage et des équipes de soins.

Nous vous partageons donc nos expériences singulières ainsi que des propositions d'éclairages en toute humilité. Ce travail de pensées nous a permis de nous animer, de nous réanimer dans cette sidération qui a menacé (menace) de nous envahir à certains moments ; Comme Élise sallaberry nous l'a si bien illustré ce matin.

Dans l'inscription du contexte de la crise sanitaire ; en quoi la situation de confinement et plus particulièrement les restrictions voire les interdits\*, sont-ils venus révéler le négatif au niveau des psychés individuelles et groupales, dans la sphère relationnelle avec les familles (institution-famille, institution-résident et famille-résident) ?

\* « A compter de mercredi (11/03/20), « l'intégralité des visites de personnes extérieures à l'établissement est suspendue dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les unités de soins de longue durée (USLD) », situées dans les hôpitaux. »<sup>6</sup>

## Familles et confinement

---

<sup>6</sup> Communiqué de presse d'Olivier Véran - <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/covid19-mesures-de-protection-renforcees-ehpad-usld>

**Julie Siron**

*Psychologue clinicienne*

### **Le vécu des familles pendant le confinement : un regard systémique**

Julie a présenté différentes positions des familles face au confinement. J'aborde ici quelques notions systémiques qui m'aident à comprendre ce que j'ai vécu dans ma relation avec les familles : crise et changement, loyautés, structures familiales, regard de l'autre.

Quand je parle de la famille, je veux dire le groupe-famille dont le vieux fait partie, avec sa propre histoire et son style relationnel. La famille rencontre un autre système à un moment de sa vie où elle en a besoin, celui de l'EHPAD. C'est un angle de vue différent du triangle soignant-famille-résident.

#### **La crise, le temps qui passe et les capacités d'adaptation**

En tant que psychologue, on parle peu des gens qui vont bien. Sur la question du vécu des familles, je pense en premier à celles qui font du bruit et m'interpellent, c'est-à-dire 5 ou 6 familles. J'essaie de ne pas oublier les autres qui traversent cette crise avec une belle capacité d'adaptation.

Beaucoup de familles ont su s'adapter de façon souple aux différents changements de leur vie, jusqu'à l'entrée en EHPAD de l'un des leurs, puis à la crise du COVID. Ces familles ont apprivoisé l'EHPAD avec ses règles propres, ses petites joies et ses frustrations. Elles ont abordé le COVID avec des hauts et des bas, des questions à poser, des craintes et de la confiance, en s'adaptant au jour le jour.

#### **Les conflits de loyauté réaménagés**

##### **Loyautés envers le conjoint, les enfants, les collègues de travail ?**

La fille de Pierre me dit que le confinement lui a permis de se dégager de l'obligation de venir à l'ehpad, et d'avoir du temps pour d'autres relations.

Se sentir déloyal envers son parent ?

Pour la fille de Renée, la culpabilité de ne pas s'occuper de sa mère a été ravivée : est-ce que vous êtes sûre qu'elle a compris que je ne n'avais pas le droit de venir ? Ce n'est pas que je ne veux pas !

D'autres questions de Renée me font penser au prix à payer pour ce défaut de loyauté : Est-ce qu'elle parle

Impuissance, frustration, colère, acceptation, résignation, renoncement, face aux limitations, aux interdits énoncés et imposés par le gouvernement. Autant de réactions, comportements que nous avons pu observer et dont nous vous proposons une lecture en deux grandes tendances d’agir chez les familles ;

**De quelle manière ces interdits, ces limites sont-elles venues résonner/s’incarner au niveau des psychés individuelles / familiales ?**

1) **Une position active** :

a) **Tentative de transgression**

Nous avons pu observer durant le confinement voire après, des familles qui essaient délicatement de transgresser la barrière instaurée par l’institution, le gouvernement, entre eux et leur proche : denrées alimentaires non permises cachées parmi d’autres, pénétration de la résidence de façon insidieuse, port du masque non conforme, touchers, baisers, etc.).