



HAL
open science

Clinique du COVID

Ludovic Desjardins

► **To cite this version:**

Ludovic Desjardins. Clinique du COVID. Topique : La psychanalyse aujourd'hui [Revue freudienne], 2020, n° 150 (3), pp.105-115. 10.3917/top.150.0107 . hal-04796110

HAL Id: hal-04796110

<https://hal.science/hal-04796110v1>

Submitted on 21 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Clinique du COVID

Transfert et écriture à l'épreuve de la crise

Ludovic Desjardins

L'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie dite du « Covid-19 »¹ a été déclaré le 23 mars 2020. Quelques jours plus tôt, des mesures sanitaires nationales – rassemblées sous l'appellation « confinement » – ont été instaurées et formalisées par les allocutions officielles et la publication du décret du 17 mars. Le masque chirurgical est devenu une norme sociale – respectée ou non – et de nouveaux termes ont rapidement pris une place importante dans nos discours : « attestation de déplacement », « mesures barrières », « désinfection », etc. Cette période a ainsi été marquée par une modification soudaine et durable de notre vie quotidienne, de nos rapports sociaux et de nos pratiques professionnelles. En tant que personnel hospitalier, j'ai été affecté le 20 mars 2020 à une « Unité Covid ». Cet article reprend mon expérience dans cette unité et précise les contours d'une clinique à l'épreuve de la crise.

Premières secousses

Des urgences aux services de soins de suite, l'intitulé « Covid » s'est répandu massivement et rapidement au sein de l'Hôpital dans lequel je travaille. Cela ne s'est pas fait sans une certaine violence. Cette « crise sanitaire » est venue bousculer un Hôpital déjà en crise.² Le manque de moyens, le nombre de places limitées en service de réanimation et la violence avec laquelle pouvaient parfois se manifester les symptômes dessinaient les lignes d'une réalité insupportable et nous confrontaient à un sentiment d'impuissance inévitable. Ainsi, l'un des services hospitaliers dans lequel je travaille a été fermé et aménagé pour accueillir des patients touchés par le Coronavirus ou dits « Covid+ ». Il a alors fallu aménager, transformer et se préparer de manière nécessairement improvisée mais aussi réfléchie que possible. Nous avons d'abord su qu'il fallait « libérer les lits ». Puis, nous avons parlé du type de patients, des problématiques que cela soulevait, du matériel de protection et du fonctionnement de service. Autrement dit, sur le moment même ce démarrage ne m'a pas paru brutal, bien que rapide, dans la mesure où nous avons tous été parties prenantes de ce changement. Sur l'ensemble de l'Hôpital, mes collègues et moi-même avons été « mobilisés », « redéployés » ou encore « réquisitionnés ». Dès le début, un lexique militaire est employé, parfois avec humour – avec ou sans référence au fameux discours du 16 mars 2020 – parfois plus sérieusement. Au-delà de la préparation matérielle, pratique et organisationnelle, ce lexique renvoyait-il également à une forme de préparation mentale d'allure quasi-militaire ? Ou encore au sentiment d'être bien peu *armé* face à la catastrophe qui nous attendait ? Sur ce point, le manque de protections adaptées est un problème connu de tous, qui n'a pas été sans alimenter différents vécus plus internes (agacement, colère, sentiment d'impuissance). En tout cas, nous nous sommes préparés, comme on le pouvait. Le service *Covid* que j'ai intégré n'était pas désigné comme un service de « première ligne ». Son principe est d'accueillir des patients, qui n'auront pas accès aux soins de réanimation du fait de leurs antécédents et/ou de leur âge. Une

commission éthique est chargée de statuer sur chaque dossier en amont. Comme envisager un travail possible à partir de cet accès refusé ? L'accompagnement de fin de vie et les soins de confort devaient être au premier plan. Pourtant, même dans ce service si particulier, l'impossible a pu finalement laisser place à quelques surprises. Dans une certaine mesure, un travail du côté de la vie a ainsi pu être possible.

Travailler dans ce service ne m'a pas été imposé. Cela n'a pas été non plus un choix clairement fait d'emblée. J'ai d'abord été pris dans un mouvement. A mon niveau, je me sentais prêt. Je me disais à moi-même : « *Je ne veux pas manquer ce rendez-vous* ». Mon parcours clinique et mes thèmes de recherche – autour de l'écriture et de la question de la transmission entre générations – constituaient des appuis et prenaient un sens nouveau. Je me sentais « *armé* ». Plus précisément encore, pour moi ce démarrage a été marqué par une certaine ambivalence : la crainte de l'inconnu côtoyait la stimulation de la découverte. A ce titre, le recours à la métaphore militaire pourrait évoquer – en plus de l'instauration de mesures nationales et d'une certaine vigilance individuelle et collective – une conflictualité interne où se croisent la perspective d'une menace et les possibilités d'une défense. Chacun a vécu cela différemment selon les postes, les services et les directions, mais probablement aussi en fonction d'aspects plus difficiles à préciser. Au-delà de la pluralité des situations et de leurs évolutions, ces quelques remarques témoignent du fait qu'à l'échelle individuelle plusieurs mouvements coexistent, s'opposent et évoluent potentiellement dans le temps. Comme cliniciens, nous avons également à faire à des mouvements ambivalents du côté des patients et de leur entourage. Les enjeux de cette clinique méritent ainsi d'être dépliés.

Au cœur de la « crise » : violence, isolement et colère.

Le « contexte Covid » a été caractérisé par une certaine violence qui se manifestait principalement sur un plan somatique et pouvant engager un pronostic vital : « *J'ai vu des gens mourir bleu* » me disait par exemple un collègue médecin dans les premiers jours. Dans l'expérience clinique quotidienne, se manifestait également une violence sociale majeure, que je vais tenter de préciser. Le Coronavirus pouvait isoler le patient contaminé d'une manière radicale. Pris en charge en milieu hospitalier, on s'approchait de lui avec un équipement de protection. L'entourage du patient, confiné au domicile, ne pouvait vivre et suivre l'évolution des choses qu'à distance. Ils ne pouvaient pas venir lui rendre visite. En cas de décès, il n'a pas toujours été possible pour les familles de voir une dernière fois le corps du défunt. L'enterrement, surtout au commencement de l'épidémie devait donner lieu à un rassemblement restreint ou être ajourné. Sur ces questions, les textes de référence ont été changeants. « *C'est simple ça change tous les jours* » me disait le chef de service alors que nous discutions justement d'une situation délicate. Autrement dit, nous n'avions que peu d'appuis symboliques pour faire face à ce qui se passait. Cette violence sociale était donc en prise avec des aspects à la fois médicaux, sanitaires et législatifs. En la prenant en compte, les effets sur les patients, les proches et les professionnels peuvent être abordés d'un peu plus près. C'est du moins l'hypothèse que je fais ici. Pour l'illustrer, je n'ai pas fait le choix d'aborder ici les situations les plus compliquées. Il y en a eu. Avec bon nombre de questionnements, d'incompréhensions ou de débats à coup de textes de référence. Dans ces mouvements, pouvaient parfois se lire une tristesse retournée en son contraire, une impuissance retournée en revendication ou encore une agressivité dirigée sur quelques-uns en lieu et place d'une violence touchant de manière large et anonyme. L'interdit sanitaire du contact dans un contexte de pronostic vital engagé était d'autant plus sensible à ces

différents niveaux. En tous les cas, ces mouvements faisaient du bruit et se situaient ainsi également du côté de la vie. J'ai choisi deux situations où cette conflictualité me semblait plus lisible.

La première concerne l'un des tous premiers décès qui eut lieu sur l'unité. J'avais régulièrement la compagne du patient au téléphone ainsi que l'une de ses filles. Ces deux dernières n'étaient pas en contact, suite à des différends familiaux. La fille avait également coupé les ponts avec son père avant d'apprendre qu'il était hospitalisé. Une relation de confiance semble s'être tissée avec l'équipe à travers des échanges téléphoniques réguliers. Lorsque le patient est décédé, le médecin l'a annoncé à la personne référente, à savoir la compagne. J'ai pour ma part proposé d'annoncer le décès à la fille, ayant connaissance de la coupure des liens familiaux et trouvant cela important. Cette fille m'a appelé plusieurs fois après le décès, pour remercier tout le service et témoigner d'une forme de reconnaissance. Je me souviens simplement de cette phrase glissée au milieu de ses remerciements : « *Mais au final, il est quand même mort seul comme un chien* ». Le contraste entre cette phrase et le restant de notre échange m'avait marqué. Peut-être que cet énoncé faisait écho à la coupure du lien entre son père et elle-même, qui remontait avant la maladie ? Pour autant, cet énoncé n'était pas spécialement dirigé envers l'équipe, mais il mettait en mots la violence de la perte d'un père et les conditions de celle-ci.

Dans une autre situation, j'ai accompagné l'épouse d'un patient par téléphone. Elle était en contact avec son époux hospitalisé dans notre service, par l'intermédiaire de son téléphone personnel. En effet, certains patients avaient avec eux leur téléphone personnel qui leur permettait d'être en lien avec leurs proches. Cela était rarement le cas pour diverses raisons : difficultés d'utilisation, fatigue, histoire familiale ou peut-être encore difficulté à trouver les mots. Quoi qu'il en soit, ma place s'est aussi située à l'endroit de ce lien, en tant que psychologue et membre de l'équipe. Au fil de ces appels, quelque chose se passait. L'épouse du patient en question appelait à heures régulières et demandait à me parler. Elle évoquait le passé du couple et l'attachement qu'elle avait à son époux. Quelques jours plus tard, ce dernier est décédé. J'ai organisé un dernier appel téléphonique, simplement en tenant le combiné qu'il n'arrivait plus à tenir lui-même en raison de son état de fatigue. L'équipe soignante et médicale avait fait tout son possible sur le plan de ce que l'on appelle les « soins de confort ». Plus tard, les textes ont changé et ont permis des visites de l'entourage à l'approche du décès, mais à cette époque ce n'était pas le cas. Concernant les possibilités de voir le corps, les limitations étaient également plus strictes au début de l'épidémie. Au moment où c'est arrivé, cette femme n'a donc pas pu venir rendre visite à son époux, ni voir le corps. D'ailleurs, nous n'avons pas eu à lui expliquer, elle était informée sur ces questions. Elle a par contre pu organiser une cérémonie religieuse quelques jours après. Je l'ai rencontré en personne à une occasion particulière : pour lui remettre les effets personnels de son époux. Cela était en effet autorisé, à l'accueil du service, bien que la plupart des familles ne le souhaitait pas, pour des raisons de contamination notamment. Je me suis chargé de remettre ce sac à cette femme nouvellement veuve. Je l'ai fait à la demande des collègues qui n'étaient pas tout à fait à l'aise avec cela au début ou qui manquaient de temps – face à la particularité et l'importance des soins à donner et à organiser – mais qui ont pu le faire par la suite. En apportant ce sac jaune – dit sac « DASRI »³ – je ne mesurais pas du tout la portée du geste. A mon arrivée à l'accueil, deux femmes étaient présentes : l'épouse et la fille. Nous avons échangé quelques mots, puis j'ai tendu le sac à l'épouse. La fille s'effondra en larmes. L'épouse me sourit et me dit : « *Je ne vous oublierai jamais de ma vie* ». Autrement dit, ce moment prenait un certain poids – du moins un poids que

je n'avais du tout anticipé – là où le rite symbolique faisait défaut. Par la suite, cette femme a continué de m'appeler régulièrement. Cet énoncé « *Je ne vous oublierai jamais de ma vie* » m'était resté à l'oreille. D'emblée, j'y entendais à la fois une forme de gratitude, mais aussi un ressentiment éventuel. N'est-ce pas le genre de phrase que l'on peut dire à quelqu'un qui vous aurait fait du tort ? En ce sens, je me disais que la place que j'avais prise d'un lien possible venait nécessairement rappeler que celui-ci avait été empêché. A travers les appels, elle évoquait la difficulté de vivre confinée dans une maison qu'elle avait partagée avec son époux. Elle remerciait régulièrement. Cependant, quelques phrases dénotaient : « *On me disait qu'il mangeait bien, mais je sais bien que ce n'est pas vrai* » ou encore : « *Vous n'allez pas me faire croire qu'il avait de l'oxygène ?* ». Ainsi, des revendications et des interrogations persistaient même après la mort. Dans certains cas, cela allait jusqu'à la demande du dossier médical, comme pour y trouver des réponses. Dans d'autres comme celui-ci, cela restait plus en suspens.

D'un travail sur le transfert en temps de « crise »

La fin de vie et les conditions particulières du contexte ont pu susciter des mouvements vifs, parfois adressés, parfois contenus, souvent difficiles à élaborer. Rencontrer ces familles même à distance, alors que dans le même temps elles se retrouvaient séparées de leur proche, n'était pas aisé. Un travail sur le transfert permet de se dégager un peu de ces mouvements, sans chercher à les nier, les écarter ou les tempérer. Une colère venait nous parler de la violence du contexte qui dépassait effectivement la composante somatique. Le destinataire n'était pas à identifier, dans le sens où le Covid-19 n'est pas incarné. Un travail reste donc possible. Il nous invite à entendre et à déplier quelques questions au-delà. En ce sens, un doute sur le fait que le patient ait été bien alimenté renvoie-t-il au proche sa propre absence dans les derniers temps auprès de la personne aimée ? Aux soins qu'il aurait pu prodiguer, ou encore à quelque autre action qu'il aurait pu faire s'il avait été présent ? Un questionnement persistant sur ce qu'il s'est passé médicalement parlant – au-delà des réponses apportées – fait-il écho au caractère insupportable d'une réalité s'étant produite à distance et donc au manque d'appuis pour inscrire celle-ci dans une temporalité et une mémoire familiale ? Dans un contexte où le sentiment d'impuissance est particulièrement important, il ne s'agit pas pour le clinicien de supporter ces mouvements à lui seul. L'appui de l'équipe (médecins compris) est précieux sur ce plan. Autrement dit, trouver des appuis dans l'équipe et en dehors permet de continuer à penser, là où justement semble agir une violence qui tend à isoler. A partir de ces coordonnées, une clinique semble ainsi se préciser. Plusieurs problématiques s'en dégagent : les appuis symboliques bousculés, l'empêchement du rite et ce qui vient s'y substituer, une violence sociale à l'œuvre et la possibilité de maintenir du lien. Au milieu de ces questions, une clinique se dessine au sein de laquelle il s'agirait de repenser ce qui fait *crise* à l'échelle de chaque sujet.

A propos du vécu des soignants

Pour les équipes soignantes, des modifications importantes se sont produites dans la nature des soins et des actes, mais aussi dans la façon de travailler, la relation aux patients ou encore le rapport à son métier. Travailler en Unité *Covid* a mis chaque professionnel dans un contexte particulier impactant ses rapports familiaux et son mode de vie. Chacun a du prendre des habitudes, des précautions et des distances. Il a également fallu expliquer, rassurer l'entourage, tout en prenant en compte la part de

risque. Certains se sont isolés de leur domicile et de leurs proches pour un certain temps, l'Hôpital proposant d'ailleurs quelques possibilités en ce sens. La place alors prise par le métier et son impact sur la vie personnelle a pu susciter quelques questionnements. Sur quelles bases soutenir sa place au travail dans ces conditions ? Un devoir citoyen ? Le fait de travailler pour un service public ? L'envie de se sentir utile ? Supporter un peu mieux l'impuissance ? Sur ces questions, des réponses semblaient à la fois nécessaires mais tout à fait variables. C'est peut-être une des raisons pour laquelle l'investissement et l'implication étaient fluctuants selon les professionnels, mais aussi selon les moments. Par ailleurs, les changements de postes – lié au « redéploiement » sur différents services selon les besoins – n'ont pas toujours été bien vécus, les professionnels concernés n'étant pas toujours consultés. « *De toute façon, on n'est que des pions* » me disait un collègue après un énième changement. Sur notre service, la société d'entretien a exercé son droit de retrait. Donc, il y a eu aussi quelques glissements de tâches. Autrement dit, chacun a vu son travail être modifié sur de nombreux aspects (lieux, missions, problématiques).

Dans la dynamique de groupe, ce contexte a également impacté les relations de travail. Entre collègues, malgré les distances physiques de précaution, les limites se sont parfois déplacées dans nos échanges. Par exemple, nous avons pris l'habitude de demander aux uns et aux autres des nouvelles de l'entourage familial. Une attention plus particulière est portée entre collègues se retrouvant en quelque sorte sur le même bateau. Par ailleurs, le risque de contamination exposait le groupe à quelques conflits : notamment des différences en termes de points de vue, de précautions, de rapports au patient et de possibilités de soins. Le départ et le retour au travail de certains collègues contaminés ont parfois été problématiques. « *On m'a traité comme un pestiféré* » me disait ainsi un collègue. Ce qui pouvait parfois correspondre à une réalité, mais aussi à un vécu interne que laisse entendre l'emploi du « comme ». Certains ont eu des proches contaminés à qui ils ne pouvaient pas rendre visite. Comment continuer à soigner tout en étant préoccupé pour son entourage ? Comment composer avec le risque de contamination ? Comment soigner sans se mettre en danger ? Comment travailler ensemble avec suffisamment de confiance ? Ces questionnements dénotaient un peu avec l'image des héros en blouse blanche. Certains ont pu formuler « ne pas se sentir héros du tout » et ne pas forcément être réceptifs aux applaudissements de 20h.

Framer une voie parmi ces questionnements n'est pas toujours aisé. Verbaliser, partager, confronter les craintes et les appréhensions a été un travail nécessaire mais presque constant. A défaut, elles étaient bien souvent agies : en rejet ou en isolement. Si les postures de chacun ne pouvaient pas être similaires face à ce nouveau contexte de travail, un peu d'accordage restait possible à condition de supporter quelques différences individuelles. Il est devenu alors possible de parler ensemble de quelques aspects plus plaisants. Comme celui d'une marche matinale agréable au sein d'une ville confinée, une pause déjeuner prise au soleil ou encore des discussions à plusieurs à évoquer un ailleurs ou un après.

Changements de perspective.

Entre ces coordonnées cliniques dessinant un contexte difficile, quelques surprises ont pu me permettre d'aborder les choses un peu autrement. Pour aller à la rencontre des premiers patients hospitalisés, je faisais un tour des chambres deux à trois fois par semaine. J'ai fixé cette fréquence à l'ouverture du service, en concertation avec les collègues afin de limiter l'usage des protections et particulièrement des masques. Un

usage plus souple a pu être fait par la suite, notamment avec l'arrivée de protections alternatives (visières et surblouses cousues par des bénévoles), mais également en fonction du sens que ce travail a pu prendre. A travers ces passages, les patients pouvaient aborder leurs vécus, inquiétudes et questionnements. Le lien avec l'entourage prenait également une place importante.

Dans les premiers jours d'activité, la fille d'un patient a téléphoné et m'a demandé : « *Pouvez-vous lui dire qu'on pense à lui ?* ». Sans vraiment y réfléchir, j'ai pris un stylo et lui ai répondu : « *Un instant, je note : On pense à toi...* ». Ainsi, c'est presque par surprise que l'écriture s'est invitée dans cette pratique. Elle venait en quelque sorte me rattraper. Dès lors, j'ai commencé à prendre des messages en note et à les apporter au chevet du patient. Ces petits mots se sont avérés précieux. Je me souviens ainsi avoir apporté à un patient ces quelques mots de la part de sa compagne : « *J'ai hâte de te retrouver. On pourra bientôt reprendre nos balades en camping-car* ». A leur écoute, il a ri. A partir de ces mots, cet homme m'a expliqué ce qu'il présentait comme une passion : « *Le camping-car pour moi, c'est la liberté d'expression* ». Il me raconta ses escapades. Je lui ai demandé où est-ce qu'il avait l'habitude d'aller. Il me répondit : « *Vers Dieppe. Mais toujours au bord de la mer* ». Le silence qui suivit nous fit entendre le bruit d'un appareil qui ne m'était pas encore familier et qu'on appelle l'humidificateur. Il reprit alors avec un sourire : « *Tiens, avec un peu d'imagination, je pourrais me croire au bord de la mer là...* ». Ces quelques mots mis en circulation venaient ainsi lui redonner la possibilité de rêver. Par la suite, j'ai proposé aux familles de transmettre des mots, des photos ou tout autre support par courriel. En cela, j'assumais encore davantage - et à nouveau - le rôle de facteur. Plusieurs familles faisaient ainsi preuve de créativité pour adresser des messages originaux à leur proche. Je les imprimais, les apportais aux patients, et les accrochais parfois dans leur chambre s'ils le souhaitaient. Ces mots et ces images semblaient soutenir quelque chose et étaient bien souvent attendus. Ils pouvaient également être support d'échange pour les collègues soignants lors de leurs passages. Ces morceaux de vie venaient ainsi occuper les murs et permettre une forme de partage. A l'endroit l'interdit du contact, la mise en circulation des mots, la possibilité que ces derniers puissent à la fois emporter et border un imaginaire - comme l'illustre bien l'exemple du « camping-car » - pouvaient ainsi nous déprendre de la sidération et réinscrire un possible partage social.

De l'alitement à la stimulation : l'atelier jardin.

Au début de l'épidémie, les patients du service étaient alités. La plupart étaient sous perfusion et sous oxygène. Il était indiqué à chaque soignant d'être prudent et de penser d'abord à sa sécurité. Un équipement était prévu à chaque entrée en chambre. Au début, je me souviens que nous mettions du ruban adhésif entre nos gants et nos manches, comme pour couvrir le moindre bout de peau apparent. Après quelques semaines, les décès se sont faits moins nombreux. Certains patients ont commencé à aller mieux. Un mouvement de la mort à la vie s'est opéré. Certes, l'hypothèse d'une deuxième vague nous incitait à rester vigilants. Mais peu à peu, la fréquence des décès a laissé place à une réflexion sur l'après. Dans nos pratiques et nos échanges, nous parlions moins de soins de confort et davantage de stimulation motrice, de rééducation et d'orientation vers d'autres services. Les projets de sortie ont vu le jour. L'assistante sociale a pu retrouver une place. Mais, cette bascule n'a pas été si simple. En tant qu'équipe, nous avons par exemple eu quelques désaccords sur l'installation de certains patients au fauteuil pour le déjeuner. Après tout, les lits médicalisés permettaient d'installer le patient assis.

Accompagner du lit au fauteuil demandait quelques gestes supplémentaires. Quelques collègues résistaient à s'y prêter. Cela me paraissait étonnant, dans la mesure où ils pouvaient par ailleurs aider à la toilette, ce qui implique une proximité bien plus grande avec le patient. A cet endroit a été interrogé un changement de perspective : on ne passe pas de l'accompagnement de fin de vie à une autre prise en charge si facilement.

C'est par petites touches que la vie a repris ses droits. Ainsi, en transmission, le médecin a évoqué un jour la possibilité d'emmener un de nos patients dans le jardin du service. Ce dernier était d'autant plus agréable avec l'arrivée des beaux jours. J'ai donc sauté sur l'occasion. Ainsi, l'orientation « jardin » est devenue quotidienne. Après un mois d'hospitalisation, un premier patient nommé André a pu profiter de l'air naturel et du soleil. Plusieurs membres de l'équipe sont venus autour de lui, se faire témoins d'une vivacité retrouvée. Le lendemain, un collègue a retrouvé André debout dans sa chambre : « *Alors, on va au jardin aujourd'hui ?* ». Ainsi, nous nous sommes mis à faire des ateliers dans le jardin du service. A peine réunis, les patients parlaient entre eux. Les collègues ont également pu investir ce « bol d'air collectif » – pour reprendre l'expression d'un des participants – ce qui était parfois l'occasion de débats animés entre patients et soignants. De la position assise, nous sommes ensuite passés à la position debout. Nous travaillions la marche et l'équilibre, en profitant de quelques rayons du soleil. Dans ces mouvements qui impliquaient des corps jusqu'alors mis à distance, il a fallu parfois freiner nos propres élans. Se remettre sur pieds demande du temps et de la prudence. Il s'agit alors de permettre au patient de retrouver l'usage de son propre corps. A ce titre, je remarque que nous finissions généralement ces « moments jardins » en écoutant des anecdotes d'André. Il nous épatait par sa vivacité. Que la vie reprenne ses droits implique ainsi de se déprendre d'un pouvoir pris sur des corps qui ont été malmenés. Soigner comporte cette ambivalence, que ce contexte particulier ne peut que venir souligner.³

La tension entre vie et mort se fait entendre dans de nombreux aspects de cette clinique. La façon dont Freud a théorisé ces deux mouvements contradictoires reste éclairante pour nous : « *L'un construit, assimile, l'autre démolit, désassimile* ». Ainsi, la pulsion de vie rassemble, « *maintient la cohésion de tout ce qui vit* » (Freud,1920) tandis que la pulsion de mort, détruit et délie. Cette dualité *contamine* en quelque sorte à la fois : les conflits internes, les mouvements de groupes et les modalités d'une prise en charge. Ces derniers sont en effet pris entre deux tendances : l'une tend à l'isolement, à un fonctionnement opératoire, altère les liens, confronte à un impossible et réduit le patient à un corps à traiter ; l'autre reconstruit des liens, autorise le rêve et laisse une place à un sujet à entendre. Considérer ces deux mouvements, l'un avec l'autre, voire l'un dans l'autre, tempère la sidération pour l'un ou pour l'autre bord et ouvre des perspectives cliniques.

Le post-« crise » : reprendre dans un décor chamboulé.

Deux mois plus tard, nous observions une baisse significative du nombre de cas hospitalisés. La « reprise partielle d'activité » s'est faite progressivement dans les différents services où j'exerçais et sur tout l'Hôpital. Avec la question de la distanciation sociale, tout était à repenser au niveau des espaces de travail, des prises en charges individuelles et surtout Afin de limiter les déplacements des patients dans le service, l'organisation a été repensée. C'est pourquoi, lors de cette reprise, il a fallu que je commence à travailler sans bureau. Cette période post-« crise » a finalement été le moment le plus difficile pour moi pour différentes raisons :

- Un retour à la normale allait de paire avec une retombée de l'investissement mais aussi de la tension propre à un temps de « crise » ;
- Il fallait réinvestir une activité sans disposer des outils pratiques et organisationnels qui avaient été construits en plusieurs années au niveau de ma pratique, comme au niveau de l'institution ;
- Enfin, il y a eu une forme de « contrecoup » moral suite à ce que nous avons vécu, notamment la succession des décès, leurs conditions et l'accompagnement parfois difficiles des familles.

Si la question des primes versées aux soignants a pris une certaine importance dans le débat public, à l'échelle individuelle d'autres questions plus délicates se posaient quant à la possibilité de penser un après : *Que signifie la « reprise » ? Que faire de cette expérience ? Comment reprendre autrement, compte tenu de cette expérience individuelle et collective ?* De plus la vigilance liée à la crainte d'une seconde vague permettait d'autant moins un « retour à la normale ». Il fallait organiser une reprise d'activité, tout en anticipant sur une possible reprise de l'épidémie. Ce qui produisait une situation inconfortable et incertaine. Au niveau institutionnel, de nombreux départs de professionnels ont également eu lieu, notamment des chefs de service et cadres de santé, ce qui n'a pas été sans accentuer la confusion ambiante. Cette période délicate a également été l'occasion de remaniements organisationnels et matériels sur chaque service, au sein desquels l'aspect sanitaire était placé au premier plan. Cependant, d'autres enjeux ont certainement motivés ces changements dans une période qui leur était propice. La difficulté de repérer ces enjeux et de pouvoir penser au-delà du poids pris par les aspects sanitaires n'a pas été sans compliquer les échanges et les pratiques. D'ailleurs, la limitation des rassemblements réduisait nécessairement la possibilité de parler ces différents aménagements et d'y prendre part. Penser le « post-crise » dans ses aspects politiques et cliniques – potentiellement recouvert par l'aspect sanitaire – reste donc un enjeu majeur.

Notes :

1. Abréviation de *Coronavirus disease 2019*

2.« *On est au bout* » avait déjà interpellé un médecin de la Pitié-Salpêtrière lors d'une visite présidentielle le 27 février 2020 ; message déjà porté par les mouvements de grève de novembre 2019 et février 2020.

3.DASRI : « déchets d'activités de soins à risques infectieux ».

4. Sur cette question, nous pourrions penser à la fameuse remarque de Freud sur les trois métiers impossibles, et plus particulièrement dans sa version de 1925 : « éduquer, soigner, gouverner » (FREUD, S. (1925) Préface à *Jeunesse à l'abandon* in *Œuvres Complètes XVII*, Paris, PUF, 1992).

5. FREUD, S. (1920) Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 2001, p 107.

Résumé :

La crise sanitaire est venue bousculer nos quotidiens, nos pratiques et nos institutions d'une manière à la fois soudaine et durable. Au cœur de la crise, une clinique se dessine. Elle parle d'une colère, d'une coupure des liens et d'une impuissance. Entendre ces mouvements est un enjeu important pour la clinique. Cet article retrace une expérience au sein d'une unité « Covid ». Au sein de ce service si particulier, l'impossible a finalement pu laisser place à quelques surprises.

Mots clés :

Covid – Coronavirus – écriture – crise – transfert