



HAL
open science

Violence du COVID

Ludovic Desjardins

► **To cite this version:**

Ludovic Desjardins. Violence du COVID. Figures de la psychanalyse, 2020, n° 40 (2), pp.183-192. 10.3917/fp.040.0183 . hal-04796681

HAL Id: hal-04796681

<https://hal.science/hal-04796681v1>

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

Violence du COVID Pour une clinique encore possible ?

Ludovic Desjardins

Ludovic Desjardins est psychologue clinicien au sein de l'Hôpital Simone Veil à Eaubonne (95), doctorant à l'Université Paris-13 et membre fondateur de « L'autre séminaire » ; ludodesjard@yahoo.fr

Travailler au sein d'une unité COVID 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.

Chacun à son échelle a vu sa vie quotidienne être modifiée d'une manière imprévue et rapide. A l'échelle de l'Hôpital dans lequel je travaille, il a fallu aménager, transformer et se préparer de manière nécessairement improvisée mais aussi réfléchi que possible pour faire face à ce que l'on a tout de suite appelé « une crise sanitaire ».

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 + ». Même si cela a été rapide, ce changement nous a été annoncé petit à petit. 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, ce démarrage n'a pas été brutal. Nous avons tous été parties prenantes de ce changement.

J'écris que cela n'a pas été brutal. Bien sûr, chacun a vécu cela différemment selon les postes, les services, les directions mais probablement aussi en fonction d'aspects plus personnels et plus difficiles à préciser.

Mes collègues et moi-même avons donc 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'est pas sans alimenter différents vécus plus internes (agacement, colère, sentiment d'impuissance). En tout cas, on s'est préparé, comme on le pouvait.

Ce que je vis depuis quelques semaines n'est pas représentatif de la complexité de la situation hospitalière et ne prétend pas l'être. J'essayerai donc d'écrire de ma place, en vous faisant partager les questionnements qui m'accompagnent et me traversent.

Je ne travaille pas en service de réanimation, généralement considéré comme la « première ligne ». En effet, le service dans lequel je travaille actuellement accueille des patients considérés comme étant « non réanimables », généralement à la fois du fait de leur état de santé, de leurs antécédents et de leur âge. Une commission éthique est chargée de statuer sur chaque dossier en amont. L'accompagnement de fin de vie devait initialement tenir une place importante. Le travail s'annonçait difficile.

A mon niveau, je me sentais prêt. Je me disais à moi-même : « *Je ne veux pas manquer ce rendez-vous* ». Étant encore en thèse au moment où c'est arrivé, je me disais que mon parcours clinique et mes thèmes de recherche¹ m'avaient finalement préparé. Je me sentais armé. Ce qui avait précédé prenait sens.

Pour autant, toute préparation n'élimine pas la possibilité de quelques surprises. En ce sens, même dans ce service très particulier, il y a eu et il y a toujours des moments de vie. Des

1. Autour des enjeux de transmission notamment, termes que la situation venait me faire entendre encore autrement.

échanges et des mouvements saisissants, même au seuil de la mort. Il faut aussi dire que certains patients vont mieux et finissent par rentrer chez eux. Nous commençons ainsi à faire des « projets de sortie », autrement dit à retrouver la possibilité d'imaginer un après.

Cet écrit se situe donc à cette frontière entre vie et mort. A les considérer l'un avec l'autre, voire l'un dans l'autre, j'espère ainsi éviter la sidération pour l'un ou pour l'autre bord et partager ces quelques éléments de réflexion.

Accès à l'information : entre curiosité intellectuelle et réponse à l'angoisse

De par ma place dans le service, j'ai rapidement ressenti la nécessité d'en apprendre suffisamment sur la maladie : son évolution, ses signes, son traitement possible.

Ce travail d'information me paraissait important, d'autant plus dans les premiers temps, à la fois pour comprendre ce qui se passait pour les patients, pour pouvoir échanger et réfléchir avec l'équipe autour des situations, mais aussi être à même de recevoir les appels des familles.

L'interdit sanitaire du contact dans un contexte de pronostic vital engagé était d'autant plus sensible à ces différents niveaux. C'est à cet endroit que j'ai essayé de penser et de situer une place de psychologue.

Cependant, les savoirs sur le Coronavirus, me semblaient aussi changeants que sommaires, avec des sources nombreuses et parfois contradictoires. La recherche d'informations finissait bien souvent par de l'insatisfaction.

Parallèlement à ce mouvement, j'ai aussi très rapidement ressenti le besoin de limiter mon accès à ces informations, parfois envahissantes. Beaucoup de personnes m'ont fait part de ce conflit. Dès lors, comment trouver des appuis afin de tenir la place d'intermédiaire qui était la mienne ?

Sur ce point, le fait de pouvoir envisager la recherche d'informations comme – au moins pour partie – tentative de répondre à une impuissance, à une peur, voire à une angoisse a pu me servir d'indicateur. La curiosité intellectuelle participe d'un vouloir-savoir. Mais elle peut aussi tourner en boucle, à vouloir combler un état d'impuissance qui reste inévitable. Cette lecture me permettait ainsi, tout en restant informé, d'être un peu moins insatisfait, mais aussi de partager ce conflit avec d'autres.

À ce titre, travailler à l'Hôpital m'inscrit à la fois dans une dynamique d'échange pluridisciplinaire, mais aussi dans un environnement social. On réfléchit avec ses collègues proches, on croise des collègues travaillant dans d'autres services, on reçoit les bulletins d'informations internes, on entend les rumeurs, les craintes, les annonces officielles, autrement dit on se retrouve au croisement de plusieurs flux d'informations. Concernant l'Hôpital lui-même, j'étais également partagé entre : m'informer quant à la situation générale, ou me limiter à ce qui se passait précisément dans mon service.

Pour anecdote, je me souviens m'être isolé à la pause déjeuner voulant profiter du calme d'une terrasse au soleil. Je ne voulais pas entendre, ni le poste de télévision allumé pour quelques collègues, ni parler de ce qui se passait dans le service.

J'ai alors croisé un collègue du service technique qui est venu à ma rencontre – avec la fameuse distance préconisée – et m'a donné des nouvelles de la situation dans les services de réanimation. Alors que je n'étais pas à la recherche d'informations, elles se sont invitées au hasard d'une rencontre, d'une manière imprévue et finalement intéressante.

Par cette anecdote, je voudrais illustrer que la recherche d'informations dans ce contexte particulier se joue également entre vie et mort. Rentrent ainsi en conflit la difficulté d'observer un tableau noir qui continue à se dessiner, la lassitude d'entendre les mêmes thèmes quotidiennement, mais aussi le plaisir qui peut être pris à tenir une simple conversation, l'intérêt porté à ce qui se passe pour les autres ou encore la possibilité d'échanger des points de vue et des questionnements à plusieurs. En ce sens, échanger peut garder une part de jeu et de partage social même dans ce contexte particulier.

Ce point me semblait important pour pouvoir supporter et composer avec ces différents flux d'informations.

Clinique d'une colère

Le « contexte Covid » se caractérise par une certaine violence, avec un premier plan somatique pouvant engager un pronostic vital. De ma place, il me semble qu'au-delà de ce premier plan, se laisse entendre une violence sociale majeure, qui reste à préciser.

Le Covid isole le patient touché. Pris en charge en milieu hospitalier, on s'approche de lui avec un équipement de protection.

L'entourage du patient, confiné au domicile, ne peut vivre et suivre l'évolution des choses qu'à distance. Ils ne peuvent pas venir lui rendre visite. En cas de décès, il ne sera pas forcément possible de voir le corps. L'enterrement, surtout au commencement de l'épidémie devra 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 un collègue médecin alors que nous discutons justement d'une situation délicate. Autrement dit, nous n'avons que peu d'appuis symboliques pour faire face à ce qui se passait. Cette violence sociale a donc à la fois des aspects 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 dans cet écrit les situations les plus compliquées. Il y en a eu. Avec bon nombre de questionnements, d'incompréhensions ou de débats à coups de textes de référence. Dans ces mouvements, peuvent 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. En tous les cas, ces mouvements font du bruit et sont en cela également du côté de la vie. J'ai choisi deux situations où cette conflictualité me semblait plus lisible.

La première concerne l'un des tout 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 même 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 ont avec eux leur téléphone personnel qui leur permet d'être en lien avec leurs proches. Quand ce n'est pas le cas, il est possible que les familles puissent leur en fournir un. Quelques fois, il arrive que les patients et/ou leurs proches ne le souhaitent pas pour différentes raisons : difficultés d'utilisation, fatigue, histoire familiale ou peut-être encore difficulté à trouver les mots. Quoi qu'il en soit, ma place se situe à l'endroit de ce lien, en tant que membre de l'équipe et psychologue. À travers ces appels, quelque chose se passe.

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, son époux 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 a 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 est en effet autorisé, à l'accueil du service, bien que la plupart des familles ne le souhaitent 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 »² – je ne mesurais pas du tout la portée de mon acte. À mon arrivée à l'accueil, je vois deux femmes venues pour l'occasion : l'épouse et la fille. Nous échangeons quelques mots. Je tends le sac à l'épouse. La fille s'effondre 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.

Depuis, cette femme continue 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.

Malgré tout, cette femme continue de m'appeler de temps en temps. Durant ces appels, on prend des nouvelles. Elle évoque la difficulté de vivre confinée dans une maison qu'elle avait partagée avec son époux. Elle me remercie régulièrement. Cependant, quelques phrases dénotent : « *On me disait qu'il mangeait bien, mais je sais bien que ce n'est pas vrai* », ou

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

encore : « *Vous n'allez pas me faire croire qu'il avait de l'oxygène ?* ». Ainsi, des revendications et des interrogations persistent même après la mort. Dans certains cas, cela va jusqu'à la demande du dossier médical, comme pour y trouver des réponses. Dans d'autres comme celui-ci, cela reste plus en suspens.

La fin de vie et les conditions particulières du contexte que nous connaissons créent 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 retrouvent séparées de leur proche, n'est 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 vient nous parler de la violence du contexte qui dépasse effectivement la composante somatique. Le destinataire n'est 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 a la part belle, 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.

En d'autres termes, repérer l'œuvre de la pulsion de mort qui délie, « démolit », « désassimile »³ et agit sourdement permet de lire autrement ces mouvements difficiles à supporter. Par leur bruit, ils se situent du côté de la vie.

Créativité et circulation d'écritures

Du côté des patients, je fais 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, mais peut-être aussi pour contenir d'une manière ou d'une autre mes propres craintes. Un usage plus souple a pu être fait par la suite, notamment avec l'arrivée de protections alternatives (notamment les visières et blouses cousues par des bénévoles), mais également en fonction du sens que ce travail a pu prendre pour moi-même, l'équipe et les patients.

À travers ces passages, les patients peuvent aborder leurs vécus, inquiétudes et questionnements. Le lien avec l'entourage prend également une place importante. C'est presque par surprise qu'un objet important pour moi s'est invité dans cette pratique particulière : l'écriture.

Dans les premiers jours d'activité, la fille d'un patient appelle et me demande : « *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...* ». Alors qu'elle me semblait éloignée, l'écriture – qui tient une place centrale dans mon travail de thèse – venait en quelque sorte me rattraper. Ainsi, j'ai commencé à prendre des messages en note et à les apporter au chevet du patient. Ces petits mots se sont avérés précieux.

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

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* ». À leur écoute, il a ri. À 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 le rôle de facteur. Plusieurs familles font ainsi fait preuve de créativité pour adresser des messages originaux à leur proche.

Je les imprime, les apporte aux patients, et les accroche parfois dans leur chambre s'ils le souhaitent. Ces mots et ces images semblent soutenir quelque chose et sont bien souvent attendus. Ils peuvent également être support d'échange pour les collègues soignants lors de leurs passages. Ces morceaux de vie viennent ainsi occuper les murs et permettre une forme de partage.

Après quelques semaines, il y a eu beaucoup moins de décès. L'hypothèse d'une deuxième vague nous incite à rester vigilants. Dans nos pratiques et nos échanges, nous parlons moins de soins de confort et davantage de stimulation motrice, de rééducation et d'orientation vers d'autres services. Ainsi, le médecin a évoqué un jour en transmission la possibilité d'emmener un de nos patients dans le jardin du service. Ce dernier est d'autant plus agréable avec l'arrivée des beaux jours. J'ai donc sauté sur l'occasion. Depuis, l'indication « 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 ? ». Depuis, cela est devenu un petit plaisir quotidien et partagé. Cela a été investi par les collègues et donne maintenant lieu à un « bol d'air collectif » pour reprendre l'expression d'un des participants. Ces moments sont parfois l'occasion de débats animés entre patients et soignants, malgré les deux mètres de distance préconisés.

À travers cet écrit, j'espère avoir témoigné d'une clinique possible dans ce contexte particulier. 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. Autant de questions qui peuvent se poser pour tout sujet contaminé ou non.

D'autres questions seraient à déplier. Par exemple, la dynamique de groupe au sein d'une équipe soignante travaillant en Unité Covid soulève des problématiques à la fois délicates et intéressantes : l'impact du contexte sur les différents liens dans le groupe, les craintes individuelles et collectives, les aménagements possibles, ou encore l'arrêt puis le retour au travail des professionnels contaminés, mais surtout la façon dont cela est vécu individuellement et collectivement.

Les problématiques liées au confinement sont encore toutes autres. Pour autant, ces différentes questions me semblent pouvoir s'éclairer à partir de l'hypothèse d'une violence sociale qui isole. Certes, le confinement peut se vivre individuellement ou en famille. Il me semble néanmoins que ce que j'entends – à distance – des analysants pouvant en parler, c'est qu'il semble renvoyer le sujet à lui-même et aux questions qui l'habite, parfois de manière assez violente et relativement solitaire.

Que ce soit par écrit, ou plus ou moins à distance, la possibilité de faire circuler des mots, que ces derniers puissent à la fois emporter et border un imaginaire – comme l'illustre bien l'exemple du « camping-car » – peut nous déprendre de la sidération et réinscrire un possible partage social. Cet écrit vient d'ailleurs s'inscrire à l'endroit d'une mise au travail, en mots et en circulation de ces questions qui trouveront peut-être écho pour d'autres. À lire de préférence comme le ferait probablement André : avec un peu de verdure et un air aussi naturel que possible.