



Nous transcrivons ici l'échange de nos collègues réanimateurs anesthésistes italiens de Lombardie ayant pris en charge des patients Covid-19 dès le début de l'épidémie.

Troisième d'une série de vidéoconférences tenue le 23 mars 2020 sous l'égide du GIVITI (Groupe de coordination des réanimations Italiennes <http://giviti.marionegri.it/>) en présence de :

- *Stefano Finazzi – Responsable du Giviti (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva)*
- *Simonetta Sword: psychologue (Bergame)*
- *Ivo Lizzola: Professeur à l'université de Bergame*
- *Roberto Rona/Alberto Lucchini – Réanimation Monza*
- *Mirco Nacoti - Réanimation Bergame*
- *Grazia Strapparava psychologue à Monza (Université de Bicocca)*

"Si sottolinea che l'obiettivo di queste videoconferenze è quello di condividere esperienze. Il GivITI non ha fra le sue finalità quella di fornire raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche o fornire linee guida, in particolare in un periodo storico di forte incertezza in cui la conoscenza è in divenire giorno per giorno."

Sujets abordés ce jour : questions liées au stress et à la communication avec les proches

## **Introduction**

*Les difficultés de soigner la maladie COVID tiennent à ce qu'elle est une nouvelle maladie, une maladie aigue virale grave sans traitement étiologique, une maladie épidémique.*

*Ces témoignages nous parlent de l'exercice obligé d'une médecine différente et du bouleversement des valeurs: prendre soin des patients, prendre soin des familles et prendre soin des soignants dans l'urgence et à grande échelle*

### *1-Médecine différente et questionnements des valeurs du soin*

Les difficultés de cette situation tiennent : à la nouveauté ; à la disproportion: ce n'est pas la gravité du patient individuel qui est inédite, mais la quantité de patients et donc, il y a une disproportion entre la demande de soins et l'offre ; à l'urgence

Alors que les soins médicaux et infirmiers ne posent pas de problèmes insolubles en tant que tels, il y a des problèmes relatifs aux changements dans l'organisation des hôpitaux : des services sont nés où il n'y en avait pas, des personnels ont changé de travail : les anesthésistes sont allés en réanimation, les infirmier/es sont passés de services normaux à des soins Intensifs. Tout cela s'est fait sans aucune

préparation. On est aussi en train de faire de la médecine différente, il s'agit d'une médecine entre la médecine humanitaire et la médecine d'urgence, comme on fait chez les pompiers ou sur la route dans les grandes villes. En particulier, dans cette situation on ne s'occupe pas directement du patient, mais on est amené à étudier aussi l'environnement et la situation dans laquelle on se trouve d'abord. Du personnel très jeune a été promu sur le terrain. Des situations stressantes ont été créées, car l'environnement de travail a changé, les équipes ne sont plus les mêmes, le travail n'est plus le même.

Ce sont les patients en tant que personnes et leurs familles qui nous questionnent et ce sont aussi les soignants ainsi que leurs propres familles en ce qu'ils sont des victimes potentielles de l'épidémie.

## **2-Communication, intelligence collective**

Il y a trois choses à considérer:

- Le territoire : les secteurs de soin sont atomisés.
- L'épidémiologie : selon l'expérience chinoise, plus de 60% des soignants sont tombés malades dans les zones épicentrales. Sur le plan mental, cependant, tous les professionnels de la santé vont avoir besoin d'aide. Sur le plan mental, il faut considérer le 100% des soignants malades.
- La clinique : il faut penser à la sécurité de l'équipe. Nous devons réduire les choses à faire, simplifier les protocoles. Les gens sont donc moins stressés, moins désorientés et moins fatigués.

Pour ce qui est de la communication :

- il est important d'avoir un briefing tous les jours pour faire savoir au personnel ce qui se passe dans le département et sur le territoire. Aussi il y a un briefing quotidien de 15 à 20 minutes pour faire le point sur la situation des différents patients. Nous devons essayer de donner à tout le personnel les outils pour comprendre la réalité. Il est important de penser pas seulement aux infirmières et aux médecins, mais aussi aux AS, aux brancardiers.

- Il est vrai que c'est une urgence, qu'il est important qu'il y ait peu de gens qui parlent et que nous allions tous dans la même direction mais il doit y avoir un espace d'écoute et d'opinions critiques sinon on ne peut pas s'améliorer. Ces espaces d'écoute doivent être visibles et permanents. Surtout en ce moment où les équipes sont mixtes et éprouvent des difficultés à comprendre le parcours des patients, du moins pour comprendre le programme de la journée.

- Il faut faire attention à la communication dans les équipes, ***il faut faire attention aux personnes qui ont intégré les équipes de réanimation, pour qu'elles ne fassent ni héros ni lâches.*** L'un des points les plus délicats est le moment où on mélange du personnel expert avec du personnel non expert. C'est un moment compliqué car au début les experts sont accueillants, mais avec le temps, les experts pensent que les non-experts ont déjà appris beaucoup des choses, mais peut être que la réalité est différente, et que les personnes ont besoin de plus de temps pour apprendre. Il faudrait suivre une formation sur la gestion des relations, apprendre à dire des choses. Tous ces aspects sont importants car sinon vous ne pourrez pas résister à ce rythme de travail et à cette lourdeur. Celui qui a un rôle de leadership doit prendre le temps d'écouter, surtout il ne faut pas laisser les jeunes seuls car c'est une situation compliquée. Il faut écouter le groupe pour corriger les problèmes, comprendre les points faibles. Tout cela est beaucoup plus important que les points techniques : l'équipe travaille bien si vous sentez que vous êtes une équipe, si vous savez que vous avez des moments de repos, si vous savez que vous avez des points d'écoute.

- Le rôle du coordonnateur de l'équipe, l'organisation du travail et la capacité de transmettre les concepts fondamentaux jouent un rôle très important. Les points importants sont : on en confronte à quelque chose de très puissant, et il faut travailler ensemble pour obtenir un résultat ; Le résultat ne sera

pas de sauver tout le monde, mais d'offrir à chacun les possibilités que le système permet et essayer de les offrir de la meilleure façon possible. Il faut surtout enlever la responsabilité de l'individu et essayer de faire des choix autant que possible en groupe, selon des protocoles partagés. Il ne faut pas penser qu'une personne doit se sacrifier pour les autres, tout le monde doit travailler ensemble. Il ne faut pas penser mal pour être négatif, mais parce que penser mal nous aide à nous préparer au pire. ; Les coordinateurs des groupes doivent souligner que le premier objectif est toujours de se protéger. Ça pour pas tomber malades et aussi pour pas être des vecteurs pour les autres patients.

### ***3-Nécessité de mettre en perspective pour se protéger et pouvoir changer***

Covid est une pandémie qui perturbe le système sanitaire, économique et social. Cela nécessite un changement du modèle de soins qui ne peut plus être centré sur la pathologie ou la personne, c'est-à-dire sur une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, des pathologies dépendantes du temps. Il faut penser à un modèle communautaire.

Nous ne sommes pas ***confrontés à une maladie mais à un phénomène social***. Ce n'est pas seulement un problème de réanimation, la réanimation est un outil mais ce n'est pas le but. Nous devons chercher des solutions, nous devons les partager parce que si ces solutions peuvent aider les autres, et que les autres parviennent à ne pas tomber comme nous, nous nous lèverons plus facilement.

Pour cette raison, nous devons essayer de construire un modèle de réponse à cette crise, pour donner à la société italienne une chance de recommencer. Cette catastrophe ne se terminera pas dans quelques mois. Ce n'est qu'en mettant en perspective cette situation catastrophique que nous pourrons trouver des réponses.

### ***4-Les peurs des patients, des familles et des soignants, notre vulnérabilité commune***

Parents, soignants, patients, sont unis par ***la présence des peurs***.

Les soignants et les membres de la famille ont également un sentiment de culpabilité. La douleur est l'état d'esprit le plus présent.

Il y a des aspects qui doivent faire partie de la formation du médecin, la capacité de trouver les mots pour créer un pont, une alliance avec les patients et les proches.

Ce type de situation empêche les gens d'être à côté de leurs proches. Il est essentiel de penser de mettre en place tout ce qui peut réduire ce sentiment de distance. L'utilisation de technologies telles que la tablette, ou même le simple fait de contacter les familles de patients pour leur donner un retour qui n'est pas seulement la communication d'informations mais qui comprend également un aspect relationnel, est essentielle. Si nous devons réfléchir à ce qu'il faut faire : nous devons créer des ponts de contact entre les patients et les membres de la famille en utilisant la technologie pour créer ces ponts.

Par exemple, lorsque le patient va encore bien, on pourrait faire un film avec le patient dans lequel il parle, rit et plaisante et qui peut être renvoyé à sa famille. Cela représente quelque chose d'important pour ceux qui sont à la maison, cela représente la présence de la personne aimée.

Il est également très important pour les médecins d'avoir un moment pour être à côté du patient, non pas pour faire des choses, mais seulement pour y être, pour le regarder dans les yeux comme un membre de la famille pourrait le faire. Cela est non seulement utile au patient, mais aussi et peut-être plus utile à l'opérateur car le fait de se sentir humain à côté des humains permet d'apaiser, d'adoucir l'impact de l'échec des traitements. Il s'agit d'un aspect de la prise en charge de l'opérateur.

Il est important de savoir que nous sommes présents les uns pour les autres, que nous sommes présents pour les patients. Même si les mains entre lesquelles nous sommes ne sont pas celles des membres de

notre famille, il est important de savoir qu'il y a quelqu'un qui s'en soucie. Il est important de continuer à utiliser les outils dont nous disposons pour rapprocher les patients de leur famille. Il est important dans ce contexte de tisser des liens. Dans les communications avec les familles, le sens du lien doit être transmis. Nous devons communiquer non seulement des informations mais aussi communiquer le fait que nous sommes présents pour leurs proches, que nous sommes leurs moyens.

Pour communiquer avec les proches, ils ont mis en place une tablette.

Un problème est aussi la sortie de ces patients de la réanimation : le territoire est détruit par cette pandémie.

### **5- Finalité des soins et détresse des soignants**

Un problème important est l'état psychique des soignants : l'environnement à la maison est important parce qu'il affecte le travail à l'hôpital. Ce médecin italien qui parle compare cette situation à ses expériences avec Médecins Sans Frontières. Il s'agit selon lui de la même médecine, mais au niveau mental c'est très différent. Dans ces occasions il savait qu'il aurait travaillé dur pendant quelque mois, qu'il aurait pu donner tout ce qu'il avait parce que après il serait rentré chez lui et il aurait trouvé une situation agréable. Dans ce cas, lorsque on rentre à la maison, la situation ne change pas.

Il faut essayer de ne pas trop « alourdir » notre retour à la maison, car nous avons besoin d'un temps de décompression, dans lequel nous parvenons à nous détendre, à prendre un moment de repos, un moment où nous nous concentrons sur notre famille.

À Bergame, les psychologues ont activé un canal pour les soignants (réunions individuelles ou en petits groupes) et un canal pour les membres de la famille.

Nous sortirons probablement tous de cette expérience avec un trouble post-traumatique.

En cela, les plus âgés doivent essayer de protéger les plus jeunes, afin que de cette expérience ils ne ramènent pas seulement les pires choses. Souvent, les jeunes sont à l'avant-garde du triage, et nous devons y prêter attention, car si on transmet le message que le triage entre ceux qui on va soigner et ceux qui on ne peut pas soigner est une chose simple, nous créons des monstres. Il est donc important que tout ça fasse partie d'un chemin partagé.

Proposition de points de travail :

- Faire de la formation

- Mettre en place du personnel dédié au « bien être du personnel »:

  - une personne dédiée à regarder les autres pendant l'habillage et le déshabillage

  - un psychologue afin que le psychologue puisse donner des outils pour créer des moments de communauté (les médecins sans frontières sont organisés dans ce sens). Les psychologues ne sont pas assez nombreux pour tout le personnel hospitalier.

En ce moment, nous sommes très déstabilisés, car nous avons l'habitude de voir des traitements qui fonctionnent et qui donnent des résultats positifs. En ce moment, les traitements utilisés ne conduisent pas toujours à un résultat positif: cela nous confond. La désorientation est importante chez les jeunes, qui ont grandi dans la perspective du droit à la santé et non du droit aux soins. **L'incertitude** peut conduire à une attitude vicieuse, à un circuit fermé dans lequel des décisions sont prises pour rechercher l'efficacité de soins. Il est important aussi de transmettre le message que la sécurité des soins est possible et réelle, pour rassurer les soignants. Et il est possible de construire des espaces où nous pouvons nous dire ce qui se passe, ce que nous vivons. Nous devons nous dire que nous sommes un

groupe, que nous sommes solidaires. Parce que si nous ne pouvons pas échanger nos histoires dans le groupe, nous ne pouvons pas retourner travailler le lendemain.

Il est important qu'il y ait des gens dans les services qui viennent vous demander comment vous allez. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient psychologues, car les psychologues ne sont pas les seuls à avoir la connaissance des sentiments et des situations. En revanche, les médecins de réanimation ont une profonde compréhension des histoires de leurs patients. Donc ce rôle peut être pris par quelqu'un qui travaille en réanimation depuis longtemps. Il est important que les psychologues soient là pour aider à retisser les liens, pour aider à reconnecter les fils. Mais ils ne sont pas les seuls à pouvoir faire quelque chose. Se protéger signifie que nous devons prendre soin de nous, nous devons nous surveiller les uns les autres, nous mettre continuellement dans une condition de réciprocité et d'attention responsables.

L'idée d'avoir une infirmière dédiée qui veille sur le bien-être du personnel, sur les procédures qui risquent d'être malmenées et de nous mettre en danger, est une bonne idée. Les pratiques infirmières ont beaucoup changé dans ce contexte. Les infirmières se concentraient sur les protocoles de mobilisation précoce, sur le développement de réanimations ouvertes. Maintenant, tous les gestes d'avant sont impossibles à faire. C'est également très différent pour le patient car lorsque le patient se réveille et ouvre les yeux, il est impossible de reconnaître le personnel avec toutes les protections, les masques. À Monza, ils ont essayé de créer des équipes avec de jeunes infirmières et des infirmières expérimentées. Les équipes sont ensuite restées les mêmes sans faire de rotations car il est important d'avoir des références, de créer des petits groupes car ils s'entraident. Aussi parce que dans ce contexte, avec les masques, il est déjà difficile de se reconnaître. Deuxièmement, ils ont simplifié les procédures. Toute l'activité a été réorganisée pour protéger le personnel, pour éliminer le superflu. Pour que le personnel se sente en sécurité. Ils ont réorganisé des rotations en créant des équipes « croisées » : il y a toujours un infirmier hors de la zone COVID, pour assurer une pause pendant la journée, sinon la fin de la journée n'arrive jamais.

Les personnes qui s'occupent des décédés (recomposition des corps) remplissent une fonction extrêmement importante de ramener le corps à son caractère sacré. Ce geste de recomposition, de donner du temps même s'il n'y a plus rien à faire, est important.

Dans les lieux de soins, il faut trouver des lieux et des moments de réflexion pour savoir comment les choses évoluent et pouvoir communiquer ce changement à tout le monde. L'idée de groupe et de coopération est très importante dans cette situation.

## **6-Vulnérabilité**

*Cette situation fait émerger de petites **illusions** au sein d'un sentiment d'impuissance. Vous avez des choix à faire, un pouvoir à exercer. Le pouvoir est humain et légitime quand c'est un pouvoir qui s'exerce sous le regard de la communauté médicale, quand il n'est pas tenu secret du regard des autres.*

Un autre point important est **le sentiment de culpabilité**. Parfois, vous pouvez arriver à désirer la mort de quelqu'un afin de ne pas prolonger l'effort d'être en face d'eux ou de décider. Et puis nous aimerions protéger certains plutôt que d'autres. Il est **important de rencontrer vos « ombres »**, de ne pas toujours prétendre d'être « dans la lumière », d'être irréprochables.

Ce qui se passe nous met face à la perte de nombreuses certitudes, de ces ancrs qui nous ont donné un sentiment de sécurité. En tant qu'humains, nous avons besoin de ce sentiment de sécurité pour nous sentir protégés. Et tout ce qui nous enlève ce sentiment de sécurité nous fait tomber dans un état de vulnérabilité dans lequel nous sommes activés soit dans le sens de la peur soit dans le sens de la colère pour éviter d'être écrasés par ce sentiment de vulnérabilité que nous vivons. Ensuite, à l'intérieur du sentiment de vulnérabilité, il y a aussi le sentiment de solitude : lorsque nous sommes seuls, ou que nous nous sentons seuls, sans soutien, nous sommes naturellement amenés à avoir peur.

Lorsque nous sommes **vulnérables**, seuls et fragiles, tout est amplifié. L'antidote est soit de trouver quelqu'un qui nous protège, soit de ne pas se sentir seul, à la recherche d'un sentiment **d'appartenance à un groupe**. Cela nous fait passer d'un **état de vulnérabilité à un état de sécurité**.

La discussion sur la décision est très importante. Quand on se retrouve à suivre des lignes d'action différentes de notre pratique habituelle, plus les lignes d'action ont d'impact, et plus je dois avoir dans mon esprit et dans mon cœur la pensée que je ne devrais pas agir seul. Sinon, j'ai une responsabilité trop lourde. Cela ne signifie pas abandonner sa capacité à analyser et prendre des décisions, cela signifie prendre en compte que j'ai besoin de la présence et de l'aide des autres.

**Le geste héroïque de prendre sur soi tout le poids de la décision ne doit pas être fait.** Parce que partager la décision nous permet de mieux l'accepter. C'est un message essentiel : ne pas décider par soi-même, faire partie d'un groupe et coopérer. Ceci est important pour pouvoir rester dans des situations difficiles.

Dans ces procédures, nous devons toujours essayer de rappeler que **l'objectif de nos choix n'est pas la guérison mais un « soin bien fait »**. Ce n'est pas le salut mais les soins et l'accompagnement du patient, ce qui peut aussi passer par renoncer aux traitements.

### **7- Le questionnement des compétences**

**Compétences en soins palliatifs** : il est important d'impliquer les soins palliatifs dans les prises de décisions. C'est une valeur ajoutée. Quelles compétences en soins palliatifs n'avons-nous pas et qu'avons-nous besoin pour gérer ces patients ?

**Compétences en hygiène** : On porte les masques aussi à la maison. Il n'y a pas de Covid free en Lombardie. Dès premiers signes infectieux, on a droit à un dépistage par test PCR et éventuellement l'exclusion pour mise en quatorzaine. On a toujours notre masque. On a recomposé les soins pour dépister les choses simples qui peuvent nous exposer : ex vider les filtres gestes techniques sont déplacées on rationalise les entrées en chambre cela économise les EPI. Informer les personnes sur les EPI en pénurie pour réfléchir aux gestes qu'il faut reporter ou faire autrement. Penser à ceux qui font le ménage : il faut informer sur les risques. Il faut leur expliquer leur rôle dans la prise en charge des malades, y compris pour le réparateur de la machine à café à l'intérieur du service !

**Compétences en recherche clinique** : Pendant des années, Gattinoni et Pensenti ont cherché la molécule miracle pour traiter le SDRA. A présent on cherche des molécules anti virales mais sans la compétence pour faire des essais cliniques. Il faut des compétences en recherche clinique même dans cette situation : de plus qu'est-ce un consensus pour la RC chez ces patients en détresse respiratoire ?

**Compétences en épidémiologie** : Il faut un épidémiologiste de terrain dans une zone épidémique et il n'y a peut-être pas de nécessité de PCR systématique. Il faut les utiliser pour les asymptomatiques. Il faut savoir quelles personnes doivent faire la PCR. Cela permet de faire des calculs d'organisation pour la suite.

### **8- Oscillation entre quantité et qualité. Les risques majeurs d'une évaluation des soins uniquement par les chiffres**

On a des tonnes de datas sur les quantités.

**A la fin on jugera de notre qualité sur le nombre de patients sauvés ?** la quantité veut dire quelque chose mais pas seulement. C'est important de travailler le mieux possible. Mais ensuite, il reste aussi les signes de la proximité humaine, des espoirs possibles, des bons accompagnements inventés et qui se sont maintenus au cours de l'épreuve.

Qualitatif quand on téléphone pour les patients, qu'on enlève notre masque pour se faire reconnaître.

Il y a déjà trop de morts pour qu'on puisse dire qu'on a bien travaillé. Mais on a travaillé au mieux dans un **contexte de précarité radicale**. La médecine la plus puissante au monde, des régions les plus riches au monde se sent dans une précarité. Elle sent des limites qu'elle n'a jamais atteintes. Cela ne veut pas dire pour autant qu'elle a échoué. **Non elle n'a pas échoué si dans son mode d'exercice, elle a cultivé la possibilité que les femmes et les hommes puissent prendre soins les uns des autres.**

La médecine comme le lieu où on peut préserver la possibilité d'une relation humaine quand elle semble anéantie.

Le patient ne peut plus respirer, il est angoissé, son corps ne lui appartient plus, il a perdu toute autonomie et pour l'être un peu il s'en remet à son médecin qui utilise les machines l'aide à respirer un peu plus, le médecin qui lui parle, le regarde et le soigne et lui permet si possible de reprendre un minimum de soin de soi-même. Le médecin lui apporte s'il peut aussi les photos de ses enfants et petits-enfants, il lui fait écrire sur un billet les deux phrases qu'il peut encore dire tant qu'il n'est pas trop grave pour les faire parvenir à ses enfants, sa femme ou ses petits-enfants. Ces choses-là comme le maintien à la relation sont le sens de la médecine. Sinon on a perdu d'avance, si c'est sauver la vie de toute façon à tous mais en ayant perdu ce sens, alors on a déjà perdu. On n'a pas perdu car ce qui restera c'est cela même si on se sauve on mourra quand même car on est de toute façon mortels. On tombe malade car on est mortels. Après on fait des choses à l'environnement qui conduisent à ces problèmes, on fait aussi des guerres. Mais au moins si on garde au cours de nos vies l'aspect de la communication le plus possible, en finalité en fait. Les cliniciens essayent délicatement et désespérément d'essayer de conserver **de garder une humanité**. C'est une chose fondamentale Une grande préoccupation humaine, anthropologique. Il nous est confié ce jour l'incroyable expérience de la caducité et de la vulnérabilité humaine; surtout des plus fragiles, qui sont très âgés, qui sont handicapés de ceux qui ont déjà des pathologies chroniques. Ils arrivent par milliers, on essaye de les guérir, on est inefficaces, ils meurent, une génération est décimée. Les fragiles sont décimés. L'autre qui m'est confié, je n'arrive pas à le guérir. J'ai étudié jusqu'à présent pour le guérir et je n'arrive pas à le guérir. **Je ressens la blessure de l'autre d'une façon inédite**. Habituellement la blessure de l'autre vient de l'autre compétitif qui entraine en force dans ma vie. A présent c'est l'hyper fragile qui s'en remet à moi et que je n'arrive pas à guérir. La blessure de l'autre plus délicate et qui fait souffrir est celle-là : **c'est la blessure de l'autre qui révèle ma propre impuissance et ma fragilité**. C'est une blessure narcissique si je suis dans le pouvoir surtout dans nos sociétés occidentales qui voulaient mettre tout le monde en sécurité et qui utilisaient la médecine et les hôpitaux pour cela. Quel peut être la dérive délicate et dangereuse ? Ça peut être celle que la seule façon de se guérir de cette blessure du plus fragile c'est d'aller silencieusement même en mode caritatif, compassionnel, palliatif, aller vers une habitude d'une nécessaire sélection.

Des personnes programment l'utilisation des ressources médicales pour la santé. Une façon de légitimer la sélection ?, du Darwinisme social, pour nous habituer à ce que les trop vieux ou trop fragiles meurent plus vite, pour qu'on arrête chez eux les traitements plus tôt. Cela est différent de la nécessité de très bons critères d'arrêt thérapeutique c'est eux qui sont nécessaires, qui font partie du traitement. Dans la précipitation des prises de décision, dans les quantités qui ne sont plus suffisantes, il y a danger à des gestes et des décisions exagérées, On passe d'une médecine qui soigne et qui sauve à une médecine qui décide. Cela pourrait être la crête dangereuse sur laquelle on n'arrive pas à tenir l'équilibre au cœur de la catastrophe. Garder **la possibilité d'une médecine d'un troisième type, une médecine qui accompagne des femmes et des hommes vulnérables dans le soin est délicat et difficile**. Cela pourrait être la médecine d'après la catastrophe...

## 9- La résilience

Il restera des blessures énormes après la catastrophe, qui font penser à la lutte entre Jacob et l'Ange.

Il faut relire les grands textes sacrés pendant les grandes catastrophes, au moment le plus opportun. Dans cette lutte, Jacob résiste à cet exterminateur, à cette puissance, il est blessé, estropié pour toute sa vie, et malgré cela, il sent encore la bénédiction.

Nous devons sortir de cette épreuve épuisés et estropiés, y compris socialement en plus des blessures intérieures profondes, mais avec la certitude que les hommes et les femmes sont capables de s'offrir une possible bénédiction. Cette situation n'est pas différente de la résistance et des traitements. Ces deux choses doivent rester ensemble sinon, ensuite, la cohabitation sera très dure et on risque de se résoudre à une espèce de lutte d'inégalité des mérites, une dure lutte pour la survie.

On n'en sortira pas forcément meilleurs, il y a par contre des choses très belles qui émergent du meilleur de nous-même. Comme ces messages consignés des patients à leurs familles, ces photos qui peuvent entrer dans les chambres des malades, ces aller retours de possibles communications, de signes, d'images, de paroles réciproques qui tiennent les vies des uns liées à celles des autres.

Ne pas s'habituer aux soins dégradés accepter d'en souffrir, ne pas s'anesthésier. On peut en supporter la souffrance si on est avec d'autres, si on est dans un groupe, une équipe, et qu'on se le dit, se le confie entre nous. Si on en souffre, c'est une façon de ne pas s'habituer et ces pratiques ne deviendront pas des habitudes dangereuses à l'avenir.

Le défi est important, ce n'est pas « rien » ce que nous vivons. Ce n'est pas simple pour de nombreuses personnes. Pour nous, pour les accompagnants sociaux des territoires, les éducateurs, les assistants sociaux, les psychologues, la souffrance est importante. On s'en sortira, si cette traversée est vécue de façon commune et c'est cette mémoire collective sur laquelle on pourra dialoguer, discuter plus intensément, échanger entre les générations, les responsables, quand ce sera possible. Comment allons-nous ressemer, à partir de cette génération décimée, dans les mémoires de la jeune génération qui doit faire la reconstruction ?

### **En perspective**

Ces témoignages poignants de nos collègues italiens révèlent notre vulnérabilité commune, en prendre conscience est un atout pour faire face et reconstruire ...

Un autre webinar du GIVITI ont eu lieu (30 mars) est en cours de transcription/traduction afin d'être mis en ligne au plus vite et vous apporter des informations et conseils sur la prise en charge de ces patients.

A suivre et aux prochains échanges sur le site SFAR... <https://sfar.org/covid-19/>

Dr Jane Muret (Paris)

*Merci au Dr Zhirajr Mokini Poturljan (Chateauroux) pour nous avoir indiqué l'existence de ce webinar et de nous avoir suggéré sa transcription.*

*Merci au Dr Francesca Rapido (Montpellier) pour avoir assuré la traduction.*

*Merci au Dr Catherine Bernard (Kremlin Bicêtre) pour avoir relu et mis en forme ces échanges.*