

## **Présentation de l'Atelier "Psychologues en Gériatrie" - Année 2020**

**Par Anne Fabrizio, psychologue en EHPAD et coordinatrice de l'atelier gériatrie.**

Les ateliers de gériatrie ont pu se tenir à 5 reprises au cours de l'année 2020. Bien entendu, l'impact du COVID et du confinement ont eu un impact important pour nos rencontres qui se déroulent habituellement une fois par mois dans l'un des établissements où nous travaillons. Nos établissements (des institutions publics, privés ou associatifs) ayant été à tour de rôle « confinés » et avec interdiction de recevoir des professionnels extérieurs pendant des temps variables selon les établissements, nous n'avons pas pu maintenir nos rencontres régulières.

Nous ressentons par ailleurs les répercussions de cette désorganisation encore en cette année 2021 où les rencontres semblent difficiles à maintenir. La question posée au cours des rencontres cette année 2020 a été de : comment conserver le sens de l'accompagnement dans les établissements malgré le COVID 19 ?

Nous travaillons majoritairement dans des EHPAD où la culture de l'accompagnement tient une place de plus en plus importante, devenant une exigence forte dans les établissements dans le respect de la singularité des personnes accueillies dans la prise en compte de leur histoire et de leurs besoins qu'ils soient liés à la maladie et aux déficits ou d'ordre psychologiques et sociales.

L'impact de la pandémie a eu un retentissement sur notre positionnement de professionnel (questionnement déjà fortement interrogé dans notre pratique habituelle où nos interventions sont multiples et se situent, à la fois auprès du sujet âgé, de sa famille, des soignants et de l'institution). Nous avons pu être sollicitées pour prêter main forte aux équipes sur le terrain (animation, hôteliers, soignants). Il faut rappeler que l'épidémie du COVID 19 a nécessité des mesures inédites (et qui évidemment interpellent aujourd'hui), tant par leur ampleur que par leur durée : suspension des visites, isolement en chambre avec interruption brutale des activités faisant habituellement partie du quotidien, arrêt des repas en salle à manger, arrêt des sorties, animations, activités thérapeutiques... Ces mesures ont bien entendu eu des effets délétères sur leur état psychologique (tristesse, perte du désir de vivre, sentiment de solitude et d'abandon...), sur leur autonomie fonctionnelle (désadaptation psychomotrice, besoin de séance de kiné pour remarcher...) et sur leur santé physique (dénutrition, grabatisation, glissement, décès). Les mesures prises pour protéger ont eu pour effet de rompre les relations familiales, les liens affectifs et les interactions sociales, toutes les valeurs qui guident habituellement le travail dans les établissements de santé.

En ce qui concerne notre travail de psychologue, il a parfois été mis entre parenthèse au plus gros de la crise. Le travail institutionnel a souvent été mis en pause. Certaines d'entre nous ont été amenées à compenser le manque de soignants en effectuant des accompagnements aux repas voire des aides à la toilette (soulignant le manque de moyen dans les EHPAD). Il a fallu également mettre en place des moyens de communications entre les résidents et leurs familles, préserver les liens affectifs avec le recours aux outils numériques par exemple et faire preuve d'inventivité pour maintenir une envie de vivre. La crise nous démontrant que ce sont d'abord les liens, les relations, les échanges que les résidents peuvent avoir avec leur proche et aussi avec leurs semblables qui animent l'élan vital.

La pandémie a également confronté les équipes à une augmentation importante du nombre de décès sur une courte période et bouleversant leur manière d'accompagner

habituellement les mourants et leurs familles (mesures sanitaires rendant difficile un accompagnement serein, limitations importantes des visites, interdiction des toilettes mortuaires, « mise en bière immédiate », présence inhabituelle de cercueils dans les établissements....) Cela a pu interroger sur les enjeux éthiques de : comment assurer des fins de vie dignes et respectueuses en temps de pandémie les derniers instants, et souligne également l'importance des rites funéraires autour de la mort.

Notre travail de psychologue a été également d'accompagner, de soutenir les équipes soignantes et hôtelières. Être présent sur le terrain, faire preuve d'écoute et d'attention ont semblé être un soutien fort pour les équipes soignantes.

---

### **« En quoi la COVID a impacté notre pratique de psychologue sur l'hôpital Georges Clémenceau ? »**

**Intervention de Chloé Garcia, psychologue en SSR gériatrique et oncogériatrique à l'hôpital Georges Clémenceau.**

- Historique de la situation sur l'hôpital en période COVID :

Dès le confinement en mars 2020, l'hôpital s'est coupé de l'extérieur : il y a eu une interdiction stricte des visites. Quelques dérogations possibles toutefois dans les situations bien identifiées de fin de vie. Une unité COVID s'est ouverte sur mon bâtiment, assez rapidement, courant mars, qui a perduré à peu près deux mois.

Lors du déconfinement de mai 2020, il a été organisé un premier dispositif de visites derrière un plexiglas. Ce dispositif qui a été assez mal vécu par les familles et visiteurs et il n'a duré qu'un mois.

Un peu avant l'été, l'hôpital s'est rouvert et les visites des patients en chambre ont repris avec un certain nombre de contraintes (limitation du temps de visite et du nombre de visiteurs).

Grâce à des dons de tablette, élan de générosité du premier confinement, nous avons pu proposer des appels en visio. Cette activité, dont je parlerai plus tard, a débuté vers fin avril, jusqu'en juillet, pour les dernières.

Lors de la deuxième vague, en novembre, l'hôpital s'est à nouveau fermé. Cette fois-ci, le dispositif de visites a été pensé différemment, un peu plus humainement : dans la salle de spectacle, avec une distanciation physique et une interdiction de se toucher, mais au moins dans le même espace. Nous avons également remis en place les visios. A l'heure actuelle, les visites n'ont pas repris normalement et les visios se font toujours.

- Réorganisation des pratiques des psychologues sur l'hôpital :

A ce moment-là, notre équipe était composée de 7 psychologues cliniciens et 3 neuropsychologues. Dès le début de l'épidémie et du confinement nous avons eu beaucoup de divergences au sein du collège de psychologues sur la pratique à avoir. Nous avons eu beaucoup de réunions, plutôt conflictuelles, notamment sur la question du travail en présentiel ou télétravail, et sur la pratique des visios. Il a été impossible de trouver un consensus au sein du collège et chacun a fini par avoir la pratique qu'il estimait être pertinente pour lui.

L'hôpital de jour a arrêté son activité pendant plusieurs mois, alors une grande partie de l'équipe a travaillé sur la mise en place des visios et son organisation. Ainsi que la distribution/lecture de courriers de famille via une adresse e-mail qui est toujours en vigueur.

Enfin, assez spontanément s'est créé un lieu d'accueil pour soignants et personnel de l'hôpital, qui n'a pas beaucoup marché, à l'image des lignes d'écoute, dont le retour semble identique. Parce que c'est peut-être dans l'après-coup que les besoins se font plus sentir....

- Les visios :

Je vais aborder cette pratique car c'est celle qui a été la plus particulière pour moi durant cette crise. Elle a fait et fait toujours conflit au sein de notre équipe (et pas que) à travers cette question : « est-ce faire les visios, c'est du rôle du psy ? » Je dirais que je suis moi-même ambivalente sur cette question...

« Pour »

Je dirais que dans un premier temps, la question ne s'est pas posée. Il fallait faire quelque chose, il fallait soutenir l'angoisse de nos patients et de leur famille. Il y avait un vécu de catastrophe, tant à l'intérieur de l'hôpital, reflet de l'inquiétude des familles mais aussi de l'extérieur, angoisse des patients qui, eux paradoxalement, se sentaient bien plus en sécurité au sein de l'hôpital. Ils s'inquiétaient beaucoup plus pour leurs proches.... et puis nous avons une gratification immense...on se faisait applaudir tous les soirs à cette époque... Notamment dans l'unité COVID, les proches étaient tellement reconnaissants que nous prenions le risque d'être à proximité de leur proche contaminé pour qu'ils puissent se parler....

L'isolement social, on le sait bien, a été plus destructeur que le COVID en lui-même. Il est du rôle du psychologue de porter et faire reconnaître la dimension fondamentale du lien affectif. C'est aussi, dans une certaine mesure, un acte de protestation contre des mesures ultra hygiénistes et zéro risque, mais qui ne prennent pas en compte les besoins subjectifs des patients.

Cela a pu contribuer à une Ré humanisation de la prise en charge à l'hôpital, notamment dans l'unité COVID où les consignes étaient un minimum de passages dans les chambres.

Beaucoup d'angoisses autour de la maladie et de ce sentiment d'emprisonnement du patient (famille enfermées à l'extérieur et le patient lui à l'intérieur) ont pu être apaisées. Tout autant que la colère d'être dépossédé du lien avec son proche, de subir cette distance affective imposée.

Enfin, cela a pu être un média de travail avec les familles. Je rappelais systématiquement chaque famille après les visios. Cela a permis une verbalisation et une prise en compte de leurs affects, de leur détresse. Je n'aurais pas eu accès à certaines familles qui, malgré les besoins, n'en n'auraient pas fait la demande.

« Ou contre »

Ce dispositif est très chronophage et se fait au détriment du temps d'entretiens cliniques avec les patients et leur famille.

Comment penser le cadre de ce dispositif lorsqu'il s'agit d'un patient (ou d'une famille) déjà suivi ?

Selon certaines situations, qui restent difficiles à déterminer à l'avance, il y a ce sentiment d'être réduit à un rôle de prestataire, qui ne fait que mettre à disposition le matériel. Toutes les visios ne nécessitent pas une médiatisation du psychologue.

En conclusion, je dirais que cela a été pertinent que notre équipe ait pu mettre en œuvre ce projet mais pas dans un dispositif pérenne et systématique, et seulement dans certaines situations. Maintenant, que la situation est moins anxiogène et que le lien patient-famille, quoique très réglementé et limité, est possible, cela a peut-être moins de sens...

---

## **Intervention de Sarah Cattier, psychologue en USLD et équipe mobile de soins palliatifs à l'hôpital Georges Clémenceau.**

Thème : Impact de la Covid 19 et de la crise sanitaire sur nos pratiques de psychologue clinicien à l'hôpital.

Nous : maintien du lien aux familles pendant période Covid = notre rôle principal. (Avec les visios et les courriers). Rôle de médiateur, faire et faciliter le lien. Intermédiaire de communication.

### **Télétravail (Durée = 2/3mois)**

**Pourquoi demande de télétravail de ma part ?** Étant enceinte, j'ai été obligée de m'isoler par précaution. J'ai eu des difficultés à le vivre au début. On a envie de "faire qqch" mais on a l'impression d'être d'office mis à l'écart. Pas de reconnaissance du travail fourni comme certains ont eu. J'avais l'impression d'être éloignée de tout. Le seul lien était le téléphone. J'ai été d'office confinée et isolée aussi.

### **Activités :**

#### Activités cliniques :

- Suivis psychologiques avec deux patients et trois familles déjà suivis.
- Soutiens psychologique, mais peu avec les patients en raison de la population. Soutien des familles majoritairement, des équipes aussi (position de tiers => autre regard, recul, écoute, conseil).

#### Mon rôle principal en télétravail a été auprès des familles.

- Appels des familles au sujet de :

Leur vécu du confinement, de la période de déconfinement. Comment ces familles allaient-elles ?

Leur vécu des rdv derrière le plexiglas avec leur proche hospitalisé (période de déconfinement)

Et rappel ou information : le psychologue est disponible pour les familles, elles peuvent le contacter.

Travail de réhumanisation des patients et des familles. (Les psys ont réhumanisé les choses au niveau des dispositifs mis en place par l'hôpital. La ligne de conduite n'était pas donnée par les médecins, qui n'étaient pas maîtres de ce qui se passait dans l'hôpital. Le psychologue s'est soucié du ressenti, du vécu des patients et familles... Il va au-devant, repère la présence de choses inquiétantes, on ne laisse pas les gens dans le vide).

Beaucoup de points avec les collègues de différentes équipes, échanges oraux et écrits, travail de liaison important, de transmissions. Réunions (par téléphone souvent au début).

Beaucoup de transmissions, d'appels à transmettre des familles aux équipes (temps de secrétariat finalement : renvoi des appels, demandes concernant la prise de rdv et l'organisation des rdv visio. Ma ligne téléphonique avait servi à cela pendant mon absence :

gestion des rdv visios, ligne que les soignants ou et familles pouvaient appeler en cas de besoin).

Il y a des familles et des proches qui ont appelé pour signaler leur mécontentement ou pour avoir un soutien, pour trouver des informations, mais peu de réelles demandes de soutien psychologique au moment de la première crise. Moins d'appels pour les rdv visios quand les rdv en face à face ont commencé à se remettre en place.

Travail à visée informative : travaux sur des plaquettes (deuil hors période covid et fin de vie, modes de sollicitation et d'intervention du psychologue).

Différents écrits, retour d'expérience... activités institutionnelles...

## □ Cadre

**La place, l'espace** : J'ai pris une place différente que celle de d'habitude. Que ce soit la **place en terme de lieu**, la place que j'occupais physiquement : dans mon salon, chez moi, en n'étant plus face au patient, aux familles. Cela a sûrement eu un impact psychiquement. Obligation d'isolement pour moi aussi malgré le fait de travailler en hôpital. Impuissance. J'étais en situation de confinement également.

**Si le cadre est physiquement différent, il est visiblement aussi impacté psychiquement.**

Je suis en effet sortie de mon cadre plus qu'habituellement et plus facilement. Comment ne pas être vécue par la famille comme une bonne amie qui appelle pour prendre des nouvelles ? Les familles et patients **se permettaient plus facilement des écarts** (façon de parler, colère, mots durs qui ne m'étaient pas destinés, pose de questions personnelles, demandes inappropriées, nous font sortir de notre cadre plus facilement et ostensiblement...).

**L'espace thérapeutique**, ce qui est thérapeutique devient-il différent ? Qu'en est-il de la **continuité du travail thérapeutique, de l'accompagnement ? Des effets thérapeutiques ?**

Les entretiens par téléphone ou visio semblent **plus simples avec les patients qui sont déjà suivis**, que l'on connaît. **L'entrée en relation est différente. Comment tisser un lien, une alliance thérapeutique dans ce contexte, à distance avec quelqu'un que je ne connais pas, que je ne vois pas ?** Il est **compliqué d'établir un lien solide** lorsque nous sommes à distance et que nous n'avons que la **voix** de l'autre en face. Nous n'avons **pas accès au non verbal** (comment le prendre en compte ? Pans manquants pour bien faire son travail ? Qu'est-ce que bien faire son travail dans ce cadre ?), **aux réactions corporelles de l'autre. A quoi pouvons-nous nous repérer, nous référer ?** La voix est-elle suffisante ? Elle peut être trompeuse. Il est peut-être plus difficile de se projeter, de se représenter, s'identifier. Ex : « voix jeune », « petite voix ». **Obstacles** : lorsqu'on entend mal, lorsque le patient parle peu, a certains troubles... La voix est atténuée par le masque pour les visios. Déjà confinés, éloignés, **on nous prive encore d'une partie de l'autre** : voix, regard, réactions, expressions, gestes, etc.

Les **silences**, les pauses sont plus difficiles à saisir, ils sont sources de questionnements. Faut-il dire quelque chose ou pas ? Le silence devient plus lourd et pesant. **Si nous n'avons plus la voix, qu'avons-nous comme repère ? Impression de vide.** La compréhension, la conception du silence, **son accueil** ne sont plus les mêmes. Faut-il rebondir, intervenir ? A quel moment ? Que se passe-t-il pour l'autre à ce moment-là ?

**Les places, les frontières, les distances, les fonctionnements, les postures et positionnements professionnels sont remis en question, sont modifiés.** Les frontières entre vie personnelle et professionnelle s'estompent, elles sont plus poreuses. Le cadre paraît plus flou. La façon de le concevoir aussi, on s'y perd.

La **temporalité** est différente également. Les entretiens avec les mêmes patients ne durent plus le même temps.

**L'accueil** du patient ou de la famille : **comment les accueillir de manière bienveillante ?** Comment créer un cadre contenant sachant que nous sommes à distance et n'avons pas l'espace à disposition, nous ne maîtrisons plus cela. **Qui choisi, définit, maîtrise, modèle alors le cadre ?** Il ne s'agit plus d'un cadre commun et partagé à deux. (Cf. parasites : haut-parleur, autre membre de famille qui interfère... Se permettent d'autres choses. Il n'y a pas ce côté asymétrique dans le lien, on vire sur l'amie qui prend des nouvelles. **Comment l'espace intime est-il rendu possible ?**). Le cadre est en partie en dehors de la maîtrise du psychologue. On en définit que certains aspects. En fin d'entretien, ou en début, pas de poignée de main réconfortante, guidante, étayante non plus. On **accueille la parole** dans ce cadre. Mais encore une fois comment ? On est limité. **Comment contenir les émotions ?** Il est compliqué de ne pas tomber dans la réassurance quand on est à distance, le corporel joue beaucoup là-dedans avec les poignées de mains, sourires etc...

La question du **regard**, de la **pulsion scopique** : quand on n'y est pas soumis parfois on parle plus librement (ex : contenus sexuels). Les **contenus des entretiens peuvent différer** par rapport à d'habitude. Il y a des choses qui sont plus facilement abordées, qui émergent plus souvent qu'à l'habitude. Il n'y a pas le regard (à entendre au sens propre et au sens figuré – regard, **vue et jugement**, regard qui juge). A l'inverse, cela peut inhiber parfois les interactions, leur contenu. Certains ne se livrent presque pas. Impact de proximité / distance, présence / absence physique sur le fait de se livrer également.

**Le travail et l'investissement au travail** sont modifiés.

- En somme,

La pratique du psychologue par téléphone, en télétravail induit une **nouvelle adaptation** et de **nouveaux repères**.

Question : est-ce le lien thérapeutique qui prime ici sur le cadre ? Non, à mon sens l'importance est de **maintenir un cadre interne solide**. Le lien et le cadre peuvent être différents, bousculés, adaptés, impactés.

Ce que l'on retrouve par rapport à notre pratique habituelle: le lien avec le psychothérapeute mais peut-être plus le lien avec l'humain (dû au contexte de crise qui bouscule nos conceptions de la vie, de la mort, qui nous ramène à notre humanité. On donne plus de nos tripes). L'accueil de la parole, l'espace de parole, l'écoute, la confidentialité en partie, la demande en partie. Notre cadre, notre posture, positionnement interne, le travail de lien, de liaison toujours....

Téléphone / visios à voir comme un média, une médiation ? **Médiation dans le sens ça a permis d'avoir accès à d'autres choses.**

Téléphone / écran comme **lien**, comme **barrière** aussi.

Points positifs :

Plus de choses sont possibles que ce que l'on pense.

**Prise de connaissance** entre le psychologue et les familles en USLD ou sur les services appelés. **Amorce de lien. Prise en compte de leurs affects, détresses, souffrances, colères. Cela n'est pas tombé dans le vide, cela désamorce et réhumanise.**

Cela a permis **d'avoir accès à d'autres choses**, à des besoins pour lesquels il n'y a pas eu de demandes.

**C'est l'avenir, à développer et adapter.** Il y a des patients et des prises en charge pour lesquels ce mode de fonctionnement semble adapté, d'autres moins => Profils type de patients que l'on peut voir en cabinet ? Plus en libéral qu'en USLD.

Points négatifs : La distance permet une position de tiers et en même temps lorsque l'on est à distance on manque d'informations... Difficultés à joindre certains collègues. On ne se déplace plus dans les services, on reste au même endroit sans bouger de place mais il y a une **fatigue qui se crée plus vite**, due peut-être au téléphone. Pas de pause, on tourne en rond, on reste dedans, pas de coupure. Difficulté à relâcher la pression du travail.

#### □ **Vécus / retour des familles et retour d'expérience**

**Resituer** : familles de USLD – retour du vécu des familles concernant leur vécu du confinement et des visites organisées avec leur proche hospitalisé en période de déconfinement et de confinement. A l'origine il s'agissait d'un questionnaire sur le plexiglas. Les familles ont parlé naturellement des visios. => Données auxquelles je ne m'attendais pas. Toutes les familles de cet échantillon ont eu rendez-vous derrière le dispositif avec plexiglas, en revanche elles n'ont pas toutes eu rendez-vous avec leur proche en visio.

Sur 45 familles :

22 familles avec qui j'ai échangé.

23 familles avec qui je n'ai pas pu échanger : 5 qui étaient déjà suivies ou accompagnées par un autre psychologue, 2 pour lesquelles j'ai hésité à appeler en raisons de biais, familles pour lesquelles il me semblait plus judicieux qu'un autre psychologue appelle (collègue avec qui je travaille). 8 familles n'ont pas répondu aux appels ou donné suite.

- Quelques chiffres : Pourcentages calculés sur les 22 familles qui ont échangé sur le sujet.

27 % des familles rapportent un **vécu positif** des visites qui ont eu lieu derrière le **plexiglas** en salle d'animation. Ces familles ont dit avoir vécu le plexiglas comme une « mesure de sécurité ».

45,4 % des familles rapportent un **vécu négatif** ou avoir eu des **difficultés** avec le dispositif du **plexiglas** mis en place en salle d'animation.

40,9 % des familles rapportent avoir mal vécu les **périodes de confinement** et de **déconfinement progressif**.

9 % des familles ont montré de l'**agressivité** et de la **colère** envers l'hôpital et l'organisation en ces périodes.

13,6 % des familles disent avoir mal vécu la **séparation** derrière le plexiglas. 18,1 % rapportent un **sentiment de « frustration »**.

63,6 % des familles expliquent que leur proche hospitalisé a des **troubles visuels, auditifs** ou/et qu'il **ne parle pas**. Ils rajoutent qu'ils ont l'habitude de **communiquer par le toucher** ou par des **gestes**.

36,3 % rapportent une **incompréhension**, un **manque** voire une **absence de réactions** de leur proche hospitalisé derrière le **plexiglas**.

68,1 % se plaignent de l'**impossibilité de toucher leur proche** et disent avoir **besoin de contact**.

18,1 % mentionnent d'eux-mêmes un **vécu positif des rendez-vous visio**, en précisant

qu'elle semblerait plus adaptée aux patients qui ont des troubles sensitifs (visuels, auditifs, tactiles) ou qui parlent peu.

22,7 % des familles disent **ne pas avoir essayé la visio** car leur proche n'a pas l'habitude de ce mode de fonctionnement ou parce qu'ils ne sont pas équipés pour (**problème d'ordre générationnel**).

40,9 % des familles remarquent une « **régression** » de l'état de santé de leur proche, une **augmentation des troubles** que présente leur proche suite à la période de confinement (perte de réactivité, des capacités cognitives, désorientation). 33,3 % d'entre eux mentionnent que leur proche **ne les reconnaît plus**.

13,6 % des familles montrent des **signes de désorientation suite au confinement**.

13,6 % des familles vont être **orientées vers un psychologue**, si elles le souhaitent, suite à cette période de confinement.

18,1 % des familles disent **ne pas avoir besoin de psychologue** suite à cette période de confinement.

54,5 % des familles **prennent en considération la possibilité de voir un psychologue si besoin** et semblent ouvertes à cette possibilité si besoin.

- Des remarques sont ressorties des échanges par plusieurs familles :

Globalement le plexiglas semble avoir été moins bien vécu que la visio. Les familles décrivent un aspect « froid », « coupé de l'affectif » derrière le plexiglas, voire une angoisse liée au manque de réaction de leur proche. Elles sont plusieurs à dire que c'est un dispositif où il faut venir accompagné ou être accompagné d'un encadrant de l'hôpital. Un sentiment de solitude face à leur proche est rapporté, le proche étant parfois décrit comme une « statue ». Les mots « vide » et « horrible » ressortent à plusieurs reprises également. Certaines familles mentionnent que cela rajoute une barrière quand il y en a souvent déjà une à l'origine (18,1%). Pour les patients qui n'ont pas ou peu de troubles cognitifs et sensoriels, les visites derrière le plexiglas semblent avoir été mieux vécues par les familles. Certaines familles critiquent le fait de mal entendre et de devoir se coller à la vitre, ce qui leur pose question en terme d'hygiène. Le plexiglas accentuerait les difficultés. Cependant, les familles sont reconnaissantes du fait que cela a été mis en place (40,9%).

La visio semble avoir été mieux vécue. Les familles demandent même à ce que ce dispositif soit mis en place au long terme. Elle semblerait adaptée également à certaines pathologies, à la grabatisation et à des troubles cognitifs, sensoriels... Ce dispositif semble également convenir aux familles qui ont des difficultés pour se déplacer jusque l'hôpital. Le sentiment de vide et de solitude n'est pas mentionné pour la visio. Les familles rapportent que leur proche semble plus présent lorsque les rendez-vous visio sont rapprochés dans le temps (environ 2 fois par semaine).

Certaines familles rapportent savoir que le psychologue est disponible pour leur proche hospitalisé mais elles disent ne pas savoir qu'il est aussi disponible pour elles. Elles déplorent que cela ne soit pas affiché dans les couloirs ou précisé dans la plaquette de l'hôpital.

- **Conclusion**

**Au-delà du cadre, des questionnements ont émergé sur les fondements mêmes de notre profession : question de l'ordre des psychologues qui revient**, quand la crise fragilise, on a « besoin d'ordre », notamment dans nos pratiques. On ne travaille pas tous pareil, cela nous

fragilise professionnellement. Le rattachement à un ordre aurait-il été aidant ? cf. conflits avec collègues sur l'impossibilité à se mettre d'accord, absence de consensus au sujet du télétravail, des visios (pour ou contre, qui les fait, on les maintient ou pas), sur les pratiques à avoir... Pluralité des pratiques.

La pratique du psychologue par téléphone ou visio, en télétravail **induit une nouvelle adaptation et de nouveaux repères**. Une adaptation et un ajustement de nos pratiques. Jusqu'où nous ajustons-nous ? Est-on **souple** ou garde-t-on un **cadre plus rigide** ? On s'est questionné sur notre légitimité à le faire. Est-ce que cela vient nous fragiliser dans nos pratiques ? Peut-on parler de **nouvelle place** ou de **nouveaux rôles** pour le psychologue clinicien ? **Comment trouver sa place** de psychologue clinicien dans ce contexte ?

**Adaptation avec souplesse**, sans être dans un extrême ou un autre, **selon le contexte**, les patients rencontrés (pour certains cela a du sens, de l'importance que ce soit le psychologue qui accompagne pour les visios ou les appels téléphoniques). Cela dépend des problématiques des patients également (certains auront besoin de différencier les espaces etc., en libéral c'est peut-être plus adapté qu'en USLD, qu'en hôpital... ).