

Monsieur HC, « emmûré » dans son monde

Un article de Michel Mayer, Infirmier de secteur psychiatrique (retraité)

C'est une histoire de presque 20 ans mais je la trouve toujours très contemporaine et de toute ma carrière, si je devais n'en retenir qu'une, ce serait celle-là... C'est cette « prise en charge », comme nous avons coutume de dire, que je vais vous narrer, j'en étais loin à mon arrivée... Prise en charge. Prise en mouvement. Prise en parole, prise en charge avec une gravité légère...

Dans un premier temps, je vais vous parler du contexte de mon arrivée et vous présenter le service dans lequel j'ai été amené à travailler.

Je n'avais pas choisi cette unité de soins, ma hiérarchie ainsi que certaines défections m'ont amené à être le volontaire désigné. Je vivais cette situation comme une sanction... de manière un peu sensitive je l'admetts. Mais je dois dire que si j'ai vécu des choses difficiles, il y eut aussi des moments de grâce... Comment s'attendre à pareil service ? Comment sereinement envisager et se trouver là et faire face « au jamais pensé », « au jamais vu » de cette unité de soins si singulière, si incongrue, à l'extrême de l'imaginable et du concevable. L'espace psychiatrique nous propose parfois des lieux improbables mais bien réels. Qui peuvent être si riches d'enseignements...

Saurai-je en témoigner ?

Aussi, dois-je remercier ceux et celles qui me permirent de me confronter à cette population-là, ils se reconnaîtront...

L'unité de soins était composée d'une vingtaine de patients hommes et femmes, de 17 à 60 ans. Quant à l'équipe soignante, elle était aussi mixte comprenant des infirmiers, des aides-soignantes et des ASH ainsi qu'un médecin, un psychologue et un cadre de santé. Il faut préciser que cette unité était intersectorisée et qu'à tout moment le médecin de secteur pouvait être amené à intégrer ou suivre le soin à travers des réunions et des bilans... Nous travaillions en poste : le matin, l'après-midi et la nuit et un ou deux soignants en journée pour assurer « des activités », ce que l'on a baptisé depuis peu « médiations », j'y reviendrai par la suite... Nous avions une réunion hebdomadaire : le jeudi après-midi où l'équipe du matin et celle de l'après-midi se trouvaient réunies ; nous évoquions les patients, leurs parcours, les urgences ou nécessités cliniques, nos impasses, nos points soignants aveugles, les points souffrants des patients et les difficultés rencontrées... Je dois dire que j'ai toujours regretté de ne pas avoir une supervision mensuelle complémentaire, un lieu où déposer nos émotions, nos revendications et notre contre-transfert, en dehors de toute hiérarchie et institutionnalisme. Un lieu d'élaboration autre, externe.

Les patients réunis dans ce lieu étaient ce que l'on appelle des déficitaires aussi dénommés PDG pour psychotiques déficitaires graves... J'aime bien l'interprétation de Président Directeur Général, tant je les trouvais emmurés dans leur tour d'ivoire. Ces personnes qui dans l'immense majorité, n'avaient pas accès à la parole présentaient des troubles comportementaux d'ordre psycho-affectif et peut-être neurologiques. Ils présentaient des stéréotypies, des rituels : balancements, répétitions de gestes insensés, cris, écholalies, psittacisme, des troubles alimentaires (boulimie, anorexie, trop plein, potomanie...), des problèmes sphinctériens (constipation, fécalome...), des troubles du sommeil[L1], des pratiques auto-érotiques, essentiellement masturbatoires... mais pas que, et des positions ou postures provoquantes ou adhésives à caractère sexuel et parfois de la violence (auto-mutilation ou agression physique contre autrui, qu'il soit soignant ou soigné)

Nécessaire diagnostic ? A quoi sert-il ? Qu'apporte-t-il ? Diagnostic comme tic de l'obsessionnel qui va vérifier et jouir de son savoir ? Alors allons-y.

On serait bien à mal de différencier pour ces patients une forme d'autisme primaire excessivement régressée, de troubles mentaux graves liés à l'hospitalisme ou encore une arriération majeure, tant les tableaux cliniques qu'ils nous donnaient à voir et à penser étaient, pour la majorité d'entre eux imbriqués ou emmêlés. Pas de pureté symptomatologique chez eux. Chaos de l'étant ou tohu-bohu de l'être ou d'une forme de non-être. Les psychanalystes ou philosophes auraient-là de beaux sujets d'étude à traiter ou éclairer. Mais revenons à notre humble clinique.

Le lien qui nous unissait à ses patients ou, plutôt, ce qui les unissait à nous, était d'ordre régressif : nursing, accompagnement, soins d'hygiène, débordements affectifs, violence... Ils s'exprimaient essentiellement avec leur corps, et c'était celui-ci que nous « interprétions » pour travailler avec. Corps parlant, corps parlé. Langage corporel ou hors langage ?

Le travail était lié au quotidien de ces patients et aux temps forts de la journée : lever, habillage, repas, soins d'hygiène, sieste, coucher et certains d'entre eux participaient aussi à des activités ou médiations qui nous paraissaient pouvoir les soutenir ou épanouir. Pari d'humanisation.

Cependant, nous restions très sensibles à l'expression de la violence... A notre décharge, et pour cause, c'était l'une des seules émotions et l'un des seuls modes d'expressions que l'on pouvait repérer et sur lequel agir. Mais, aussi, l'on peut se dire que notre panel de perceptions et capacités d'investigation et d'approfondissement que ces humains trouvaient à vivre, étaient plutôt pauvres sinon réduites. Comment défricher et déchiffrer cette terra incognita, improbable et invraisemblable qu'ils représentaient à nos yeux et notre espace psychique ?

Nous était-il possible de mieux éclairer notre propre contre-transfert afin d'inventer une autre relation avec eux et de se dégager des injonctions éducatives primaires qui nous aliénaient, malgré nous ? Bons « normosés » que nous étions et sommes encore, nous voulions inévitablement « névrotiser » la psychose. Nous tenons à repréciser que les émotions autres que celles contenues dans l'acte violent retenaient vivement notre attention et méritaient, ainsi, une incontournable mise en sens : que penser, panser et dire face à : des rires immotivés, des pleurs interminables, des automutilations de la surface, des orifices et de l'intérieur du corps, d'un mutisme assourdissant, d'une catatonie indépassable, d'un repli abyssal et d'une expression figée, immuable...

Donc l'acte de violence, la crise clastique étaient pris comme un acte fondateur de la relation. A acte violent, nous répondions immuablement, invariablement par un autre acte, un contre acte (contracte ?) tout aussi violent... qui consistait à une contention physique avec force personnels, sangles, boulons et parfois injections prescrites... Combien de postures sadiques pour des actes souvent nécessaires ??? Hormis le geste du patient, qu'émanait-il de nous, soignant ?

Pourrions-nous juger nos attitudes, nos postures, notre inconscient et son corollaire, le transfert du patient au soignant et le contre transfert du soignant vis-à-vis du patient ? On entend souvent le mot « projection » (ce qui induit un projectile ?). Il me semblait parfois que nous induisions cette violence, que nous n'attendions que cela..., nous pouvions aussi être emmurés dans cette relation univoque, quelque chose à se mettre sous la dent. Enfin une action ! « La nature a horreur du vide ! »

Je ne veux pas, ici, alimenter un débat actuellement brûlant, et desservir la cause psychiatrique, autour de la contention et de la gestion de la violence, mon propos ne se situe pas dans ce registre. D'ailleurs, il ne vous a pas échappé que nous instituions et tentions d'inventer différentes propositions d'accompagnement et types de soutien.

Un des points constructifs de nos actions était les « ateliers » proposés aux patients : peinture, maquillage, balade, jardinage... Ces activités étaient des indications thérapeutiques reposant et développant le postulat suivant : comment être ensemble dans une activité thérapeutique ? Les médiations proposées nous permettaient de nous inscrire dans une relation autre et plus authentique et de nous animer de notre désir propre et personnel (Quitter la blouse, changer de lieu...).

Qu'il nous soit donné de ne pas être dupe de ces actions : elles bénéficiaient autant à l'infirmier animateur, excusez-moi : teur, bien sûr, qu'au patient... Le malade était là, souvent spectateur. Mais il faut bien le reconnaître ces activités amenaient une sorte de sérénité, d'apaisement et de sens... aussi... « Ce qui n'est pas négligeable ! ». Elles structuraient le vide. Il faut reconnaître les qualités de ces infirmiers-animateurs...

Pour des raisons personnelles, je ne travaillais que les après-midi, au moins dans un premier temps. J'arrivais à 13h00 avec mon vélo et là invariablement, avant même d'être descendu de mon destrier, j'entendais les mêmes cris, les mêmes échos, les mêmes signes que la veille, l'avant-veille. Pire le lendemain ! Je savais ce qui se passait, qui était fixé, qui criait à l'heure de la sieste, la porte des toilettes, l'expression même du soignant... Cette ritualisation conférait à la mortification. Je savais déjà ce qui m'attendait jusqu'au moindre geste, parole et acte... Terrifiant, non ?! Je repense à « vol au-dessus d'un nid de coucou », j'avais la cour des miracles qui m'ouvrait les bras ! L'institution confine parfois à une homéostasie et reproduit l'immobilisme. Principe de non changement et de répétition.

Il faut exister dans ce contexte, exister pour soi, ne pas être avalé par ce vide sidéral... Et pour le patient aussi car c'est bien notre être qui donne une architecture au presque rien, à l'absence, au néant... Il paraît plus simple de se déconnecter de nos émotions, certains de mes collègues y arrivaient assez bien. Ils accomplissaient des tâches, nécessaires mais se protégeaient face à un contre-transfert, de l'individu face à eux. Littéralement, ils étaient de bons « schizophrènes ». Dans une journée, ils effectuaient un certain nombre de tâches et une fois la journée finie, passaient à autre chose. C'est une attitude compréhensible et respectable comme le fait un ouvrier spécialisé... Mais si l'on veut aller plus loin, prendre en considération le patient, l'être humain, même très régressé qui est en face de nous, il faut sortir de ce clivage et affronter l'autre, les situations, en ayant confiance dans son moi intérieur, sa sensibilité propre... Soigner c'est créer et pour créer, il faut cohabiter....

Bon, j'ai fait comme tout le monde, je me suis habitué... un peu. Pas trop non plus. S'habituer complètement, c'est se dessaisir du réel, ne plus pouvoir être ! Présent à la parcelle de vie. Qu'il fallait être prêt...

Une année passait et je devins un infirmier-animateur. Je m'acquittais de ma tâche tant bien que mal. Mais j'en voulais plus : je voulais faire évoluer le patient, faire tomber les résistances (ce qui n'est pas sans risque de violence), transformer le patient de spectateur à acteur, lui qui n'est pas inscrit dans un mouvement de l'être : utiliser son corps, découvrir... l'amener dans un « allant-devenant ». (Le mieux est parfois l'ennemi du bien) . Mais en certaines circonstances, par moment cela a donné quelques résultats dont je ne suis pas peu fier : ramassages de feuilles mortes, transport de matériel, cueillette dans le jardin....

C'est le moment de parler de cette prise en charge, elle concerne un homme de 58 ans ayant été abandonné devant une église, à qui on a donné deux prénoms comme identité, mais est-ce vraiment une identité ???) en général on donne le prénom du saint, le jour où il fut trouvé. Placé d'institutions en institutions... Nous l'appellerons HC, Je ne connais pas son anamnèse, celle-ci étant portée par le médecin et le psychologue du service... De plus je me contentais de l'instant T sans autre parasitage historique. Ce monsieur de petite taille, assez commun dans sa présentation, cheveux blancs épars. C'est un homme qui ne parle pas, qui pousse des cris pour s'exprimer, des cris qui semblent être de mécontentement ?! Il a des mouvements de tête saccadés, de gauche à droite, que nous interprétons comme de la méfiance, de la crainte, une inquiétude... Il ne sort pas de sa chambre, jamais... Il mange dans sa chambre, passe la journée dedans et est attaché pour dormir. Si nous oublions ses principes immuables, il se chargeait de nous le faire comprendre avec des actes violents à notre rencontre !

On peut dire sans se tromper qu'il a souffert de carences affectives profondes, d'insécurité, de non structuration et qu'il a développé une psychose infantile avec absences des apprentissages les plus simples,

absence d'un moi construit un tant soit peu et des angoisses psychotiques archaïques particulièrement virulentes, qu'elles soient de mort, de morcellement (Mort scellement, mort seulement) et angoisses de dissociation...

Assez d'un discours théorique et un peu froid ! Revenons à ce monsieur HC !!!

Tout commence lors d'une réunion clinique, un peu comme une gageure : le postulat de départ, un peu frivole, je l'admets, est que Mr HC va bientôt atteindre les 60 ans. Il est alors évoqué la retraite, la maison de retraite... Quelle drôle d'idée ?! Lui qui a passé sa vie en retrait ! Idée servant à satisfaire le bon soignant rempli de mansuétude que nous étions, tout en meublant une rêverie clinique...

A la suite de cette évocation naît, chez certains soignants, l'idée de le préparer à sa « retraite » : les maisons de retraite n'acceptent pas les personnes attachées la nuit, donc on va essayer de le détacher progressivement, essayer de l'amener au repas dans la salle à manger, peut-être de le sortir... Un sacré challenge... Issu des théories éducatives et comportementalistes : constat de départ, objectif repéré et mise en place d'actions qui doivent normalement nous amener à atteindre l'objectif. Le hic, c'est que cela a déjà été tenté plusieurs fois et que ces actions se sont toujours soldées par un échec... Mais le détachement progressif, proposé en acte, a produit à mon insu un attachement ou du moins une attention portée par ma rêverie interne à cet homme si énigmatique à mes yeux (son regard ne croisait peu ou jamais le mien)

Je laisse vivre ce postulat, son aspect un peu magique et ces actions concomitantes (Pourquoi m'opposerais-je à cette action de l'équipe même, si je l'avoue, je reste dubitatif... ?), Mais je vois le problème à l'envers, je m'engage ailleurs : plutôt que d'aménager un quotidien devant l'amener à, je me dis que peut-être et plutôt que d'avoir des velléités de sortie, essayons plutôt de nous confronter à son intérieur, de nous rapprocher de cet être reclus dans ses appartements. De manière instinctive, je me demande comment établir un contact avec cet être de silence et de cris (Cherchons voir ce qu'il en est ?)

Cela fermente en moi, aidé en cela par le travail au cours des réunions cliniques, fait de repérages, de mise en mots et de sens à donner, une forme de transpiration clinique pour ne garder que le jus originel...

Ce monsieur ne veut pas sortir de sa chambre, prenons acte... Changeons d'angle de vue : Accepterait-il que l'on rentre dans son espace..., dans sa chambre ? On peut essayer bien sûr mais pour y faire quoi ? Il est important que cette intrusion soit la moins agressive possible, ne pas être dans le « vouloir » mais dans une sorte de rencontre primaire, non persécutoire ou du moins la moins persécutoire possible...

C'est à ce moment-là que me vient l'idée d'aller dans sa chambre, lire le journal du jour et « partager » un café et ceci les jeudis après la réunion clinique... ? HC ne s'inscrivant pas dans une communication parlée, il n'en est pas moins indispensable de lui signifier notre projet... S'adresser à lui, c'est déjà l'identifier : je lui propose donc mon projet en mots et en gestes lui expliquant qu'il a toujours la possibilité de refuser cette

présence par ses cris ou ces gestes en me « mettant dehors », « en dehors de la chambre », « en dehors de lui »...Comprenez qui pourra !

A défaut de décrire son intériorité on peut parler de son intérieur, sa chambre : petite pièce de 15 m² environ, un lit central, une fenêtre plein nord avec, devant celle-ci une table et une chaise de facture très sobre où il se tenait tout au long de la journée. Un fauteuil de l'autre côté du lit, celui-là même qui accueillit mon séant tout au long de ce travail. Pas de décoration : plus dépouillé que cela tu meurs, même un moine cistercien se serait trouvé dans le dénuement.

Il y eut une première fois : me rendant dans sa chambre avec le journal, un plateau et deux tasses de café. Son lit nous séparait, lui dans son fauteuil près de la fenêtre avec des mouvements de tête les yeux tantôt rivés sur moi tantôt sur sa tasse de café...Inquiet ? Impatient ? Le journal et le café faisaient tiers dans cette « cellule » et me permettaient de cohabiter. Ces deux éléments, apportés par mes soins, délimitaient d'emblée, nos deux mondes afin de cohabiter ensemble pour ne créer qu'un espace partagé, au moins un instant, furtif, furtif ?

J'aime autant vous dire que les premières fois furent rapides, je n'avais pas commencé à lire la page des sports que déjà il grognait après avoir avalé son café... C'était le signal et je sortais ! Il est important de rappeler que cela s'est mis en place avec une attention réciproque, de son monde et aussi du mien afin d'être à son écoute et à son acceptation de mon « effraction »

Les premières séances n'atteignaient pas les cinq minutes et je finissais la page des sports au bureau infirmier...

Malgré ce bref instant, je crois que je lui donnais la possibilité d'exister : en m'enjoignant de sortir par ses cris ou ses gestes à mon encontre qui me « mettaient dehors, en dehors, en dehors de lui ».

Une façon de l'approcher à distance. Tout en existant moi-même... Dès les premières séances, malgré la rapidité de celles-ci, je savais que j'avais touché au but... partager quelque chose avec Monsieur HC

Un peu de vie dans cette solitude. J'avais créé l'instant, le moment, la façon de m'approcher de lui et encore plus sa façon de pouvoir y répondre (Picasso disait : « je ne cherche pas, je trouve ») et je savais à cet instant là que nous étions dans la possibilité de nous rencontrer...

« Si l'enfant est le père de l'Homme » comme dit le poète, je permettais à l'enfant abandonné qu'était HC de m'adopter pas à pas. Je me contentais de ce minimum : une humble présence à ses côtés.

Ils nous faudrait du temps, nous nous engageons dans une aventure dont on ne savait pas quelle en serait la durée...ni si l'on arriverait quelque part (« Expliques moi, papa, c'est quand qu'on va où ? ») Ce refrain de Renaud surgit, trotte dans ma tête

Une naissance, une renaissance ?...

Parallèlement à ma démarche, les autres soignants s'attachèrent à une tâche, une action plus pragmatique. Les maisons de retraite n'acceptaient pas de personnes violentes ou attachées la nuit.... Aussi, conjointement à ma démarche, ils se sont attachés à détacher Monsieur. L'équipe a transformé son regard et sa pratique auprès de Mr HC dans une clinique non protocolisée...

Alors, tout doux, je vous vois venir : simple comme bonjour, on détache et emballé c'est pesé...

Bien sûr que non, il a fallu du temps, une approche attentive, par étapes... Ce fut une alèze à la place de la ceinture de contention...une serviette à la place de l'alèze, un mouchoir, nous avons tenté d'aller à un lien symbolique et il accepta petit à petit de se libérer de ses liens...dans une forme de confiance à l'autre que l'on ne lui connaissait pas.

Ce furent des actions et un accompagnement au long cours, nous ne parlons pas de semaines, de mois mais d'années (damnés) Dans ma mémoire HC fut libre de tout mouvement la nuit, sans raptus agressif, deux ans après le début de la première réflexion et action sur cette « retraite »

Dans le même temps, j'allais à sa rencontre ou plutôt à la rencontre de ses limites, comme décrit ci avant et cela marcha dans le bon sens. Je restais plus longtemps avant qu'il ne se manifeste : ce furent 10 minutes puis un quart d'heure puis 45 minutes... Je crois qu'une forme de confiance s'était installée.

Mais encore, cela nous prit deux ans, que de constance nous fallut-il, pour faire vivre cette rencontre, remettre cent fois l'ouvrage sur le métier (à tisser, comme on tisse une relation, de la même façon que l'on tisse une tapisserie...par petit bout dans le respect du reste de l'ouvrage...). Il y eut des variantes, au bout de quelques temps un tiers- soignant (Françoise) venait nous servir le café... Je peux vous dire que j'arrivais à lire la page des sports et les actualités locales, régionales !

Qu'est ce qui tenait cette prise en charge multiforme : L'équipe infirmière dans sa compréhension de la problématique et dans sa détermination apaisée...

La réunion du Jeudi était capitale pour nous ressourcer avec des mots, ne pas perdre le sens, prendre patience, continuer en toute simplicité et poursuivre à l'acceptation de Mr HC.

Qu'avons-nous appris de ces temps d'échange :

1 : HC ne guérissait pas, il s'adaptait et ressentait moins de danger à entrer en relation. Nous pactisions et faisons alliance avec lui.

2 : Prendre en compte la notion de temps qui va à l'encontre de ce que nous proposaient la société et donc le soin aussi, prendre son temps, laisser du temps au temps alors que tout nous indique le contraire. Il faudrait

soigner et guérir, avant d'être malade et je ne parle pas bien sûr de prévention primaire. Ne pas toujours vouloir mais plutôt accepter. Le temps de la prise en charge dans ces cas de psychose , est long et malheureusement, nous avons de moins en moins de temps ainsi que de personnels formés à ces populations.

3 : Le Psychotique Déficitaire Grave se construit sur le clivage du moi et accepte l'altérité dans sa fonctionnalité. Muré dans son monde, son « intérieur » ,Mr HC a sans doute construit l'émergence de son moi et une forme d'acceptation de l'altérité...

4 : De toute puissance, nous ne serons !!

5 : Nos actes ne mendieront pas la vérité

6 : Notre blessure narcissique, nous ne projetterons

7 : Prenons soin de nous et nous serons en mesure de prendre soin de l'autre !

Par l'exemple. Une journée, j'arrivais au travail (hé oui, cela s'appelle aussi comme ça...) à 13h00. Petite digression: travail vient du latin tripalium qui signifie, instrument de torture... Je ne peux m'empêcher de citer P Desproges : « Si il y a une médecine du travail, c'est bien parce que le travail est une maladie... » J'entends les rituels habituels. Je me mets en « bleu de travail », je rentre dans le service et un certain nombre de patients étaient dehors. Je me souviens, ce devait être le printemps, il faisait beau, mais pas trop chaud. Je trouvais cette situation originale et déconnectée des us du service, je trouvais enfin un peu de vie... Puis tout à coup, je vis Monsieur HC parmi eux !?! Mon sang et mon sens ne firent qu'un tour !!

Que faisait-il dehors, alors que l'on est en plein travail sur le dedans !!! Quel(le) était l'abruti ou les... qui avaient concocté cette initiative !?!? Qui avait osé !?!? Qui foutait tout en l'air (en plein air) le travail méticuleux du dedans. Sans m'en avoir parlé, sans en référer à la réunion d'équipe ou pendant la sacro-sainte relève de 13h00...

Pourquoi pareille initiative ?!

Du calme, me dis-je, je n'étais pas un perdreau de l'année et si la vision de l'instant existait, c'est que HC avait donné son accord... De plus, il ne semblait pas plus perturbé que cela... Il ne donnait pas de signes de mal-être...

Alors, même si je rongais encore mon os, j'admis que quelqu'un d'autre pouvait faire quelque chose « d'autre » avec ce monsieur. Une autre action avec HC... Je suis passé de la surprise à une tolérance et une acceptation d'accompagnement « autre ».

Mr HC ne m'appartenait pas !

Je croyais à une erreur de scénario mais c'était l'inverse qu'il fallait retenir : HC s'ouvrait...avec moi... mais aussi avec d'autres !

Après réflexion je comparais le parcours de ce monsieur et par extension celui du psychotique, à des plots d'un jardin japonais sur lequel le patient avançait avec différentes personnes, différents objets d'investissement, devrais-je dire. Car la fonctionnalité de la personne, son intérêt parcellaire est plus important que la personne dans sa globalité...Le psychotique est quelque part un opportuniste... Avec ses aspects positifs et ceux beaucoup moins glorieux (Ce n'est pas que l'apanage du psychotique, d'ailleurs, mais il est ici, un autre débat...).

J'aurais aimé être LE plot, mais ils y en avaient d'autres et c'est sur cette richesse que se construit l'évolution de ce monsieur. Un plot par ci, un plot par- là, un plot avec Michel, un plot avec Hippolyte, avec Christiane, Denis, Jean Paul etc, etc ...

Un jour, je voulus vérifier cette théorie, sa construction multiforme qui se mettait en place, je lui proposais donc de sortir avec moi et que croyez- vous qu'il fit ?... Il refusa ! Bien évidemment.

« Voici venu le temps

Des rires et des chants,

Dans l'île aux enfants

C'est tous les jours le printemps

C'est le pays joyeux

Des enfants heureux,

Des monstres gentils,

Oui c'est un paradis »

Bien sûr rien ne fut lisse, il y eut des débats animés au sein de l'équipe pluridisciplinaire, des « prises de bec », des discussions par trop passionnées en certaines circonstances. L'individualité s'exprimait et rencontrait d'autres individualités mais, et c'est à noter, il n'y eut pas de scission. Nous respectons les singularités de chacun, ses actes, ses convictions et ses idées car nous avons un but et des objectifs communs : Celui d'emmener ce monsieur dans une maison de retraite avec des comportements psychotiques apaisés propre à être accueillis dans une structure de « normalité »

Le travail continua avec en parallèle trois grandes directions : La première, dans son intérieur, dans un travail d'apaisement et de cohabitation, la deuxième prenant souci de le détacher la nuit et la troisième, de l'accompagner en dehors de sa chambre prendre ses repas, bref sortir....

Deux ans plus tard , HC m'acceptait sans problèmes comportementaux, pendant une heure au moins. Il mangeait au réfectoire en compagnie de ses copains de régiment et il n'était plus attaché (même symboliquement) la nuit et pouvait sortir du service, certes, de façon homéopathique...

Mon contrat dans le service prenait fin et j'allais vaquer à d'autres travaux, d'autres prises en charge dans une autre unité de soins . Le travail était commencé depuis deux ans. La machine était lancée et je donnais les clés du camion à un jeune diplômé qui venait d'être nommé dans cette unité de soins . Je l'avais « choisi » car, à son arrivée, il montra tout de suite de l'intérêt pour ce travail. En collaboration avec l'équipe et un travail de passage de témoin en réunion, il continua à se rendre dans la chambre de Mr HC... Je n'ai pas de souvenir que ce relais fut difficile, il coula de source...

J'avais pensé à un nouvel infirmier aussi parce que le reste de l'équipe était impliquée dans la socialisation du patient avec leurs tâches « éducatives » et il n'était pas possible au regard de notre connaissance de ce patient, ils ne pouvaient être dedans alors même qu'ils travaillaient sur le dehors...

Comme un grand seigneur, je pouvais partir avec le sens du devoir accompli et avec la certitude que ce qui avait été planté continuerait à germer. Et je fantasmais aisément une possible mutation dans une maison de retraite

A l'aube de mon départ, on peut faire une remarque. Il est plus difficile à un soignant de quitter un patient avec l'accompagnement que l'on a accompli, l'investissement personnel que l'on y a mis. Il est bien sur important de ne pas omettre l'investissement du patient.

C'est une part de nous- même que l'on va devoir laisser. Un deuil qu'il me faudra faire : « partir, c'est mourir un peu » Mais ce sont aussi les deuils qui nous « font » ! nous aident à avancer, à grandir, à devenir.... Tout comme le patient qui fera avec ce deuil et qui, on peut le penser (au vu de cette narration, le résultat est probant) rencontrera un autre individu...un autre inconscient...

Environ un an après mon départ, je reçus un message intranet me disant : « Merci monsieur l'infirmier de votre travail, je voulais vous informer que je vais partir en maison de retraite à Mâcon et je tenais à vous le dire... »

C'était bien sûr le jeune infirmier qui paraphrasait le sentiment virtuel de HC. J'étais ravi, fier et je n'avais de cesse de parler de cette expérience au combien nourrissante !

« De temps en temps éclot une fleur qui suffit à notre bonheur »

Le temps a passé, le travail me menait ailleurs avec d'autres fonctions, d'autres alliances thérapeutiques, mais jamais je n'ai oublié ce monsieur... et tout ce qui l'entoura !

Une dizaine d'années plus tard, je retrouvais un collègue de travail, dans le cadre d'une rencontre privée, avec qui j'avais travaillé et fait aussi des formations. Il était maintenant cadre de santé à Mâcon, dans une maison de retraite. Encore une fois mon sang ne fit qu'un tour et j'évoquais ce patient et effectivement, il était pensionnaire dans ce lieu : « comment va-t-il ? » « Bien ! »

« Mais encore ? » « la semaine passée, je l'ai emmené chez le dentiste en privé , dans une voiture de service... » J'étais ébranlé !! Quelle avancée... Cela allait au-delà de ce que l'on aurait pu fantasmer quinze ans plus tôt. Imaginez Mr HC sortir dans la ville, monter dans une voiture, être client chez un dentiste, offrir sa bouche, ses dents, son intérieur intime...

Je peux vous dire que j'étais remonté à bloc par cette information, cela fait un bien fou au narcissisme de l'infirmier que j'étais, que l'on ne rencontre que rarement dans les suivis psychiatriques.

« We are the champions, we are the champions... »

Pas dupe pour autant, pas folle la guêpe... C'était le fruit d'un soutien multipolaire, éducatif et soignant , il n'y avait rien de magique. Monsieur HC n'était pas devenu un homme comme les autres, il s'en était rapproché. C'est la part du vivant qu'il avait au fond de lui qui s'était exprimé. Il était l'acteur principal de cette avancée, il ne faut jamais l'oublier... Le nier reviendrait à entretenir une relation objectale alors que HC est un homme parmi les autres, dans sa globalité... Il faut rappeler , ici, que le soignant n'est pas le soigné même si des processus d'identification se mettent en place... Le soignant ne doit pas voir l'autre comme un « autre lui-même... » HC a progressivement adopté ma présence et celles d'autres soignants.

Mais ces processus ne sont-ils pas à l'œuvre dans toute communauté humaine ?!

« Voilà, c'est fini, on a tant ressassé les mêmes théories, on a tellement tiré chacun de notre côté, que voilà c'est fini... »

Je n'ai plus de nouvelles récentes, Mr HC doit être âgé de 80 ans, peut-être qu'il est mort.

En tout cas, j'éprouve énormément de sympathie pour cet homme de notre race, la race des humains.

Michel Mayer

Je remercie pour leur précieuse aide, Mr Christian Lux, psychologue et Mlle Michelle Bordat, infirmière.

[\[L1\]](#)