

« Jusqu'au moment où les veines même des banquettes se fatiguent d'eux »

La nuit est tranquillement tombée sur les Cassouesses, un charmant lieu-dit entre Haute-Garonne et Gers. Novembre épuise les jours qui commencent à se recroqueviller. Dans l'ancienne ferme rénovée, une douce lumière, indirecte, baigne briques foraines, torchis et tomettes. Ce pourrait être le début d'une veillée. Au centre du salon traversant, une table basse est chargée de victuailles. Des tapas. Chacun a apporté de quoi se sustenter et l'a posé sur la table. Nous sommes huit. Tous membres de l'association serpsy (Soin Etudes et Recherche en PSYchiatry)¹. Chaque mois, nous nous réunissons « *chez les Marie* » pour évoquer le soin, en réfléchir la clinique et contribuer à l'enrichir. Alain, un cadre de santé à la retraite, visiteur de prison enthousiaste, Alexandre un jeune infirmier qui poursuit des études de psychologie tout en travaillant, Coline, son épouse elle-même infirmière et toute jeune mère, Béatrice, une infirmière qui exerce auprès d'adolescents en Ariège, Marie, une infirmière militante, aujourd'hui retraitée, une des fondatrices de l'association, qui continue à agir dans l'humanitaire, Claire, une infirmière qui vient de réussir son master 2 de psychologie, Anne-Marie, cadre-infirmier retraitée, également co-fondatrice de l'association, qui gère le site serpsy, et moi-même, invité aux agapes. Chacun a également préparé des nourritures plus cliniques. La consigne pour cette réunion était de faire le récit d'une des situations les plus difficiles affrontées dans sa carrière. Tous ont convoqué un moment délicat et douloureux de leur vie professionnelle voire personnelle. Les convives racontent des histoires qui remontent parfois à plus de trente ans. Chacun a écrit un texte qu'il partage avec le groupe. Les lectures ne sont pas fluides. Bégaiements, lapsus et légers tremblements des lèvres viennent attester que ces situations se conjuguent aussi au présent. Un présent qui n'est pas encore un passé. Comme une parenthèse dans le temps. Un temps arrêté. Les émotions sont encore à fleur de peau. Quelque chose a fait événement. Quelque chose qui fait que tout se précipite, s'accélère, se contracte ou se dilate.

Nombre de ces situations mettent l'accent sur l'hétéro-agressivité : un adolescent qui s'agite et veut en massacrer un autre malgré l'infirmière qui le contient, une infirmière qui se fait violemment agresser par un patient délirant lors d'une visite à domicile, etc. Pour ma part, j'ai raconté les angoisses ressenties lorsqu'arrivé dans la chambre d'une patiente qui se jette par la fenêtre, je n'ai eu que le temps de lui agripper les jambes. Temps suspendu. L'impression que ça dure des heures. La lâcher et la laisser se scratcher deux étages plus bas ou tenir et tomber avec elle, entraîné par son poids. Les récits sont plus ou moins aboutis, les contextes décrits. C'est un moment de partage où chacun apporte une histoire où il n'a pas forcément le beau rôle, où des émotions telles que la peur, la colère ou la culpabilité sont au premier plan dans un lieu convivial à distance des lieux de soin, où l'on est entre soi. Ces histoires racontent aussi des lieux, des murs, des couloirs, des fenêtres, des studios qui font office de frontières à ne pas franchir. Ce sont des limites à ...

Un projet de soin virtuel ?

Le récit d'Alexandre m'a arrêté et amené à me poser des questions qui sont au centre de cette réflexion. Je vais donc le reprendre avec son autorisation. La forme en est relativement brute. Il n'était pas destiné à être publié. Le texte est brut dans le sens où il nous permet d'observer une série d'interactions soignants/soignés qui mène à une contention. Cette séquence a pour cadre

¹ Voir site serpsy.org

une institution qui fabrique autant la séquence et son épilogue que les propos et les mouvements de Michel, d'Alexandre et de ses collègues. Il ne s'agit pas ici de jeter l'opprobre sur les soignants ou sur l'institution mais de comprendre comment Michel se retrouve attaché dans sa chambre. Les soignants savent comment contenir un patient sans le « fixer » voire sans l'isoler. Dans cette séquence, ce savoir-là n'a pas été opérant, c'est en cela qu'elle nous intéresse et qu'elle nous enseigne.

« *Michel est maniaque.* »

Il est hospitalisé au P.A.J.A. (Pavillon d'Admission pour Jeunes Adultes). Une unité d'hospitalisation complète de 12 lits, intersectorielle (avec un recrutement sur l'ensemble de la Haute-Garonne). Cette unité a pour objectif de permettre à des jeunes de 16 à 25 ans, « *primo-requérants* », d'avoir accès à des soins spécifiques « *associant des prises en charge individuelles à des activités de groupe à visée thérapeutique et psycho-éducative, ainsi qu'un accompagnement familial* ». ² Des prises en charge individuelles, des activités de groupe à visée thérapeutiques et psychoéducatives, on imagine un soin de qualité qui repose sur des soignants expérimentés, formés à l'E.T.P. (Education Thérapeutique du Patient), aux techniques de médiation et aux thérapies familiales. Douze lits, cela semblera peu à ceux qui connaissent les effectifs de psychiatrie d'adultes, mais dans une unité qui accueille des adolescents, c'est beaucoup voire considérable.

Michel est maniaque donc. « *Entré en P.A.J.A. en C.I. : pourquoi en C.I. ? Je n'étais pas là.* » Il est maniaque et il entre directement en Chambre d'isolement dans ce lieu qui est censé mettre « *en place un projet de soins personnalisé pour chaque patient en coordination avec les services de psychiatrie adulte publics, privés et associatifs* ». ³ D'emblée, on sent que quelque chose ne va pas. Quelque chose n'est pas à sa place : Michel ou la chambre d'isolement. Au « *Qu'est-ce que je fous là ?* » de Oury et Tosquelles aurait pu/dû (?) succéder le « *Qu'est-ce que Michel fout dans cette chambre d'isolement ?* » Comment cette chambre d'isolement peut-elle cohabiter avec ces activités de groupe, ces prises en charge individuelles, ces séances d'éducation thérapeutique qui visent à permettre au sujet d'être acteur de ces soins ? Sommes-nous face à un impensé ? A l'énoncé d'un projet qui fait joli sur l'écran mais qui se garde bien de décrire la réalité des pratiques réelles ? Un projet de soin virtuel ? On ne sait pas. On peut en tout cas se dire que si l'on ne sait pas pourquoi un patient entre en isolement, on ne saura pas quand il doit en sortir. Quant à la légitimité de la mesure !

Evidemment, c'est moi qui interroge à partir de l'écrit d'Alexandre qui n'est pas là pour répondre à mes remarques. Il faut faire la part des choses.

« *J'ai fait sa connaissance quelques jours après son arrivée, lorsque nous sommes allés le chercher au PAJA. Il avait défoncé le luminaire dans la C.I du PAJA, avait rejoint l'unité d'accueil crise 1 ou 2 jours, le temps des réparations.* »

Au boulot !

En dehors d'être maniaque, de nécessiter un séjour en isolement et de défoncer les luminaires, comment est-il ce Michel ?

« *Très fou, perdu dans son délire mégalomanie. Il fait des fausses reconnaissances de partout. Parle, pense vite, se raccroche à tout ce qu'il voit, tout ce qu'il croise et se disperse. Il le dit : il a méga la pêche et nous trouve un peu lent. Au boulot !*

Persuadé d'être le directeur de l'hôpital, convaincu qu'il a des millions sur son compte en banque, pense que sa mère le spolie, il s'adresse à nous comme si nous étions ses employés, genre chef de

² Voir Site du CHS Gérard Marchant.

³ Le Pavillon d'Admission pour Jeunes Adultes, Centre Hospitalier Gérard Marchant, Site Internet consulté le 25/09/2017.

chantier pas commode. »

La description clinique est rapide, du genre de celle qu'on transmet aux collègues lors de la relève. Nous sommes entre nous. Alexandre ne prend pas de gants, il ne finasse pas. C'est du brut. C'est écrit comme ça vient. Au diable le sujet des verbes. Une écriture télégraphique qui va au plus vite. Comme Michel ? Pas le temps. Pas le temps de se poser pour une lecture clinique des troubles. Vite.

« Il est méfiant depuis quelques jours. On lui ment. Air un peu simplet, genre bourrin premier de mêlée qui suit son idée et fonce dans le tas –si tas il y a sur sa route. Le tas c'est mes deux collègues et moi et la route c'est l'entrebâillement de la porte de la chambre d'iso. Il fait du rugby. »

L'appréhension d'Alexandre (et de ses deux collègues) est perceptible. Il fait du rugby. Comme certains du karaté ou du kung-fu ? Le rugby, c'est local. Au moins, en temps normal Michel est-il investi dans une vie communautaire. Le rugby, après tout ça se partage. Ça induit une rythmicité à défaut d'une temporalité, pas simplement une férocité. Les troisième mi-temps, les cartons jaune et rouge, les en avant, des essais. Il y a même des arbitres. Pas que des mêlées. Une culture sur laquelle on devrait pouvoir compter si on se donnait du temps. Dans une séquence de soin « normale », les infirmiers du P.A.J.A. auraient sûrement fait du rugby leur allié. Nous sommes à Toulouse et le T.F.C. est une institution, un lien. Ils s'en seraient probablement servis pour faire diversion. Evoquer les résultats du week-end. Amener un autre fil d'idée chez ce patient qui pense à mille à l'heure. Là non.

« Fin d'après-midi. Il sort fumer dans le petit jardin de la CI ; il rentre en CI puis... Il décide qu'il sort ce jour. Il s'engage, marche droit devant, je suis devant et je bloque le passage, je m'écarte et pose mon bras en barrière sur son torse ; il me regarde genre : tu comptes vraiment m'arrêter là ? Il me dit de ne pas le toucher. J'accompagne son passage en écartant progressivement mon bras. Il se retrouve dans le sas, puis sort dans le couloir du service.

Souvenir que ça y est, il est géographiquement dans la zone rouge ; il n'a pas le droit d'être là ; plus à sa place ; comme une fuite dans un circuit.

Il se dirige vers le fond du couloir coté chambre, teste la porte vitrée, fermée ; demi-tour ; on le suit de près de loin. On lui demande de retourner en chambre, sans y croire.

Mon collègue me regarde genre : je donne l'alarme Dati⁴ ? Oui. Mon autre collègue va appeler la cavalerie au téléphone. » Michel transgresse, il investit un espace interdit où il n'a pas le droit d'être. Zone rouge. Il est sorti de ses 22 mètres. Normalement on a le choix : coup de renvoi aux 22 ou mêlée à l'endroit où le ballon a été frappé. Avec un Michel en état maniaque, est-ce que ça pourrait marcher ? Les collègues usent d'une autre métaphore. Fuite dans un circuit. Michel n'est plus à la place qui lui est assignée. Dans ce lieu, quand on est en chambre d'isolement, on ne circule pas. Point.

« Rendre comme une île »

Etymologiquement, d'où nous vient cette expression de chambre d'isolement ?

Le mot *isolement* vient de l'italien *isolato*. C'est un terme d'architecture qui signifie « *séparé comme une île* », il décrit un groupe de bâtiments, un pâté de maisons à l'écart. Selon Littré, isoler c'est « *rendre comme une île, séparer de tous côtés* », au sens figuré c'est « *ôter à quelqu'un ses relations* »⁵. L'exiler ?

La chambre d'isolement est la forme « *moderne* » de « *l'isolement cellulaire* ». Le mot cellule vient du latin « *cellula* » de « *cella* » chambre, c'est une petite pièce isolée où l'on est seul. Le

⁴ Dispositif d'appel du Travailleur Isolé (D.A.T.I.). Le dispositif s'impose dans les lieux de soins psychiatriques après le double assassinat de Pau. Il en existe plusieurs versions qui ont toutes en commun d'appeler des collègues à l'aide en cas de difficultés.

⁵ LITTRÉ (E), Dictionnaire de la langue française.

mot « chambre », plus ancien vient du grec « kamara » (chambre voûtée, toit) devenu « camera » en latin. Il commence par décrire une pièce quelconque d'habitation puis la pièce où l'on couche.

Autrement dit, une chambre d'isolement, pour la langue, c'est un pléonasme. Tous les mots liés à l'isolement paraissent saturés de sens, comme si, ainsi que l'indique Jean-Michel Jamet⁶ l'isolement représentait un enfermement dans l'enfermement, un enfermement au carré. Aujourd'hui, ça ne suffit plus, il faut encore que les patients trop turbulents soient attachés, rivés par des sangles à leur lit, fixés comme l'écrit Alexandre un peu plus loin. Que ces « demeurés » ne bougent plus ! Qu'ils ne se manifestent plus comme une foule en désordre qui crée de l'agitation. Qu'ils s'accordent avec la temporalité institutionnelle. Revenons au récit d'Alexandre.

Comme intuitivement

Le Dati (Dispositif d'Appel du Travailleur Isolé) est déclenché. Dans ce système, c'est le travailleur qui est isolé pas le patient.⁷ A moins qu'ils ne le soient chacun d'une façon différente. Deux îles qui dérivent en parallèle et ne se rejoignent jamais. La cavalerie est appelée. Arrivera-t-elle à temps pour sauver le scalp des deux infirmiers ?

« Nous restons deux à le suivre. C'est calme comme une eau qui dort ; il tourne dans le service comme faisant le tour du propriétaire ; tant que personne ne cherche à le bloquer, l'eau s'écoule. Il revient vers la zone jour⁸ et passe devant l'entrée du service sans s'y engager, service ouvert. Il va faire un tour dans le réfectoire, teste les portes, la plupart fermées (cuisine, salle du personnel).

Il croise le groupe de patients qui le saluent ; je crois me souvenir qu'ils le rappellent à la raison ; on leur demande de rejoindre leur chambre. Ils n'ont pas l'air rassuré. » Michel est un flux liquide qui s'écoule. Il suffirait de le canaliser. Notons au passage que le groupe de patients tente de l'apaiser, d'arrêter sa découverte des lieux qui n'ont probablement pas pu lui être présentés. Qu'ils rejoignent leur chambre !

A Marchant, dans de nombreuses unités de soin, les espaces d'hospitalisation sont divisés en zone « jour » où dorment et circulent les patients qui ont consenti à être hospitalisés et zone « nuit » où sont regroupés les patients en hospitalisation sous contrainte. *Jour* et *nuit* ne décrivent plus l'alternance circadienne mais le mode d'hospitalisation des patients, leur capacité à consentir aux soins et probablement un potentiel de passage à l'acte voire de dangerosité.

Un espace divisé en jour et nuit n'est-ce pas pain béni pour un patient en état maniaque qui lutte et lutte contre le sommeil confondant l'un et l'autre ? Michel ne franchit pas cette frontière. Il n'essaie même pas. Il reste côté nuit. Cliniquement, est-ce que ça pourrait constituer un indice ?

« Michel finit par s'asseoir sur un fauteuil face à l'entrée du service. Il dit qu'il ne retournera jamais en CI. Ça sonne ferme et définitif dans sa bouche. Tout au long de cette déambulation : je me dis, il faut le maintenir dans la limite du raisonnable mais je prie pour qu'il n'aille pas trop loin parce que mon collègue et moi, on ne peut pas physiquement l'arrêter ; ça j'en suis sûr. »

Le maintenir dans la limite du raisonnable. Ça pourrait être un objectif de soin. On pourrait

⁶ JAMET (J-M), *La praxis infirmière : essai de théorisation*, in Polygone n°13, 4^{ème} trimestre 1994, C.H. Paul Guiraud.

⁷ Impossible dans ce contexte de ne pas penser au gag récurrent dans la bande dessinée *Astérix et Obélix*. Le dessin montre une troupe d'une quinzaine de légionnaires tous éclopés, manifestement ils viennent d'être rossés d'importance. Ils répondent invariablement au centurion qu'ils se sont fait attaquer par une troupe de deux gaulois, le gros et le petit. Ils n'ont rien pu faire.

⁸ A Marchant, dans de nombreuses unités, les espaces d'hospitalisation sont divisés en zone jour où dorment et circulent les patients qui ont consenti à être hospitalisés et zone nuit où sont regroupés les patients en hospitalisation sous contrainte. Michel ne franchit pas cette frontière.

l'inverser également en pensant à une limite du déraisonnable. La raison occupe beaucoup de place dans cette séquence. Beaucoup trop peut-être. Que fait Michel ? Il s'assoit dans un fauteuil face à la porte. Il dit qu'il ne retournera pas en chambre d'isolement. Bien. Il est certain que plus on voudra l'y contraindre plus on le renforcera dans cette idée. Il faudrait « rouler avec la résistance » comme disent les systémiciens. Malgré leurs craintes, jusqu'ici c'est ce que font les soignants. L'appréhension gagne peu à peu Alexandre et ses collègues. Elle devient certitude. Ils ne pourront pas l'arrêter physiquement. C'est sûr. C'est aussi ferme et définitif que le refus de la chambre d'isolement. Les soignants sont plongés, immergés dans la situation. En réalité, ils n'ont à l'arrêter que psychiquement, le reste suivrait. C'est Michel qui définit la situation. Il en est le maître. On ne pourra pas le plaquer. Les soignants commencent petit à petit à déserrer leur position.

« Et lorsque l'agent de sécurité arrive. La pression retombe un peu pour moi. S'il déconne trop, il saura le bloquer avec nous. Sans échanger plus qu'un « bonjour », il se poste et attend avec nous ; on est autour de Michel. D'autres collègues arrivent, idem, peu de mots échangés.

Michel se lève et cette fois se dirige droit vers l'extérieur. On l'encadre sans le toucher, on le ramène dans l'autre sens en suggérant un couloir humain interdisant la sortie. Drôle de danse. Toujours cette distance, 1m environ autour de lui depuis qu'il a franchi la porte de la CI. Chacun sait comme intuitivement que si on le touche ou pire, si on l'attrape, si on le bloque, c'est définitif ; ça partira en pugilat, et on n'aura plus le droit de le lâcher. Il faudra le fixer. » Autrement dit l'attacher. Michel suit le couloir ; il dit en s'adressant successivement à chacun de nous : « Toi, t'es viré ! », « Toi aussi, viré ! », « Viré ». » Des mots. Les mots de Michel qui s'opposent au peu de mots échangés entre les renforts et l'équipe. On sait. Intuitivement. Pas besoin de réflexion clinique pour savoir que ce jeune homme qui est en chambre d'isolement, sûrement à raison, ne doit pas être touché, attrapé, bloqué. Sinon, gare ! Lui parler ? Echanger quelques mots ? Est-ce que ça équivaldrait à le toucher ? Au rugby, fixer un adversaire consiste à l'inciter à nous plaquer afin de libérer un espace pour un partenaire auquel on transmet le ballon. Mais quand même, comment ne pas voir que Michel a attendu la cavalerie pour se lever et se diriger vers l'extérieur, comme s'il ne le faisait qu'une fois certain qu'il en serait empêché. Qu'auraient fait les soignants si plutôt que s'asseoir sur le fauteuil, il s'était rué, la tête en avant, vers la sortie ? La pression, cette pression dont l'arrivée de l'agent de sécurité allège Alexandre, est peut-être la pire ennemie du soignant confronté à ce type de situation.

« On va pas le laisser attaché toute la nuit ? »

« Puis il s'arrête, dit qu'il ne retournera plus en CI. Il cherche à retourner vers la sortie. On l'attrape par les bras et on le ramène par la force dans la CI. Il se débat physiquement mais sans agressivité dirigée. On l'allonge sur le lit, on le maintient, on le fixe au lit. Une fois allongé et maintenu par nous, il ne se débat plus. Je me poste au niveau de sa tête ; je lui explique comme à un enfant : qu'on l'attache, que c'est provisoire, que ce n'est pas pour le punir, que c'est pour éviter qu'il ne nous fasse du mal, qu'il ne se fasse du mal ; je répète que c'est provisoire ; qu'il va prendre un traitement si besoin pour se poser. Je me rappelle que je vais chercher un gant et je lui caresse la tête avec le gant humide en lui parlant ; il fait très chaud. Impression d'un enfant. On lui propose à boire. Tentative de le coucouner au maximum tout en l'attachant. » Les soignants ont touché Michel. Le pugilat annoncé n'a pas eu lieu. Une parole devient alors possible, celle d'Alexandre qui réussit à expliquer, à contenir avec des mots celui qui est contenu avec une (des ?) sangles. Il humidifie son visage et sa tête avec un gant. Le bourrin, le canasson sans finesse est devenu un enfant. On peut le cocooner, enfin, tout en l'attachant. Patraux ? (Je garde mon lapsus d'écriture). Michel reprend figure humaine et suscite une certaine empathie. On se rapproche de lui à le toucher sans crainte.

« Une fois attaché, Michel pleure et gémit ; il nous supplie de ne pas le laisser attaché, de le

détacher ; il nous promet qu'il ne fera de mal à personne.

Je suis frappé par l'ampleur de sa réaction mais je ne ressens pas de compassion à ce moment-là ; en écrivant je trouve ça bizarre et coupable. Je ne m'y attendais pas. Je caresse encore ses cheveux et tente de le rassurer ; on est là, on est avec lui. Eau, brumisateuse, gant humide, traitement si besoin qu'il prend par os. Impression en sortant d'avoir bien bordé Michel. Satisfait de ça. On sort avec la promesse d'un retour dans 5mn avec une clope. Puis le dîner. On détache une main. » La crise semble passée. Michel pleure et gémit. La séquence a-t-elle agi comme une catharsis ?

« Plus tard l'interne de garde passe. Il le voit, Michel le supplie de le détacher. Dans le bureau, il me dit : « On va pas le laisser attaché toute la nuit ? »

Je réponds : « Ben, je pense que si ! »

Il prescrit. »

Jour, nuit, attaché, fixé toute la nuit. On promet de revenir dans cinq minutes pour une clope. On détache une main pour qu'il puisse manger. Vous avez déjà mangé juste avec une main ? Fallait pas vous agiter.

Au moment où se produit la séquence décrite par Alexandre la loi du 26 janvier 2016 n'a pas encore été votée. Rappelons que son article 1 stipule que : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. [...]* »⁹ Il n'est donc pas possible de l'opposer à Alexandre et à ses collègues. Il n'empêche qu'en termes de dernier recours, ce serait un peu juste. L'isolement et la contention sont, à cette époque régie par les recommandations de la H.A.S qui prévoient isolement et contention en cas d'urgence, ce qu'Alexandre décrit à travers un certain nombre de prismes qui peuvent et doivent être discutés cliniquement à défaut de l'être en termes d'éthique. La contention doit être validée dans l'heure qui suit par un médecin qui la prescrit ou non. On se rend bien compte qu'il s'est écoulé largement plus qu'une heure entre le moment où Michel est fixé et l'arrivée de l'interne de garde. Qui prescrit quoi ? La réalité de la prescription médicale est ici très relative. L'interne ne fait que passer alors qu'il devait être appelé, qu'il devait mener un véritable entretien pour déterminer si la mesure était adaptée à l'état du patient. Il « voit » Michel. Dans cette histoire, le « voir » a pris le dessus sur l'écoute. Un certain « voir » devrais-je préciser parce que la séquence peut être analysée d'une toute autre manière. A ce moment-là, pour l'équipe, il n'est plus question de cocooning. Ils sont encore dans l'action. Aucune empathie de leur part. Un peu de culpabilité de ne pas avoir éprouvé de compassion ? Quelque chose de bizarre et coupable. De la colère. De la peur qui apparaît dans l'après-coup du récit.

« Je me souviens m'être senti en colère contre cet interne ; m'être dit : viens t'en occuper toute la nuit ; vient et entre en CI ; J'ai pensé à mes 2 collègues de nuit et il m'a paru impératif que Michel soit attaché cette nuit.

Lors de cette déambulation dans le service, j'ai eu peur de Michel ; j'ai eu cette impression qu'il était fou et déconnecté de nous, de tout ; cette folie remontant crescendo depuis des jours, doublée de cette méfiance.

J'ai eu peur de lui, de sa masse déterminée.

Impression d'avoir pu l'aborder à nouveau une fois que les collègues renforts sont arrivés et à plus forte raison une fois qu'il a été fixé au lit.

Colère contre cet interne qui ne semble être que compassion, sans prendre en compte la complexité de la situation. La même que celle ressentie en lisant la pétition des 39 contre la contention. »

⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé, article L. 3222-5-1.

Alexandre est en colère. En colère contre l'interne, contre les « 39 ». Contre lui-même aussi. Comment ne pas s'en vouloir d'avoir eu peur, de ne pas avoir trouvé une autre manière de contenir toute cette folie qui remontait crescendo ?

En zone irritable

Dans un ouvrage qui fait l'éloge des frontières, Régis Debray énonce qu'il n'y a plus de limites à parce qu'il n'y a plus de limites *entre*. La frontière écrit-il est « *le bouclier des humbles, contre l'ultra-rapide, l'insaisissable et l'omniprésent. Ce sont les dépossédés qui ont intérêt à la démarcation franche et nette. Leur seul actif est leur territoire.* »¹⁰ On peut certes discuter ses arguments mais écoutons-les et voyons s'ils n'éclairent pas la séquence décrite par Alexandre. « *Les riches vont où ils veulent, à tire d'aile ; les pauvres vont où ils peuvent en ramant. Ceux qui ont la maîtrise des stocks (de têtes nucléaires, d'or et de devises, de savoirs et de brevets) peuvent jouer avec les flux, en devenant encore plus riches. Ceux qui n'ont rien en stock sont les jouets des flux. Le fort est fluide. Le faible n'a pour lui que son bercail, une religion imprenable, un dédale inoccupable, rizières, montagnes delta. Guerre asymétrique. Le prédateur déteste le rempart ; la proie aime bien.* »¹¹ Il va de soi que Michel qui se comporte comme un riche qui « vire » des soignants mal assurés de leur identité professionnelle est un pauvre. Il fait, cependant, son boulot de « maniaque » en allant chercher les soignants là où ils sont fragiles. L'administration les déplace comme des pions interchangeable. Un jour ici, demain là, à la faveur d'une énième restructuration qui transforme un secteur en pôle et les unités de ces pôles en unités intersectorielles qui accueillent forcément toute la misère psychique du monde mélangeant adolescents et jeunes adultes comme si les dynamiques psychiques à l'œuvre étaient les mêmes. Michel ne respecte pas les espaces, lieux, frontières. Il faut le fixer. Le bourrin parle, pense, hyperréagit à son environnement. Ce sont les symptômes habituels de l'état maniaque. Les « pauvres » soignants n'ont que leur corps à lui opposer. La clinique ne leur est d'aucun secours. Ils en sont dépossédés par les sachant : internes et autres 39 qui ne sont que compassion, ne peuvent apprécier la complexité des situations et ne mettent pas les pieds dans la chambre d'iso. La dialectique du « eux » et « nous » empêche de penser. Perd-on son temps à vouloir en gagner ? Il faudrait peut-être pouvoir le prendre ce temps. Accompagner. Déambuler avec Michel, lui parler, le border de mots.

« *Quand l'espace sans limite s'unifie au point de devenir tout entier zone frontière, alors le monde entier devient une zone irritable.* »¹² Chaque heurt devient un cri de colère, chaque désaccord un point d'honneur. « *On se cogne, on s'épie, on s'outrage, on prend feu pour un mot de trop. Le narcissisme des petites différences, exacerbé par la communication en temps réel, engendre des paranoïas éclair.* »¹³ Surveillance du vocabulaire, traçage du moindre geste, inscription sur l'ordinateur en temps réel. On ne peut plus accompagner la déambulation de Michel qu'à un mètre ce qui interdit tout échange un tant soit peu intime. Arrivé directement en C.I. quand a-t-il pu se familiariser avec une unité que nul ne lui a présenté et qu'il découvre, en direct, à la sortie de la chambre d'isolement ? Les soignants déniaient autant la réalité psychique que Michel lui-même, comme s'ils étaient les deux faces d'une même pièce.

Qu'est donc Michel, un maniaque, un prédateur, une bombe prête à exploser ? Un exilé de l'intérieur ? Un de ces voyageurs sans bagage qui « *viennent de tous les angles de l'exil* ». ¹⁴ « *Ils*

¹⁰ DEBRAY (R), *Eloge des frontières*, NRF, Gallimard, Paris, 2010, p. 75.

¹¹ Ibid., p. 76.

¹² INNERATY (D), *La démocratie sans l'Etat. Essai sur le gouvernement des sociétés complexes*, avant-propos de J. Semprun, Flammarion, Paris, 2006, cité par Debray R. *Eloge des frontières*, p. 77.

¹³ DEBRAY (R), *Eloge des frontières*, op. cit., p. 76.

¹⁴ HASSAN (K.H.), *Les exilés*, trad. De l'auteur avec S. Sautereau, in *La Lettre Internationale*, n° 31, Hiver 1991-1992.

sondent le monde de leur passage perpétuel. Ils tournent mille fois autour du même point. Un café récemment découvert s'habitue à leur présence jusqu'au moment où les veines mêmes des banquettes se fatiguent d'eux. »¹⁵ Un garçon de café, un gardien de square, un infirmier ou un psychiatre les balaient sans raison au petit matin blême.

Comment les soignants habitent-ils leur profession, l'unité où ils travaillent ? Ils ne sont plus maîtres d'un temps qui leur est de plus en plus imposé. Tant de minutes pour une injection, une toilette, un entretien. Demain, les entretiens seront pratiqués au téléphone par des conseillers regroupés dans une plate-forme située en Tunisie.

Habiter le soin

*« Un lieu qui n'est pas porteur de l'imaginaire, du désir des soignants, qui n'est pas habité par eux peut-il accueillir dans de bonnes conditions la demande et la souffrance des malades ? »*¹⁶ interroge Pierre Delion. L'histoire de Michel tendrait à montrer que non.

Dans sa thèse de médecine, Lucie Girardon reprend cet aspect de l'accueil et du soin qui va largement au-delà de la psychiatrie dont la crise de l'identité entrave les soignants dans leur habiter. *« Pouvoir habiter son corps et son identité professionnels est de plus en plus difficile, compte-tenu du hiatus existant entre conceptions soignante et politique du soin. Habiter son identité professionnelle renvoie les soignants à leur intime, à leur intimité professionnelle, en lien avec leurs motivations, convictions, et conception du soin. »*¹⁷ C'est aussi ce qu'Alexandre et les membres de l'association serpsy soignent. Exercer en psychiatrie est un choix actuellement constamment remis en question. Au-delà d'habiter son identité professionnelle et son corps professionnel, habiter le soin nécessite également pour les soignants de pouvoir habiter l'histoire, la transmission et la filiation. Ainsi que le note S. Tisseron : *« Malheureusement, toute connaissance historique qui ne fait pas l'objet d'un enracinement géographique et personnel précis, en relation avec des repères familiers personnels et un lieu d'exercice quotidien, est condamnée à être oubliée. »*¹⁸ La question de la transmission amène celle de l'enseignement. Ainsi, toujours selon Tisseron : *« L'enseignement de la psychiatrie doit commencer par son histoire, ce qui nécessite la création de lieux de mémoire institutionnels où soient donnés à voir les espaces, les environnements et les conditions de vie des malades, des infirmiers et des médecins depuis la naissance de la psychiatrie au XIX^{ème} siècle jusqu'à nos jours. »*¹⁹

Faute de pouvoir habiter leur corps et leur identité professionnelle, les soignants sont dépourvus de ce que Roussillon nomme l'identification narcissique de base. L'identification narcissique de base, que d'autres auteurs nomment empathie, accordage ou ajustement affectif, partage d'affect, ou encore identification, est inhérente à toute relation psychothérapeutique et *a fortiori* de soin. Il s'agit que *« se mette en place un processus permettant de se laisser être semblable à l'autre, de se laisser sentir en quoi on est semblable au patient que l'on accompagne »*.²⁰ Ce processus ne semble pouvoir se mettre en place que lorsque Michel est « fixé ». *« L'identification empathique est considérée comme la manière « soignante » d'aimer l'autre, de le connaître et le reconnaître comme autre-sujet, de l'inclure dans notre sentiment de base de l'humanité. En ce sens, elle représente l'un des outils que le soignant*

¹⁵ Ibid.

¹⁶ DELION (P), MACE (P-A), MERCIER (G), *Le lit, la table et les couloirs ou psychopathologie de la vie quotidienne*, VST, n°1, pp. 25-29.

¹⁷ GIRARDON (L), *La place de l'« habiter » dans le corpus psychiatrique. Contribution à une approche historique, clinique et institutionnelle*, Thèse de médecine, université Claude Bernard, Lyon 1, 2011.

¹⁸ TISSERON (S), *Les conditions de la transmission*, In *Confrontations psychiatriques*, n°44, 2003.

¹⁹ Ibid.

²⁰ ROUSSILLON (R), *L'identification narcissique de base*, In *Malaise dans la psychiatrie* (sous la direction de M. Sassolas), Erès, 2004, pp. 67-78, p.67.

cherche à utiliser dans la relation soignante, et cela s'accompagne de l'idée, implicite, que ce processus est « sous le contrôle du soignant. »²¹ Ce mouvement identificatoire est inconscient, incontrôlable en même temps qu'automatique. Le processus identificatoire dérange, il demande au soignant d'accepter l'autre dans son intimité affective, et de travailler avec ce que dorénavant il accueille de lui. « *Ily a ainsi une « pénétration agie » de la problématique essentielle des patients, et celle-ci infiltre, en plein ou en creux, aussi bien les états affectifs des soignants qui sont au contact prolongé avec celle-ci, que les institutions qu'ils structurent pour l'accueillir et l'encadrer, et même les théories qu'ils forgent pour tenter de la rendre intelligible.* »²² Ainsi, face à la puissance de cette identification qui « *menace en effet l'identité individuelle, non de fusion comme on le dit parfois un peu rapidement, mais de confusion* »²³, le soignant peut, plutôt que de travailler avec, lutter contre en érigeant des mécanismes de défense. « *Les défenses contre l'identification empêchent celle-ci d'être appropriable et utilisable dans la relation.* »²⁴ On peut ainsi repérer plusieurs stratégies « *d'aménagement de la relation* » afin de se prémunir du risque de confusion entre soi et l'autre. Tout d'abord retirer ou modérer son investissement de l'autre, en le voyant moins, soit par le retrait physique (dans un bureau, dans l'office, ou la salle de soin, etc.) soit par l'espacement des contacts ou rendez-vous. Isoler par l'espace et le temps. Une autre stratégie consiste à accentuer les différences entre soignants et soignés, de les surinvestir. « *Articulée à celle-ci, une stratégie complémentaire consiste à tenter d'encadrer la rencontre « soignante » à l'aide d'une série de mesures ou de comportements, de rituels ou de règles soulignant et définissant « l'identité professionnelle du soignant »* »²⁵ L'enjeu de la relation thérapeutique est alors de trouver le juste milieu entre des stratégies défensives trop efficaces, empêchant l'empathie et l'entrée en relation, et des stratégies trop peu efficaces, prenant le risque de la confusion. « *Si, pendant toute une époque, celle de « l'antipsychiatrie », c'est surtout la seconde menace, celle de la dédifférenciation, qui a été la plus forte, il me semble qu'à l'heure actuelle, et à la suite d'une réaction bien compréhensible par laquelle l'accent a ensuite été largement mis sur les systèmes de différenciation, c'est surtout à la première menace que le soin psychique se confronte.* »²⁶

Retrouve-t-on les mêmes mécanismes de défense au niveau d'une société toute entière ? Migrants et malades mentaux sont-ils également pris dans la même nasse ? Les services publics détruits de l'intérieur s'avèrent-ils aujourd'hui de fait maltraitants ? Je ne saurais l'affirmer.

Un long silence

Alexandre s'est tu. Un long silence a suivi sa lecture. Je l'ai rompu en lui disant que je ne comprenais pas pourquoi Michel avait été attaché. Un autre silence a suivi. Nous n'étions manifestement pas sur la même longueur d'ondes. Les autres textes lus lors de cette soirée ont donné lieu à des commentaires, des discussions, des échanges. Certains de ces textes, élaborés, ont été ensuite présentés lors de divers congrès. Pas celui d'Alexandre qui m'a néanmoins autorisé à l'utiliser. Ce collègue, par ailleurs militant syndical, étudiant en psychologie n'est pas un bourrin. Il se bat au quotidien au nom d'une certaine idée du soin qui le conduit à s'opposer régulièrement à ses collègues et surtout à l'administration d'un établissement qui se soucie davantage de la forme que du sens. Pas cette fois-ci et c'est pour cette raison qu'il nous en a livré le récit. Rappelons que la consigne d'écriture consistait à écrire autour d'une des situations les plus difficiles rencontrées au cours de sa carrière. Il lui a fallu la sécurité d'un lieu qu'il

²¹ Ibid., p. 68.

²² Ibid., p. 68.

²³ Ibid., p.70.

²⁴ Ibid., p. 70.

²⁵ Ibid., p. 71

²⁶ Ibid., p. 71

habite psychologiquement pour se risquer dans ce récit proposé à ses pairs en psychiatrie. A ceux qu'il reconnaît comme tels. Dans une temporalité différente où chacun avait le temps qu'il lui fallait pour dévider son histoire. Avoir du temps pour soi et/ou pour les patients est devenu un luxe. Nous n'avons pu échanger parce qu'à ce moment-là, j'étais comme cet interne compatissant ou ces 39, un donneur de leçons, trop éloigné de la situation pour en comprendre la complexité. J'ai mis le doigt, sans le vouloir sur un aspect encore douloureux de cette histoire dont Alexandre n'était pas fier. Pouvais-je faire moins ? A chaque fois que nous nous sentons contraints d'attacher un patient, il faudrait y revenir encore et encore inlassablement, pour en tirer une leçon. Pour que ça fasse transmission. Ces variations autour d'une contention se veulent un outil pour échanger et transmettre.

Chacun de nous, et moi le premier, peut être pris dans un genre de contamination collective qui nous transforme en élément lambda d'un groupe. Le courage d'Alexandre est de nous l'avoir transmis en première personne. A distance, l'état maniaque de Michel paraît bien léger. A aucun moment il ne risque un geste agressif. Il se laisse reconduire assez facilement en chambre d'isolement. Il s'effondre très vite. Entre-t-il alors en mélancolie ? Le récit d'Alexandre ne le dit pas. Il est vrai que la clinique en est singulièrement absente. En le reprenant de près on se rend compte que le comportement de Michel est systématiquement repris dans le registre du passage à l'acte probable voire certain. Ce texte est la base du dialogue que nous aurions pu avoir autour de cette séquence de soins.

Le temps compressé interdit toute manifestation du Kayros. Aucune opportunité à saisir. L'avenir devient ainsi beaucoup plus facilement prévisible. Le pire est toujours sûr et les événements le vérifient toujours.

Pour seul bagage le rien

*« Ils viennent de tous les angles de l'exil
Avec pour seul bagage le rien
Ils sont le rien absolu rêvent.
Entassés dans les soutes des trains
Des bateaux de fortune
Des avions à tarifs réduits
Ils sondent le monde de leur passage perpétuel
Ils tournent mille fois autour du même point
Un café récemment découvert s'habitue à leur présence
Jusqu'au moment où les veines même des banquettes se fatiguent d'eux.
Un garçon de café les balaie sans raison
Ou bien c'est un gardien qui les chasse au matin. [...]
Qui les a éloignés de la première source ?
Qui ne les voit trébucher dans le moindre geste ?
Hors d'eux-mêmes, qui donc chaque fois les expulse ? »²⁷*

Dominique Friard, ISP, Superviseur d'équipes (13, 84)

²⁷ HASSAN (K.H.), *Les exilés*, op. cit.

Notes :

DEBRAY (R), *Eloge des frontières*, NRF, Gallimard, Paris, 2010, p. 75.

DELION (P), MACE (P-A), MERCIER (G), *Le lit, la table et les couloirs ou psychopathologie de la vie quotidienne*, VST, n°1, pp. 25-29.

GIRARDON (L), *La place de l'« habiter » dans le corpus psychiatrique. Contribution à une approche historique, clinique et institutionnelle*, Thèse de médecine, université Claude Bernard, Lyon 1, 2011.

HASSAN (K.H.), *Les exilés*, trad. De l'auteur avec S. Sautereau, in *La Lettre Internationale*, n° 31, Hiver 1991-1992.

INNERATY (D), *La démocratie sans l'Etat. Essai sur le gouvernement des sociétés complexes*, avant-propos de J. Semprun, Flammarion, Paris, 2006.

JAMET (J-M), *La praxis infirmière : essai de théorisation*, in *Polygone* n°13, 4^{ème} trimestre 1994, C.H. Paul Guiraud.

LITTRE (E), Dictionnaire de la langue française.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé, article L. 3222-5-1.

ROUSSILLON (R), *L'identification narcissique de base*, In *Malaise dans la psychiatrie* (sous la direction de M. Sassolas), Erès, 2004, pp. 67-78.

TISSERON (S), *Les conditions de la transmission*, In *Confrontations psychiatriques*, n°44, 2003.