

Le dur apprentissage de l'exercice libéral.

Puisque j'étais si conscient d'avoir encore tant à apprendre, la raison aurait voulu que je postule pour un plein temps à l'hôpital. Mais encore une fois à cette époque les postes proposés sont rares et les places déjà pourvues. Les remplacements de vacances ne comblent pas une année. Et il y a la tentation d'avoir son propre cabinet. Certains médecins, kinésithérapeutes, infirmières ne voient que par l'exercice libéral, d'autres sont « hospitaliers » dans l'âme. J'en connais encore aujourd'hui qui pour rien au monde n'exerceraient leur profession de soignant ailleurs que dans un service hospitalier. Et il y a 30 ans comme aujourd'hui ce n'est pas le statut de fonctionnaire qui fait leur choix, mais la passion de leur métier et de ce mode d'exercice. Ceux-là « vivent » l'hôpital comme un sacerdoce. Hélas les lourdeurs administratives et budgétaires en découragent de plus en plus.

Tout en cherchant à m'installer, je sollicite et obtiens dès octobre un poste à mi-temps dans un service de rhumatologie. Le nom du service est pompeux, au dire même du Patron, car il s'agit en fait d'un service de médecine générale dans lequel il s'efforce de recevoir, spécialité oblige, un maximum de patients atteints de maladies rhumatismales. Je connais le service, le personnel, je connais le patron et je sais qu'il attache une grande importance à la présence et à l'efficacité d'un kinésithérapeute auprès de lui. Il avait déjà montré cette attitude et cet intérêt pour les étudiants que nous étions. De plus le mot d'ordre est passé, et pour tous je fais partie de l'équipe.

Malgré un emploi du temps limité à chaque matinée, on trouve le temps de discuter des dossiers avec les internes ou le chef de clinique et une fois par semaine avec le patron. Il n'est pas question de déroger à l'obligation de suivre sa visite hebdomadaire. Il n'est pas rare de s'entendre interpellé à propos d'un patient. Ici, l'avis du kinésithérapeute du service compte autant que celui de l'interne. J'ai de l'aide dans ce service. Deux stagiaires de seconde année. Ils font leur premier stage et moi, je fais déjà office d'ancien avec mon unique année d'expérience. Pas question de leur laisser faire le boulot. On travaille ensemble ou parfois chacun de son côté lorsqu'on est débordé, mais on communique chaque fois que c'est possible et dans les deux sens. Eux aussi ont des idées et je continue à apprendre. Cependant, la présence des stagiaires me permet de me libérer de temps en temps pour accompagner un interne détaché à l'institut médico-légal. J'ai ainsi appris et pratiqué la chirurgie post-mortem et approfondi mes connaissances anatomiques.

Dans le service, pas de salle de soins particulière. Tout se fait au lit du malade, mais j'ai découvert dans le service une pièce inoccupée. Il faudra en parler au Patron. Elle pourrait faire une petite salle de rééducation. A voir ! Nous sommes dans un service à l'ancienne, une salle commune sous les combles. C'est l'étage des hommes. Tous les lits sont alignés les uns à côté des autres. Il ne manque au décor que les cornettes blanches des religieuses qui assuraient leur rôle d'infirmières il n'y a pas si longtemps encore. Chacun participe à la souffrance du voisin. Plutôt limité comme intimité. Lors des soins, les voisins se tournent de l'autre côté ! J'ai le souvenir d'un patient diabétique et obèse dont les escarres épouvantables demandaient de longues minutes chaque jour de nettoyage, de pansements. Et ce juste à deux mètres d'un autre malade. Ce patient décèdera dans son lit.

On vit la mort juste à côté de soi. Les infirmières placent simplement un paravent autour du lit lorsque le moment est proche. Cependant s'installe une solidarité, et les plus endurants remontent le moral des plus faibles.

Au bout de six mois, à force d'insistance, j'ai gain de cause et ma salle de rééducation. Je parviens même à récupérer une table de massage, inutilisée au centre de rééducation. Nos malades n'en seront pas mieux soignés pour autant, mais les conditions de leurs soins ont changé et lorsqu'ils souhaitent se livrer un peu, au moins ils sont seuls avec leur masseur. Je resterais deux ans dans ce service dont je garde encore aujourd'hui d'excellents souvenirs. L'ambiance de travail y était bonne, nous étions considérés. Les rapports avec la hiérarchie d'une rare sincérité et un chef de service qui n'avait rien d'un « mandarin ».

Pendant les premiers mois, j'ai cherché puis trouvé à ouvrir un cabinet. Une petite ville industrielle à une quinzaine de kilomètres de l'hôpital. Une grande maison à louer dont certaines pièces du rez-de-chaussée feront office de cabinet. J'achète avec de petits moyens, un minimum de matériel. Deux tables de massage, un « vélo de rééducation ». L'inévitable « cage de pouliothérapie » est bricolée par mon père. Je n'ai pas vraiment fait d'étude de marché. Il y a déjà un confrère sur place. Il me semble au vu du nombre d'habitants et de celui des médecins qu'il y a de la place pour deux. Ethique et politesse oblige, je me présente à mon confrère. L'accueil est glacial. Je m'entends dire que rapidement il ne restera qu'un seul d'entre nous et que ce sera lui. A bon entendeur salut ! Mais j'ai du culot ou de l'inconscience et je poursuis mes visites de courtoisie par les médecins. Politesse disais-je, et puis soyons clair, ils seront les prescripteurs. Si le patient a le choix de son kinésithérapeute, nous savons tous que des médecins « suggèrent », et puis il y a les patients qui ne connaissent personne et qui demandent chez qui aller.

Je suis reçu avec amabilité et encouragements. Je ne me suis pas « vendu », je n'ai pas quémandé. Je suis venu me présenter. Rapidement d'ailleurs deux d'entre eux m'adresseront des patients. Pour tester ? Peut-être aussi. Dans ce cas, à moi de ne pas décevoir ni le patient, ni le médecin.

Pendant deux années, je pratique une kinésithérapie classique tout en essayant d'améliorer ce que j'ai appris. Moins de systématisation, plus d'adaptation au patient. Mais point de perfectionnement. Peu de nouvelles techniques sont encore enseignées, pas de spécialités. De plus, financer des études supplémentaires n'entrerait pas dans mon budget très serré. J'ai des patients, mais pas des journées pleines. Mon mi-temps à l'hôpital ne suffit pas à combler les frais d'un cabinet très coûteux. Et j'ai une famille. Financièrement, ce sera un échec et je devrais me résoudre à cesser mon activité libérale. Il n'est pas possible d'obtenir un plein-temps au CHU, il faut donc chercher ailleurs.

Grace à des relations médicales, j'ai une proposition dans un centre de rééducation...dans le sud. Il faut donc déménager. La décision prise, il faut rendre la maison, tirer un peu d'argent de mon matériel, trouver à se loger là-bas. Et repartir à zéro. Au moins, être salarié à plein-temps c'est la sécurité financière, même si le salaire n'est pas mirobolant. Quel genre de travail vais-je trouver ? Quels types de pathologies vais-je avoir à traiter ? Apparemment, un peu de tout, et quelques patients très lourds. Les séjours au centre sont souvent longs pour des pathologies graves. En fait, je vais découvrir un tout autre monde que celui que je connaissais, professionnellement parlant.

**Mes « paras » et mes confrères
m'enseignent la kinésithérapie.**

Deux ans d'études, c'est court. J'ai appris les techniques bien entendu. J'ai affiné mes mains avec deux autres années de pratique. Mais le manque de temps et le système d'organisation des stages ne m'aura pas permis de voir et surtout d'avoir à traiter toutes les pathologies rencontrées dans notre profession. La Masso-Kinésithérapie est une thérapeutique extrêmement généraliste. Nous intervenons dans les domaines de la traumatologie, de la rhumatologie, de la neurologie, de la pneumologie. Chacune de ces spécialités médicales comporte des maladies très variées et chaque fois, notre travail c'est la rééducation. Parfois, nous aidons à la récupération, articulaire, musculaire. Parfois nous devons nous contenter, si j'ose dire, de nous adapter avec notre patient à une récupération naturelle lorsque la maladie régresse. Et ce n'est pas toujours le cas. Il arrive aussi que la récupération ne soit que partielle. Il faut alors aider le patient à s'adapter à la fois à ce qu'il a récupéré et aux séquelles que lui ont laissé cet accident ou cette maladie. La difficulté d'adaptation au handicap est proportionnelle à la gravité des séquelles. Personne n'accepte un handicap, on fait avec. On « vit » avec. Plus ou moins bien. J'avais pris l'habitude de m'efforcer de m'adapter à mes patients. Ceux que je vais côtoyer et soigner vont devoir s'adapter à leur handicap, à leur dramatique situation qui va souvent bien au-delà du fauteuil roulant.

Je débarque comme « bleu » dans ce centre qui fonctionne comme une horloge bien huilée. Une centaine de patients sont entourés de deux médecins, d'une douzaine de kinésithérapeutes et de toute l'équipe d'infirmières et d'aides-soignantes nécessaire à leur confort médical et humain. Le responsable de notre équipe est le plus ancien ici. Il me prend en charge les premiers temps et me sera d'une aide précieuse tout en me laissant découvrir mon nouvel univers. Un confrère de plus au centre, c'est une nouvelle répartition des malades et les équipes s'en trouvent allégées. Nous avons en charge environ huit patients, ce qui signifie beaucoup de travail. Je fais donc connaissance avec les miens. Sur les huit, sept sont paraplégiques et le huitième est amputé d'une jambe. Le choc !

Aucun de mes stages ne m'avait préparé à cela. Je rencontre des paraplégiques pour la première fois. Heureusement, mon « tuteur » fait journée double et me dirige tout en s'occupant de ses malades. Et surtout, ce sont eux, mes patients qui m'expliquent, me guident. Le monde est à l'envers. En principe, il y a un horaire à respecter pour venir en salle de rééducation. Ceux qui sont autonomes arrivent en fauteuil roulant. Les autres sont accompagnés par des brancardiers. Mais là comme ailleurs, les principes ne sont pas toujours respectés, certains arrivent un peu quand ils veulent. Comment leur en vouloir lorsqu'on sait qu'ils sont ici depuis déjà un an et qu'ils en ont assez de leurs exercices quotidiens. Mais je vais vite comprendre que cette discipline là fait partie de la ré-éducation.

Dolores.

Les cheveux d'un noir éclatant, elle a vingt ans Dolorès. Petite-fille d'émigrés espagnols arrivés ici à l'époque de la dictature franquiste. Ils sont nombreux dans la région. Vingt ans et assise dans un fauteuil roulant pour le reste de ses jours. Un accident de voiture en redescendant du col du Perthus. Pas responsable.

La moelle épinière sectionnée, elle ne marchera plus. Six mois qu'elle est au centre. Elle a tout appris du B.A.BA du paraplégique. Les transferts – passer du lit au fauteuil et l'inverse – faire du « deux-roues », remonter dans son fauteuil si elle en tombe, et « marcher » dans les barres parallèles avec son appareillage. Elle connaît tout ce qu'elle a à faire et mon confrère me l'a confiée pour débiter. J'ai plutôt l'impression que c'est moi qui suis confié aux explications de Dolorès. Elle est de ceux qui arrivent à l'heure dite et comme elle doit faire des exercices debout dans les barres, il lui faut mettre son appareil, faute de quoi, pas question de tenir à la verticale. Elle installe son fauteuil le long d'une table de massage. A sa demande, j'accroche une poignée au grillage qui la surplombe. Dolorès saisit la poignée et se retrouve assise sur le bord de la table. Je vais saisir ses jambes pour les poser elles aussi, mais elle m'arrête d'un geste

« Non, non, je dois le faire seule ». Mon confrère confirme avec gentillesse : « Dolorès est là pour apprendre à se débrouiller, pas pour qu'on fasse les choses à sa place ». Première leçon : on n'aide pas un paraplégique. On lui montre comment faire. Avec le temps je m'apercevrais que tout ça se modère, mais c'est la base de leur retour à une certaine autonomie.

L'appareil de Phelps a tout d'un engin de torture. Un corset de cuir renforcé pour tenir la colonne, deux tiges de métal doublées de renforts en cuir pour chaque jambe. Une fois chaque élément mis en place, l'ensemble est articulé aux hanches et aux genoux afin de pouvoir s'asseoir. L'extrémité inférieure des tiges est elle aussi reliée de manière souple avec des chaussures orthopédiques qui font ressembler notre Dolorès à un G.I plutôt qu'à une ballerine. Elle installe le tout, seule, d'une main, l'autre lui servant d'appui sur la table.

Un coup de main quand même pour enfiler les tiges dans les chaussures. Comme elle est montée sur la table, elle en redescend, et avec son fauteuil se dirige vers le centre de la pièce où trônent les barres parallèles, sa piste d'entraînement. Dolorès bloque les articulations des genoux de l'appareil, saisit les barres à deux mains et se hisse en position verticale. Comme tous les paraplégiques, la force qu'elle a acquise dans les bras est étonnante.

Elle balance le haut de son corps et les hanches se bloquent elles aussi. La voilà debout. Et elle joue à tenter un équilibre impossible, lâchant les barres pour les rattraper aussitôt. Il est nécessaire de passer quelques instants debout afin que la circulation sanguine s'habitue à la verticalité si rare dans la journée. Enfin, elle se lance. Elle avance « en pendulaire ». Un appui sur les bras lui permet de lancer littéralement ses deux jambes en avant, de poser les pieds cinquante centimètres devant elle, une seconde poussée sur les barres et elle projette le reste du corps au-dessus de ses pieds. Chaque « pas » est ainsi reproduit jusqu'à l'extrémité du parcours. Toujours à la force des bras, elle effectue un demi-tour et recommence.

Pourquoi de tels efforts quand on passera sa vie assise ? La réponse est simple. Le corps humain est fait pour vivre debout et en mouvement. Dans les longues périodes assis voire couché, l'organisme voit stagner la circulation. Les organes sont moins irrigués et des complications peuvent survenir. Elles sont fréquentes chez les paraplégiques. Troubles circulatoires, escarres, infections urinaires...tout un ensemble d'ennuis supplémentaires qui complique la vie et dans certains cas met le pronostic vital en jeu. La verticalisation quotidienne est indispensable. On entre de plain-pied dans un des problèmes de l'après séjour en centre. Le retour à la maison n'amène plus la stimulation apportée par ce milieu protégé. La présence des kinés, l'émulation avec les copains aussi paraplégiques. Et puis le temps a passé, on se lasse des contraintes. Il faut une sacrée motivation pour maintenir ce rythme. Dolorès n'en est pas là, malgré ses six mois de présence, et elle a une volonté de fer.

Après plusieurs allers et retours dans cet espace somme toute très limité, il est temps de faire quelques pas avec des cannes. Observateur admiratif depuis le début, je vais devenir acteur et je n'en mène pas large. Eric, mon confrère, vient à la rescousse. Il connaît les capacités de Dolorès. Il s'en occupait avant mon arrivée.

- « C'est simple ! Tu glisses tes doigts dans le bas du corset, juste au cas où ! Le reste, c'est comme dans les barres, en pendulaire. »

- « Et si elle tombe ? »

Dolorès n'est pas inquiète :

- « vous me retenez, tiens ! »

Ben voyons ! C'est si simple ! A l'extrémité des barres, Dolorès a saisi deux cannes anglaises. Mes doigts doivent être tendus sous le corset car j'ai droit à une remarque.

« Si vous ne me lâchez pas un peu, je ne vais pas pouvoir avancer. » Alors je relâche un peu et la suis. Un pas, puis deux, puis d'autres. Un demi-tour au bout de la salle, encore un pas...et la canne qui se pose sur une tache humide et glisse. Plongeon vers l'avant. Les deux cannes, Dolorès qui les a lâchées pour se recevoir sur les mains, et moi, qui accompagne en m'agenouillant, les doigts toujours dans le corset et avec lesquels j'ai tenté de freiner la chute. Eric a jeté un œil, puis un « ça va ? ». Il est tout de même venu nous aider à ôter l'appareil d'une Dolorès pas plus affolée que ça et rassurante. « Vous avez vu que vous m'avez retenue ! ». Je suis allé chercher son fauteuil dans lequel elle est remontée toute seule.

Première journée, premières leçons. Je suis là pour leur apprendre à être autonome autant que possible. Et, être prêt à tout, surtout que certains sont de véritables acrobates.

Rapidement je maîtrise la pose de l'appareil de Phelps, car il faut apprendre à certains à s'en servir pour la première fois. Mais il est un autre engin qu'il leur faut savoir utiliser au mieux : le fauteuil roulant. Et moi, le fauteuil, je ne connais pas.

Lacune de l'organisation de l'enseignement reçu. Alors, Eric a l'idée qu'il faut. La solution d'après lui. Quand on n'a pas vécu une expérience, comment en faire part aux autres ? Donc ? Une journée à passer en fauteuil. Du matin au soir, en essayant d'assimiler tout ce que les « paras » ont à apprendre. La différence, c'est que je sais que je ne suis pas paraplégique et que ce dur apprentissage ne durera qu'une journée. Dès mon arrivée au centre le matin, je suis équipé de sacs de deux kilos, un par jambe afin de compenser un peu mes tentations inévitables de m'en servir. Le parcours du combattant va commencer comme pour eux.

Les transferts, le « deux roues », tomber du fauteuil et s'en relever, descendre un trottoir, etc....sous les sourires, et quelques rires francs de tous ceux qui sont passés par là et gentiment conseillent. Journée de galère, mais au moins plaisante. Je sais qu'en fin de journée je me lèverais de ce fauteuil.

Quelques bleus à la clé, mais au moins, lorsque j'aurais à conseiller, voire à réprimander un de mes malades, je saurais de quoi je parle et ceux qui sont là sauront que j'ai essayé. Quelques années plus tard, enseignant, je ferais passer le même message à mes élèves, y compris avec les essais pratiques lorsque ce sera possible.

Jour après jour, je travaille avec mes patients paraplégiques. Ils sont là pour longtemps. Six mois, un an. Certains sont déjà de vieux habitués du centre, d'autres arrivés depuis peu. Il y a vis-à-vis de ces handicapés à vie deux réflexions importantes, sujets de bien des discussions et controverses entre nous, les professionnels et parfois hors de notre cercle d'initiés.

La première question est de taille. Moralement, mais aussi hélas pratiquement. Qui, dans le système de soins qui les a accueillis depuis le traumatisme va se charger de leur annoncer ce pronostic dramatique : « vous ne marcherez plus jamais ! » ? Nous sommes au début des années 70. Le travail psychologique dans les établissements hospitaliers n'est pas entré dans les mœurs. A ma grande stupéfaction, je découvre que quelques uns de nos malades arrivent chez nous sans que quiconque n'ait eu le courage d'affronter ce discours. L'annonce incombe donc à quelqu'un de chez nous. Le médecin qui les reçoit en premier ? Leur kiné ?

Pendant mes années de centre de rééducation, ce fut rarement dans l'hôpital initial qu'ils l'ont appris. J'ai encore aujourd'hui, le souvenir de l'un d'entre eux qui reçut la nouvelle par l'un des autres malades, avant même de voir le médecin ! Pas facile de prendre en charge une telle annonce. Pourtant, il faut bien que quelqu'un le fasse. Il ne s'agit pas de se défiler, de prétendre que c'est le rôle de l'un ou de l'autre. Il s'agit seulement de ne pas laisser ces malades dans l'ignorance, l'incertitude, jusqu'à ce que la nouvelle leur « tombe dessus » dans une conversation banale.

La seconde réflexion n'est pas moins importante. Comment réagissent-ils ? Et son corollaire, comment réagirais-je dans la même situation ?

Bien entendu, chaque patient réagit différemment des autres. Parce qu'il est unique, parce que sa situation est unique. Circonstances de l'accident, contexte familial et professionnel, situation financière. Chaque fois, le choc est terrible. Personne n'est préparé à cela. Beaucoup ne réalisent pas toutes les conséquences, à part celle de ne plus jamais marcher. Personne n'accepte un tel handicap. On ne fait que s'adapter...ou pas. Tous nous avons été témoins de réactions forçant l'admiration. Tous aussi nous avons assisté à des descentes aux enfers épouvantables. Jusqu'au suicide par négligence. Volontairement. Il faut savoir que la vie d'un paraplégique est faite d'un nombre très important de contraintes quotidiennes. Je l'ai dit, la position assise est source de complications. Celles-ci peuvent très vite entraîner une dégradation de l'état général. Imaginez un peu.

Ne pas rester couché dans la même position toute la nuit pour éviter les escarres aux points d'appui. Cela veut dire que quelqu'un vienne vous réveiller régulièrement pour vous tourner dans votre lit.

Les risques existant aussi en position assise, il faut trouver le coussin adéquat et se soulever avec les bras très fréquemment pendant toute la journée. Le risque d'infections urinaires est un des plus importants. Les paraplégiques n'éprouvent plus le besoin d'uriner, par perte de la sensibilité de cette partie du corps, et ne peuvent pas non plus commander normalement le déclenchement de la miction. Selon leur situation neurologique, les uns sont porteurs d'une sonde à demeure, ce qui signifie une hygiène très stricte ; les autres ont une vessie « spastique » c'est-à-dire qui retient les urines. Ils ont appris à déclencher leur miction (par percussion du ventre). Encore faut-il penser à le faire plusieurs fois par jour. Et comment y penser puisqu'on éprouve plus le besoin ? Une fois rééduqué, il a fallu en faire un automatisme. Et le garder une fois revenu à la maison.

La moindre blessure entraînera des risques de complications cicatricielles, la circulation étant ralentie. Attention aux chocs sur les jambes, aux risques de brûlures. La perte de la sensibilité est aussi une perte de la conscience corporelle du niveau touché. A tout cela, il faut ajouter les contractures musculaires chez certains malades. Semblables aux crampes que nous avons pu ressentir, parfois très violentes, incontrôlables, elles sont déclenchées ou aggravées par un autre problème survenu temporairement ailleurs, une blessure ou une infection et appelé « épine irritative ». Celle-ci stimule à l'excès le système nerveux central déjà atteint et qui va réagir sous la forme de ces « contractures ».

Le quotidien n'est pas toujours rose. Les difficultés à se déplacer. Les marches, trottoirs, portes étroites. Le retour à la maison oblige souvent à des adaptations coûteuses, parfois irréalisables, entraînant un déménagement. Pas simple !

Le retour à la maison. J'ai le souvenir de plus d'un ou une, trouvant la maison vide, pire, un(e) autre occupant ayant pris la place ! Mais dans la majorité des cas, la famille est admirable de courage, de patience, d'Amour.

Et il y a le regard des autres, la perte du travail, la difficulté à en trouver un autre quand on cherche. Une fois encore je découvre et vis tout cela au début des années 70. J'aurais l'occasion de constater les changements positifs jusqu'à aujourd'hui. Mais les contraintes quotidiennes restent les mêmes. L'âge n'a pas grand-chose à voir dans la réaction. Bien sûr il paraît plus difficile d'envisager une vie à ne plus profiter de grand-chose alors qu'on vient tout juste de découvrir tout ce qu'elle nous présentait. Cependant bien des jeunes se sont adaptés avec un courage inimaginable à leur situation. Il n'y a qu'à les voir pratiquant d'un sport adapté.

En face de ceux qui, le choc passé et grâce à leur entourage et leur volonté, surmontent et veulent avant tout « vivre », il y a ceux qui « lâchent ». Plus ou moins tôt, plus ou moins vite. Là encore, quitter le Centre, milieu protégé, est déterminant. Même si la famille et les copains sont là, chaque jour est trop dur, trop lourd. Ne rien n'envisager d'autre qu'un lendemain si semblable à la veille. Les contraintes prenant le pas sur les idées, sur l'espoir. Certains mettent fin à leur jours brutalement, d'autres perdent pied, cessent les efforts nécessaires à cette vie d'handicapé. Plus d'entretien, plus d'hygiène, plus d'efforts alimentaires, l'alcool parfois. Et cette lente descente, malgré les hospitalisations, les soins qui sont apportés, se poursuit ou s'arrête puis reprend, jusqu'à ce que le corps n'en puisse plus.

Lorsqu'il nous arrivait de parler de ce sujet avec des gens extérieurs à ce monde de souffrances, de handicap, combien ai-je entendu d'affirmations péremptoires, de soi-disant certitudes !

- « Moi, si ça m'arrivait, je me « flinguerai », je serais incapable d'affronter une vie pareille. »
- « Si ça devait m'arriver, je ferais tout pour m'en sortir. M'occuper, retrouver du travail. Après tout, on peut vivre presque normalement, mais assis. »

Qui peut savoir ? Nous avons vu des gens extrêmement solides, courageux, s'effondrer totalement. Se retrouver incapables de surmonter l'avenir. Et pourtant tous autour d'eux, auraient juré de leur courage et de leur capacité. Nous en avons connu aussi, jeunes ou moins jeunes que rien ne prédisposaient, vu du dehors, à de telles réactions d'acharnement, de persévérance de travail pour s'en sortir. Pour certains, ce fût grâce à l'entourage, pour d'autres ce fût seuls. Ils y sont arrivés et j'en ai rencontrés, vingt ans après, qui non seulement contents de s'en sortir, avaient vraiment réussi leur vie.

Depuis cette période, j'ai toujours tenu ce langage : « n'affirmons rien ! C'est lorsqu'on se trouve confronté à une telle situation, qu'on découvre ses propres capacités avec beaucoup d'humilité ». « Aujourd'hui, je crois que je réagissais ainsi, mais dans dix ans, qui sait ? » Un jour, la vie m'a prouvé que j'avais eu raison de ne rien affirmer.

