

Lâcher prise : renoncement ou acceptation ?

**R. Passera – Ph. Toumson – M. Alix
pour l'Equipe AFT Pôle Paris Centre**

Au fil des échanges et rencontres entre équipe soignante et familles d'accueil nous avons retenu un thème qui nous paraît être commun aux interrogations, difficultés et ambivalences quant au « lâcher prise » dans le travail quotidien des familles d'accueil... et dans notre travail d'équipe aussi...

Il s'agit du « savoir et langage », c'est-à-dire la connaissance de l'histoire du patient et sa capacité et/ou manière à s'exprimer, la parole étant presque absente ou au contraire trop envahissante...

Nous allons donc vous présenter trois vignettes cliniques en nous appuyant sur nos savoirs, notre compréhension et nos capacités et difficultés à lâcher prise...

- Mr D. et « l'inconnu »
- Mr R. et « la déception »
- Mme S. et « les stratégies »

I – Mr D. et « l'inconnu »

Mr D. est arrivé à Esquirol en octobre 2008 en hospitalisation d'office (H.O.) via l'IPPP, amené par la police qui l'a trouvé allongé au sol au Rond-Point des Champs-Élysées : il gesticulait et vociférait dans une langue à mélange d'anglais et d'autres sons inconnus...

Très incuriqué, les vêtements lui collent à la peau par la crasse, il a un sac contenant des instruments de cuisine et un autre sac avec 1200 euros en pièces, billets et tickets restaurant.

À l'IPPP, se montre totalement mutique, avec attitudes d'écoute et sourires immotivés. Dans le service il demeure mutique, semble parasité et halluciné... Et les nombreux traitements neuroleptiques ne donnent pas de changements notoires.

Très compliant aux soins corporels et à la prise de traitement, il participe aux activités proposées avec un goût prononcé pour le foot et le vélo. Les examens neurologiques sont normaux. Il reste néanmoins toujours presque mutique ou bien s'exprime dans un mélange de langues qui laissent entrevoir quelques mots d'anglais et une espèce de patois peut-être jamaïcain.

En mai 2009 le H.O. est levé. Il commence à s'exprimer un peu plus (tout est relatif !) notamment à l'activité « argile » ; en janvier 2010 il dira qu'il est né au Canada (Vancouver) puis venu en France.

Accompagné à l'Ambassade du Canada il dira en anglais au fonctionnaire s'appeler D. I., être né le 06/06/1976 à Montréal, puis être arrivé en France, seul, petit garçon et avoir de la famille en France. Dit le nom de son père « B... » qui vivrait toujours au Canada. Toutes les recherches effectuées par l'Ambassade sur ces bases ne donnent aucun résultat.

Plusieurs consultations d'ethnopsychiatrie au Centre Georges Devereux ne permettent pas d'obtenir plus d'informations ni sur l'identité ni sur la pathologie du patient.

L'équipe évoque un mutisme plus d'opposition que réellement autistique pensant que les bénéfices secondaires de l'hospitalisation et les bons soins dont il fait l'objet sont précieux pour lui et qu'il craint qu'on l'abandonne...

Les projets possibles et les différentes tentatives de mobilisation thérapeutique autour de Mr D. sont très difficiles par l'absence de papiers d'identité, d'argent, de prise en charge par la Sécurité Sociale... L'équipe commence à s'essouffler un peu... le repli de Mr D. paraît être de plus en plus marqué...

Et si on tentait le pari de l'AFT ? Ce ne serait pas la première fois que nos fidèles familles acceptent un tel défi !

Nous voici donc en mai 2011 : Mr D. rentre en famille d'accueil... l'intégration s'est bien passée, pas de soucis majeurs en dehors du langage : comment pouvoir communiquer avec lui ? La famille d'accueil a recours à « l'écriture imagée » ... avec quelque petite ébauche d'échange... Le patient comprend lorsqu'on lui parle mais ne répond pas. Son comportement est stéréotypé et mimétique. L'identité, la nationalité d'origine, son histoire restent toujours inconnues... petit plus le fait qu'il vient d'obtenir une AME, ce qui permettrait à terme de débloquer sa situation administrative... (le conditionnel étant de rigueur !).

Nous sommes en 2017/18... Mr D. est toujours en famille d'accueil et que de progrès ! Mais la famille d'accueil continue à se poser des questions et notamment au sujet de l'identité et de son histoire... Et elle se pose donc un certain nombre de questions quant à la prise en charge de Mr D., étant donné le manque d'informations sur son identité, son histoire et la difficulté de communication due à la presque absence de langage.

Ces questions se manifestent sous la forme d'un doute et d'un épuisement quant à l'efficacité du travail, à l'aide qu'on peut apporter au patient lorsque presque tout est inconnu et « silencieux » ...

Alors de quelle façon « lâcher prise » ?

« Renoncer » à savoir, à connaître l'histoire et l'identité de Mr D. ?

Ou bien « accepter » de ne pas savoir signifie-t-il un échec dans la prise en charge ?

La famille d'accueil (Mme S.) témoigne que ce patient est vraiment différent de tous les autres qu'elle a accueilli auparavant par l'absence totale de la parole.

Elle nous dit avoir essayé de comprendre les raisons de son mutisme et avoir essayé aussi d'extirper quelques mots mais en vain... « J'ai poursuivi mes efforts pour lui faire retrouver un

Réticence importante : ne veut pas parler de ses antécédents ni de sa famille. Discours discordant, propos incohérents, état dissociatif important.

A l'entrée dans le service, il exprime des idées délirantes de filiation (enfant adopté d'origine égyptienne), discours très pauvre, le contact avec l'équipe est très limité et peu informatif. Il reste apragmatique. Mis sous traitement on constate une nette amélioration malgré le discours qui demeure toujours pauvre, succinct, sans aucune élaboration.

Nous apprenons par ailleurs que Mr R. a déjà été hospitalisé à Valenciennes en 2012 pour une symptomatologie délirante avec troubles du comportement hétéro-agressifs à l'encontre de sa sœur. Cette symptomatologie a commencé dans un contexte de réorganisation familiale. Les parents séparés en 2011, Mr R. vivait avec une sœur et un frère, après le départ des parents.

Après sa sortie de l'hôpital à Valenciennes il est hébergé par son père et arrête tout suivi psychiatrique.

Au bout de quelques mois, il arrive en pleine décompensation à Paris dans le cadre d'un voyage pathologique.

Il restera hospitalisé à Esquirol jusqu'en juin 2015, car devant l'amélioration clinique et un certain investissement des activités thérapeutiques, nous pensons à l'indication famille d'accueil. Et l'entretien de l'équipe soignante en vue de ce placement ne se révèle pas très riche... car Mr R., le regard figé répond aux questions par « oui – non – je ne sais pas... »

Confiants dans les capacités de nos familles d'accueil à redonner de la vie et du « brio » à nos patients, nous débutons l'intégration de Mr R. fin juin 2015. Il y restera jusqu'en janvier 2017, suite à une demande de rapprochement familial auprès de sa mère (à la Baule) avec qui il avait repris contact...

La famille d'accueil nous dira qu'au début c'était très difficile de le mobiliser et de communiquer avec lui car il parlait très peu et s'opposait à toute sollicitation. C'était toujours « non » ou « je ne sais pas ». Mme M. nous avoue « avoir failli lâcher prise... abandonner tout projet pour ce patient, mais qu'au fond d'elle elle se disait qu'il fallait continuer, voire faire plus, ou autre chose pour ce jeune de 23 ans... Enfin il a accepté de travailler dans une ferme pédagogique et il aimait beaucoup cela... il était aussi rémunéré et cela lui donnait un certain statut social... Je pensais qu'il allait continuer mais sa maman a demandé qu'il vienne revivre avec elle... J'ai eu quelques nouvelles par la suite, et six mois après il ne faisait toujours rien ! J'avoue j'ai eu un petit pincement au cœur pour lui... une déception... et à mon avis il a toujours besoin d'un encadrement et d'un suivi... »

Donc... donner de soi ? Dans quelle limite ? Lâcher prise... accepter et/ou renoncer ? Ces questions restent toujours en suspens pour la famille d'accueil (Mme M.).

III – Mme S. et « les stratégies »

Mme S. est une femme âgée de 57 ans. Elle est hospitalisée depuis février 2017 à Esquirol à la suite du décès d'un « *ami de la famille* » qui s'occupait d'elle à son domicile après la mort de sa mère. Mme S., incapable de vivre seule, a alors été hospitalisée. Depuis novembre dernier, elle a intégré une de nos familles d'accueil.

Dans le dossier, les éléments sur l'enfance de Mme S. sont peu nombreux. Sa mère l'aurait eue à dix-neuf ans. Ses parents se seraient séparés lorsqu'elle était adolescente (vers ses 18 ans). Son père serait parti vivre en Espagne et Mme S. aurait vécu dans une très grande proximité avec sa mère. Elle avait également une sœur d'un an sa cadette qui est décédée. Elle continue à avoir des liens avec sa tante, la femme de son oncle (le frère de sa mère) et avec une voisine.

Mme S. est célibataire et sans enfants. Elle a vécu avec sa mère jusqu'au décès de celle-ci il y a quelques années. Il est écrit dans le dossier qu'elles avaient une relation fusionnelle, conflictuelle et ambivalente (depuis l'adolescence) et il est également précisé que Mme S. aurait déposé à de multiples reprises des plaintes pour séquestration, maltraitance. Leur relation est décrite de la manière suivante : « *relation fusionnelle entre elles deux, aussi violente et complémentaire d'un point de vue comportemental quand l'une va bien, l'autre va mal, ainsi de suite.* » Mme S. aurait alors vécu dans un isolement social, en dehors de la mère et il semblait y avoir un délire à deux mère/fille. Dans le dossier, il est indiqué un diagnostic pour Mme S. : « *psychose schizophrénique chronique* » due, entre autre, à un conflit relationnel majeur avec sa mère. »

Mme S. a été de nombreuses fois hospitalisée en psychiatrie depuis l'âge de ses dix-huit ans à la suite d'une tentative de suicide (TS) par « *intoxication médicamenteuse volontaire (I.M.V.) avec un état dépressif associé à une anorexie sévère (apragmatisme décrit depuis trois ans)* ». Depuis cette TS, il a été question d'une par an et toutes semblaient être en relation avec un conflit avec sa mère. Les projets de soins ont semble-t-il toujours été mis en échec du fait d'un déni majeur de la pathologie et de l'ambivalence de la mère quant aux troubles de sa fille. Dans les années 1990, Mme S. a eu un accident de voiture qui lui a laissé de lourdes séquelles (brûlures), la patiente elle-même nous a dit qu'elle était restée « *trois mois dans le coma* ». Cet accident suscite de nombreux fantasmes et personne ne sait vraiment ce qui s'est réellement passé : il est marqué à certains endroits dans le dossier « *plusieurs passages à l'acte suicidaire dont un par immolation ayant entraîné des séquelles importantes.* » Mme S., dans les entretiens, parle « *d'accident* ».

Il est important de noter que nous ne serons jamais sûr de certains éléments biographiques. Ceux-ci restent flous et incertains et sous la forme d'hypothèses.

La famille d'accueil nous a fait part lors d'une VAD de son impression qu'elle ne pouvait plus rien faire pour Mme S., qu'elle ne croyait plus à des progrès... Renoncement ? Abandon ?

Or, lors d'autres visites et réunions au sujet de Mme S. la famille d'accueil nous a raconté un « moment » d'agréable surprise, car pendant environ trente minutes la patiente par ailleurs très bavarde voire intarissable, a tenu un discours cohérent et posé où elle parlait du présent... Ce qui a amené la famille d'accueil à croire à nouveau dans une possibilité de progrès... hélas

terminée le lendemain car l'agitation, la logorrhée et le délire reprenaient la place à vive allure...

Mme S. paraît très fluctuante dans ses manifestations, ce qui nous questionne sur la possibilité d'une amélioration à long terme. Cela provoque des sentiments de déception, d'inutilité et une remise en question du travail... lâcher prise du côté de l'abandon ?

La famille d'accueil témoigne de sa fatigue et de son épuisement face aux monologues logorrhéiques et répétitifs de Mme S. Elle nous explique que parfois elle « déconnecte » son cerveau et n'écoute plus... elle lâche prise en se « préservant ».

La mise en place d'un séquentiel pour soulager la famille d'accueil permet donc à Mme C. de pouvoir se reposer et dormir car sa patiente nécessite un étayage constant étant donné qu'elle n'a aucune autonomie et que ses repères temporo-spatiaux sont quasiment inexistantes.

La famille d'accueil nous dit avoir quand même pu lâcher prise quant à certaines sollicitations envers la patiente pour se préserver de répéter cent fois la même chose, mais dit ne pas lâcher prise sur la question de l'hygiène... Ce besoin d'étayage constant se traduit aussi par un état de vigilance et d'attention incessants. La famille d'accueil est dans l'angoisse que Mme S. fasse une fausse route en mangeant (déjà arrivé en hospitalisation), qu'elle parte de chez elle et qu'elle se perde...

Et aussi de se sentir obligée, dans certains cas, de lui mentir, de mettre en place une « stratégie » et des « subterfuges » pour que Mme S. puisse monter dans le taxi qui l'amènera au Centre de Jour ; ou pour prendre une douche...

Mme C. nous explique que c'est difficile pour elle d'utiliser ces moyens mais elle n'a pas trouvé d'autre solution... elle fait preuve d'imagination pour trouver des arrangements et ne pas abandonner... car Mme S. peut être « très attachante » nous dit-elle...

Fluctuations donc... lâcher prise en acceptant ? ou lâcher prise en renonçant ? Abandonner ou s'abandonner ?

Et encore une fois aussi par rapport à l'histoire de Mme S. (comme Mr D...) ; à savoir le fait de « renoncer » à connaître la « vérité » mais plutôt considérer la réalité subjective de Mme S. même si elle ne correspond pas à la « réalité objective », même si nous n'arrivons pas à comprendre... Qu'est-ce que la connaissance de son histoire pourrait apporter dans le travail de familles d'accueil ?

Je reprends encore des mots de la famille d'accueil qui je pense résumant beaucoup d'interrogations de toutes les familles d'accueil et de nous, équipe soignante aussi sur le lâcher prise dans notre travail...

« Après tout, je ne suis qu'un être humain qui travaille avec des êtres humains et je me rends compte que lâcher prise parfois, m'aide à relativiser, ne pas abandonner, ne pas me rendre malade moi-même et me permet de continuer à faire mon métier que j'aime malgré tout ».

