Collection
« L'âge et la vie – Prendre soin
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Ces troubles qui nous troublent

Extrait de la publication

Collection
« L'âge et la vie – Prendre soin
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Ces troubles qui nous troublent

Extrait de la publication

Collection
« L'âge et la vie – Prendre soin
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Ces troubles qui nous troublent

Extrait de la publication

Collection
« L'âge et la vie – Prendre soin
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Ces troubles qui nous troublent

Extrait de la publication

Collection
« L'âge et la vie – Prendre soin
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Ces troubles qui nous troublent

Extrait de la publication

Du même auteur :

Les insensés (roman)
Joëlle Losfeld, 2002

La nuit, tous les vieux sont gris (essai)
Bibliophane, 2003

Humanitude (essai, coécrit par Yves Gineste)
Bibliophane, 2005 ; Armand Colin, 2007

La guerre des âges (essai)
Armand Colin, 2007

Jérôme Pellissier

Ces troubles qui nous troublent

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels

L'âge et la vie
Prendre soin des personnes âgées

érès éditions

Extrait de la publication

Du même auteur :

Les insensés (roman)
Joëlle Losfeld, 2002

La nuit, tous les vieux sont gris (essai)
Bibliophane, 2003

Humanitude (essai, coécrit par Yves Gineste)
Bibliophane, 2005 ; Armand Colin, 2007

La guerre des âges (essai)
Armand Colin, 2007

Jérôme Pellissier

Ces troubles qui nous troublent

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels

L'âge et la vie
Prendre soin des personnes âgées

érès éditions

Extrait de la publication

Du même auteur :

Les insensés (roman)
Joëlle Losfeld, 2002

La nuit, tous les vieux sont gris (essai)
Bibliophane, 2003

Humanitude (essai, coécrit par Yves Gineste)
Bibliophane, 2005 ; Armand Colin, 2007

La guerre des âges (essai)
Armand Colin, 2007

Jérôme Pellissier

Ces troubles qui nous troublent

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels

L'âge et la vie
Prendre soin des personnes âgées

érès éditions

Extrait de la publication

Du même auteur :

Les insensés (roman)
Joëlle Losfeld, 2002

La nuit, tous les vieux sont gris (essai)
Bibliophane, 2003

Humanitude (essai, coécrit par Yves Gineste)
Bibliophane, 2005 ; Armand Colin, 2007

La guerre des âges (essai)
Armand Colin, 2007

Jérôme Pellissier

Ces troubles qui nous troublent

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels

L'âge et la vie
Prendre soin des personnes âgées

érès éditions

Extrait de la publication

Du même auteur :

Les insensés (roman)
Joëlle Losfeld, 2002

La nuit, tous les vieux sont gris (essai)
Bibliophane, 2003

Humanitude (essai, coécrit par Yves Gineste)
Bibliophane, 2005 ; Armand Colin, 2007

La guerre des âges (essai)
Armand Colin, 2007

Jérôme Pellissier

Ces troubles qui nous troublent

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels

L'âge et la vie
Prendre soin des personnes âgées

érès éditions

Extrait de la publication

Remerciements

À toutes les personnes sans qui ce livre n'existerait pas, trop nombreuses pour que je puisse ici les remercier nommément.

À Marie-Pierre Pancrazi, Louis Ploton et Philippe Thomas, dont les travaux et les écrits ont particulièrement nourri ma réflexion.

À François Bonnevay, Aude Lefebvre et Chloé Waysfeld, pour avoir accompagné la rédaction de ce livre de leurs réflexions critiques et bienveillantes.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1686-7
Première édition © Éditions érès 2010
33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation…) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Extrait de la publication

Table des matières

Préambule 7

I - COMPRENDRE LES PERSONNES

1. Quelques mots sur les troubles cognitifs.... 15

Des facultés d'attention 15
« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… » 19
Cognition, compréhension et tolérance 20
Besoins, valeurs, désirs… 23
Compréhension et expression verbales..... 27
On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas 29
Pensée sans mots, pensée avec mots… 32
« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! » 33
Inhibition et désinhibition 35
L'inquiétante étrangeté de tout… 36
J'imagine ce que tu ressens… Je ressens ce que tu ressens… 37
Troubles de l'orientation 41
Prosopagnosie..... 46
Identification et reconnaissance..... 47
« Qui es-tu, toi qui me regardes dans ce miroir ? » 51
Ceci n'est pas une fourchette 53

Remerciements

À toutes les personnes sans qui ce livre n'existerait pas, trop nombreuses pour que je puisse ici les remercier nommément.

À Marie-Pierre Pancrazi, Louis Ploton et Philippe Thomas, dont les travaux et les écrits ont particulièrement nourri ma réflexion.

À François Bonnevay, Aude Lefebvre et Chloé Waysfeld, pour avoir accompagné la rédaction de ce livre de leurs réflexions critiques et bienveillantes.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1686-7
Première édition © Éditions érès 2010
33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation…) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Extrait de la publication

Table des matières

Préambule 7

I - COMPRENDRE LES PERSONNES

1. Quelques mots sur les troubles cognitifs.... 15

Des facultés d'attention 15
« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… » 19
Cognition, compréhension et tolérance 20
Besoins, valeurs, désirs… 23
Compréhension et expression verbales..... 27
On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas 29
Pensée sans mots, pensée avec mots… 32
« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! » 33
Inhibition et désinhibition 35
L'inquiétante étrangeté de tout… 36
J'imagine ce que tu ressens… Je ressens ce que tu ressens… 37
Troubles de l'orientation 41
Prosopagnosie..... 46
Identification et reconnaissance..... 47
« Qui es-tu, toi qui me regardes dans ce miroir ? » 51
Ceci n'est pas une fourchette 53

Remerciements

À toutes les personnes sans qui ce livre n'existerait pas, trop nombreuses pour que je puisse ici les remercier nommément.

À Marie-Pierre Pancrazi, Louis Ploton et Philippe Thomas, dont les travaux et les écrits ont particulièrement nourri ma réflexion.

À François Bonnevay, Aude Lefebvre et Chloé Waysfeld, pour avoir accompagné la rédaction de ce livre de leurs réflexions critiques et bienveillantes.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1686-7
Première édition © Éditions érès 2010
33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation…) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Extrait de la publication

Table des matières

Préambule 7

I - COMPRENDRE LES PERSONNES

1. Quelques mots sur les troubles cognitifs.... 15

Des facultés d'attention 15
« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… » 19
Cognition, compréhension et tolérance 20
Besoins, valeurs, désirs… 23
Compréhension et expression verbales..... 27
On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas 29
Pensée sans mots, pensée avec mots… 32
« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! » 33
Inhibition et désinhibition 35
L'inquiétante étrangeté de tout… 36
J'imagine ce que tu ressens… Je ressens ce que tu ressens… 37
Troubles de l'orientation 41
Prosopagnosie..... 46
Identification et reconnaissance..... 47
« Qui es-tu, toi qui me regardes dans ce miroir ? » 51
Ceci n'est pas une fourchette 53

Remerciements

À toutes les personnes sans qui ce livre n'existerait pas, trop nombreuses pour que je puisse ici les remercier nommément.

À Marie-Pierre Pancrazi, Louis Ploton et Philippe Thomas, dont les travaux et les écrits ont particulièrement nourri ma réflexion.

À François Bonnevay, Aude Lefebvre et Chloé Waysfeld, pour avoir accompagné la rédaction de ce livre de leurs réflexions critiques et bienveillantes.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1686-7
Première édition © Éditions érès 2010
33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation…) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Extrait de la publication

Table des matières

Préambule 7

I - COMPRENDRE LES PERSONNES

1. Quelques mots sur les troubles cognitifs.... 15

Des facultés d'attention 15
« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… » 19
Cognition, compréhension et tolérance 20
Besoins, valeurs, désirs… 23
Compréhension et expression verbales..... 27
On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas 29
Pensée sans mots, pensée avec mots… 32
« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! » 33
Inhibition et désinhibition 35
L'inquiétante étrangeté de tout… 36
J'imagine ce que tu ressens… Je ressens ce que tu ressens… 37
Troubles de l'orientation 41
Prosopagnosie..... 46
Identification et reconnaissance..... 47
« Qui es-tu, toi qui me regardes dans ce miroir ? » 51
Ceci n'est pas une fourchette 53

Remerciements

À toutes les personnes sans qui ce livre n'existerait pas, trop nombreuses pour que je puisse ici les remercier nommément.

À Marie-Pierre Pancrazi, Louis Ploton et Philippe Thomas, dont les travaux et les écrits ont particulièrement nourri ma réflexion.

À François Bonnevay, Aude Lefebvre et Chloé Waysfeld, pour avoir accompagné la rédaction de ce livre de leurs réflexions critiques et bienveillantes.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1686-7
Première édition © Éditions érès 2010
33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation…) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Extrait de la publication

Table des matières

Préambule 7

I - COMPRENDRE LES PERSONNES

1. Quelques mots sur les troubles cognitifs.... 15

Des facultés d'attention 15
« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… » 19
Cognition, compréhension et tolérance 20
Besoins, valeurs, désirs… 23
Compréhension et expression verbales..... 27
On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas 29
Pensée sans mots, pensée avec mots… 32
« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! » 33
Inhibition et désinhibition 35
L'inquiétante étrangeté de tout… 36
J'imagine ce que tu ressens… Je ressens ce que tu ressens… 37
Troubles de l'orientation 41
Prosopagnosie..... 46
Identification et reconnaissance..... 47
« Qui es-tu, toi qui me regardes dans ce miroir ? » 51
Ceci n'est pas une fourchette 53

Mémoire(s) 54
Les troubles de la mémoire de travail 56
Les troubles de la mémorisation 57
La mémoire procédurale 64
Les émotions, sève de la mémoire 66
Se souvenir de l'avenir… : mémoire prospective et fonctions exécutives 68
Autonomie à dominante cognitive et autonomie à dominante psycho-émotionnelle 70
Conscience de soi… 73
Penser l'absence ? 74
En guise de conclusion 75

2. Troubles de l'humeur 79

L'empathie, au cœur du prendre-soin 80
Peurs 85
Traumatismes 86
Troubles de l'identification et hallucinations 87
Maltraitances 87
Vieillir, mourir 88
Tant de peurs possibles 94
Peur, phobie, anxiété 105
Anxiété : où commence le pathologique ? 108
Émoussement affectif et apathie 112
Syndrome dépressif 119
Conséquences 126
En guise de conclusion 128

3. Troubles de l'environnement et des interactions 133

Fragilité et vulnérabilité 134
Âgisme, vieillesse et inadaptation 135
Troubles de la culture (âgisme et utilitarisme) ... 137
Des moyens minimalistes 138
Connaissances et formations 141
Lutter, se résigner, reproduire… 143
Troubles des institutions 144
Héritages 145
Tendances 148
Troubles de la pensée : une vision caricaturale des syndromes démentiels 151
Le syndrome de l'extraterrestre 155
Des confrontations aux troubles… troublantes.. 159
Comment peut-on être parent de son parent ? 159
Échos 162
Des peurs aux mensonges 173
Culpabilité et troubles 176
Troubles des interactions : les interactions délétères 178
Non-usage et inutilité des facultés 186
Des troubles en miroir 190
En guise de conclusion 193

II - PRÉVENIR ET APAISER

4. Prévenir et s'organiser 201

Identité et individualité 202
Une nouvelle culture de prendre-soin 210
vips (Very Important PersonS) 212
V – Valorisation et reconnaissance 212
Projet global : le sens de ce prendre-soin 212
Organisation et management *en cohérence avec le projet* 223
Organisation et management : *l'expertise des professionnels* 224

Extrait de la publication

Mémoire(s) 54
Les troubles de la mémoire de travail 56
Les troubles de la mémorisation 57
La mémoire procédurale 64
Les émotions, sève de la mémoire 66
Se souvenir de l'avenir… : mémoire prospective et fonctions exécutives 68
Autonomie à dominante cognitive et autonomie à dominante psycho-émotionnelle 70
Conscience de soi… 73
Penser l'absence ? 74
En guise de conclusion 75

2. Troubles de l'humeur 79

L'empathie, au cœur du prendre-soin 80
Peurs 85
Traumatismes 86
Troubles de l'identification et hallucinations 87
Maltraitances 87
Vieillir, mourir 88
Tant de peurs possibles 94
Peur, phobie, anxiété 105
Anxiété : où commence le pathologique ? 108
Émoussement affectif et apathie 112
Syndrome dépressif 119
Conséquences 126
En guise de conclusion 128

3. Troubles de l'environnement et des interactions 133

Fragilité et vulnérabilité 134
Âgisme, vieillesse et inadaptation 135
Troubles de la culture (âgisme et utilitarisme) ... 137
Des moyens minimalistes 138
Connaissances et formations 141
Lutter, se résigner, reproduire… 143
Troubles des institutions 144
Héritages 145
Tendances 148
Troubles de la pensée : une vision caricaturale des syndromes démentiels 151
Le syndrome de l'extraterrestre 155
Des confrontations aux troubles… troublantes.. 159
Comment peut-on être parent de son parent ? 159
Échos 162
Des peurs aux mensonges 173
Culpabilité et troubles 176
Troubles des interactions : les interactions délétères 178
Non-usage et inutilité des facultés 186
Des troubles en miroir 190
En guise de conclusion 193

II - PRÉVENIR ET APAISER

4. Prévenir et s'organiser 201

Identité et individualité 202
Une nouvelle culture de prendre-soin 210
vips (Very Important PersonS) 212
V – Valorisation et reconnaissance 212
Projet global : le sens de ce prendre-soin 212
Organisation et management *en cohérence avec le projet* 223
Organisation et management : *l'expertise des professionnels* 224

Extrait de la publication

Mémoire(s) 54
Les troubles de la mémoire de travail 56
Les troubles de la mémorisation 57
La mémoire procédurale 64
Les émotions, sève de la mémoire 66
Se souvenir de l'avenir… : mémoire prospective et fonctions exécutives 68
Autonomie à dominante cognitive et autonomie à dominante psycho-émotionnelle 70
Conscience de soi… 73
Penser l'absence ? 74
En guise de conclusion 75

2. Troubles de l'humeur 79

L'empathie, au cœur du prendre-soin 80
Peurs 85
Traumatismes 86
Troubles de l'identification et hallucinations 87
Maltraitances 87
Vieillir, mourir 88
Tant de peurs possibles 94
Peur, phobie, anxiété 105
Anxiété : où commence le pathologique ? 108
Émoussement affectif et apathie 112
Syndrome dépressif 119
Conséquences 126
En guise de conclusion 128

3. Troubles de l'environnement et des interactions 133

Fragilité et vulnérabilité 134
Âgisme, vieillesse et inadaptation 135
Troubles de la culture (âgisme et utilitarisme) ... 137
Des moyens minimalistes 138
Connaissances et formations 141
Lutter, se résigner, reproduire… 143
Troubles des institutions 144
Héritages 145
Tendances 148
Troubles de la pensée : une vision caricaturale des syndromes démentiels 151
Le syndrome de l'extraterrestre 155
Des confrontations aux troubles… troublantes.. 159
Comment peut-on être parent de son parent ? 159
Échos 162
Des peurs aux mensonges 173
Culpabilité et troubles 176
Troubles des interactions : les interactions délétères 178
Non-usage et inutilité des facultés 186
Des troubles en miroir 190
En guise de conclusion 193

II - PRÉVENIR ET APAISER

4. Prévenir et s'organiser 201

Identité et individualité 202
Une nouvelle culture de prendre-soin 210
vips (Very Important PersonS) 212
V – Valorisation et reconnaissance 212
Projet global : le sens de ce prendre-soin 212
Organisation et management *en cohérence avec le projet* 223
Organisation et management : *l'expertise des professionnels* 224

Extrait de la publication

Mémoire(s) 54
Les troubles de la mémoire de travail 56
Les troubles de la mémorisation 57
La mémoire procédurale 64
Les émotions, sève de la mémoire 66
Se souvenir de l'avenir… : mémoire prospective et fonctions exécutives 68
Autonomie à dominante cognitive et autonomie à dominante psycho-émotionnelle 70
Conscience de soi… 73
Penser l'absence ? 74
En guise de conclusion 75

2. Troubles de l'humeur 79

L'empathie, au cœur du prendre-soin 80
Peurs 85
Traumatismes 86
Troubles de l'identification et hallucinations 87
Maltraitances 87
Vieillir, mourir 88
Tant de peurs possibles 94
Peur, phobie, anxiété 105
Anxiété : où commence le pathologique ? 108
Émoussement affectif et apathie 112
Syndrome dépressif 119
Conséquences 126
En guise de conclusion 128

3. Troubles de l'environnement et des interactions 133

Fragilité et vulnérabilité 134
Âgisme, vieillesse et inadaptation 135
Troubles de la culture (âgisme et utilitarisme) ... 137
Des moyens minimalistes 138
Connaissances et formations 141
Lutter, se résigner, reproduire… 143
Troubles des institutions 144
Héritages 145
Tendances 148
Troubles de la pensée : une vision caricaturale des syndromes démentiels 151
Le syndrome de l'extraterrestre 155
Des confrontations aux troubles… troublantes.. 159
Comment peut-on être parent de son parent ? 159
Échos 162
Des peurs aux mensonges 173
Culpabilité et troubles 176
Troubles des interactions : les interactions délétères 178
Non-usage et inutilité des facultés 186
Des troubles en miroir 190
En guise de conclusion 193

II - PRÉVENIR ET APAISER

4. Prévenir et s'organiser 201

Identité et individualité 202
Une nouvelle culture de prendre-soin 210
vips (Very Important PersonS) 212
V – Valorisation et reconnaissance 212
Projet global : le sens de ce prendre-soin 212
Organisation et management *en cohérence avec le projet* 223
Organisation et management : *l'expertise des professionnels* 224

Extrait de la publication

Mémoire(s) 54
Les troubles de la mémoire de travail 56
Les troubles de la mémorisation 57
La mémoire procédurale 64
Les émotions, sève de la mémoire 66
Se souvenir de l'avenir… : mémoire prospective et fonctions exécutives 68
Autonomie à dominante cognitive et autonomie à dominante psycho-émotionnelle 70
Conscience de soi… 73
Penser l'absence ? 74
En guise de conclusion 75

2. Troubles de l'humeur 79

L'empathie, au cœur du prendre-soin 80
Peurs 85
Traumatismes 86
Troubles de l'identification et hallucinations 87
Maltraitances 87
Vieillir, mourir 88
Tant de peurs possibles 94
Peur, phobie, anxiété 105
Anxiété : où commence le pathologique ? 108
Émoussement affectif et apathie 112
Syndrome dépressif 119
Conséquences 126
En guise de conclusion 128

3. Troubles de l'environnement et des interactions 133

Fragilité et vulnérabilité 134
Âgisme, vieillesse et inadaptation 135
Troubles de la culture (âgisme et utilitarisme) ... 137
Des moyens minimalistes 138
Connaissances et formations 141
Lutter, se résigner, reproduire… 143
Troubles des institutions 144
Héritages 145
Tendances 148
Troubles de la pensée : une vision caricaturale des syndromes démentiels 151
Le syndrome de l'extraterrestre 155
Des confrontations aux troubles… troublantes.. 159
Comment peut-on être parent de son parent ? 159
Échos 162
Des peurs aux mensonges 173
Culpabilité et troubles 176
Troubles des interactions : les interactions délétères 178
Non-usage et inutilité des facultés 186
Des troubles en miroir 190
En guise de conclusion 193

II - PRÉVENIR ET APAISER

4. Prévenir et s'organiser 201

Identité et individualité 202
Une nouvelle culture de prendre-soin 210
vips (Very Important PersonS) 212
V – Valorisation et reconnaissance 212
Projet global : le sens de ce prendre-soin 212
Organisation et management *en cohérence avec le projet* 223
Organisation et management : *l'expertise des professionnels* 224

Extrait de la publication

Environnement autonomisant et prothétique 230
Qualité 237
I – Individualisation du prendre-soin 239
Projet individualisé de prendre-soin (ressources et faiblesses…) 239
Révision et ajustement du projet 249
Possessions : objets, vêtements, etc. 249
Habitudes, préférences, rythmes et rituels 250
Histoire de vie et utilisation des connaissances 251
Activités : variées et couvrant les besoins de tous 252
P – Perspective de la personne 255
Préférences : consentements, opinions, etc. 256
Empathie et compréhension du point de vue de l'autre 262
Environnement : bruits, lumières… et inconfort 263
État physique : évaluation de la douleur et des capacités sensorielles 265
Conduites et comportements : compréhension à partir de la perspective de la personne 266
Droits : une vigilance particulière dans certaines situations 266
S – Soutien social et relationnel 267
Appartenance, engagement, participation, inclusion… 267
Respect : écoute, attention… 270
Chaleur humaine 273
Validation : émotions reconnues ? 275
Autonomie : un prendre-soin de soi *soutenu* 278
Environnement : ouvert à/vers l'extérieur ? 280
Interactions positives 281
En guise de conclusion 286

5. Face aux « comportements troublés » : analyser, comprendre, apaiser 289
Quelques grandes questions, quelques grands principes 290
Comportement « anormal, inadapté, illogique » ? 290
Une réaction anormale, dans une situation anormale 292
La personne a le comportement, mais qui a le trouble ? 294
Je marche, tu cours, il erre… 295
Quelques grandes étapes face aux « comportements troublés » 298
Nommer 300
Observer et décrire 313
À la recherche du(des) sens (remue-méninges ou brainstorming*)* 317
Quelques dimensions essentielles 323
Quand le sens nous échappe… 334
Quelques pistes d'apaisement… 336
Les réactions de catastrophe 353
Un prologue au soin 357
Prendre-soin de ce qui permet à la personne de prendre-soin d'elle-même… 362
Quelques mots pour conclure 366

Conclusion 369

Bibliographie synthétique 377

Environnement autonomisant et prothétique 230
Qualité 237
I – Individualisation du prendre-soin 239
Projet individualisé de prendre-soin (ressources et faiblesses…) 239
Révision et ajustement du projet 249
Possessions : objets, vêtements, etc. 249
Habitudes, préférences, rythmes et rituels 250
Histoire de vie et utilisation des connaissances 251
Activités : variées et couvrant les besoins de tous 252
P – Perspective de la personne 255
Préférences : consentements, opinions, etc. 256
Empathie et compréhension du point de vue de l'autre 262
Environnement : bruits, lumières… et inconfort 263
État physique : évaluation de la douleur et des capacités sensorielles 265
Conduites et comportements : compréhension à partir de la perspective de la personne 266
Droits : une vigilance particulière dans certaines situations 266
S – Soutien social et relationnel 267
Appartenance, engagement, participation, inclusion… 267
Respect : écoute, attention… 270
Chaleur humaine 273
Validation : émotions reconnues ? 275
Autonomie : un prendre-soin de soi *soutenu* 278
Environnement : ouvert à/vers l'extérieur ? 280
Interactions positives 281
En guise de conclusion 286

5. Face aux « comportements troublés » : analyser, comprendre, apaiser 289
Quelques grandes questions, quelques grands principes 290
Comportement « anormal, inadapté, illogique » ? 290
Une réaction anormale, dans une situation anormale 292
La personne a le comportement, mais qui a le trouble ? 294
Je marche, tu cours, il erre… 295
Quelques grandes étapes face aux « comportements troublés » 298
Nommer 300
Observer et décrire 313
À la recherche du(des) sens (remue-méninges ou brainstorming*)* 317
Quelques dimensions essentielles 323
Quand le sens nous échappe… 334
Quelques pistes d'apaisement… 336
Les réactions de catastrophe 353
Un prologue au soin 357
Prendre-soin de ce qui permet à la personne de prendre-soin d'elle-même… 362
Quelques mots pour conclure 366

Conclusion 369

Bibliographie synthétique 377

Environnement autonomisant et prothétique 230
Qualité 237
I – Individualisation du prendre-soin 239
Projet individualisé de prendre-soin (ressources et faiblesses…) 239
Révision et ajustement du projet 249
Possessions : objets, vêtements, etc. 249
Habitudes, préférences, rythmes et rituels 250
Histoire de vie et utilisation des connaissances 251
Activités : variées et couvrant les besoins de tous 252
P – Perspective de la personne 255
Préférences : consentements, opinions, etc. 256
Empathie et compréhension du point de vue de l'autre 262
Environnement : bruits, lumières… et inconfort 263
État physique : évaluation de la douleur et des capacités sensorielles 265
Conduites et comportements : compréhension à partir de la perspective de la personne 266
Droits : une vigilance particulière dans certaines situations 266
S – Soutien social et relationnel 267
Appartenance, engagement, participation, inclusion… 267
Respect : écoute, attention… 270
Chaleur humaine 273
Validation : émotions reconnues ? 275
Autonomie : un prendre-soin de soi *soutenu* 278
Environnement : ouvert à/vers l'extérieur ? 280
Interactions positives 281
En guise de conclusion 286

5. Face aux « comportements troublés » : analyser, comprendre, apaiser 289
Quelques grandes questions, quelques grands principes 290
Comportement « anormal, inadapté, illogique » ? 290
Une réaction anormale, dans une situation anormale 292
La personne a le comportement, mais qui a le trouble ? 294
Je marche, tu cours, il erre… 295
Quelques grandes étapes face aux « comportements troublés » 298
Nommer 300
Observer et décrire 313
À la recherche du(des) sens (remue-méninges ou brainstorming*)* 317
Quelques dimensions essentielles 323
Quand le sens nous échappe… 334
Quelques pistes d'apaisement… 336
Les réactions de catastrophe 353
Un prologue au soin 357
Prendre-soin de ce qui permet à la personne de prendre-soin d'elle-même… 362
Quelques mots pour conclure 366

Conclusion 369

Bibliographie synthétique 377

Environnement autonomisant et prothétique 230
Qualité 237
I – Individualisation du prendre-soin 239
Projet individualisé de prendre-soin (ressources et faiblesses…) 239
Révision et ajustement du projet 249
Possessions : objets, vêtements, etc. 249
Habitudes, préférences, rythmes et rituels 250
Histoire de vie et utilisation des connaissances 251
Activités : variées et couvrant les besoins de tous 252
P – Perspective de la personne 255
Préférences : consentements, opinions, etc. 256
Empathie et compréhension du point de vue de l'autre 262
Environnement : bruits, lumières… et inconfort 263
État physique : évaluation de la douleur et des capacités sensorielles 265
Conduites et comportements : compréhension à partir de la perspective de la personne 266
Droits : une vigilance particulière dans certaines situations 266
S – Soutien social et relationnel 267
Appartenance, engagement, participation, inclusion… 267
Respect : écoute, attention… 270
Chaleur humaine 273
Validation : émotions reconnues ? 275
Autonomie : un prendre-soin de soi *soutenu* 278
Environnement : ouvert à/vers l'extérieur ? 280
Interactions positives 281
En guise de conclusion 286

5. Face aux « comportements troublés » : analyser, comprendre, apaiser 289
Quelques grandes questions, quelques grands principes 290
Comportement « anormal, inadapté, illogique » ? 290
Une réaction anormale, dans une situation anormale 292
La personne a le comportement, mais qui a le trouble ? 294
Je marche, tu cours, il erre… 295
Quelques grandes étapes face aux « comportements troublés » 298
Nommer 300
Observer et décrire 313
À la recherche du(des) sens (remue-méninges ou brainstorming*)* 317
Quelques dimensions essentielles 323
Quand le sens nous échappe… 334
Quelques pistes d'apaisement… 336
Les réactions de catastrophe 353
Un prologue au soin 357
Prendre-soin de ce qui permet à la personne de prendre-soin d'elle-même… 362
Quelques mots pour conclure 366

Conclusion 369

Bibliographie synthétique 377

Environnement autonomisant et prothétique 230
Qualité 237
I – Individualisation du prendre-soin 239
Projet individualisé de prendre-soin (ressources et faiblesses…) 239
Révision et ajustement du projet 249
Possessions : objets, vêtements, etc. 249
Habitudes, préférences, rythmes et rituels 250
Histoire de vie et utilisation des connaissances 251
Activités : variées et couvrant les besoins de tous 252
P – Perspective de la personne 255
Préférences : consentements, opinions, etc. 256
Empathie et compréhension du point de vue de l'autre 262
Environnement : bruits, lumières… et inconfort 263
État physique : évaluation de la douleur et des capacités sensorielles 265
Conduites et comportements : compréhension à partir de la perspective de la personne 266
Droits : une vigilance particulière dans certaines situations 266
S – Soutien social et relationnel 267
Appartenance, engagement, participation, inclusion… 267
Respect : écoute, attention… 270
Chaleur humaine 273
Validation : émotions reconnues ? 275
Autonomie : un prendre-soin de soi *soutenu* 278
Environnement : ouvert à/vers l'extérieur ? 280
Interactions positives 281
En guise de conclusion 286

5. Face aux « comportements troublés » : analyser, comprendre, apaiser 289
Quelques grandes questions, quelques grands principes 290
Comportement « anormal, inadapté, illogique » ? 290
Une réaction anormale, dans une situation anormale 292
La personne a le comportement, mais qui a le trouble ? 294
Je marche, tu cours, il erre… 295
Quelques grandes étapes face aux « comportements troublés » 298
Nommer 300
Observer et décrire 313
À la recherche du(des) sens (remue-méninges ou brainstorming*)* 317
Quelques dimensions essentielles 323
Quand le sens nous échappe… 334
Quelques pistes d'apaisement… 336
Les réactions de catastrophe 353
Un prologue au soin 357
Prendre-soin de ce qui permet à la personne de prendre-soin d'elle-même… 362
Quelques mots pour conclure 366

Conclusion 369

Bibliographie synthétique 377

Préambule

« Le problème avec les personnes atteintes de démence, c'est qu'elles ne comprennent pas le fonctionnement de l'établissement. » Ainsi débutait, lors d'un récent colloque, l'intervention d'un directeur de maison de retraite.

Ne sourions pas trop vite : qui parmi nous, chacun dans son domaine, proche ou soignant d'une personne présentant un syndrome démentiel, peut jurer n'avoir jamais eu une pensée de ce type : le problème de cette personne, c'est qu'elle ne comprend pas – que je suis en train de la soigner ; que c'est le moment de manger ; que je le lui ai déjà expliqué… ?

Et si le problème était de notre côté ? Si c'était l'établissement qui ne comprenait pas le « fonctionnement » de la personne « atteinte de démence[1] » ? Si c'était nous qui ne comprenions pas bien ces personnes ?

1. Nous n'emploierons cette expression que lorsqu'elle appartient à des citations, préférant une expression certes longue, « personne présentant un syndrome démentiel », mais plus prudente : en effet, nous ne savons pas réellement de quoi la personne est « atteinte », mais pouvons voir ce qu'elle « présente » ; nous ne savons pas réellement si c'est une maladie bien

Préambule

« Le problème avec les personnes atteintes de démence, c'est qu'elles ne comprennent pas le fonctionnement de l'établissement. » Ainsi débutait, lors d'un récent colloque, l'intervention d'un directeur de maison de retraite.

Ne sourions pas trop vite : qui parmi nous, chacun dans son domaine, proche ou soignant d'une personne présentant un syndrome démentiel, peut jurer n'avoir jamais eu une pensée de ce type : le problème de cette personne, c'est qu'elle ne comprend pas – que je suis en train de la soigner ; que c'est le moment de manger ; que je le lui ai déjà expliqué… ?

Et si le problème était de notre côté ? Si c'était l'établissement qui ne comprenait pas le « fonctionnement » de la personne « atteinte de démence[1] » ? Si c'était nous qui ne comprenions pas bien ces personnes ?

1. Nous n'emploierons cette expression que lorsqu'elle appartient à des citations, préférant une expression certes longue, « personne présentant un syndrome démentiel », mais plus prudente : en effet, nous ne savons pas réellement de quoi la personne est « atteinte », mais pouvons voir ce qu'elle « présente » ; nous ne savons pas réellement si c'est une maladie bien

Préambule

« Le problème avec les personnes atteintes de démence, c'est qu'elles ne comprennent pas le fonctionnement de l'établissement. » Ainsi débutait, lors d'un récent colloque, l'intervention d'un directeur de maison de retraite.

Ne sourions pas trop vite : qui parmi nous, chacun dans son domaine, proche ou soignant d'une personne présentant un syndrome démentiel, peut jurer n'avoir jamais eu une pensée de ce type : le problème de cette personne, c'est qu'elle ne comprend pas – que je suis en train de la soigner ; que c'est le moment de manger ; que je le lui ai déjà expliqué… ?

Et si le problème était de notre côté ? Si c'était l'établissement qui ne comprenait pas le « fonctionnement » de la personne « atteinte de démence[1] » ? Si c'était nous qui ne comprenions pas bien ces personnes ?

1. Nous n'emploierons cette expression que lorsqu'elle appartient à des citations, préférant une expression certes longue, « personne présentant un syndrome démentiel », mais plus prudente : en effet, nous ne savons pas réellement de quoi la personne est « atteinte », mais pouvons voir ce qu'elle « présente » ; nous ne savons pas réellement si c'est une maladie bien

Préambule

« Le problème avec les personnes atteintes de démence, c'est qu'elles ne comprennent pas le fonctionnement de l'établissement. » Ainsi débutait, lors d'un récent colloque, l'intervention d'un directeur de maison de retraite.

Ne sourions pas trop vite : qui parmi nous, chacun dans son domaine, proche ou soignant d'une personne présentant un syndrome démentiel, peut jurer n'avoir jamais eu une pensée de ce type : le problème de cette personne, c'est qu'elle ne comprend pas – que je suis en train de la soigner ; que c'est le moment de manger ; que je le lui ai déjà expliqué… ?

Et si le problème était de notre côté ? Si c'était l'établissement qui ne comprenait pas le « fonctionnement » de la personne « atteinte de démence[1] » ? Si c'était nous qui ne comprenions pas bien ces personnes ?

1. Nous n'emploierons cette expression que lorsqu'elle appartient à des citations, préférant une expression certes longue, « personne présentant un syndrome démentiel », mais plus prudente : en effet, nous ne savons pas réellement de quoi la personne est « atteinte », mais pouvons voir ce qu'elle « présente » ; nous ne savons pas réellement si c'est une maladie bien

Préambule

« Le problème avec les personnes atteintes de démence, c'est qu'elles ne comprennent pas le fonctionnement de l'établissement. » Ainsi débutait, lors d'un récent colloque, l'intervention d'un directeur de maison de retraite.

Ne sourions pas trop vite : qui parmi nous, chacun dans son domaine, proche ou soignant d'une personne présentant un syndrome démentiel, peut jurer n'avoir jamais eu une pensée de ce type : le problème de cette personne, c'est qu'elle ne comprend pas – que je suis en train de la soigner ; que c'est le moment de manger ; que je le lui ai déjà expliqué… ?

Et si le problème était de notre côté ? Si c'était l'établissement qui ne comprenait pas le « fonctionnement » de la personne « atteinte de démence[1] » ? Si c'était nous qui ne comprenions pas bien ces personnes ?

1. Nous n'emploierons cette expression que lorsqu'elle appartient à des citations, préférant une expression certes longue, « personne présentant un syndrome démentiel », mais plus prudente : en effet, nous ne savons pas réellement de quoi la personne est « atteinte », mais pouvons voir ce qu'elle « présente » ; nous ne savons pas réellement si c'est une maladie bien

Alors, essayons, de les comprendre. Pas pour les *connaître* et n'avoir plus rien à apprendre d'elles, ni bien sûr pour que le prendre-soin fonctionne avec des professionnels qui fonctionnent bien sur des personnes qui dysfonctionnent dans des établissements fonctionnels…

Juste pour comprendre un peu mieux, en prenant pour visée ces « troubles du comportement » : comprendre un peu mieux les personnes qui souffrent de ces troubles, afin de les aider à les prévenir, à les apaiser. Dessiner un peu mieux, ce faisant, quels chemins de réflexions et d'actions nous pouvons suivre pour ajuster notre prendre-soin à ces personnes.

L'objectif peut sembler modeste : il est en fait très ambitieux. Car comprendre et agir sur ce qui est en jeu dans les situations de « troubles du comportement » implique de parcourir de nombreuses dimensions, et d'adopter pour le faire une optique particulière.

Un regard particulier, sous l'égide d'une approche centrée sur la personne, sur la perspective de la personne. Ce qui impose de faire appel à l'empathie, qui seule peut nous permettre de mieux percevoir comment les troubles de certaines facultés, notamment cognitives, comment les modifications de l'humeur, comment les caractéristiques de l'environnement peuvent modifier la manière dont la personne comprend et éprouve ce qu'elle vit et le milieu dans lequel elle vit. Comment l'ensemble de ces éléments vont participer aux expressions comportementales.

précise, mais pouvons constater la présence d'un syndrome – de différents symptômes et troubles. Quant au mot « démence », il porte encore trop de son sens étymologique, « sans esprit », pour pouvoir qualifier des personnes dont on n'a jamais constaté qu'elles n'avaient pas d'esprit.

Ce recours à l'empathie se traduira dans certains choix d'écriture, qui m'ont notamment conduit à utiliser le pronom « nous » pour renvoyer parfois aux personnes présentant un syndrome démentiel, parfois aux personnes qui prennent soin d'elles, proches ou professionnels[2]. Pour ne pas, notamment, que cette personne dont nous prenons soin soit toujours un « il » ou un « elle », un autre-malade qui n'aurait rien à voir avec « nous », avec qui nous n'aurions rien à voir, alors même que beaucoup des troubles qui la troublent nous troublent aussi…

Je laisse le lecteur s'y retrouver – en ne m'inquiétant pas trop s'il s'y perd un peu aussi, si certaines frontières parfois s'effritent… En espérant même qu'elles se brouillent de temps en temps : car contrairement à ce que laisse souvent croire la vision dominante des personnes « atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées », il y a, entre ces personnes et nous, infiniment plus de ressemblances que de dissemblances.

La démarche de ce livre se place également sous l'égide d'une conception psychodynamique, systémique, de ces syndromes[3], attentive donc à montrer pourquoi aucune des dimensions en jeu – cognitive, psychique, sociale… – ne suffit à elle seule à comprendre, notamment des comportements. Les comportements troublés sont en effet exemplaires en ce sens : incompréhensibles la plupart du

2. Parfois aussi, plus classiquement, en lieu et place du « je ».
3. On trouvera donc, tout au long de cet ouvrage, de nombreuses références aux travaux de Louis Ploton et à ceux de Tom Kitwood, deux des auteurs qui, l'un en France, l'autre en Angleterre, ont depuis des années défendu de telles approches (« pendant des années » serait plus exact pour Tom Kitwood, mort en 1998).

Alors, essayons, de les comprendre. Pas pour les *connaître* et n'avoir plus rien à apprendre d'elles, ni bien sûr pour que le prendre-soin fonctionne avec des professionnels qui fonctionnent bien sur des personnes qui dysfonctionnent dans des établissements fonctionnels…

Juste pour comprendre un peu mieux, en prenant pour visée ces « troubles du comportement » : comprendre un peu mieux les personnes qui souffrent de ces troubles, afin de les aider à les prévenir, à les apaiser. Dessiner un peu mieux, ce faisant, quels chemins de réflexions et d'actions nous pouvons suivre pour ajuster notre prendre-soin à ces personnes.

L'objectif peut sembler modeste : il est en fait très ambitieux. Car comprendre et agir sur ce qui est en jeu dans les situations de « troubles du comportement » implique de parcourir de nombreuses dimensions, et d'adopter pour le faire une optique particulière.

Un regard particulier, sous l'égide d'une approche centrée sur la personne, sur la perspective de la personne. Ce qui impose de faire appel à l'empathie, qui seule peut nous permettre de mieux percevoir comment les troubles de certaines facultés, notamment cognitives, comment les modifications de l'humeur, comment les caractéristiques de l'environnement peuvent modifier la manière dont la personne comprend et éprouve ce qu'elle vit et le milieu dans lequel elle vit. Comment l'ensemble de ces éléments vont participer aux expressions comportementales.

précise, mais pouvons constater la présence d'un syndrome – de différents symptômes et troubles. Quant au mot « démence », il porte encore trop de son sens étymologique, « sans esprit », pour pouvoir qualifier des personnes dont on n'a jamais constaté qu'elles n'avaient pas d'esprit.

Ce recours à l'empathie se traduira dans certains choix d'écriture, qui m'ont notamment conduit à utiliser le pronom « nous » pour renvoyer parfois aux personnes présentant un syndrome démentiel, parfois aux personnes qui prennent soin d'elles, proches ou professionnels[2]. Pour ne pas, notamment, que cette personne dont nous prenons soin soit toujours un « il » ou un « elle », un autre-malade qui n'aurait rien à voir avec « nous », avec qui nous n'aurions rien à voir, alors même que beaucoup des troubles qui la troublent nous troublent aussi…

Je laisse le lecteur s'y retrouver – en ne m'inquiétant pas trop s'il s'y perd un peu aussi, si certaines frontières parfois s'effritent… En espérant même qu'elles se brouillent de temps en temps : car contrairement à ce que laisse souvent croire la vision dominante des personnes « atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées », il y a, entre ces personnes et nous, infiniment plus de ressemblances que de dissemblances.

La démarche de ce livre se place également sous l'égide d'une conception psychodynamique, systémique, de ces syndromes[3], attentive donc à montrer pourquoi aucune des dimensions en jeu – cognitive, psychique, sociale… – ne suffit à elle seule à comprendre, notamment des comportements. Les comportements troublés sont en effet exemplaires en ce sens : incompréhensibles la plupart du

2. Parfois aussi, plus classiquement, en lieu et place du « je ».
3. On trouvera donc, tout au long de cet ouvrage, de nombreuses références aux travaux de Louis Ploton et à ceux de Tom Kitwood, deux des auteurs qui, l'un en France, l'autre en Angleterre, ont depuis des années défendu de telles approches (« pendant des années » serait plus exact pour Tom Kitwood, mort en 1998).

Alors, essayons, de les comprendre. Pas pour les *connaître* et n'avoir plus rien à apprendre d'elles, ni bien sûr pour que le prendre-soin fonctionne avec des professionnels qui fonctionnent bien sur des personnes qui dysfonctionnent dans des établissements fonctionnels…

Juste pour comprendre un peu mieux, en prenant pour visée ces « troubles du comportement » : comprendre un peu mieux les personnes qui souffrent de ces troubles, afin de les aider à les prévenir, à les apaiser. Dessiner un peu mieux, ce faisant, quels chemins de réflexions et d'actions nous pouvons suivre pour ajuster notre prendre-soin à ces personnes.

L'objectif peut sembler modeste : il est en fait très ambitieux. Car comprendre et agir sur ce qui est en jeu dans les situations de « troubles du comportement » implique de parcourir de nombreuses dimensions, et d'adopter pour le faire une optique particulière.

Un regard particulier, sous l'égide d'une approche centrée sur la personne, sur la perspective de la personne. Ce qui impose de faire appel à l'empathie, qui seule peut nous permettre de mieux percevoir comment les troubles de certaines facultés, notamment cognitives, comment les modifications de l'humeur, comment les caractéristiques de l'environnement peuvent modifier la manière dont la personne comprend et éprouve ce qu'elle vit et le milieu dans lequel elle vit. Comment l'ensemble de ces éléments vont participer aux expressions comportementales.

précise, mais pouvons constater la présence d'un syndrome – de différents symptômes et troubles. Quant au mot « démence », il porte encore trop de son sens étymologique, « sans esprit », pour pouvoir qualifier des personnes dont on n'a jamais constaté qu'elles n'avaient pas d'esprit.

Ce recours à l'empathie se traduira dans certains choix d'écriture, qui m'ont notamment conduit à utiliser le pronom « nous » pour renvoyer parfois aux personnes présentant un syndrome démentiel, parfois aux personnes qui prennent soin d'elles, proches ou professionnels[2]. Pour ne pas, notamment, que cette personne dont nous prenons soin soit toujours un « il » ou un « elle », un autre-malade qui n'aurait rien à voir avec « nous », avec qui nous n'aurions rien à voir, alors même que beaucoup des troubles qui la troublent nous troublent aussi…

Je laisse le lecteur s'y retrouver – en ne m'inquiétant pas trop s'il s'y perd un peu aussi, si certaines frontières parfois s'effritent… En espérant même qu'elles se brouillent de temps en temps : car contrairement à ce que laisse souvent croire la vision dominante des personnes « atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées », il y a, entre ces personnes et nous, infiniment plus de ressemblances que de dissemblances.

La démarche de ce livre se place également sous l'égide d'une conception psychodynamique, systémique, de ces syndromes[3], attentive donc à montrer pourquoi aucune des dimensions en jeu – cognitive, psychique, sociale… – ne suffit à elle seule à comprendre, notamment des comportements. Les comportements troublés sont en effet exemplaires en ce sens : incompréhensibles la plupart du

2. Parfois aussi, plus classiquement, en lieu et place du « je ».
3. On trouvera donc, tout au long de cet ouvrage, de nombreuses références aux travaux de Louis Ploton et à ceux de Tom Kitwood, deux des auteurs qui, l'un en France, l'autre en Angleterre, ont depuis des années défendu de telles approches (« pendant des années » serait plus exact pour Tom Kitwood, mort en 1998).

Alors, essayons, de les comprendre. Pas pour les *connaître* et n'avoir plus rien à apprendre d'elles, ni bien sûr pour que le prendre-soin fonctionne avec des professionnels qui fonctionnent bien sur des personnes qui dysfonctionnent dans des établissements fonctionnels…

Juste pour comprendre un peu mieux, en prenant pour visée ces « troubles du comportement » : comprendre un peu mieux les personnes qui souffrent de ces troubles, afin de les aider à les prévenir, à les apaiser. Dessiner un peu mieux, ce faisant, quels chemins de réflexions et d'actions nous pouvons suivre pour ajuster notre prendre-soin à ces personnes.

L'objectif peut sembler modeste : il est en fait très ambitieux. Car comprendre et agir sur ce qui est en jeu dans les situations de « troubles du comportement » implique de parcourir de nombreuses dimensions, et d'adopter pour le faire une optique particulière.

Un regard particulier, sous l'égide d'une approche centrée sur la personne, sur la perspective de la personne. Ce qui impose de faire appel à l'empathie, qui seule peut nous permettre de mieux percevoir comment les troubles de certaines facultés, notamment cognitives, comment les modifications de l'humeur, comment les caractéristiques de l'environnement peuvent modifier la manière dont la personne comprend et éprouve ce qu'elle vit et le milieu dans lequel elle vit. Comment l'ensemble de ces éléments vont participer aux expressions comportementales.

précise, mais pouvons constater la présence d'un syndrome – de différents symptômes et troubles. Quant au mot « démence », il porte encore trop de son sens étymologique, « sans esprit », pour pouvoir qualifier des personnes dont on n'a jamais constaté qu'elles n'avaient pas d'esprit.

Ce recours à l'empathie se traduira dans certains choix d'écriture, qui m'ont notamment conduit à utiliser le pronom « nous » pour renvoyer parfois aux personnes présentant un syndrome démentiel, parfois aux personnes qui prennent soin d'elles, proches ou professionnels[2]. Pour ne pas, notamment, que cette personne dont nous prenons soin soit toujours un « il » ou un « elle », un autre-malade qui n'aurait rien à voir avec « nous », avec qui nous n'aurions rien à voir, alors même que beaucoup des troubles qui la troublent nous troublent aussi…

Je laisse le lecteur s'y retrouver – en ne m'inquiétant pas trop s'il s'y perd un peu aussi, si certaines frontières parfois s'effritent… En espérant même qu'elles se brouillent de temps en temps : car contrairement à ce que laisse souvent croire la vision dominante des personnes « atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées », il y a, entre ces personnes et nous, infiniment plus de ressemblances que de dissemblances.

La démarche de ce livre se place également sous l'égide d'une conception psychodynamique, systémique, de ces syndromes[3], attentive donc à montrer pourquoi aucune des dimensions en jeu – cognitive, psychique, sociale… – ne suffit à elle seule à comprendre, notamment des comportements. Les comportements troublés sont en effet exemplaires en ce sens : incompréhensibles la plupart du

2. Parfois aussi, plus classiquement, en lieu et place du « je ».
3. On trouvera donc, tout au long de cet ouvrage, de nombreuses références aux travaux de Louis Ploton et à ceux de Tom Kitwood, deux des auteurs qui, l'un en France, l'autre en Angleterre, ont depuis des années défendu de telles approches (« pendant des années » serait plus exact pour Tom Kitwood, mort en 1998).

Alors, essayons, de les comprendre. Pas pour les *connaître* et n'avoir plus rien à apprendre d'elles, ni bien sûr pour que le prendre-soin fonctionne avec des professionnels qui fonctionnent bien sur des personnes qui dysfonctionnent dans des établissements fonctionnels…

Juste pour comprendre un peu mieux, en prenant pour visée ces « troubles du comportement » : comprendre un peu mieux les personnes qui souffrent de ces troubles, afin de les aider à les prévenir, à les apaiser. Dessiner un peu mieux, ce faisant, quels chemins de réflexions et d'actions nous pouvons suivre pour ajuster notre prendre-soin à ces personnes.

L'objectif peut sembler modeste : il est en fait très ambitieux. Car comprendre et agir sur ce qui est en jeu dans les situations de « troubles du comportement » implique de parcourir de nombreuses dimensions, et d'adopter pour le faire une optique particulière.

Un regard particulier, sous l'égide d'une approche centrée sur la personne, sur la perspective de la personne. Ce qui impose de faire appel à l'empathie, qui seule peut nous permettre de mieux percevoir comment les troubles de certaines facultés, notamment cognitives, comment les modifications de l'humeur, comment les caractéristiques de l'environnement peuvent modifier la manière dont la personne comprend et éprouve ce qu'elle vit et le milieu dans lequel elle vit. Comment l'ensemble de ces éléments vont participer aux expressions comportementales.

précise, mais pouvons constater la présence d'un syndrome – de différents symptômes et troubles. Quant au mot « démence », il porte encore trop de son sens étymologique, « sans esprit », pour pouvoir qualifier des personnes dont on n'a jamais constaté qu'elles n'avaient pas d'esprit.

Ce recours à l'empathie se traduira dans certains choix d'écriture, qui m'ont notamment conduit à utiliser le pronom « nous » pour renvoyer parfois aux personnes présentant un syndrome démentiel, parfois aux personnes qui prennent soin d'elles, proches ou professionnels[2]. Pour ne pas, notamment, que cette personne dont nous prenons soin soit toujours un « il » ou un « elle », un autre-malade qui n'aurait rien à voir avec « nous », avec qui nous n'aurions rien à voir, alors même que beaucoup des troubles qui la troublent nous troublent aussi…

Je laisse le lecteur s'y retrouver – en ne m'inquiétant pas trop s'il s'y perd un peu aussi, si certaines frontières parfois s'effritent… En espérant même qu'elles se brouillent de temps en temps : car contrairement à ce que laisse souvent croire la vision dominante des personnes « atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées », il y a, entre ces personnes et nous, infiniment plus de ressemblances que de dissemblances.

La démarche de ce livre se place également sous l'égide d'une conception psychodynamique, systémique, de ces syndromes[3], attentive donc à montrer pourquoi aucune des dimensions en jeu – cognitive, psychique, sociale… – ne suffit à elle seule à comprendre, notamment des comportements. Les comportements troublés sont en effet exemplaires en ce sens : incompréhensibles la plupart du

2. Parfois aussi, plus classiquement, en lieu et place du « je ».
3. On trouvera donc, tout au long de cet ouvrage, de nombreuses références aux travaux de Louis Ploton et à ceux de Tom Kitwood, deux des auteurs qui, l'un en France, l'autre en Angleterre, ont depuis des années défendu de telles approches (« pendant des années » serait plus exact pour Tom Kitwood, mort en 1998).

temps s'ils sont perçus comme de pures conséquences d'une atteinte neurologique, ou d'une incapacité cognitive, ou d'une humeur. Riches de sens en revanche quand on les regarde à la croisée des relations que ces différentes dimensions entretiennent. Des relations qui ne sont qu'exceptionnellement de cause à effet…

Ces dimensions en nous sans cesse entremêlées, il a bien fallu les séparer un peu pour pouvoir se pencher, pas après pas, sur quelques aspects particuliers : ainsi consacrerons-nous, dans la première partie, un chapitre aux facultés cognitives et à leurs modifications, un chapitre aux troubles de l'humeur, un chapitre aux troubles de l'environnement et des interactions. Les connaissances sur ce que vivent en ces domaines les personnes présentant un syndrome démentiel dessineront les pistes d'élaboration d'un prendre-soin qui leur est ajusté. Présentées en s'inspirant du *Person-Centred Dementia Care* élaboré par Tom Kitwood, les déclinaisons de ce prendre-soin spécifique s'attacheront tout particulièrement aux facteurs de prévention des comportements troublés. Lesquels feront l'objet du dernier chapitre, qui tentera notamment de distinguer les comportements réellement troublés de ceux qui nous paraissent tels parce qu'est troublée notre vision. Ces distinctions et éclaircissements permettant alors de proposer quelques importantes pistes d'apaisement…

Deux précisions :

– J'ai fait le choix de beaucoup utiliser le mot « trouble ». Contrairement à d'autres mots, « symptôme », « altération », « altérer »…, il possède l'avantage de ne pas trop en dire, dès lors qu'on ne l'entend pas uniquement dans son sens scientifique (« Modification pathologique des

activités de l'organisme ou du comportement physique ou mental de l'être vivant »), qu'on lui laisse tous ses sens, qu'il puisse évoquer une pensée troublée comme une eau trouble, qu'il puisse nous parler d'un trouble de l'humeur comme d'un trouble amoureux, bref, qu'il puisse nous dire que nous sommes troublés sans que nous entendions que nous sommes malades !

Parmi les troubles que nous évoquerons, il en est de pathologiques : des troubles de certaines facultés cognitives, par exemple, qui sont bien des altérations de ces facultés. Mais bien d'autres, dans les eaux jamais limpides de la pensée, des émotions, des humeurs, sont d'abord des modifications, des brouillards, des désordres… Nous sommes tous, en permanence, troublés, émotionnellement, psychiquement, troublés-anxieux, troublés-peureux, troublés-émus, sans pour autant présenter un syndrome démentiel. Mais alors, quand il l'est, lui, troublé ainsi, lui, « le malade » : est-on bien certain que son trouble est pathologique ? Pourquoi le serait-il plus que le nôtre ? Parce que lui « a une démence » ? Voilà justement des questions que nous nous poserons…

– Parmi les éléments que l'approche centrée sur la personne considère comme nécessaires, parmi les pistes de prévention et d'apaisement des comportements troublés, il est des actions, des interventions, des aménagements, etc., qui ne peuvent évidemment pas tous être réalisés en même temps, et qui peuvent être difficiles à mettre en œuvre dans la situation de pénurie, de moyens, de temps…, que vivent la majorité des milieux gérontologiques.

temps s'ils sont perçus comme de pures conséquences d'une atteinte neurologique, ou d'une incapacité cognitive, ou d'une humeur. Riches de sens en revanche quand on les regarde à la croisée des relations que ces différentes dimensions entretiennent. Des relations qui ne sont qu'exceptionnellement de cause à effet…

Ces dimensions en nous sans cesse entremêlées, il a bien fallu les séparer un peu pour pouvoir se pencher, pas après pas, sur quelques aspects particuliers : ainsi consacrerons-nous, dans la première partie, un chapitre aux facultés cognitives et à leurs modifications, un chapitre aux troubles de l'humeur, un chapitre aux troubles de l'environnement et des interactions. Les connaissances sur ce que vivent en ces domaines les personnes présentant un syndrome démentiel dessineront les pistes d'élaboration d'un prendre-soin qui leur est ajusté. Présentées en s'inspirant du *Person-Centred Dementia Care* élaboré par Tom Kitwood, les déclinaisons de ce prendre-soin spécifique s'attacheront tout particulièrement aux facteurs de prévention des comportements troublés. Lesquels feront l'objet du dernier chapitre, qui tentera notamment de distinguer les comportements réellement troublés de ceux qui nous paraissent tels parce qu'est troublée notre vision. Ces distinctions et éclaircissements permettant alors de proposer quelques importantes pistes d'apaisement…

Deux précisions :

– J'ai fait le choix de beaucoup utiliser le mot « trouble ». Contrairement à d'autres mots, « symptôme », « altération », « altérer »…, il possède l'avantage de ne pas trop en dire, dès lors qu'on ne l'entend pas uniquement dans son sens scientifique (« Modification pathologique des

activités de l'organisme ou du comportement physique ou mental de l'être vivant »), qu'on lui laisse tous ses sens, qu'il puisse évoquer une pensée troublée comme une eau trouble, qu'il puisse nous parler d'un trouble de l'humeur comme d'un trouble amoureux, bref, qu'il puisse nous dire que nous sommes troublés sans que nous entendions que nous sommes malades !

Parmi les troubles que nous évoquerons, il en est de pathologiques : des troubles de certaines facultés cognitives, par exemple, qui sont bien des altérations de ces facultés. Mais bien d'autres, dans les eaux jamais limpides de la pensée, des émotions, des humeurs, sont d'abord des modifications, des brouillards, des désordres… Nous sommes tous, en permanence, troublés, émotionnellement, psychiquement, troublés-anxieux, troublés-peureux, troublés-émus, sans pour autant présenter un syndrome démentiel. Mais alors, quand il l'est, lui, troublé ainsi, lui, « le malade » : est-on bien certain que son trouble est pathologique ? Pourquoi le serait-il plus que le nôtre ? Parce que lui « a une démence » ? Voilà justement des questions que nous nous poserons…

– Parmi les éléments que l'approche centrée sur la personne considère comme nécessaires, parmi les pistes de prévention et d'apaisement des comportements troublés, il est des actions, des interventions, des aménagements, etc., qui ne peuvent évidemment pas tous être réalisés en même temps, et qui peuvent être difficiles à mettre en œuvre dans la situation de pénurie, de moyens, de temps…, que vivent la majorité des milieux gérontologiques.

temps s'ils sont perçus comme de pures conséquences d'une atteinte neurologique, ou d'une incapacité cognitive, ou d'une humeur. Riches de sens en revanche quand on les regarde à la croisée des relations que ces différentes dimensions entretiennent. Des relations qui ne sont qu'exceptionnellement de cause à effet…

Ces dimensions en nous sans cesse entremêlées, il a bien fallu les séparer un peu pour pouvoir se pencher, pas après pas, sur quelques aspects particuliers : ainsi consacrerons-nous, dans la première partie, un chapitre aux facultés cognitives et à leurs modifications, un chapitre aux troubles de l'humeur, un chapitre aux troubles de l'environnement et des interactions. Les connaissances sur ce que vivent en ces domaines les personnes présentant un syndrome démentiel dessineront les pistes d'élaboration d'un prendre-soin qui leur est ajusté. Présentées en s'inspirant du *Person-Centred Dementia Care* élaboré par Tom Kitwood, les déclinaisons de ce prendre-soin spécifique s'attacheront tout particulièrement aux facteurs de prévention des comportements troublés. Lesquels feront l'objet du dernier chapitre, qui tentera notamment de distinguer les comportements réellement troublés de ceux qui nous paraissent tels parce qu'est troublée notre vision. Ces distinctions et éclaircissements permettant alors de proposer quelques importantes pistes d'apaisement…

Deux précisions :

– J'ai fait le choix de beaucoup utiliser le mot « trouble ». Contrairement à d'autres mots, « symptôme », « altération », « altérer »…, il possède l'avantage de ne pas trop en dire, dès lors qu'on ne l'entend pas uniquement dans son sens scientifique (« Modification pathologique des

activités de l'organisme ou du comportement physique ou mental de l'être vivant »), qu'on lui laisse tous ses sens, qu'il puisse évoquer une pensée troublée comme une eau trouble, qu'il puisse nous parler d'un trouble de l'humeur comme d'un trouble amoureux, bref, qu'il puisse nous dire que nous sommes troublés sans que nous entendions que nous sommes malades !

Parmi les troubles que nous évoquerons, il en est de pathologiques : des troubles de certaines facultés cognitives, par exemple, qui sont bien des altérations de ces facultés. Mais bien d'autres, dans les eaux jamais limpides de la pensée, des émotions, des humeurs, sont d'abord des modifications, des brouillards, des désordres… Nous sommes tous, en permanence, troublés, émotionnellement, psychiquement, troublés-anxieux, troublés-peureux, troublés-émus, sans pour autant présenter un syndrome démentiel. Mais alors, quand il l'est, lui, troublé ainsi, lui, « le malade » : est-on bien certain que son trouble est pathologique ? Pourquoi le serait-il plus que le nôtre ? Parce que lui « a une démence » ? Voilà justement des questions que nous nous poserons…

– Parmi les éléments que l'approche centrée sur la personne considère comme nécessaires, parmi les pistes de prévention et d'apaisement des comportements troublés, il est des actions, des interventions, des aménagements, etc., qui ne peuvent évidemment pas tous être réalisés en même temps, et qui peuvent être difficiles à mettre en œuvre dans la situation de pénurie, de moyens, de temps…, que vivent la majorité des milieux gérontologiques.

temps s'ils sont perçus comme de pures conséquences d'une atteinte neurologique, ou d'une incapacité cognitive, ou d'une humeur. Riches de sens en revanche quand on les regarde à la croisée des relations que ces différentes dimensions entretiennent. Des relations qui ne sont qu'exceptionnellement de cause à effet…

Ces dimensions en nous sans cesse entremêlées, il a bien fallu les séparer un peu pour pouvoir se pencher, pas après pas, sur quelques aspects particuliers : ainsi consacrerons-nous, dans la première partie, un chapitre aux facultés cognitives et à leurs modifications, un chapitre aux troubles de l'humeur, un chapitre aux troubles de l'environnement et des interactions. Les connaissances sur ce que vivent en ces domaines les personnes présentant un syndrome démentiel dessineront les pistes d'élaboration d'un prendre-soin qui leur est ajusté. Présentées en s'inspirant du *Person-Centred Dementia Care* élaboré par Tom Kitwood, les déclinaisons de ce prendre-soin spécifique s'attacheront tout particulièrement aux facteurs de prévention des comportements troublés. Lesquels feront l'objet du dernier chapitre, qui tentera notamment de distinguer les comportements réellement troublés de ceux qui nous paraissent tels parce qu'est troublée notre vision. Ces distinctions et éclaircissements permettant alors de proposer quelques importantes pistes d'apaisement…

Deux précisions :

– J'ai fait le choix de beaucoup utiliser le mot « trouble ». Contrairement à d'autres mots, « symptôme », « altération », « altérer »…, il possède l'avantage de ne pas trop en dire, dès lors qu'on ne l'entend pas uniquement dans son sens scientifique (« Modification pathologique des

activités de l'organisme ou du comportement physique ou mental de l'être vivant »), qu'on lui laisse tous ses sens, qu'il puisse évoquer une pensée troublée comme une eau trouble, qu'il puisse nous parler d'un trouble de l'humeur comme d'un trouble amoureux, bref, qu'il puisse nous dire que nous sommes troublés sans que nous entendions que nous sommes malades !

Parmi les troubles que nous évoquerons, il en est de pathologiques : des troubles de certaines facultés cognitives, par exemple, qui sont bien des altérations de ces facultés. Mais bien d'autres, dans les eaux jamais limpides de la pensée, des émotions, des humeurs, sont d'abord des modifications, des brouillards, des désordres… Nous sommes tous, en permanence, troublés, émotionnellement, psychiquement, troublés-anxieux, troublés-peureux, troublés-émus, sans pour autant présenter un syndrome démentiel. Mais alors, quand il l'est, lui, troublé ainsi, lui, « le malade » : est-on bien certain que son trouble est pathologique ? Pourquoi le serait-il plus que le nôtre ? Parce que lui « a une démence » ? Voilà justement des questions que nous nous poserons…

– Parmi les éléments que l'approche centrée sur la personne considère comme nécessaires, parmi les pistes de prévention et d'apaisement des comportements troublés, il est des actions, des interventions, des aménagements, etc., qui ne peuvent évidemment pas tous être réalisés en même temps, et qui peuvent être difficiles à mettre en œuvre dans la situation de pénurie, de moyens, de temps…, que vivent la majorité des milieux gérontologiques.

temps s'ils sont perçus comme de pures conséquences d'une atteinte neurologique, ou d'une incapacité cognitive, ou d'une humeur. Riches de sens en revanche quand on les regarde à la croisée des relations que ces différentes dimensions entretiennent. Des relations qui ne sont qu'exceptionnellement de cause à effet…

Ces dimensions en nous sans cesse entremêlées, il a bien fallu les séparer un peu pour pouvoir se pencher, pas après pas, sur quelques aspects particuliers : ainsi consacrerons-nous, dans la première partie, un chapitre aux facultés cognitives et à leurs modifications, un chapitre aux troubles de l'humeur, un chapitre aux troubles de l'environnement et des interactions. Les connaissances sur ce que vivent en ces domaines les personnes présentant un syndrome démentiel dessineront les pistes d'élaboration d'un prendre-soin qui leur est ajusté. Présentées en s'inspirant du *Person-Centred Dementia Care* élaboré par Tom Kitwood, les déclinaisons de ce prendre-soin spécifique s'attacheront tout particulièrement aux facteurs de prévention des comportements troublés. Lesquels feront l'objet du dernier chapitre, qui tentera notamment de distinguer les comportements réellement troublés de ceux qui nous paraissent tels parce qu'est troublée notre vision. Ces distinctions et éclaircissements permettant alors de proposer quelques importantes pistes d'apaisement…

Deux précisions :

– J'ai fait le choix de beaucoup utiliser le mot « trouble ». Contrairement à d'autres mots, « symptôme », « altération », « altérer »…, il possède l'avantage de ne pas trop en dire, dès lors qu'on ne l'entend pas uniquement dans son sens scientifique (« Modification pathologique des

activités de l'organisme ou du comportement physique ou mental de l'être vivant »), qu'on lui laisse tous ses sens, qu'il puisse évoquer une pensée troublée comme une eau trouble, qu'il puisse nous parler d'un trouble de l'humeur comme d'un trouble amoureux, bref, qu'il puisse nous dire que nous sommes troublés sans que nous entendions que nous sommes malades !

Parmi les troubles que nous évoquerons, il en est de pathologiques : des troubles de certaines facultés cognitives, par exemple, qui sont bien des altérations de ces facultés. Mais bien d'autres, dans les eaux jamais limpides de la pensée, des émotions, des humeurs, sont d'abord des modifications, des brouillards, des désordres… Nous sommes tous, en permanence, troublés, émotionnellement, psychiquement, troublés-anxieux, troublés-peureux, troublés-émus, sans pour autant présenter un syndrome démentiel. Mais alors, quand il l'est, lui, troublé ainsi, lui, « le malade » : est-on bien certain que son trouble est pathologique ? Pourquoi le serait-il plus que le nôtre ? Parce que lui « a une démence » ? Voilà justement des questions que nous nous poserons…

– Parmi les éléments que l'approche centrée sur la personne considère comme nécessaires, parmi les pistes de prévention et d'apaisement des comportements troublés, il est des actions, des interventions, des aménagements, etc., qui ne peuvent évidemment pas tous être réalisés en même temps, et qui peuvent être difficiles à mettre en œuvre dans la situation de pénurie, de moyens, de temps…, que vivent la majorité des milieux gérontologiques.

Du coup, j'ai hésité : fallait-il vraiment évoquer toutes ces pistes si, faute de pouvoir les mettre « facilement » en pratique, leur connaissance devient davantage source de frustration que de motivation ? J'ai fait le choix de les évoquer, notamment :

– parce qu'il me semble essentiel, quand les conditions de travail sont difficiles, de pouvoir encore plus appuyer sa pratique sur la réflexion sur ce qu'est prendre-soin, de pouvoir encore plus l'enrichir par des connaissances permettant de contrer en partie les manques du milieu ;

– parce qu'une part importante de ce dont nous parlerons implique non pas tant des changements matériels ou des temps de prendre-soin supplémentaires, mais des changements de regard, des modifications d'organisation, des formes d'attention, lors des temps réduits que nous avons, à certains aspects bien particuliers ;

– parce qu'il faut, politiquement, montrer et expliciter de la manière la plus précise possible à quel point ce prendre-soin des personnes présentant un syndrome démentiel est complexe, délicat, exigeant. Mieux nous pourrons ainsi témoigner de ce que provoquent les absences de professionnels et les manques de temps, plus nous pourrons mobiliser de forces…

I

Comprendre les personnes

Du coup, j'ai hésité : fallait-il vraiment évoquer toutes ces pistes si, faute de pouvoir les mettre « facilement » en pratique, leur connaissance devient davantage source de frustration que de motivation ? J'ai fait le choix de les évoquer, notamment :

– parce qu'il me semble essentiel, quand les conditions de travail sont difficiles, de pouvoir encore plus appuyer sa pratique sur la réflexion sur ce qu'est prendre-soin, de pouvoir encore plus l'enrichir par des connaissances permettant de contrer en partie les manques du milieu ;

– parce qu'une part importante de ce dont nous parlerons implique non pas tant des changements matériels ou des temps de prendre-soin supplémentaires, mais des changements de regard, des modifications d'organisation, des formes d'attention, lors des temps réduits que nous avons, à certains aspects bien particuliers ;

– parce qu'il faut, politiquement, montrer et expliciter de la manière la plus précise possible à quel point ce prendre-soin des personnes présentant un syndrome démentiel est complexe, délicat, exigeant. Mieux nous pourrons ainsi témoigner de ce que provoquent les absences de professionnels et les manques de temps, plus nous pourrons mobiliser de forces…

I

Comprendre les personnes

Du coup, j'ai hésité : fallait-il vraiment évoquer toutes ces pistes si, faute de pouvoir les mettre « facilement » en pratique, leur connaissance devient davantage source de frustration que de motivation ? J'ai fait le choix de les évoquer, notamment :

– parce qu'il me semble essentiel, quand les conditions de travail sont difficiles, de pouvoir encore plus appuyer sa pratique sur la réflexion sur ce qu'est prendre-soin, de pouvoir encore plus l'enrichir par des connaissances permettant de contrer en partie les manques du milieu ;

– parce qu'une part importante de ce dont nous parlerons implique non pas tant des changements matériels ou des temps de prendre-soin supplémentaires, mais des changements de regard, des modifications d'organisation, des formes d'attention, lors des temps réduits que nous avons, à certains aspects bien particuliers ;

– parce qu'il faut, politiquement, montrer et expliciter de la manière la plus précise possible à quel point ce prendre-soin des personnes présentant un syndrome démentiel est complexe, délicat, exigeant. Mieux nous pourrons ainsi témoigner de ce que provoquent les absences de professionnels et les manques de temps, plus nous pourrons mobiliser de forces…

I

Comprendre les personnes

Du coup, j'ai hésité : fallait-il vraiment évoquer toutes ces pistes si, faute de pouvoir les mettre « facilement » en pratique, leur connaissance devient davantage source de frustration que de motivation ? J'ai fait le choix de les évoquer, notamment :

– parce qu'il me semble essentiel, quand les conditions de travail sont difficiles, de pouvoir encore plus appuyer sa pratique sur la réflexion sur ce qu'est prendre-soin, de pouvoir encore plus l'enrichir par des connaissances permettant de contrer en partie les manques du milieu ;

– parce qu'une part importante de ce dont nous parlerons implique non pas tant des changements matériels ou des temps de prendre-soin supplémentaires, mais des changements de regard, des modifications d'organisation, des formes d'attention, lors des temps réduits que nous avons, à certains aspects bien particuliers ;

– parce qu'il faut, politiquement, montrer et expliciter de la manière la plus précise possible à quel point ce prendre-soin des personnes présentant un syndrome démentiel est complexe, délicat, exigeant. Mieux nous pourrons ainsi témoigner de ce que provoquent les absences de professionnels et les manques de temps, plus nous pourrons mobiliser de forces…

I

Comprendre les personnes

Du coup, j'ai hésité : fallait-il vraiment évoquer toutes ces pistes si, faute de pouvoir les mettre « facilement » en pratique, leur connaissance devient davantage source de frustration que de motivation ? J'ai fait le choix de les évoquer, notamment :

– parce qu'il me semble essentiel, quand les conditions de travail sont difficiles, de pouvoir encore plus appuyer sa pratique sur la réflexion sur ce qu'est prendre-soin, de pouvoir encore plus l'enrichir par des connaissances permettant de contrer en partie les manques du milieu ;

– parce qu'une part importante de ce dont nous parlerons implique non pas tant des changements matériels ou des temps de prendre-soin supplémentaires, mais des changements de regard, des modifications d'organisation, des formes d'attention, lors des temps réduits que nous avons, à certains aspects bien particuliers ;

– parce qu'il faut, politiquement, montrer et expliciter de la manière la plus précise possible à quel point ce prendre-soin des personnes présentant un syndrome démentiel est complexe, délicat, exigeant. Mieux nous pourrons ainsi témoigner de ce que provoquent les absences de professionnels et les manques de temps, plus nous pourrons mobiliser de forces…

I

Comprendre les personnes

1

Quelques mots sur les troubles cognitifs

Première étape de cette approche centrée sur la personne présentant un syndrome démentiel : tenter de mieux comprendre comment nos facultés cognitives, lorsqu'elles sont affaiblies, voire fortement altérées, vont modifier la manière dont nous allons percevoir, (nous) comprendre et interagir.

Des facultés d'attention

« Quatre et quatre huit
huit et huit font seize
et seize et seize qu'est-ce qu'ils font ?
Ils ne font rien seize et seize[1]*… »*

1. Jacques Prévert, « Page d'écriture », dans *Paroles*, Paris, Gallimard, 1949.

1

Quelques mots sur les troubles cognitifs

Première étape de cette approche centrée sur la personne présentant un syndrome démentiel : tenter de mieux comprendre comment nos facultés cognitives, lorsqu'elles sont affaiblies, voire fortement altérées, vont modifier la manière dont nous allons percevoir, (nous) comprendre et interagir.

Des facultés d'attention

« Quatre et quatre huit
huit et huit font seize
et seize et seize qu'est-ce qu'ils font ?
Ils ne font rien seize et seize[1]*… »*

1. Jacques Prévert, « Page d'écriture », dans *Paroles*, Paris, Gallimard, 1949.

1

Quelques mots sur les troubles cognitifs

Première étape de cette approche centrée sur la personne présentant un syndrome démentiel : tenter de mieux comprendre comment nos facultés cognitives, lorsqu'elles sont affaiblies, voire fortement altérées, vont modifier la manière dont nous allons percevoir, (nous) comprendre et interagir.

Des facultés d'attention

« Quatre et quatre huit
huit et huit font seize
et seize et seize qu'est-ce qu'ils font ?
Ils ne font rien seize et seize[1]*… »*

1. Jacques Prévert, « Page d'écriture », dans *Paroles*, Paris, Gallimard, 1949.

1

Quelques mots sur les troubles cognitifs

Première étape de cette approche centrée sur la personne présentant un syndrome démentiel : tenter de mieux comprendre comment nos facultés cognitives, lorsqu'elles sont affaiblies, voire fortement altérées, vont modifier la manière dont nous allons percevoir, (nous) comprendre et interagir.

Des facultés d'attention

« Quatre et quatre huit
huit et huit font seize
et seize et seize qu'est-ce qu'ils font ?
Ils ne font rien seize et seize[1]*… »*

1. Jacques Prévert, « Page d'écriture », dans *Paroles*, Paris, Gallimard, 1949.

1

Quelques mots sur les troubles cognitifs

Première étape de cette approche centrée sur la personne présentant un syndrome démentiel : tenter de mieux comprendre comment nos facultés cognitives, lorsqu'elles sont affaiblies, voire fortement altérées, vont modifier la manière dont nous allons percevoir, (nous) comprendre et interagir.

Des facultés d'attention

« Quatre et quatre huit
huit et huit font seize
et seize et seize qu'est-ce qu'ils font ?
Ils ne font rien seize et seize[1]*… »*

1. Jacques Prévert, « Page d'écriture », dans *Paroles*, Paris, Gallimard, 1949.

… et d'autant moins trente-deux qu'un oiseau-lyre passe dans le ciel et détourne notre attention, ou plus exactement l'une de nos facultés d'attention : *l'attention soutenue*, qui nous permet de nous concentrer sur une activité ou sur une personne, de maintenir sur elles, plus ou moins longtemps, un maximum de nos ressources attentionnelles.

Cette concentration sur une tâche précise dépend en partie de notre faculté *(attention sélective)* de faire alors abstraction d'autres aspects de l'environnement, tel cet oiseau-lyre, susceptibles de nous perturber.

À d'autres moments, en revanche, nous utilisons notre faculté *d'attention divisée* (commande attentionnelle), laquelle nous permet de répartir notre attention sur plusieurs éléments en même temps : c'est ainsi que (tant que nous n'en mourons pas !) nous pouvons conduire une voiture et téléphoner, répartissant notre attention sur la route, sur le véhicule, sur la conversation…

En permanence, et de manière moins périlleuse, notre attention divisée nous rend également capables de rester un minimum attentifs à ce qui peut advenir dans notre environnement : si nous sommes en train de lire un livre et qu'un de nos proches, depuis la pièce d'à côté, s'adresse à nous, nous l'entendons… suffisamment en tout cas pour pouvoir lui demander de répéter.

Ces facultés sont fragiles et diminuent dès que nous sommes fatigués, fiévreux, inquiets… Leur affaiblissement, leur altération nous rendent beaucoup plus sensibles aux sources de perturbations, beaucoup plus facilement déconcentrés. Des difficultés apparaissent pour parvenir à bien accomplir notre action, à bien prêter attention à ce que quelqu'un nous dit, dès lors

qu'une radio ou une télévision est allumée à côté, ou qu'une autre personne parle en même temps que notre interlocuteur, ou qu'une émotion nous envahit à ce moment-là…

> L'affaiblissement de la faculté d'attention divisée, parfois ajoutée à des difficultés d'audition, peut rapidement nous conduire à ne plus parvenir, par exemple lors d'un repas de famille, à suivre les deux-trois conversations qui se poursuivent et s'entrecroisent – ce qu'ignorent la majorité des convives, qui n'y font donc pas… attention. Les conséquences peuvent être pourtant dramatiques : ainsi placés « hors conversation », nous ne parlons presque plus (ou quand nous parlons, c'est un peu « décalé ») ; notre silence est vite interprété comme une forme d'indifférence, ou de sénilité, ce qui conduit les autres à moins s'adresser à nous ; moins ils nous parlent, plus nous partons dans nos pensées ; plus nous partons dans nos pensées, plus nous nous éloignons des leurs…

Lorsque ces facultés sont (très) altérées, elles troublent fortement les situations de communication, perturbent des activités que la personne mène ou est aidée à mener :

– une personne à qui je m'adresse alors qu'elle est en train d'écouter une émission de radio, de regarder un paysage, peut ne pas m'entendre ;

– ses ressources attentionnelles seront facilement attirées, happées, par une autre source *(sensibilité à l'interférence)* et, faute d'assez d'attention divisée, ne resteront plus sur ce qu'elle avait commencé à faire… ou sur ce que je suis en train de dire ou de faire. Du coup, la personne peut même être surprise de me découvrir là (alors que je n'ai pas bougé), quelques minutes après… Surprise, voire effrayée : sensation proche de ce que l'on ressent quand, par exemple, après un micro-sommeil d'une seconde au

… et d'autant moins trente-deux qu'un oiseau-lyre passe dans le ciel et détourne notre attention, ou plus exactement l'une de nos facultés d'attention : *l'attention soutenue*, qui nous permet de nous concentrer sur une activité ou sur une personne, de maintenir sur elles, plus ou moins longtemps, un maximum de nos ressources attentionnelles.

Cette concentration sur une tâche précise dépend en partie de notre faculté *(attention sélective)* de faire alors abstraction d'autres aspects de l'environnement, tel cet oiseau-lyre, susceptibles de nous perturber.

À d'autres moments, en revanche, nous utilisons notre faculté *d'attention divisée* (commande attentionnelle), laquelle nous permet de répartir notre attention sur plusieurs éléments en même temps : c'est ainsi que (tant que nous n'en mourons pas !) nous pouvons conduire une voiture et téléphoner, répartissant notre attention sur la route, sur le véhicule, sur la conversation…

En permanence, et de manière moins périlleuse, notre attention divisée nous rend également capables de rester un minimum attentifs à ce qui peut advenir dans notre environnement : si nous sommes en train de lire un livre et qu'un de nos proches, depuis la pièce d'à côté, s'adresse à nous, nous l'entendons… suffisamment en tout cas pour pouvoir lui demander de répéter.

Ces facultés sont fragiles et diminuent dès que nous sommes fatigués, fiévreux, inquiets… Leur affaiblissement, leur altération nous rendent beaucoup plus sensibles aux sources de perturbations, beaucoup plus facilement déconcentrés. Des difficultés apparaissent pour parvenir à bien accomplir notre action, à bien prêter attention à ce que quelqu'un nous dit, dès lors

qu'une radio ou une télévision est allumée à côté, ou qu'une autre personne parle en même temps que notre interlocuteur, ou qu'une émotion nous envahit à ce moment-là…

> L'affaiblissement de la faculté d'attention divisée, parfois ajoutée à des difficultés d'audition, peut rapidement nous conduire à ne plus parvenir, par exemple lors d'un repas de famille, à suivre les deux-trois conversations qui se poursuivent et s'entrecroisent – ce qu'ignorent la majorité des convives, qui n'y font donc pas… attention. Les conséquences peuvent être pourtant dramatiques : ainsi placés « hors conversation », nous ne parlons presque plus (ou quand nous parlons, c'est un peu « décalé ») ; notre silence est vite interprété comme une forme d'indifférence, ou de sénilité, ce qui conduit les autres à moins s'adresser à nous ; moins ils nous parlent, plus nous partons dans nos pensées ; plus nous partons dans nos pensées, plus nous nous éloignons des leurs…

Lorsque ces facultés sont (très) altérées, elles troublent fortement les situations de communication, perturbent des activités que la personne mène ou est aidée à mener :

– une personne à qui je m'adresse alors qu'elle est en train d'écouter une émission de radio, de regarder un paysage, peut ne pas m'entendre ;

– ses ressources attentionnelles seront facilement attirées, happées, par une autre source *(sensibilité à l'interférence)* et, faute d'assez d'attention divisée, ne resteront plus sur ce qu'elle avait commencé à faire… ou sur ce que je suis en train de dire ou de faire. Du coup, la personne peut même être surprise de me découvrir là (alors que je n'ai pas bougé), quelques minutes après… Surprise, voire effrayée : sensation proche de ce que l'on ressent quand, par exemple, après un micro-sommeil d'une seconde au

… et d'autant moins trente-deux qu'un oiseau-lyre passe dans le ciel et détourne notre attention, ou plus exactement l'une de nos facultés d'attention : *l'attention soutenue*, qui nous permet de nous concentrer sur une activité ou sur une personne, de maintenir sur elles, plus ou moins longtemps, un maximum de nos ressources attentionnelles.

Cette concentration sur une tâche précise dépend en partie de notre faculté *(attention sélective)* de faire alors abstraction d'autres aspects de l'environnement, tel cet oiseau-lyre, susceptibles de nous perturber.

À d'autres moments, en revanche, nous utilisons notre faculté *d'attention divisée* (commande attentionnelle), laquelle nous permet de répartir notre attention sur plusieurs éléments en même temps : c'est ainsi que (tant que nous n'en mourons pas !) nous pouvons conduire une voiture et téléphoner, répartissant notre attention sur la route, sur le véhicule, sur la conversation…

En permanence, et de manière moins périlleuse, notre attention divisée nous rend également capables de rester un minimum attentifs à ce qui peut advenir dans notre environnement : si nous sommes en train de lire un livre et qu'un de nos proches, depuis la pièce d'à côté, s'adresse à nous, nous l'entendons… suffisamment en tout cas pour pouvoir lui demander de répéter.

Ces facultés sont fragiles et diminuent dès que nous sommes fatigués, fiévreux, inquiets… Leur affaiblissement, leur altération nous rendent beaucoup plus sensibles aux sources de perturbations, beaucoup plus facilement déconcentrés. Des difficultés apparaissent pour parvenir à bien accomplir notre action, à bien prêter attention à ce que quelqu'un nous dit, dès lors

qu'une radio ou une télévision est allumée à côté, ou qu'une autre personne parle en même temps que notre interlocuteur, ou qu'une émotion nous envahit à ce moment-là…

> L'affaiblissement de la faculté d'attention divisée, parfois ajoutée à des difficultés d'audition, peut rapidement nous conduire à ne plus parvenir, par exemple lors d'un repas de famille, à suivre les deux-trois conversations qui se poursuivent et s'entrecroisent – ce qu'ignorent la majorité des convives, qui n'y font donc pas… attention. Les conséquences peuvent être pourtant dramatiques : ainsi placés « hors conversation », nous ne parlons presque plus (ou quand nous parlons, c'est un peu « décalé ») ; notre silence est vite interprété comme une forme d'indifférence, ou de sénilité, ce qui conduit les autres à moins s'adresser à nous ; moins ils nous parlent, plus nous partons dans nos pensées ; plus nous partons dans nos pensées, plus nous nous éloignons des leurs…

Lorsque ces facultés sont (très) altérées, elles troublent fortement les situations de communication, perturbent des activités que la personne mène ou est aidée à mener :

– une personne à qui je m'adresse alors qu'elle est en train d'écouter une émission de radio, de regarder un paysage, peut ne pas m'entendre ;

– ses ressources attentionnelles seront facilement attirées, happées, par une autre source *(sensibilité à l'interférence)* et, faute d'assez d'attention divisée, ne resteront plus sur ce qu'elle avait commencé à faire… ou sur ce que je suis en train de dire ou de faire. Du coup, la personne peut même être surprise de me découvrir là (alors que je n'ai pas bougé), quelques minutes après… Surprise, voire effrayée : sensation proche de ce que l'on ressent quand, par exemple, après un micro-sommeil d'une seconde au

… et d'autant moins trente-deux qu'un oiseau-lyre passe dans le ciel et détourne notre attention, ou plus exactement l'une de nos facultés d'attention : *l'attention soutenue*, qui nous permet de nous concentrer sur une activité ou sur une personne, de maintenir sur elles, plus ou moins longtemps, un maximum de nos ressources attentionnelles.

Cette concentration sur une tâche précise dépend en partie de notre faculté *(attention sélective)* de faire alors abstraction d'autres aspects de l'environnement, tel cet oiseau-lyre, susceptibles de nous perturber.

À d'autres moments, en revanche, nous utilisons notre faculté *d'attention divisée* (commande attentionnelle), laquelle nous permet de répartir notre attention sur plusieurs éléments en même temps : c'est ainsi que (tant que nous n'en mourons pas !) nous pouvons conduire une voiture et téléphoner, répartissant notre attention sur la route, sur le véhicule, sur la conversation…

En permanence, et de manière moins périlleuse, notre attention divisée nous rend également capables de rester un minimum attentifs à ce qui peut advenir dans notre environnement : si nous sommes en train de lire un livre et qu'un de nos proches, depuis la pièce d'à côté, s'adresse à nous, nous l'entendons… suffisamment en tout cas pour pouvoir lui demander de répéter.

Ces facultés sont fragiles et diminuent dès que nous sommes fatigués, fiévreux, inquiets… Leur affaiblissement, leur altération nous rendent beaucoup plus sensibles aux sources de perturbations, beaucoup plus facilement déconcentrés. Des difficultés apparaissent pour parvenir à bien accomplir notre action, à bien prêter attention à ce que quelqu'un nous dit, dès lors

qu'une radio ou une télévision est allumée à côté, ou qu'une autre personne parle en même temps que notre interlocuteur, ou qu'une émotion nous envahit à ce moment-là…

> L'affaiblissement de la faculté d'attention divisée, parfois ajoutée à des difficultés d'audition, peut rapidement nous conduire à ne plus parvenir, par exemple lors d'un repas de famille, à suivre les deux-trois conversations qui se poursuivent et s'entrecroisent – ce qu'ignorent la majorité des convives, qui n'y font donc pas… attention. Les conséquences peuvent être pourtant dramatiques : ainsi placés « hors conversation », nous ne parlons presque plus (ou quand nous parlons, c'est un peu « décalé ») ; notre silence est vite interprété comme une forme d'indifférence, ou de sénilité, ce qui conduit les autres à moins s'adresser à nous ; moins ils nous parlent, plus nous partons dans nos pensées ; plus nous partons dans nos pensées, plus nous nous éloignons des leurs…

Lorsque ces facultés sont (très) altérées, elles troublent fortement les situations de communication, perturbent des activités que la personne mène ou est aidée à mener :

– une personne à qui je m'adresse alors qu'elle est en train d'écouter une émission de radio, de regarder un paysage, peut ne pas m'entendre ;

– ses ressources attentionnelles seront facilement attirées, happées, par une autre source *(sensibilité à l'interférence)* et, faute d'assez d'attention divisée, ne resteront plus sur ce qu'elle avait commencé à faire… ou sur ce que je suis en train de dire ou de faire. Du coup, la personne peut même être surprise de me découvrir là (alors que je n'ai pas bougé), quelques minutes après… Surprise, voire effrayée : sensation proche de ce que l'on ressent quand, par exemple, après un micro-sommeil d'une seconde au

… et d'autant moins trente-deux qu'un oiseau-lyre passe dans le ciel et détourne notre attention, ou plus exactement l'une de nos facultés d'attention : *l'attention soutenue*, qui nous permet de nous concentrer sur une activité ou sur une personne, de maintenir sur elles, plus ou moins longtemps, un maximum de nos ressources attentionnelles.

Cette concentration sur une tâche précise dépend en partie de notre faculté *(attention sélective)* de faire alors abstraction d'autres aspects de l'environnement, tel cet oiseau-lyre, susceptibles de nous perturber.

À d'autres moments, en revanche, nous utilisons notre faculté *d'attention divisée* (commande attentionnelle), laquelle nous permet de répartir notre attention sur plusieurs éléments en même temps : c'est ainsi que (tant que nous n'en mourons pas !) nous pouvons conduire une voiture et téléphoner, répartissant notre attention sur la route, sur le véhicule, sur la conversation…

En permanence, et de manière moins périlleuse, notre attention divisée nous rend également capables de rester un minimum attentifs à ce qui peut advenir dans notre environnement : si nous sommes en train de lire un livre et qu'un de nos proches, depuis la pièce d'à côté, s'adresse à nous, nous l'entendons… suffisamment en tout cas pour pouvoir lui demander de répéter.

Ces facultés sont fragiles et diminuent dès que nous sommes fatigués, fiévreux, inquiets… Leur affaiblissement, leur altération nous rendent beaucoup plus sensibles aux sources de perturbations, beaucoup plus facilement déconcentrés. Des difficultés apparaissent pour parvenir à bien accomplir notre action, à bien prêter attention à ce que quelqu'un nous dit, dès lors

qu'une radio ou une télévision est allumée à côté, ou qu'une autre personne parle en même temps que notre interlocuteur, ou qu'une émotion nous envahit à ce moment-là…

> L'affaiblissement de la faculté d'attention divisée, parfois ajoutée à des difficultés d'audition, peut rapidement nous conduire à ne plus parvenir, par exemple lors d'un repas de famille, à suivre les deux-trois conversations qui se poursuivent et s'entrecroisent – ce qu'ignorent la majorité des convives, qui n'y font donc pas… attention. Les conséquences peuvent être pourtant dramatiques : ainsi placés « hors conversation », nous ne parlons presque plus (ou quand nous parlons, c'est un peu « décalé ») ; notre silence est vite interprété comme une forme d'indifférence, ou de sénilité, ce qui conduit les autres à moins s'adresser à nous ; moins ils nous parlent, plus nous partons dans nos pensées ; plus nous partons dans nos pensées, plus nous nous éloignons des leurs…

Lorsque ces facultés sont (très) altérées, elles troublent fortement les situations de communication, perturbent des activités que la personne mène ou est aidée à mener :

– une personne à qui je m'adresse alors qu'elle est en train d'écouter une émission de radio, de regarder un paysage, peut ne pas m'entendre ;

– ses ressources attentionnelles seront facilement attirées, happées, par une autre source *(sensibilité à l'interférence)* et, faute d'assez d'attention divisée, ne resteront plus sur ce qu'elle avait commencé à faire… ou sur ce que je suis en train de dire ou de faire. Du coup, la personne peut même être surprise de me découvrir là (alors que je n'ai pas bougé), quelques minutes après… Surprise, voire effrayée : sensation proche de ce que l'on ressent quand, par exemple, après un micro-sommeil d'une seconde au

volant d'une voiture, on s'aperçoit qu'on est sur l'autoroute…

> Monsieur L. , jusqu'à la semaine dernière, n'avait aucun problème d'élimination, depuis quelques jours n'urinait plus dans la cuvette des toilettes, mais sur le sol des toilettes, sur les murs et la porte. Les neuropsychologues qui suivaient ce monsieur dans un centre de jour purent fournir à son épouse un certain nombre d'informations sur le fonctionnement des facultés d'attention, et lui demandèrent d'observer la situation pour tenter d'y repérer un élément de compréhension. Elle put rapidement observer et comprendre : quelques jours auparavant, précisément, un nouvel habitant avait rejoint la maison sous la forme d'un (évidemment adorable petit) chaton. Lequel chaton passait son temps à suivre son maître et se mettait à gratter-miauler à la porte des toilettes quand ce dernier s'y enfermait. Ainsi, au moment où ce monsieur s'apprêtait à uriner, ces bruits attiraient son attention et perturbaient ce qu'il avait entrepris de faire[2].

Nous verrons comment ajuster nos manières de communiquer lorsque ces troubles de l'attention sont présents *[cf. p. 362]*[3], ajustement nécessaire pour éviter, par exemple :

> Madame D. est allongée dans son lit, face à la télévision allumée, qu'elle regarde. Depuis l'encadrement de la porte de sa chambre, je lui annonce que je viendrai la chercher dans quelques minutes pour l'accompagner à la salle à manger, qu'elle peut donc se préparer. Lorsque je reviens, Madame D. est toujours allongée, regardant la télévision.
>
> Avant de penser qu'elle a peut-être des troubles de la mémoire, ou pire encore, qu'« elle le fait exprès »…, nous devrons donc nous assurer de nous placer dans des conditions de communication aptes à compenser les difficultés liées à l'attention divisée (notamment en veillant à ce qu'elle voit notre visage, en regardant le sien, à la même hauteur si possible, parfois en ayant aussi un contact physique).

2. Situation rapportée par Stéphane Adam lors d'un colloque. Cf. également Stéphane Adam, « Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer », dans Thierry Rousseau (sous la direction de), *Démences : orthophonie et autres interventions*, Isbergues, Ortho Edition, 2007.

3. Beaucoup de passages, dans ces premiers chapitres, portent sur des éléments permettant de mieux comprendre les comportements troublés que nous aborderons surtout dans le dernier chapitre, ainsi que les actions de prévention et d'apaisement de ces comportement auxquelles est consacrée la deuxième partie. Les indications de page figurant entre crochets indiquent donc les passages ultérieurs en lien avec ces éléments.

« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… »

En permanence, que nous en soyons ou non conscients, nous traitons mentalement les importantes quantités d'informations, de stimuli, qui nous parviennent de notre environnement – pour ne parler ici que des sensorielles : visuelles, auditives, olfactives, etc.

Plus nous sommes en forme, reposés, détendus, plus nous pouvons assimiler de nombreux stimuli : les trier, en profiter, les penser, faire abstraction de certains d'entre eux, en supporter d'autres, etc. En revanche, un simple état de fatigue, de stress, de fièvre, rendra ce travail beaucoup plus difficile : nous voilà alors beaucoup plus vulnérables à ce qui se passe autour de nous, beaucoup plus sensibles aux stimuli désagréables ou trop nombreux, beaucoup plus facilement agacés, irrités, dépassés…

Des troubles cognitifs importants risquent de nous conduire à une forme d'hypersensibilité à ces stimuli : trop de sensations en trop peu de temps, trop de mouvements de bruits d'odeurs de personnes de paroles de sons

volant d'une voiture, on s'aperçoit qu'on est sur l'autoroute…

> Monsieur L. , jusqu'à la semaine dernière, n'avait aucun problème d'élimination, depuis quelques jours n'urinait plus dans la cuvette des toilettes, mais sur le sol des toilettes, sur les murs et la porte. Les neuropsychologues qui suivaient ce monsieur dans un centre de jour purent fournir à son épouse un certain nombre d'informations sur le fonctionnement des facultés d'attention, et lui demandèrent d'observer la situation pour tenter d'y repérer un élément de compréhension. Elle put rapidement observer et comprendre : quelques jours auparavant, précisément, un nouvel habitant avait rejoint la maison sous la forme d'un (évidemment adorable petit) chaton. Lequel chaton passait son temps à suivre son maître et se mettait à gratter-miauler à la porte des toilettes quand ce dernier s'y enfermait. Ainsi, au moment où ce monsieur s'apprêtait à uriner, ces bruits attiraient son attention et perturbaient ce qu'il avait entrepris de faire[2].

Nous verrons comment ajuster nos manières de communiquer lorsque ces troubles de l'attention sont présents *[cf. p. 362]*[3], ajustement nécessaire pour éviter, par exemple :

> Madame D. est allongée dans son lit, face à la télévision allumée, qu'elle regarde. Depuis l'encadrement de la porte de sa chambre, je lui annonce que je viendrai la chercher dans quelques minutes pour l'accompagner à la salle à manger, qu'elle peut donc se préparer. Lorsque je reviens, Madame D. est toujours allongée, regardant la télévision.
>
> Avant de penser qu'elle a peut-être des troubles de la mémoire, ou pire encore, qu'« elle le fait exprès »…, nous devrons donc nous assurer de nous placer dans des conditions de communication aptes à compenser les difficultés liées à l'attention divisée (notamment en veillant à ce qu'elle voit notre visage, en regardant le sien, à la même hauteur si possible, parfois en ayant aussi un contact physique).

2. Situation rapportée par Stéphane Adam lors d'un colloque. Cf. également Stéphane Adam, « Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer », dans Thierry Rousseau (sous la direction de), *Démences : orthophonie et autres interventions*, Isbergues, Ortho Edition, 2007.

3. Beaucoup de passages, dans ces premiers chapitres, portent sur des éléments permettant de mieux comprendre les comportements troublés que nous aborderons surtout dans le dernier chapitre, ainsi que les actions de prévention et d'apaisement de ces comportement auxquelles est consacrée la deuxième partie. Les indications de page figurant entre crochets indiquent donc les passages ultérieurs en lien avec ces éléments.

« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… »

En permanence, que nous en soyons ou non conscients, nous traitons mentalement les importantes quantités d'informations, de stimuli, qui nous parviennent de notre environnement – pour ne parler ici que des sensorielles : visuelles, auditives, olfactives, etc.

Plus nous sommes en forme, reposés, détendus, plus nous pouvons assimiler de nombreux stimuli : les trier, en profiter, les penser, faire abstraction de certains d'entre eux, en supporter d'autres, etc. En revanche, un simple état de fatigue, de stress, de fièvre, rendra ce travail beaucoup plus difficile : nous voilà alors beaucoup plus vulnérables à ce qui se passe autour de nous, beaucoup plus sensibles aux stimuli désagréables ou trop nombreux, beaucoup plus facilement agacés, irrités, dépassés…

Des troubles cognitifs importants risquent de nous conduire à une forme d'hypersensibilité à ces stimuli : trop de sensations en trop peu de temps, trop de mouvements de bruits d'odeurs de personnes de paroles de sons

volant d'une voiture, on s'aperçoit qu'on est sur l'autoroute…

> Monsieur L. , jusqu'à la semaine dernière, n'avait aucun problème d'élimination, depuis quelques jours n'urinait plus dans la cuvette des toilettes, mais sur le sol des toilettes, sur les murs et la porte. Les neuropsychologues qui suivaient ce monsieur dans un centre de jour purent fournir à son épouse un certain nombre d'informations sur le fonctionnement des facultés d'attention, et lui demandèrent d'observer la situation pour tenter d'y repérer un élément de compréhension. Elle put rapidement observer et comprendre : quelques jours auparavant, précisément, un nouvel habitant avait rejoint la maison sous la forme d'un (évidemment adorable petit) chaton. Lequel chaton passait son temps à suivre son maître et se mettait à gratter-miauler à la porte des toilettes quand ce dernier s'y enfermait. Ainsi, au moment où ce monsieur s'apprêtait à uriner, ces bruits attiraient son attention et perturbaient ce qu'il avait entrepris de faire[2].

Nous verrons comment ajuster nos manières de communiquer lorsque ces troubles de l'attention sont présents *[cf. p. 362]*[3], ajustement nécessaire pour éviter, par exemple :

> Madame D. est allongée dans son lit, face à la télévision allumée, qu'elle regarde. Depuis l'encadrement de la porte de sa chambre, je lui annonce que je viendrai la chercher dans quelques minutes pour l'accompagner à la salle à manger, qu'elle peut donc se préparer. Lorsque je reviens, Madame D. est toujours allongée, regardant la télévision.
>
> Avant de penser qu'elle a peut-être des troubles de la mémoire, ou pire encore, qu'« elle le fait exprès »…, nous devrons donc nous assurer de nous placer dans des conditions de communication aptes à compenser les difficultés liées à l'attention divisée (notamment en veillant à ce qu'elle voit notre visage, en regardant le sien, à la même hauteur si possible, parfois en ayant aussi un contact physique).

2. Situation rapportée par Stéphane Adam lors d'un colloque. Cf. également Stéphane Adam, « Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer », dans Thierry Rousseau (sous la direction de), *Démences : orthophonie et autres interventions*, Isbergues, Ortho Edition, 2007.

3. Beaucoup de passages, dans ces premiers chapitres, portent sur des éléments permettant de mieux comprendre les comportements troublés que nous aborderons surtout dans le dernier chapitre, ainsi que les actions de prévention et d'apaisement de ces comportement auxquelles est consacrée la deuxième partie. Les indications de page figurant entre crochets indiquent donc les passages ultérieurs en lien avec ces éléments.

« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… »

En permanence, que nous en soyons ou non conscients, nous traitons mentalement les importantes quantités d'informations, de stimuli, qui nous parviennent de notre environnement – pour ne parler ici que des sensorielles : visuelles, auditives, olfactives, etc.

Plus nous sommes en forme, reposés, détendus, plus nous pouvons assimiler de nombreux stimuli : les trier, en profiter, les penser, faire abstraction de certains d'entre eux, en supporter d'autres, etc. En revanche, un simple état de fatigue, de stress, de fièvre, rendra ce travail beaucoup plus difficile : nous voilà alors beaucoup plus vulnérables à ce qui se passe autour de nous, beaucoup plus sensibles aux stimuli désagréables ou trop nombreux, beaucoup plus facilement agacés, irrités, dépassés…

Des troubles cognitifs importants risquent de nous conduire à une forme d'hypersensibilité à ces stimuli : trop de sensations en trop peu de temps, trop de mouvements de bruits d'odeurs de personnes de paroles de sons

volant d'une voiture, on s'aperçoit qu'on est sur l'autoroute…

> Monsieur L. , jusqu'à la semaine dernière, n'avait aucun problème d'élimination, depuis quelques jours n'urinait plus dans la cuvette des toilettes, mais sur le sol des toilettes, sur les murs et la porte. Les neuropsychologues qui suivaient ce monsieur dans un centre de jour purent fournir à son épouse un certain nombre d'informations sur le fonctionnement des facultés d'attention, et lui demandèrent d'observer la situation pour tenter d'y repérer un élément de compréhension. Elle put rapidement observer et comprendre : quelques jours auparavant, précisément, un nouvel habitant avait rejoint la maison sous la forme d'un (évidemment adorable petit) chaton. Lequel chaton passait son temps à suivre son maître et se mettait à gratter-miauler à la porte des toilettes quand ce dernier s'y enfermait. Ainsi, au moment où ce monsieur s'apprêtait à uriner, ces bruits attiraient son attention et perturbaient ce qu'il avait entrepris de faire[2].

Nous verrons comment ajuster nos manières de communiquer lorsque ces troubles de l'attention sont présents *[cf. p. 362]*[3], ajustement nécessaire pour éviter, par exemple :

> Madame D. est allongée dans son lit, face à la télévision allumée, qu'elle regarde. Depuis l'encadrement de la porte de sa chambre, je lui annonce que je viendrai la chercher dans quelques minutes pour l'accompagner à la salle à manger, qu'elle peut donc se préparer. Lorsque je reviens, Madame D. est toujours allongée, regardant la télévision.
>
> Avant de penser qu'elle a peut-être des troubles de la mémoire, ou pire encore, qu'« elle le fait exprès »…, nous devrons donc nous assurer de nous placer dans des conditions de communication aptes à compenser les difficultés liées à l'attention divisée (notamment en veillant à ce qu'elle voit notre visage, en regardant le sien, à la même hauteur si possible, parfois en ayant aussi un contact physique).

2. Situation rapportée par Stéphane Adam lors d'un colloque. Cf. également Stéphane Adam, « Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer », dans Thierry Rousseau (sous la direction de), *Démences : orthophonie et autres interventions*, Isbergues, Ortho Edition, 2007.

3. Beaucoup de passages, dans ces premiers chapitres, portent sur des éléments permettant de mieux comprendre les comportements troublés que nous aborderons surtout dans le dernier chapitre, ainsi que les actions de prévention et d'apaisement de ces comportement auxquelles est consacrée la deuxième partie. Les indications de page figurant entre crochets indiquent donc les passages ultérieurs en lien avec ces éléments.

« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… »

En permanence, que nous en soyons ou non conscients, nous traitons mentalement les importantes quantités d'informations, de stimuli, qui nous parviennent de notre environnement – pour ne parler ici que des sensorielles : visuelles, auditives, olfactives, etc.

Plus nous sommes en forme, reposés, détendus, plus nous pouvons assimiler de nombreux stimuli : les trier, en profiter, les penser, faire abstraction de certains d'entre eux, en supporter d'autres, etc. En revanche, un simple état de fatigue, de stress, de fièvre, rendra ce travail beaucoup plus difficile : nous voilà alors beaucoup plus vulnérables à ce qui se passe autour de nous, beaucoup plus sensibles aux stimuli désagréables ou trop nombreux, beaucoup plus facilement agacés, irrités, dépassés…

Des troubles cognitifs importants risquent de nous conduire à une forme d'hypersensibilité à ces stimuli : trop de sensations en trop peu de temps, trop de mouvements de bruits d'odeurs de personnes de paroles de sons

volant d'une voiture, on s'aperçoit qu'on est sur l'autoroute…

> Monsieur L. , jusqu'à la semaine dernière, n'avait aucun problème d'élimination, depuis quelques jours n'urinait plus dans la cuvette des toilettes, mais sur le sol des toilettes, sur les murs et la porte. Les neuropsychologues qui suivaient ce monsieur dans un centre de jour purent fournir à son épouse un certain nombre d'informations sur le fonctionnement des facultés d'attention, et lui demandèrent d'observer la situation pour tenter d'y repérer un élément de compréhension. Elle put rapidement observer et comprendre : quelques jours auparavant, précisément, un nouvel habitant avait rejoint la maison sous la forme d'un (évidemment adorable petit) chaton. Lequel chaton passait son temps à suivre son maître et se mettait à gratter-miauler à la porte des toilettes quand ce dernier s'y enfermait. Ainsi, au moment où ce monsieur s'apprêtait à uriner, ces bruits attiraient son attention et perturbaient ce qu'il avait entrepris de faire[2].

Nous verrons comment ajuster nos manières de communiquer lorsque ces troubles de l'attention sont présents *[cf. p. 362]*[3], ajustement nécessaire pour éviter, par exemple :

> Madame D. est allongée dans son lit, face à la télévision allumée, qu'elle regarde. Depuis l'encadrement de la porte de sa chambre, je lui annonce que je viendrai la chercher dans quelques minutes pour l'accompagner à la salle à manger, qu'elle peut donc se préparer. Lorsque je reviens, Madame D. est toujours allongée, regardant la télévision.
>
> Avant de penser qu'elle a peut-être des troubles de la mémoire, ou pire encore, qu'« elle le fait exprès »…, nous devrons donc nous assurer de nous placer dans des conditions de communication aptes à compenser les difficultés liées à l'attention divisée (notamment en veillant à ce qu'elle voit notre visage, en regardant le sien, à la même hauteur si possible, parfois en ayant aussi un contact physique).

2. Situation rapportée par Stéphane Adam lors d'un colloque. Cf. également Stéphane Adam, « Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer », dans Thierry Rousseau (sous la direction de), *Démences : orthophonie et autres interventions*, Isbergues, Ortho Edition, 2007.

3. Beaucoup de passages, dans ces premiers chapitres, portent sur des éléments permettant de mieux comprendre les comportements troublés que nous aborderons surtout dans le dernier chapitre, ainsi que les actions de prévention et d'apaisement de ces comportement auxquelles est consacrée la deuxième partie. Les indications de page figurant entre crochets indiquent donc les passages ultérieurs en lien avec ces éléments.

« Je perçois, j'éprouve, donc je suis… »

En permanence, que nous en soyons ou non conscients, nous traitons mentalement les importantes quantités d'informations, de stimuli, qui nous parviennent de notre environnement – pour ne parler ici que des sensorielles : visuelles, auditives, olfactives, etc.

Plus nous sommes en forme, reposés, détendus, plus nous pouvons assimiler de nombreux stimuli : les trier, en profiter, les penser, faire abstraction de certains d'entre eux, en supporter d'autres, etc. En revanche, un simple état de fatigue, de stress, de fièvre, rendra ce travail beaucoup plus difficile : nous voilà alors beaucoup plus vulnérables à ce qui se passe autour de nous, beaucoup plus sensibles aux stimuli désagréables ou trop nombreux, beaucoup plus facilement agacés, irrités, dépassés…

Des troubles cognitifs importants risquent de nous conduire à une forme d'hypersensibilité à ces stimuli : trop de sensations en trop peu de temps, trop de mouvements de bruits d'odeurs de personnes de paroles de sons

de lumières peuvent alors dépasser nos capacités et provoquer une réaction de défense – sous plusieurs formes : sentiments d'anxiété ou d'angoisse, conduites de retrait, explosions de larmes ou de cris, gestes désordonnés…

L'ajustement de l'environnement, l'attention de l'entourage jouent un rôle particulièrement important, sur lequel nous reviendrons longuement, par rapport à ces phénomènes – à tel point que plusieurs études réalisées dans des maisons de retraite ont montré que la seule attention portée à la réduction du volume des paroles, des bruits de télévision et de radio, permettait de diminuer de moitié certains « comportements d'agitation ».

Cognition, compréhension et tolérance

« *La tolérance, nous avons des maisons pour ça !* »
Paul Claudel

Plus globalement, nous utilisons sans cesse nos facultés cognitives, et tout particulièrement quand nous sommes dans des situations exceptionnelles – d'hospitalisation, de soin, par exemple –, pour comprendre notre environnement et nous y adapter.

Il suffit d'avoir été hospitalisé une seule fois pendant quelques jours, de n'avoir donc pu vivre pendant quelques jours en suivant nos habitudes et nos rythmes, en organisant nos activités en fonction de nos valeurs, de nos désirs, etc., pour dresser la liste de ce que nous avons – plus ou moins facilement, plus ou moins tranquillement – supporté. Par exemple :
– de ne pas nous réveiller naturellement ou à l'heure souhaitée ;

– de ne pas manger quand nous avions faim ; de ne pas manger à notre faim ; de ne pas manger ce que nous désirions manger…
– de ne pas passer la soirée en compagnie de notre femme, de notre fils ou d'un(e) ami(e) ;
– d'être manipulé un peu brutalement, un peu comme une chose ;
– d'être parfois surpris en train de nous gratter le nez ou n'importe quelle autre partie du corps parce qu'un soignant entre dans notre chambre sans frapper ou sans attendre après avoir frappé ;
– d'être parfois regardé comme un corps inhabité…

Toutes ces douleurs (normales lorsqu'elles sont causées par l'état de notre corps ou la nécessité d'un soin invasif, douloureux, par exemple), toutes ces offenses (courantes mais jamais normales), toutes ces frustrations, nous les avons supportées parce que nous étions capables de les penser, et
– pour certaines d'en comprendre la nature et la nécessité (une contention, un change…) ;
– pour d'autres d'en comprendre les raisons et de les tolérer (horaire d'un repas, d'un réveil…) ;
– pour d'autres encore de les regretter mais de les endurer stoïquement (enfin, plus ou moins stoïquement…).

Le tout en nous consolant éventuellement par des pensées sur ce qui nous attendrait le lendemain, quand nous serions de retour chez nous (le bon petit plat, la fête entre amis, la grasse matinée…).

Bref, nous les avons supportées en nous appuyant très fortement sur nos facultés cognitives. Et il ne nous a pas échappé qu'il était justement d'autant plus difficile de

de lumières peuvent alors dépasser nos capacités et provoquer une réaction de défense – sous plusieurs formes : sentiments d'anxiété ou d'angoisse, conduites de retrait, explosions de larmes ou de cris, gestes désordonnés…

L'ajustement de l'environnement, l'attention de l'entourage jouent un rôle particulièrement important, sur lequel nous reviendrons longuement, par rapport à ces phénomènes – à tel point que plusieurs études réalisées dans des maisons de retraite ont montré que la seule attention portée à la réduction du volume des paroles, des bruits de télévision et de radio, permettait de diminuer de moitié certains « comportements d'agitation ».

Cognition, compréhension et tolérance

« *La tolérance, nous avons des maisons pour ça !* »
Paul Claudel

Plus globalement, nous utilisons sans cesse nos facultés cognitives, et tout particulièrement quand nous sommes dans des situations exceptionnelles – d'hospitalisation, de soin, par exemple –, pour comprendre notre environnement et nous y adapter.

Il suffit d'avoir été hospitalisé une seule fois pendant quelques jours, de n'avoir donc pu vivre pendant quelques jours en suivant nos habitudes et nos rythmes, en organisant nos activités en fonction de nos valeurs, de nos désirs, etc., pour dresser la liste de ce que nous avons – plus ou moins facilement, plus ou moins tranquillement – supporté. Par exemple :
– de ne pas nous réveiller naturellement ou à l'heure souhaitée ;

– de ne pas manger quand nous avions faim ; de ne pas manger à notre faim ; de ne pas manger ce que nous désirions manger…
– de ne pas passer la soirée en compagnie de notre femme, de notre fils ou d'un(e) ami(e) ;
– d'être manipulé un peu brutalement, un peu comme une chose ;
– d'être parfois surpris en train de nous gratter le nez ou n'importe quelle autre partie du corps parce qu'un soignant entre dans notre chambre sans frapper ou sans attendre après avoir frappé ;
– d'être parfois regardé comme un corps inhabité…

Toutes ces douleurs (normales lorsqu'elles sont causées par l'état de notre corps ou la nécessité d'un soin invasif, douloureux, par exemple), toutes ces offenses (courantes mais jamais normales), toutes ces frustrations, nous les avons supportées parce que nous étions capables de les penser, et
– pour certaines d'en comprendre la nature et la nécessité (une contention, un change…) ;
– pour d'autres d'en comprendre les raisons et de les tolérer (horaire d'un repas, d'un réveil…) ;
– pour d'autres encore de les regretter mais de les endurer stoïquement (enfin, plus ou moins stoïquement…).

Le tout en nous consolant éventuellement par des pensées sur ce qui nous attendrait le lendemain, quand nous serions de retour chez nous (le bon petit plat, la fête entre amis, la grasse matinée…).

Bref, nous les avons supportées en nous appuyant très fortement sur nos facultés cognitives. Et il ne nous a pas échappé qu'il était justement d'autant plus difficile de

de lumières peuvent alors dépasser nos capacités et provoquer une réaction de défense – sous plusieurs formes : sentiments d'anxiété ou d'angoisse, conduites de retrait, explosions de larmes ou de cris, gestes désordonnés…

L'ajustement de l'environnement, l'attention de l'entourage jouent un rôle particulièrement important, sur lequel nous reviendrons longuement, par rapport à ces phénomènes – à tel point que plusieurs études réalisées dans des maisons de retraite ont montré que la seule attention portée à la réduction du volume des paroles, des bruits de télévision et de radio, permettait de diminuer de moitié certains « comportements d'agitation ».

Cognition, compréhension et tolérance

« *La tolérance, nous avons des maisons pour ça !* »
Paul Claudel

Plus globalement, nous utilisons sans cesse nos facultés cognitives, et tout particulièrement quand nous sommes dans des situations exceptionnelles – d'hospitalisation, de soin, par exemple –, pour comprendre notre environnement et nous y adapter.

Il suffit d'avoir été hospitalisé une seule fois pendant quelques jours, de n'avoir donc pu vivre pendant quelques jours en suivant nos habitudes et nos rythmes, en organisant nos activités en fonction de nos valeurs, de nos désirs, etc., pour dresser la liste de ce que nous avons – plus ou moins facilement, plus ou moins tranquillement – supporté. Par exemple :
– de ne pas nous réveiller naturellement ou à l'heure souhaitée ;

– de ne pas manger quand nous avions faim ; de ne pas manger à notre faim ; de ne pas manger ce que nous désirions manger…
– de ne pas passer la soirée en compagnie de notre femme, de notre fils ou d'un(e) ami(e) ;
– d'être manipulé un peu brutalement, un peu comme une chose ;
– d'être parfois surpris en train de nous gratter le nez ou n'importe quelle autre partie du corps parce qu'un soignant entre dans notre chambre sans frapper ou sans attendre après avoir frappé ;
– d'être parfois regardé comme un corps inhabité…

Toutes ces douleurs (normales lorsqu'elles sont causées par l'état de notre corps ou la nécessité d'un soin invasif, douloureux, par exemple), toutes ces offenses (courantes mais jamais normales), toutes ces frustrations, nous les avons supportées parce que nous étions capables de les penser, et
– pour certaines d'en comprendre la nature et la nécessité (une contention, un change…) ;
– pour d'autres d'en comprendre les raisons et de les tolérer (horaire d'un repas, d'un réveil…) ;
– pour d'autres encore de les regretter mais de les endurer stoïquement (enfin, plus ou moins stoïquement…).

Le tout en nous consolant éventuellement par des pensées sur ce qui nous attendrait le lendemain, quand nous serions de retour chez nous (le bon petit plat, la fête entre amis, la grasse matinée…).

Bref, nous les avons supportées en nous appuyant très fortement sur nos facultés cognitives. Et il ne nous a pas échappé qu'il était justement d'autant plus difficile de

de lumières peuvent alors dépasser nos capacités et provoquer une réaction de défense – sous plusieurs formes : sentiments d'anxiété ou d'angoisse, conduites de retrait, explosions de larmes ou de cris, gestes désordonnés…

L'ajustement de l'environnement, l'attention de l'entourage jouent un rôle particulièrement important, sur lequel nous reviendrons longuement, par rapport à ces phénomènes – à tel point que plusieurs études réalisées dans des maisons de retraite ont montré que la seule attention portée à la réduction du volume des paroles, des bruits de télévision et de radio, permettait de diminuer de moitié certains « comportements d'agitation ».

Cognition, compréhension et tolérance

« *La tolérance, nous avons des maisons pour ça !* »
Paul Claudel

Plus globalement, nous utilisons sans cesse nos facultés cognitives, et tout particulièrement quand nous sommes dans des situations exceptionnelles – d'hospitalisation, de soin, par exemple –, pour comprendre notre environnement et nous y adapter.

Il suffit d'avoir été hospitalisé une seule fois pendant quelques jours, de n'avoir donc pu vivre pendant quelques jours en suivant nos habitudes et nos rythmes, en organisant nos activités en fonction de nos valeurs, de nos désirs, etc., pour dresser la liste de ce que nous avons – plus ou moins facilement, plus ou moins tranquillement – supporté. Par exemple :
– de ne pas nous réveiller naturellement ou à l'heure souhaitée ;

– de ne pas manger quand nous avions faim ; de ne pas manger à notre faim ; de ne pas manger ce que nous désirions manger…
– de ne pas passer la soirée en compagnie de notre femme, de notre fils ou d'un(e) ami(e) ;
– d'être manipulé un peu brutalement, un peu comme une chose ;
– d'être parfois surpris en train de nous gratter le nez ou n'importe quelle autre partie du corps parce qu'un soignant entre dans notre chambre sans frapper ou sans attendre après avoir frappé ;
– d'être parfois regardé comme un corps inhabité…

Toutes ces douleurs (normales lorsqu'elles sont causées par l'état de notre corps ou la nécessité d'un soin invasif, douloureux, par exemple), toutes ces offenses (courantes mais jamais normales), toutes ces frustrations, nous les avons supportées parce que nous étions capables de les penser, et
– pour certaines d'en comprendre la nature et la nécessité (une contention, un change…) ;
– pour d'autres d'en comprendre les raisons et de les tolérer (horaire d'un repas, d'un réveil…) ;
– pour d'autres encore de les regretter mais de les endurer stoïquement (enfin, plus ou moins stoïquement…).

Le tout en nous consolant éventuellement par des pensées sur ce qui nous attendrait le lendemain, quand nous serions de retour chez nous (le bon petit plat, la fête entre amis, la grasse matinée…).

Bref, nous les avons supportées en nous appuyant très fortement sur nos facultés cognitives. Et il ne nous a pas échappé qu'il était justement d'autant plus difficile de

de lumières peuvent alors dépasser nos capacités et provoquer une réaction de défense – sous plusieurs formes : sentiments d'anxiété ou d'angoisse, conduites de retrait, explosions de larmes ou de cris, gestes désordonnés…

L'ajustement de l'environnement, l'attention de l'entourage jouent un rôle particulièrement important, sur lequel nous reviendrons longuement, par rapport à ces phénomènes – à tel point que plusieurs études réalisées dans des maisons de retraite ont montré que la seule attention portée à la réduction du volume des paroles, des bruits de télévision et de radio, permettait de diminuer de moitié certains « comportements d'agitation ».

Cognition, compréhension et tolérance

« *La tolérance, nous avons des maisons pour ça !* »
Paul Claudel

Plus globalement, nous utilisons sans cesse nos facultés cognitives, et tout particulièrement quand nous sommes dans des situations exceptionnelles – d'hospitalisation, de soin, par exemple –, pour comprendre notre environnement et nous y adapter.

Il suffit d'avoir été hospitalisé une seule fois pendant quelques jours, de n'avoir donc pu vivre pendant quelques jours en suivant nos habitudes et nos rythmes, en organisant nos activités en fonction de nos valeurs, de nos désirs, etc., pour dresser la liste de ce que nous avons – plus ou moins facilement, plus ou moins tranquillement – supporté. Par exemple :
– de ne pas nous réveiller naturellement ou à l'heure souhaitée ;

– de ne pas manger quand nous avions faim ; de ne pas manger à notre faim ; de ne pas manger ce que nous désirions manger…
– de ne pas passer la soirée en compagnie de notre femme, de notre fils ou d'un(e) ami(e) ;
– d'être manipulé un peu brutalement, un peu comme une chose ;
– d'être parfois surpris en train de nous gratter le nez ou n'importe quelle autre partie du corps parce qu'un soignant entre dans notre chambre sans frapper ou sans attendre après avoir frappé ;
– d'être parfois regardé comme un corps inhabité…

Toutes ces douleurs (normales lorsqu'elles sont causées par l'état de notre corps ou la nécessité d'un soin invasif, douloureux, par exemple), toutes ces offenses (courantes mais jamais normales), toutes ces frustrations, nous les avons supportées parce que nous étions capables de les penser, et
– pour certaines d'en comprendre la nature et la nécessité (une contention, un change…) ;
– pour d'autres d'en comprendre les raisons et de les tolérer (horaire d'un repas, d'un réveil…) ;
– pour d'autres encore de les regretter mais de les endurer stoïquement (enfin, plus ou moins stoïquement…).

Le tout en nous consolant éventuellement par des pensées sur ce qui nous attendrait le lendemain, quand nous serions de retour chez nous (le bon petit plat, la fête entre amis, la grasse matinée…).

Bref, nous les avons supportées en nous appuyant très fortement sur nos facultés cognitives. Et il ne nous a pas échappé qu'il était justement d'autant plus difficile de

les utiliser que nous étions fragilisés par la maladie ou l'épuisement, vulnérables, anxieux…

L'affaiblissement, l'altération de ces facultés rendent tous ces efforts cognitifs de plus en plus difficiles, voire parfois impossibles : le risque existe alors que ces contraintes, ces offenses, ces frustrations deviennent une source permanente d'agressions mentalement ingérables, et ne permettent plus à la personne de se sentir en sécurité dans son environnement.

Ce dernier ne peut plus alors, sauf à être délétère, continuer à être pensé et à être organisé comme un environnement centré sur les soins à des personnes de passage capables de les comprendre et de les supporter. Il devra donc veiller à soutenir les capacités de compréhension, mais également travailler sans cesse à la réduction, y compris dans les actes de prendre-soin, de toutes les formes d'action et de communication susceptibles d'être perçues ou ressenties comme des offenses ou des agressions – avec une attention maximale à ce qui favorise le sentiment de sécurité *[cf. 2e partie]*.

> Par « sécurité », nous devons dès à présent préciser, l'époque étant ce qu'elle est, que nous ne parlons pas seulement de cette sécurité matérielle si omniprésente – les portes, les codes, les bracelets, les barrières, les grilles, les caméras… – mais du sentiment de sécurité éprouvé lorsque nous sommes dans un environnement physiquement *et* affectivement, relationnellement sûr : autrement dit dans un environnement où, en plus de pouvoir compter sur la solidité de la rampe de l'escalier, nous pouvons avoir confiance en la bienveillance, l'honnêteté, le respect (et le professionnalisme des professionnels) de ceux qui nous entourent. Un tel milieu implique notamment la prévention vigilante et permanente de ce que Tom Kitwood appelait les « interactions délétères » *[cf. p. 178]*.

Une part importante des conduites dites d'« opposition au soin », des réactions de catastrophe *[cf. p. 353]* sont provoquées par l'arrivée, sur ce terrain d'altérations des facultés de compréhension (de la situation de soin) et de maîtrise émotionnelle, d'éléments sensoriellement, émotionnellement, psychologiquement désagréables ou douloureux (par exemple être touché sur une zone très intime du corps).

Besoins, valeurs, désirs…

Il existe évidemment des besoins communs à tous les êtres humains (vivre libre, être respecté, communiquer, manger…). Il existe surtout des manières propres à chaque être humain de consciemment répondre, ou ne pas répondre, à ces besoins, en fonction de ses valeurs (convictions ou croyances) et de ses désirs (goûts, préférences…). Lesquels dépendent de très nombreux facteurs (liés à sa culture, son éducation, son histoire, son environnement…) qu'il serait trop long de citer ici. Tous ces éléments étant de surcroît profondément modelés par notre vie inconsciente (nos peurs, nos fantasmes, nos névroses…) !

Il n'existe guère de mode « pur » de réponse à nos besoins, qui ne serait pas lié à ce que nous sommes individuellement. Nul ne peut jurer n'avoir de sa vie jamais mangé que lorsqu'il avait physiologiquement besoin de manger, ou jurer d'avoir toujours cessé de manger dès lors que le besoin était comblé, ou encore prétendre n'avoir toujours ingéré que des aliments nécessaires à l'organisme… Nos valeurs et nos désirs, conscients ou non, sont en permanence de la partie – et si l'on considérait comme un « trouble du comportement alimentaire »

les utiliser que nous étions fragilisés par la maladie ou l'épuisement, vulnérables, anxieux…

L'affaiblissement, l'altération de ces facultés rendent tous ces efforts cognitifs de plus en plus difficiles, voire parfois impossibles : le risque existe alors que ces contraintes, ces offenses, ces frustrations deviennent une source permanente d'agressions mentalement ingérables, et ne permettent plus à la personne de se sentir en sécurité dans son environnement.

Ce dernier ne peut plus alors, sauf à être délétère, continuer à être pensé et à être organisé comme un environnement centré sur les soins à des personnes de passage capables de les comprendre et de les supporter. Il devra donc veiller à soutenir les capacités de compréhension, mais également travailler sans cesse à la réduction, y compris dans les actes de prendre-soin, de toutes les formes d'action et de communication susceptibles d'être perçues ou ressenties comme des offenses ou des agressions – avec une attention maximale à ce qui favorise le sentiment de sécurité *[cf. 2e partie]*.

> Par « sécurité », nous devons dès à présent préciser, l'époque étant ce qu'elle est, que nous ne parlons pas seulement de cette sécurité matérielle si omniprésente – les portes, les codes, les bracelets, les barrières, les grilles, les caméras… – mais du sentiment de sécurité éprouvé lorsque nous sommes dans un environnement physiquement *et* affectivement, relationnellement sûr : autrement dit dans un environnement où, en plus de pouvoir compter sur la solidité de la rampe de l'escalier, nous pouvons avoir confiance en la bienveillance, l'honnêteté, le respect (et le professionnalisme des professionnels) de ceux qui nous entourent. Un tel milieu implique notamment la prévention vigilante et permanente de ce que Tom Kitwood appelait les « interactions délétères » *[cf. p. 178]*.

Une part importante des conduites dites d'« opposition au soin », des réactions de catastrophe *[cf. p. 353]* sont provoquées par l'arrivée, sur ce terrain d'altérations des facultés de compréhension (de la situation de soin) et de maîtrise émotionnelle, d'éléments sensoriellement, émotionnellement, psychologiquement désagréables ou douloureux (par exemple être touché sur une zone très intime du corps).

Besoins, valeurs, désirs…

Il existe évidemment des besoins communs à tous les êtres humains (vivre libre, être respecté, communiquer, manger…). Il existe surtout des manières propres à chaque être humain de consciemment répondre, ou ne pas répondre, à ces besoins, en fonction de ses valeurs (convictions ou croyances) et de ses désirs (goûts, préférences…). Lesquels dépendent de très nombreux facteurs (liés à sa culture, son éducation, son histoire, son environnement…) qu'il serait trop long de citer ici. Tous ces éléments étant de surcroît profondément modelés par notre vie inconsciente (nos peurs, nos fantasmes, nos névroses…) !

Il n'existe guère de mode « pur » de réponse à nos besoins, qui ne serait pas lié à ce que nous sommes individuellement. Nul ne peut jurer n'avoir de sa vie jamais mangé que lorsqu'il avait physiologiquement besoin de manger, ou jurer d'avoir toujours cessé de manger dès lors que le besoin était comblé, ou encore prétendre n'avoir toujours ingéré que des aliments nécessaires à l'organisme… Nos valeurs et nos désirs, conscients ou non, sont en permanence de la partie – et si l'on considérait comme un « trouble du comportement alimentaire »

les utiliser que nous étions fragilisés par la maladie ou l'épuisement, vulnérables, anxieux…

L'affaiblissement, l'altération de ces facultés rendent tous ces efforts cognitifs de plus en plus difficiles, voire parfois impossibles : le risque existe alors que ces contraintes, ces offenses, ces frustrations deviennent une source permanente d'agressions mentalement ingérables, et ne permettent plus à la personne de se sentir en sécurité dans son environnement.

Ce dernier ne peut plus alors, sauf à être délétère, continuer à être pensé et à être organisé comme un environnement centré sur les soins à des personnes de passage capables de les comprendre et de les supporter. Il devra donc veiller à soutenir les capacités de compréhension, mais également travailler sans cesse à la réduction, y compris dans les actes de prendre-soin, de toutes les formes d'action et de communication susceptibles d'être perçues ou ressenties comme des offenses ou des agressions – avec une attention maximale à ce qui favorise le sentiment de sécurité *[cf. 2e partie]*.

> Par « sécurité », nous devons dès à présent préciser, l'époque étant ce qu'elle est, que nous ne parlons pas seulement de cette sécurité matérielle si omniprésente – les portes, les codes, les bracelets, les barrières, les grilles, les caméras… – mais du sentiment de sécurité éprouvé lorsque nous sommes dans un environnement physiquement *et* affectivement, relationnellement sûr : autrement dit dans un environnement où, en plus de pouvoir compter sur la solidité de la rampe de l'escalier, nous pouvons avoir confiance en la bienveillance, l'honnêteté, le respect (et le professionnalisme des professionnels) de ceux qui nous entourent. Un tel milieu implique notamment la prévention vigilante et permanente de ce que Tom Kitwood appelait les « interactions délétères » *[cf. p. 178]*.

Une part importante des conduites dites d'« opposition au soin », des réactions de catastrophe *[cf. p. 353]* sont provoquées par l'arrivée, sur ce terrain d'altérations des facultés de compréhension (de la situation de soin) et de maîtrise émotionnelle, d'éléments sensoriellement, émotionnellement, psychologiquement désagréables ou douloureux (par exemple être touché sur une zone très intime du corps).

Besoins, valeurs, désirs…

Il existe évidemment des besoins communs à tous les êtres humains (vivre libre, être respecté, communiquer, manger…). Il existe surtout des manières propres à chaque être humain de consciemment répondre, ou ne pas répondre, à ces besoins, en fonction de ses valeurs (convictions ou croyances) et de ses désirs (goûts, préférences…). Lesquels dépendent de très nombreux facteurs (liés à sa culture, son éducation, son histoire, son environnement…) qu'il serait trop long de citer ici. Tous ces éléments étant de surcroît profondément modelés par notre vie inconsciente (nos peurs, nos fantasmes, nos névroses…) !

Il n'existe guère de mode « pur » de réponse à nos besoins, qui ne serait pas lié à ce que nous sommes individuellement. Nul ne peut jurer n'avoir de sa vie jamais mangé que lorsqu'il avait physiologiquement besoin de manger, ou jurer d'avoir toujours cessé de manger dès lors que le besoin était comblé, ou encore prétendre n'avoir toujours ingéré que des aliments nécessaires à l'organisme… Nos valeurs et nos désirs, conscients ou non, sont en permanence de la partie – et si l'on considérait comme un « trouble du comportement alimentaire »

les utiliser que nous étions fragilisés par la maladie ou l'épuisement, vulnérables, anxieux…

L'affaiblissement, l'altération de ces facultés rendent tous ces efforts cognitifs de plus en plus difficiles, voire parfois impossibles : le risque existe alors que ces contraintes, ces offenses, ces frustrations deviennent une source permanente d'agressions mentalement ingérables, et ne permettent plus à la personne de se sentir en sécurité dans son environnement.

Ce dernier ne peut plus alors, sauf à être délétère, continuer à être pensé et à être organisé comme un environnement centré sur les soins à des personnes de passage capables de les comprendre et de les supporter. Il devra donc veiller à soutenir les capacités de compréhension, mais également travailler sans cesse à la réduction, y compris dans les actes de prendre-soin, de toutes les formes d'action et de communication susceptibles d'être perçues ou ressenties comme des offenses ou des agressions – avec une attention maximale à ce qui favorise le sentiment de sécurité *[cf. 2e partie]*.

> Par « sécurité », nous devons dès à présent préciser, l'époque étant ce qu'elle est, que nous ne parlons pas seulement de cette sécurité matérielle si omniprésente – les portes, les codes, les bracelets, les barrières, les grilles, les caméras… – mais du sentiment de sécurité éprouvé lorsque nous sommes dans un environnement physiquement *et* affectivement, relationnellement sûr : autrement dit dans un environnement où, en plus de pouvoir compter sur la solidité de la rampe de l'escalier, nous pouvons avoir confiance en la bienveillance, l'honnêteté, le respect (et le professionnalisme des professionnels) de ceux qui nous entourent. Un tel milieu implique notamment la prévention vigilante et permanente de ce que Tom Kitwood appelait les « interactions délétères » *[cf. p. 178]*.

Une part importante des conduites dites d'« opposition au soin », des réactions de catastrophe *[cf. p. 353]* sont provoquées par l'arrivée, sur ce terrain d'altérations des facultés de compréhension (de la situation de soin) et de maîtrise émotionnelle, d'éléments sensoriellement, émotionnellement, psychologiquement désagréables ou douloureux (par exemple être touché sur une zone très intime du corps).

Besoins, valeurs, désirs…

Il existe évidemment des besoins communs à tous les êtres humains (vivre libre, être respecté, communiquer, manger…). Il existe surtout des manières propres à chaque être humain de consciemment répondre, ou ne pas répondre, à ces besoins, en fonction de ses valeurs (convictions ou croyances) et de ses désirs (goûts, préférences…). Lesquels dépendent de très nombreux facteurs (liés à sa culture, son éducation, son histoire, son environnement…) qu'il serait trop long de citer ici. Tous ces éléments étant de surcroît profondément modelés par notre vie inconsciente (nos peurs, nos fantasmes, nos névroses…) !

Il n'existe guère de mode « pur » de réponse à nos besoins, qui ne serait pas lié à ce que nous sommes individuellement. Nul ne peut jurer n'avoir de sa vie jamais mangé que lorsqu'il avait physiologiquement besoin de manger, ou jurer d'avoir toujours cessé de manger dès lors que le besoin était comblé, ou encore prétendre n'avoir toujours ingéré que des aliments nécessaires à l'organisme… Nos valeurs et nos désirs, conscients ou non, sont en permanence de la partie – et si l'on considérait comme un « trouble du comportement alimentaire »

les utiliser que nous étions fragilisés par la maladie ou l'épuisement, vulnérables, anxieux…

L'affaiblissement, l'altération de ces facultés rendent tous ces efforts cognitifs de plus en plus difficiles, voire parfois impossibles : le risque existe alors que ces contraintes, ces offenses, ces frustrations deviennent une source permanente d'agressions mentalement ingérables, et ne permettent plus à la personne de se sentir en sécurité dans son environnement.

Ce dernier ne peut plus alors, sauf à être délétère, continuer à être pensé et à être organisé comme un environnement centré sur les soins à des personnes de passage capables de les comprendre et de les supporter. Il devra donc veiller à soutenir les capacités de compréhension, mais également travailler sans cesse à la réduction, y compris dans les actes de prendre-soin, de toutes les formes d'action et de communication susceptibles d'être perçues ou ressenties comme des offenses ou des agressions – avec une attention maximale à ce qui favorise le sentiment de sécurité *[cf. 2e partie]*.

> Par « sécurité », nous devons dès à présent préciser, l'époque étant ce qu'elle est, que nous ne parlons pas seulement de cette sécurité matérielle si omniprésente – les portes, les codes, les bracelets, les barrières, les grilles, les caméras… – mais du sentiment de sécurité éprouvé lorsque nous sommes dans un environnement physiquement *et* affectivement, relationnellement sûr : autrement dit dans un environnement où, en plus de pouvoir compter sur la solidité de la rampe de l'escalier, nous pouvons avoir confiance en la bienveillance, l'honnêteté, le respect (et le professionnalisme des professionnels) de ceux qui nous entourent. Un tel milieu implique notamment la prévention vigilante et permanente de ce que Tom Kitwood appelait les « interactions délétères » *[cf. p. 178]*.

Une part importante des conduites dites d'« opposition au soin », des réactions de catastrophe *[cf. p. 353]* sont provoquées par l'arrivée, sur ce terrain d'altérations des facultés de compréhension (de la situation de soin) et de maîtrise émotionnelle, d'éléments sensoriellement, émotionnellement, psychologiquement désagréables ou douloureux (par exemple être touché sur une zone très intime du corps).

Besoins, valeurs, désirs…

Il existe évidemment des besoins communs à tous les êtres humains (vivre libre, être respecté, communiquer, manger…). Il existe surtout des manières propres à chaque être humain de consciemment répondre, ou ne pas répondre, à ces besoins, en fonction de ses valeurs (convictions ou croyances) et de ses désirs (goûts, préférences…). Lesquels dépendent de très nombreux facteurs (liés à sa culture, son éducation, son histoire, son environnement…) qu'il serait trop long de citer ici. Tous ces éléments étant de surcroît profondément modelés par notre vie inconsciente (nos peurs, nos fantasmes, nos névroses…) !

Il n'existe guère de mode « pur » de réponse à nos besoins, qui ne serait pas lié à ce que nous sommes individuellement. Nul ne peut jurer n'avoir de sa vie jamais mangé que lorsqu'il avait physiologiquement besoin de manger, ou jurer d'avoir toujours cessé de manger dès lors que le besoin était comblé, ou encore prétendre n'avoir toujours ingéré que des aliments nécessaires à l'organisme… Nos valeurs et nos désirs, conscients ou non, sont en permanence de la partie – et si l'on considérait comme un « trouble du comportement alimentaire »

toute situation où nous mangeons sans avoir physiologiquement faim, où nous ne mangeons pas malgré la faim, où nous mangeons des aliments nutritionnellement peu pertinents, nous présenterions tous de tels troubles ! *[Sur la question de la « normalité » des comportements, cf. 2e partie, chap. 5]*

> Il n'existe pas non plus de mode *universel* de réponse aux besoins, qu'il serait possible d'accomplir pour n'importe quelle personne, sans connaître sa manière à elle d'y répondre, en étant certain de correspondre ainsi à ce qui lui convient – une telle manière « universelle » de faire serait une forme de prendre-soin d'un corps inhabité. Bref, pour le dire comme La Palice : « Le prendre-soin d'une personne ne peut qu'être personnalisé »... *[Cf. notamment p. 239]*

Revenons aux facultés cognitives : nous les mobilisons en permanence pour rendre notre vie, nos activités, nos rythmes, nos habitudes, le plus possible en conformité avec notre personnalité, nos valeurs, désirs… Le simple menu d'un de nos repas est pensé en fonction d'eux et révélerait à un observateur attentif notre humeur, notre gourmandise, notre sobriété, notre attention aux autres, nos convictions religieuses, notre culture, nos goûts, notre rapport au plaisir, au manque…

Tous ces éléments, qui font aussi ce que nous sommes, qui sont une partie de nous, ne disparaissent pas du fait d'un syndrome démentiel ou d'altérations des facultés cognitives : celles-ci, en revanche, vont placer la personne en difficulté pour continuer sans aide à organiser et à planifier ses activités de telle manière qu'elles restent conformes à ses valeurs et à ses désirs.

> L'une des caractéristiques essentielles du prendre-soin de personnes présentant des troubles cognitifs, qui distingue ce prendre-soin des autres, qui le rend particulièrement délicat, se situe bien là : c'est un prendre-soin où la personne ne pourra souvent plus nous dire, nous expliquer, verbalement, quelles sont ses manières de vivre en conformité avec ce qu'elle est – ou aspire à être. D'où des actions spécifiques qu'il nous faudra élaborer pour recueillir ces informations...

Les troubles des facultés cognitives peuvent également nous mettre en difficulté dans certaines situations où nous les sollicitions fortement.

Imaginons l'un d'entre nous, végétarien, que les hasards d'un voyage par exemple ont conduit à ne pas manger pendant une longue période. Et le voilà soudain, harassé et affamé, devant une très appétissante brochette d'agneau (mais on pourrait aussi songer à une cigarette pour qui vient d'arrêter de fumer ; à un croissant frétillant un dimanche matin avant la Communion ; à un couscous fumant sur la table d'un restaurant, à midi, pendant le Ramadan…). Il faut, dans de telles situations, faire tout particulièrement appel à nos facultés cognitives pour rendre notre action, malgré la tentation, conforme à nos valeurs – et si les personnes qui font des grèves de la faim témoignent d'une force mentale (notamment cognitive) peu commune, nous témoignons tous de la même faculté quand, au profit d'une action dont la valeur est importante, nous passons outre le besoin de dormir, de manger, de boire, etc.

De telles situations, pour une personne aux facultés cognitives fragilisées, risquent de se révéler dommageables : elles peuvent conduire cette personne à agir d'une certaine manière (en restant chez elle, saisie par la fatigue, au lieu de sortir pour…) alors que les conséquences (avoir raté cette cérémonie, ce rendez-vous entre amis…)

toute situation où nous mangeons sans avoir physiologiquement faim, où nous ne mangeons pas malgré la faim, où nous mangeons des aliments nutritionnellement peu pertinents, nous présenterions tous de tels troubles ! *[Sur la question de la « normalité » des comportements, cf. 2e partie, chap. 5]*

> Il n'existe pas non plus de mode *universel* de réponse aux besoins, qu'il serait possible d'accomplir pour n'importe quelle personne, sans connaître sa manière à elle d'y répondre, en étant certain de correspondre ainsi à ce qui lui convient – une telle manière « universelle » de faire serait une forme de prendre-soin d'un corps inhabité. Bref, pour le dire comme La Palice : « Le prendre-soin d'une personne ne peut qu'être personnalisé »... *[Cf. notamment p. 239]*

Revenons aux facultés cognitives : nous les mobilisons en permanence pour rendre notre vie, nos activités, nos rythmes, nos habitudes, le plus possible en conformité avec notre personnalité, nos valeurs, désirs… Le simple menu d'un de nos repas est pensé en fonction d'eux et révélerait à un observateur attentif notre humeur, notre gourmandise, notre sobriété, notre attention aux autres, nos convictions religieuses, notre culture, nos goûts, notre rapport au plaisir, au manque…

Tous ces éléments, qui font aussi ce que nous sommes, qui sont une partie de nous, ne disparaissent pas du fait d'un syndrome démentiel ou d'altérations des facultés cognitives : celles-ci, en revanche, vont placer la personne en difficulté pour continuer sans aide à organiser et à planifier ses activités de telle manière qu'elles restent conformes à ses valeurs et à ses désirs.

> L'une des caractéristiques essentielles du prendre-soin de personnes présentant des troubles cognitifs, qui distingue ce prendre-soin des autres, qui le rend particulièrement délicat, se situe bien là : c'est un prendre-soin où la personne ne pourra souvent plus nous dire, nous expliquer, verbalement, quelles sont ses manières de vivre en conformité avec ce qu'elle est – ou aspire à être. D'où des actions spécifiques qu'il nous faudra élaborer pour recueillir ces informations...

Les troubles des facultés cognitives peuvent également nous mettre en difficulté dans certaines situations où nous les sollicitions fortement.

Imaginons l'un d'entre nous, végétarien, que les hasards d'un voyage par exemple ont conduit à ne pas manger pendant une longue période. Et le voilà soudain, harassé et affamé, devant une très appétissante brochette d'agneau (mais on pourrait aussi songer à une cigarette pour qui vient d'arrêter de fumer ; à un croissant frétillant un dimanche matin avant la Communion ; à un couscous fumant sur la table d'un restaurant, à midi, pendant le Ramadan…). Il faut, dans de telles situations, faire tout particulièrement appel à nos facultés cognitives pour rendre notre action, malgré la tentation, conforme à nos valeurs – et si les personnes qui font des grèves de la faim témoignent d'une force mentale (notamment cognitive) peu commune, nous témoignons tous de la même faculté quand, au profit d'une action dont la valeur est importante, nous passons outre le besoin de dormir, de manger, de boire, etc.

De telles situations, pour une personne aux facultés cognitives fragilisées, risquent de se révéler dommageables : elles peuvent conduire cette personne à agir d'une certaine manière (en restant chez elle, saisie par la fatigue, au lieu de sortir pour…) alors que les conséquences (avoir raté cette cérémonie, ce rendez-vous entre amis…)

toute situation où nous mangeons sans avoir physiologiquement faim, où nous ne mangeons pas malgré la faim, où nous mangeons des aliments nutritionnellement peu pertinents, nous présenterions tous de tels troubles ! *[Sur la question de la « normalité » des comportements, cf. 2e partie, chap. 5]*

> Il n'existe pas non plus de mode *universel* de réponse aux besoins, qu'il serait possible d'accomplir pour n'importe quelle personne, sans connaître sa manière à elle d'y répondre, en étant certain de correspondre ainsi à ce qui lui convient – une telle manière « universelle » de faire serait une forme de prendre-soin d'un corps inhabité. Bref, pour le dire comme La Palice : « Le prendre-soin d'une personne ne peut qu'être personnalisé »... *[Cf. notamment p. 239]*

Revenons aux facultés cognitives : nous les mobilisons en permanence pour rendre notre vie, nos activités, nos rythmes, nos habitudes, le plus possible en conformité avec notre personnalité, nos valeurs, désirs… Le simple menu d'un de nos repas est pensé en fonction d'eux et révélerait à un observateur attentif notre humeur, notre gourmandise, notre sobriété, notre attention aux autres, nos convictions religieuses, notre culture, nos goûts, notre rapport au plaisir, au manque…

Tous ces éléments, qui font aussi ce que nous sommes, qui sont une partie de nous, ne disparaissent pas du fait d'un syndrome démentiel ou d'altérations des facultés cognitives : celles-ci, en revanche, vont placer la personne en difficulté pour continuer sans aide à organiser et à planifier ses activités de telle manière qu'elles restent conformes à ses valeurs et à ses désirs.

> L'une des caractéristiques essentielles du prendre-soin de personnes présentant des troubles cognitifs, qui distingue ce prendre-soin des autres, qui le rend particulièrement délicat, se situe bien là : c'est un prendre-soin où la personne ne pourra souvent plus nous dire, nous expliquer, verbalement, quelles sont ses manières de vivre en conformité avec ce qu'elle est – ou aspire à être. D'où des actions spécifiques qu'il nous faudra élaborer pour recueillir ces informations...

Les troubles des facultés cognitives peuvent également nous mettre en difficulté dans certaines situations où nous les sollicitions fortement.

Imaginons l'un d'entre nous, végétarien, que les hasards d'un voyage par exemple ont conduit à ne pas manger pendant une longue période. Et le voilà soudain, harassé et affamé, devant une très appétissante brochette d'agneau (mais on pourrait aussi songer à une cigarette pour qui vient d'arrêter de fumer ; à un croissant frétillant un dimanche matin avant la Communion ; à un couscous fumant sur la table d'un restaurant, à midi, pendant le Ramadan…). Il faut, dans de telles situations, faire tout particulièrement appel à nos facultés cognitives pour rendre notre action, malgré la tentation, conforme à nos valeurs – et si les personnes qui font des grèves de la faim témoignent d'une force mentale (notamment cognitive) peu commune, nous témoignons tous de la même faculté quand, au profit d'une action dont la valeur est importante, nous passons outre le besoin de dormir, de manger, de boire, etc.

De telles situations, pour une personne aux facultés cognitives fragilisées, risquent de se révéler dommageables : elles peuvent conduire cette personne à agir d'une certaine manière (en restant chez elle, saisie par la fatigue, au lieu de sortir pour…) alors que les conséquences (avoir raté cette cérémonie, ce rendez-vous entre amis…)

toute situation où nous mangeons sans avoir physiologiquement faim, où nous ne mangeons pas malgré la faim, où nous mangeons des aliments nutritionnellement peu pertinents, nous présenterions tous de tels troubles ! *[Sur la question de la « normalité » des comportements, cf. 2e partie, chap. 5]*

> Il n'existe pas non plus de mode *universel* de réponse aux besoins, qu'il serait possible d'accomplir pour n'importe quelle personne, sans connaître sa manière à elle d'y répondre, en étant certain de correspondre ainsi à ce qui lui convient – une telle manière « universelle » de faire serait une forme de prendre-soin d'un corps inhabité. Bref, pour le dire comme La Palice : « Le prendre-soin d'une personne ne peut qu'être personnalisé »... *[Cf. notamment p. 239]*

Revenons aux facultés cognitives : nous les mobilisons en permanence pour rendre notre vie, nos activités, nos rythmes, nos habitudes, le plus possible en conformité avec notre personnalité, nos valeurs, désirs… Le simple menu d'un de nos repas est pensé en fonction d'eux et révélerait à un observateur attentif notre humeur, notre gourmandise, notre sobriété, notre attention aux autres, nos convictions religieuses, notre culture, nos goûts, notre rapport au plaisir, au manque…

Tous ces éléments, qui font aussi ce que nous sommes, qui sont une partie de nous, ne disparaissent pas du fait d'un syndrome démentiel ou d'altérations des facultés cognitives : celles-ci, en revanche, vont placer la personne en difficulté pour continuer sans aide à organiser et à planifier ses activités de telle manière qu'elles restent conformes à ses valeurs et à ses désirs.

> L'une des caractéristiques essentielles du prendre-soin de personnes présentant des troubles cognitifs, qui distingue ce prendre-soin des autres, qui le rend particulièrement délicat, se situe bien là : c'est un prendre-soin où la personne ne pourra souvent plus nous dire, nous expliquer, verbalement, quelles sont ses manières de vivre en conformité avec ce qu'elle est – ou aspire à être. D'où des actions spécifiques qu'il nous faudra élaborer pour recueillir ces informations...

Les troubles des facultés cognitives peuvent également nous mettre en difficulté dans certaines situations où nous les sollicitions fortement.

Imaginons l'un d'entre nous, végétarien, que les hasards d'un voyage par exemple ont conduit à ne pas manger pendant une longue période. Et le voilà soudain, harassé et affamé, devant une très appétissante brochette d'agneau (mais on pourrait aussi songer à une cigarette pour qui vient d'arrêter de fumer ; à un croissant frétillant un dimanche matin avant la Communion ; à un couscous fumant sur la table d'un restaurant, à midi, pendant le Ramadan…). Il faut, dans de telles situations, faire tout particulièrement appel à nos facultés cognitives pour rendre notre action, malgré la tentation, conforme à nos valeurs – et si les personnes qui font des grèves de la faim témoignent d'une force mentale (notamment cognitive) peu commune, nous témoignons tous de la même faculté quand, au profit d'une action dont la valeur est importante, nous passons outre le besoin de dormir, de manger, de boire, etc.

De telles situations, pour une personne aux facultés cognitives fragilisées, risquent de se révéler dommageables : elles peuvent conduire cette personne à agir d'une certaine manière (en restant chez elle, saisie par la fatigue, au lieu de sortir pour…) alors que les conséquences (avoir raté cette cérémonie, ce rendez-vous entre amis…)

toute situation où nous mangeons sans avoir physiologiquement faim, où nous ne mangeons pas malgré la faim, où nous mangeons des aliments nutritionnellement peu pertinents, nous présenterions tous de tels troubles ! *[Sur la question de la « normalité » des comportements, cf. 2e partie, chap. 5]*

> Il n'existe pas non plus de mode *universel* de réponse aux besoins, qu'il serait possible d'accomplir pour n'importe quelle personne, sans connaître sa manière à elle d'y répondre, en étant certain de correspondre ainsi à ce qui lui convient – une telle manière « universelle » de faire serait une forme de prendre-soin d'un corps inhabité. Bref, pour le dire comme La Palice : « Le prendre-soin d'une personne ne peut qu'être personnalisé »... *[Cf. notamment p. 239]*

Revenons aux facultés cognitives : nous les mobilisons en permanence pour rendre notre vie, nos activités, nos rythmes, nos habitudes, le plus possible en conformité avec notre personnalité, nos valeurs, désirs… Le simple menu d'un de nos repas est pensé en fonction d'eux et révélerait à un observateur attentif notre humeur, notre gourmandise, notre sobriété, notre attention aux autres, nos convictions religieuses, notre culture, nos goûts, notre rapport au plaisir, au manque…

Tous ces éléments, qui font aussi ce que nous sommes, qui sont une partie de nous, ne disparaissent pas du fait d'un syndrome démentiel ou d'altérations des facultés cognitives : celles-ci, en revanche, vont placer la personne en difficulté pour continuer sans aide à organiser et à planifier ses activités de telle manière qu'elles restent conformes à ses valeurs et à ses désirs.

> L'une des caractéristiques essentielles du prendre-soin de personnes présentant des troubles cognitifs, qui distingue ce prendre-soin des autres, qui le rend particulièrement délicat, se situe bien là : c'est un prendre-soin où la personne ne pourra souvent plus nous dire, nous expliquer, verbalement, quelles sont ses manières de vivre en conformité avec ce qu'elle est – ou aspire à être. D'où des actions spécifiques qu'il nous faudra élaborer pour recueillir ces informations...

Les troubles des facultés cognitives peuvent également nous mettre en difficulté dans certaines situations où nous les sollicitions fortement.

Imaginons l'un d'entre nous, végétarien, que les hasards d'un voyage par exemple ont conduit à ne pas manger pendant une longue période. Et le voilà soudain, harassé et affamé, devant une très appétissante brochette d'agneau (mais on pourrait aussi songer à une cigarette pour qui vient d'arrêter de fumer ; à un croissant frétillant un dimanche matin avant la Communion ; à un couscous fumant sur la table d'un restaurant, à midi, pendant le Ramadan…). Il faut, dans de telles situations, faire tout particulièrement appel à nos facultés cognitives pour rendre notre action, malgré la tentation, conforme à nos valeurs – et si les personnes qui font des grèves de la faim témoignent d'une force mentale (notamment cognitive) peu commune, nous témoignons tous de la même faculté quand, au profit d'une action dont la valeur est importante, nous passons outre le besoin de dormir, de manger, de boire, etc.

De telles situations, pour une personne aux facultés cognitives fragilisées, risquent de se révéler dommageables : elles peuvent conduire cette personne à agir d'une certaine manière (en restant chez elle, saisie par la fatigue, au lieu de sortir pour…) alors que les conséquences (avoir raté cette cérémonie, ce rendez-vous entre amis…)

peuvent être à terme sources de perte de confiance en soi, de perte d'estime de soi.

Dernière précision importante : très souvent, dans le quotidien, par exemple d'une vie dans une maison de retraite, ou d'une vie chez soi où des professionnels viennent à certaines heures pour aider, il existe des décalages entre nos habitudes, valeurs et désirs, et le moment où advient telle ou telle activité. Le dîner peut ainsi avoir lieu avant que l'on ait faim, ou le petit-déjeuner bien après. Avant ou après le désir : dans les deux cas, il nous faut faire appel à nos facultés cognitives – notamment celles qui nous permettent de contrôler l'attente et la frustration, de nous forcer à agir sans envie. Dans les deux cas, si celles-ci sont affaiblies, troublées, altérées, nous serons en difficulté pour le faire, voire dans l'impossibilité de le faire.

Une personne présentant de forts troubles cognitifs peut en effet ne pas parvenir à contrôler mentalement l'attente entre le moment où elle ressent de la faim et le moment du repas : ce contrôle implique en effet *a minima* d'avoir conscience de l'heure présente et de se souvenir de l'heure du repas, de pouvoir donc se projeter dans le temps, de comprendre ce que m'explique le professionnel qui me dit que cela va bientôt arriver, etc.[4] *[cf. p. 292]*.

Même impossibilité si c'est l'heure du repas et que je n'ai pas faim. Ce que je vois dans mon assiette de surcroît ne l'attise pas… Pour me forcer à manger malgré l'absence de désir, il me faudrait raisonner, me dire que c'est le moment, que c'est plus simple maintenant que plus tard,

4. Le prendre-soin devra impérativement en tenir compte. On ne peut en effet se contenter de demander de « patienter » à une personne ayant faim et ne pouvant comprendre qu'un déjeuner arrivera un peu plus tard…

que c'est sûrement important pour mon corps même si ce n'est tentant ni à mes yeux ni à mon nez, etc.

Soulignons dès à présent que ces moindres capacités, ou ces incapacités, à contrôler cognitivement ce qui advient dans ces situations, impliqueront un ajustement particulier du prendre-soin, une grande vigilance au désir ou à l'absence de désir *[cf. p. 189]*.

Compréhension et expression verbales

Si les altérations de nos facultés d'attention modifient déjà notre capacité à nous concentrer sur la situation de communication, les altérations des facultés linguistiques vont ajouter un niveau de perturbation supplémentaire, pouvant nous empêcher : d'une part de communiquer verbalement ce que nous ressentons et pensons ; d'autre part de comprendre le sens de ce que notre interlocuteur nous dit.

Cela d'autant plus facilement que, même concentré sur notre interlocuteur, même très bien concentré – sans qu'une fatigue, une douleur, une préoccupation un peu obsédante, etc., nous perturbent –, ce qui nous sera dit le sera rapidement, avec des mots complexes, des phrases longues, etc. En revanche, plus le discours sera concret, précis, soutenu par des mots et des phrases simples, porté par des gestes, des mimiques, etc., plus il sera facilement compris. Sans jouer les Roberto Begnini (ça peut fatiguer…), une légère italianisation de notre façon de communiquer n'est parfois pas mauvaise, comme dans un pays dont nous parlons un petit peu la langue, mais pas suffisamment pour être confiant dans le seul pouvoir sémantique des mots et des phrases employés.

peuvent être à terme sources de perte de confiance en soi, de perte d'estime de soi.

Dernière précision importante : très souvent, dans le quotidien, par exemple d'une vie dans une maison de retraite, ou d'une vie chez soi où des professionnels viennent à certaines heures pour aider, il existe des décalages entre nos habitudes, valeurs et désirs, et le moment où advient telle ou telle activité. Le dîner peut ainsi avoir lieu avant que l'on ait faim, ou le petit-déjeuner bien après. Avant ou après le désir : dans les deux cas, il nous faut faire appel à nos facultés cognitives – notamment celles qui nous permettent de contrôler l'attente et la frustration, de nous forcer à agir sans envie. Dans les deux cas, si celles-ci sont affaiblies, troublées, altérées, nous serons en difficulté pour le faire, voire dans l'impossibilité de le faire.

Une personne présentant de forts troubles cognitifs peut en effet ne pas parvenir à contrôler mentalement l'attente entre le moment où elle ressent de la faim et le moment du repas : ce contrôle implique en effet *a minima* d'avoir conscience de l'heure présente et de se souvenir de l'heure du repas, de pouvoir donc se projeter dans le temps, de comprendre ce que m'explique le professionnel qui me dit que cela va bientôt arriver, etc.[4] *[cf. p. 292]*.

Même impossibilité si c'est l'heure du repas et que je n'ai pas faim. Ce que je vois dans mon assiette de surcroît ne l'attise pas… Pour me forcer à manger malgré l'absence de désir, il me faudrait raisonner, me dire que c'est le moment, que c'est plus simple maintenant que plus tard,

4. Le prendre-soin devra impérativement en tenir compte. On ne peut en effet se contenter de demander de « patienter » à une personne ayant faim et ne pouvant comprendre qu'un déjeuner arrivera un peu plus tard…

que c'est sûrement important pour mon corps même si ce n'est tentant ni à mes yeux ni à mon nez, etc.

Soulignons dès à présent que ces moindres capacités, ou ces incapacités, à contrôler cognitivement ce qui advient dans ces situations, impliqueront un ajustement particulier du prendre-soin, une grande vigilance au désir ou à l'absence de désir *[cf. p. 189]*.

Compréhension et expression verbales

Si les altérations de nos facultés d'attention modifient déjà notre capacité à nous concentrer sur la situation de communication, les altérations des facultés linguistiques vont ajouter un niveau de perturbation supplémentaire, pouvant nous empêcher : d'une part de communiquer verbalement ce que nous ressentons et pensons ; d'autre part de comprendre le sens de ce que notre interlocuteur nous dit.

Cela d'autant plus facilement que, même concentré sur notre interlocuteur, même très bien concentré – sans qu'une fatigue, une douleur, une préoccupation un peu obsédante, etc., nous perturbent –, ce qui nous sera dit le sera rapidement, avec des mots complexes, des phrases longues, etc. En revanche, plus le discours sera concret, précis, soutenu par des mots et des phrases simples, porté par des gestes, des mimiques, etc., plus il sera facilement compris. Sans jouer les Roberto Begnini (ça peut fatiguer…), une légère italianisation de notre façon de communiquer n'est parfois pas mauvaise, comme dans un pays dont nous parlons un petit peu la langue, mais pas suffisamment pour être confiant dans le seul pouvoir sémantique des mots et des phrases employés.

peuvent être à terme sources de perte de confiance en soi, de perte d'estime de soi.

Dernière précision importante : très souvent, dans le quotidien, par exemple d'une vie dans une maison de retraite, ou d'une vie chez soi où des professionnels viennent à certaines heures pour aider, il existe des décalages entre nos habitudes, valeurs et désirs, et le moment où advient telle ou telle activité. Le dîner peut ainsi avoir lieu avant que l'on ait faim, ou le petit-déjeuner bien après. Avant ou après le désir : dans les deux cas, il nous faut faire appel à nos facultés cognitives – notamment celles qui nous permettent de contrôler l'attente et la frustration, de nous forcer à agir sans envie. Dans les deux cas, si celles-ci sont affaiblies, troublées, altérées, nous serons en difficulté pour le faire, voire dans l'impossibilité de le faire.

Une personne présentant de forts troubles cognitifs peut en effet ne pas parvenir à contrôler mentalement l'attente entre le moment où elle ressent de la faim et le moment du repas : ce contrôle implique en effet *a minima* d'avoir conscience de l'heure présente et de se souvenir de l'heure du repas, de pouvoir donc se projeter dans le temps, de comprendre ce que m'explique le professionnel qui me dit que cela va bientôt arriver, etc.[4] *[cf. p. 292]*.

Même impossibilité si c'est l'heure du repas et que je n'ai pas faim. Ce que je vois dans mon assiette de surcroît ne l'attise pas… Pour me forcer à manger malgré l'absence de désir, il me faudrait raisonner, me dire que c'est le moment, que c'est plus simple maintenant que plus tard,

4. Le prendre-soin devra impérativement en tenir compte. On ne peut en effet se contenter de demander de « patienter » à une personne ayant faim et ne pouvant comprendre qu'un déjeuner arrivera un peu plus tard…

que c'est sûrement important pour mon corps même si ce n'est tentant ni à mes yeux ni à mon nez, etc.

Soulignons dès à présent que ces moindres capacités, ou ces incapacités, à contrôler cognitivement ce qui advient dans ces situations, impliqueront un ajustement particulier du prendre-soin, une grande vigilance au désir ou à l'absence de désir *[cf. p. 189]*.

Compréhension et expression verbales

Si les altérations de nos facultés d'attention modifient déjà notre capacité à nous concentrer sur la situation de communication, les altérations des facultés linguistiques vont ajouter un niveau de perturbation supplémentaire, pouvant nous empêcher : d'une part de communiquer verbalement ce que nous ressentons et pensons ; d'autre part de comprendre le sens de ce que notre interlocuteur nous dit.

Cela d'autant plus facilement que, même concentré sur notre interlocuteur, même très bien concentré – sans qu'une fatigue, une douleur, une préoccupation un peu obsédante, etc., nous perturbent –, ce qui nous sera dit le sera rapidement, avec des mots complexes, des phrases longues, etc. En revanche, plus le discours sera concret, précis, soutenu par des mots et des phrases simples, porté par des gestes, des mimiques, etc., plus il sera facilement compris. Sans jouer les Roberto Begnini (ça peut fatiguer…), une légère italianisation de notre façon de communiquer n'est parfois pas mauvaise, comme dans un pays dont nous parlons un petit peu la langue, mais pas suffisamment pour être confiant dans le seul pouvoir sémantique des mots et des phrases employés.

peuvent être à terme sources de perte de confiance en soi, de perte d'estime de soi.

Dernière précision importante : très souvent, dans le quotidien, par exemple d'une vie dans une maison de retraite, ou d'une vie chez soi où des professionnels viennent à certaines heures pour aider, il existe des décalages entre nos habitudes, valeurs et désirs, et le moment où advient telle ou telle activité. Le dîner peut ainsi avoir lieu avant que l'on ait faim, ou le petit-déjeuner bien après. Avant ou après le désir : dans les deux cas, il nous faut faire appel à nos facultés cognitives – notamment celles qui nous permettent de contrôler l'attente et la frustration, de nous forcer à agir sans envie. Dans les deux cas, si celles-ci sont affaiblies, troublées, altérées, nous serons en difficulté pour le faire, voire dans l'impossibilité de le faire.

Une personne présentant de forts troubles cognitifs peut en effet ne pas parvenir à contrôler mentalement l'attente entre le moment où elle ressent de la faim et le moment du repas : ce contrôle implique en effet *a minima* d'avoir conscience de l'heure présente et de se souvenir de l'heure du repas, de pouvoir donc se projeter dans le temps, de comprendre ce que m'explique le professionnel qui me dit que cela va bientôt arriver, etc.[4] *[cf. p. 292]*.

Même impossibilité si c'est l'heure du repas et que je n'ai pas faim. Ce que je vois dans mon assiette de surcroît ne l'attise pas… Pour me forcer à manger malgré l'absence de désir, il me faudrait raisonner, me dire que c'est le moment, que c'est plus simple maintenant que plus tard,

4. Le prendre-soin devra impérativement en tenir compte. On ne peut en effet se contenter de demander de « patienter » à une personne ayant faim et ne pouvant comprendre qu'un déjeuner arrivera un peu plus tard…

que c'est sûrement important pour mon corps même si ce n'est tentant ni à mes yeux ni à mon nez, etc.

Soulignons dès à présent que ces moindres capacités, ou ces incapacités, à contrôler cognitivement ce qui advient dans ces situations, impliqueront un ajustement particulier du prendre-soin, une grande vigilance au désir ou à l'absence de désir *[cf. p. 189]*.

Compréhension et expression verbales

Si les altérations de nos facultés d'attention modifient déjà notre capacité à nous concentrer sur la situation de communication, les altérations des facultés linguistiques vont ajouter un niveau de perturbation supplémentaire, pouvant nous empêcher : d'une part de communiquer verbalement ce que nous ressentons et pensons ; d'autre part de comprendre le sens de ce que notre interlocuteur nous dit.

Cela d'autant plus facilement que, même concentré sur notre interlocuteur, même très bien concentré – sans qu'une fatigue, une douleur, une préoccupation un peu obsédante, etc., nous perturbent –, ce qui nous sera dit le sera rapidement, avec des mots complexes, des phrases longues, etc. En revanche, plus le discours sera concret, précis, soutenu par des mots et des phrases simples, porté par des gestes, des mimiques, etc., plus il sera facilement compris. Sans jouer les Roberto Begnini (ça peut fatiguer…), une légère italianisation de notre façon de communiquer n'est parfois pas mauvaise, comme dans un pays dont nous parlons un petit peu la langue, mais pas suffisamment pour être confiant dans le seul pouvoir sémantique des mots et des phrases employés.

peuvent être à terme sources de perte de confiance en soi, de perte d'estime de soi.

Dernière précision importante : très souvent, dans le quotidien, par exemple d'une vie dans une maison de retraite, ou d'une vie chez soi où des professionnels viennent à certaines heures pour aider, il existe des décalages entre nos habitudes, valeurs et désirs, et le moment où advient telle ou telle activité. Le dîner peut ainsi avoir lieu avant que l'on ait faim, ou le petit-déjeuner bien après. Avant ou après le désir : dans les deux cas, il nous faut faire appel à nos facultés cognitives – notamment celles qui nous permettent de contrôler l'attente et la frustration, de nous forcer à agir sans envie. Dans les deux cas, si celles-ci sont affaiblies, troublées, altérées, nous serons en difficulté pour le faire, voire dans l'impossibilité de le faire.

Une personne présentant de forts troubles cognitifs peut en effet ne pas parvenir à contrôler mentalement l'attente entre le moment où elle ressent de la faim et le moment du repas : ce contrôle implique en effet *a minima* d'avoir conscience de l'heure présente et de se souvenir de l'heure du repas, de pouvoir donc se projeter dans le temps, de comprendre ce que m'explique le professionnel qui me dit que cela va bientôt arriver, etc.[4] *[cf. p. 292]*.

Même impossibilité si c'est l'heure du repas et que je n'ai pas faim. Ce que je vois dans mon assiette de surcroît ne l'attise pas… Pour me forcer à manger malgré l'absence de désir, il me faudrait raisonner, me dire que c'est le moment, que c'est plus simple maintenant que plus tard,

4. Le prendre-soin devra impérativement en tenir compte. On ne peut en effet se contenter de demander de « patienter » à une personne ayant faim et ne pouvant comprendre qu'un déjeuner arrivera un peu plus tard…

que c'est sûrement important pour mon corps même si ce n'est tentant ni à mes yeux ni à mon nez, etc.

Soulignons dès à présent que ces moindres capacités, ou ces incapacités, à contrôler cognitivement ce qui advient dans ces situations, impliqueront un ajustement particulier du prendre-soin, une grande vigilance au désir ou à l'absence de désir *[cf. p. 189]*.

Compréhension et expression verbales

Si les altérations de nos facultés d'attention modifient déjà notre capacité à nous concentrer sur la situation de communication, les altérations des facultés linguistiques vont ajouter un niveau de perturbation supplémentaire, pouvant nous empêcher : d'une part de communiquer verbalement ce que nous ressentons et pensons ; d'autre part de comprendre le sens de ce que notre interlocuteur nous dit.

Cela d'autant plus facilement que, même concentré sur notre interlocuteur, même très bien concentré – sans qu'une fatigue, une douleur, une préoccupation un peu obsédante, etc., nous perturbent –, ce qui nous sera dit le sera rapidement, avec des mots complexes, des phrases longues, etc. En revanche, plus le discours sera concret, précis, soutenu par des mots et des phrases simples, porté par des gestes, des mimiques, etc., plus il sera facilement compris. Sans jouer les Roberto Begnini (ça peut fatiguer…), une légère italianisation de notre façon de communiquer n'est parfois pas mauvaise, comme dans un pays dont nous parlons un petit peu la langue, mais pas suffisamment pour être confiant dans le seul pouvoir sémantique des mots et des phrases employés.

« Demain, vous schtroumpferez aux urnes pour schtroumpfer celui qui sera votre Schtroumpf ! Et à qui allez-vous schtroumpfer votre voix ? À un quelconque Schtroumpf qui ne schtroumpfe pas plus loin que le bout de son schtroumpf ? »

S'il faut être en bonne possession de ses facultés linguistiques pour aisément comprendre le sens des mots qui n'y sont pas…, cet extrait du langage schtroumpf témoigne aussi de ce que quelques mots simples – ce peut être la référence à un lieu, à une partie du corps, à un objet courant – peuvent souvent suffire à créer des repères et à donner du sens… À un certain moment, venant d'une certaine personne, les mots « salle de bains », le peigne pris dans la main et montré[5], permettent de soutenir la compréhension même si les autres mots que nous avons employés n'ont pas été compris…

> Il faut ici ouvrir une parenthèse pour évoquer un préalable important du prendre-soin des personnes présentant des troubles cognitifs : nous ne pouvons jamais savoir avec certitude si une personne comprend – ou ne comprend pas – ce que nous lui disons. Nous pouvons constater qu'elle ne répond pas, par exemple à une demande : mais est-ce parce qu'elle n'en a pas compris le sens, parce qu'elle ne veut pas y répondre, parce qu'elle ne peut pas fonctionnellement y répondre, parce qu'elle ne peut pas mentalement y répondre… ? Quelle que soit la raison de l'absence de réponse, nul ne peut prétendre savoir les chemins que poursuit, en son esprit, la question posée…
> Ce que l'on sait, en revanche, c'est que cette vie intérieure, même quand elle ne peut qu'à peine s'extérioriser, est nourrie par notre attention, par le fait de ne jamais cesser de dire bonjour, par la douceur de nos gestes…, par toutes ces petites formes qui font la qualité d'une présence *[cf. p. 359]*.

5. Ou placé dans la main de la personne.

Nous reviendrons dans les prochaines parties sur tous les moyens, sur tous les supports – *via* l'imitation, l'ébauche de geste, le guidage, etc. – permettant d'accroître la compréhension et la réponse aux demandes adressées à la personne.

Mais « dans le doute, surtout ne t'abstiens pas » : telle pourrait être la règle de la communication verbale en situation de soin[6]… À moins bien sûr de constater que nos paroles troublent la personne, à moins d'être dans un moment où c'est le silence partagé qui fait naître entre nous le bien-être et la complicité, il vaut mieux accompagner notre présence et, surtout, nos gestes, de paroles. *A minima*, même si la personne, à l'instar d'une personne dans le coma, ne nous donne aucune indication qu'elle entend et comprend, parce que annoncer les gestes et les actions que nous allons faire, parfois les décrire même en les faisant, est à la fois un signe fort d'attention à l'autre, un facteur favorisant des sensations et des émotions apaisantes, un élément essentiel de la prévention des réactions de catastrophe.

On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas

Les troubles du langage, qui s'aggravent au fur et à mesure de la progression d'un syndrome démentiel, vont

6. Règle à ajuster, bien entendu, en fonction de chaque personne, relation, situation, etc. : si certaines personnes (notamment lorsque les troubles cognitifs sont importants) peuvent être surprises, voire angoissées, par des gestes non annoncés, non accompagnés de paroles, d'autres (notamment celles qui comprennent ce que nous sommes en train de faire) peuvent être agacées ou se sentir infantilisées que l'on annonce et décrive tout ce qui se passe…

« Demain, vous schtroumpferez aux urnes pour schtroumpfer celui qui sera votre Schtroumpf ! Et à qui allez-vous schtroumpfer votre voix ? À un quelconque Schtroumpf qui ne schtroumpfe pas plus loin que le bout de son schtroumpf ? »

S'il faut être en bonne possession de ses facultés linguistiques pour aisément comprendre le sens des mots qui n'y sont pas…, cet extrait du langage schtroumpf témoigne aussi de ce que quelques mots simples – ce peut être la référence à un lieu, à une partie du corps, à un objet courant – peuvent souvent suffire à créer des repères et à donner du sens… À un certain moment, venant d'une certaine personne, les mots « salle de bains », le peigne pris dans la main et montré[5], permettent de soutenir la compréhension même si les autres mots que nous avons employés n'ont pas été compris…

> Il faut ici ouvrir une parenthèse pour évoquer un préalable important du prendre-soin des personnes présentant des troubles cognitifs : nous ne pouvons jamais savoir avec certitude si une personne comprend – ou ne comprend pas – ce que nous lui disons. Nous pouvons constater qu'elle ne répond pas, par exemple à une demande : mais est-ce parce qu'elle n'en a pas compris le sens, parce qu'elle ne veut pas y répondre, parce qu'elle ne peut pas fonctionnellement y répondre, parce qu'elle ne peut pas mentalement y répondre… ? Quelle que soit la raison de l'absence de réponse, nul ne peut prétendre savoir les chemins que poursuit, en son esprit, la question posée…
> Ce que l'on sait, en revanche, c'est que cette vie intérieure, même quand elle ne peut qu'à peine s'extérioriser, est nourrie par notre attention, par le fait de ne jamais cesser de dire bonjour, par la douceur de nos gestes…, par toutes ces petites formes qui font la qualité d'une présence *[cf. p. 359]*.

5. Ou placé dans la main de la personne.

Nous reviendrons dans les prochaines parties sur tous les moyens, sur tous les supports – *via* l'imitation, l'ébauche de geste, le guidage, etc. – permettant d'accroître la compréhension et la réponse aux demandes adressées à la personne.

Mais « dans le doute, surtout ne t'abstiens pas » : telle pourrait être la règle de la communication verbale en situation de soin[6]… À moins bien sûr de constater que nos paroles troublent la personne, à moins d'être dans un moment où c'est le silence partagé qui fait naître entre nous le bien-être et la complicité, il vaut mieux accompagner notre présence et, surtout, nos gestes, de paroles. *A minima*, même si la personne, à l'instar d'une personne dans le coma, ne nous donne aucune indication qu'elle entend et comprend, parce que annoncer les gestes et les actions que nous allons faire, parfois les décrire même en les faisant, est à la fois un signe fort d'attention à l'autre, un facteur favorisant des sensations et des émotions apaisantes, un élément essentiel de la prévention des réactions de catastrophe.

On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas

Les troubles du langage, qui s'aggravent au fur et à mesure de la progression d'un syndrome démentiel, vont

6. Règle à ajuster, bien entendu, en fonction de chaque personne, relation, situation, etc. : si certaines personnes (notamment lorsque les troubles cognitifs sont importants) peuvent être surprises, voire angoissées, par des gestes non annoncés, non accompagnés de paroles, d'autres (notamment celles qui comprennent ce que nous sommes en train de faire) peuvent être agacées ou se sentir infantilisées que l'on annonce et décrive tout ce qui se passe…

« Demain, vous schtroumpferez aux urnes pour schtroumpfer celui qui sera votre Schtroumpf ! Et à qui allez-vous schtroumpfer votre voix ? À un quelconque Schtroumpf qui ne schtroumpfe pas plus loin que le bout de son schtroumpf ? »

S'il faut être en bonne possession de ses facultés linguistiques pour aisément comprendre le sens des mots qui n'y sont pas…, cet extrait du langage schtroumpf témoigne aussi de ce que quelques mots simples – ce peut être la référence à un lieu, à une partie du corps, à un objet courant – peuvent souvent suffire à créer des repères et à donner du sens… À un certain moment, venant d'une certaine personne, les mots « salle de bains », le peigne pris dans la main et montré[5], permettent de soutenir la compréhension même si les autres mots que nous avons employés n'ont pas été compris…

> Il faut ici ouvrir une parenthèse pour évoquer un préalable important du prendre-soin des personnes présentant des troubles cognitifs : nous ne pouvons jamais savoir avec certitude si une personne comprend – ou ne comprend pas – ce que nous lui disons. Nous pouvons constater qu'elle ne répond pas, par exemple à une demande : mais est-ce parce qu'elle n'en a pas compris le sens, parce qu'elle ne veut pas y répondre, parce qu'elle ne peut pas fonctionnellement y répondre, parce qu'elle ne peut pas mentalement y répondre… ? Quelle que soit la raison de l'absence de réponse, nul ne peut prétendre savoir les chemins que poursuit, en son esprit, la question posée…
> Ce que l'on sait, en revanche, c'est que cette vie intérieure, même quand elle ne peut qu'à peine s'extérioriser, est nourrie par notre attention, par le fait de ne jamais cesser de dire bonjour, par la douceur de nos gestes…, par toutes ces petites formes qui font la qualité d'une présence *[cf. p. 359]*.

5. Ou placé dans la main de la personne.

Nous reviendrons dans les prochaines parties sur tous les moyens, sur tous les supports – *via* l'imitation, l'ébauche de geste, le guidage, etc. – permettant d'accroître la compréhension et la réponse aux demandes adressées à la personne.

Mais « dans le doute, surtout ne t'abstiens pas » : telle pourrait être la règle de la communication verbale en situation de soin[6]… À moins bien sûr de constater que nos paroles troublent la personne, à moins d'être dans un moment où c'est le silence partagé qui fait naître entre nous le bien-être et la complicité, il vaut mieux accompagner notre présence et, surtout, nos gestes, de paroles. *A minima*, même si la personne, à l'instar d'une personne dans le coma, ne nous donne aucune indication qu'elle entend et comprend, parce que annoncer les gestes et les actions que nous allons faire, parfois les décrire même en les faisant, est à la fois un signe fort d'attention à l'autre, un facteur favorisant des sensations et des émotions apaisantes, un élément essentiel de la prévention des réactions de catastrophe.

On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas

Les troubles du langage, qui s'aggravent au fur et à mesure de la progression d'un syndrome démentiel, vont

6. Règle à ajuster, bien entendu, en fonction de chaque personne, relation, situation, etc. : si certaines personnes (notamment lorsque les troubles cognitifs sont importants) peuvent être surprises, voire angoissées, par des gestes non annoncés, non accompagnés de paroles, d'autres (notamment celles qui comprennent ce que nous sommes en train de faire) peuvent être agacées ou se sentir infantilisées que l'on annonce et décrive tout ce qui se passe…

« Demain, vous schtroumpferez aux urnes pour schtroumpfer celui qui sera votre Schtroumpf ! Et à qui allez-vous schtroumpfer votre voix ? À un quelconque Schtroumpf qui ne schtroumpfe pas plus loin que le bout de son schtroumpf ? »

S'il faut être en bonne possession de ses facultés linguistiques pour aisément comprendre le sens des mots qui n'y sont pas…, cet extrait du langage schtroumpf témoigne aussi de ce que quelques mots simples – ce peut être la référence à un lieu, à une partie du corps, à un objet courant – peuvent souvent suffire à créer des repères et à donner du sens… À un certain moment, venant d'une certaine personne, les mots « salle de bains », le peigne pris dans la main et montré[5], permettent de soutenir la compréhension même si les autres mots que nous avons employés n'ont pas été compris…

> Il faut ici ouvrir une parenthèse pour évoquer un préalable important du prendre-soin des personnes présentant des troubles cognitifs : nous ne pouvons jamais savoir avec certitude si une personne comprend – ou ne comprend pas – ce que nous lui disons. Nous pouvons constater qu'elle ne répond pas, par exemple à une demande : mais est-ce parce qu'elle n'en a pas compris le sens, parce qu'elle ne veut pas y répondre, parce qu'elle ne peut pas fonctionnellement y répondre, parce qu'elle ne peut pas mentalement y répondre… ? Quelle que soit la raison de l'absence de réponse, nul ne peut prétendre savoir les chemins que poursuit, en son esprit, la question posée…
> Ce que l'on sait, en revanche, c'est que cette vie intérieure, même quand elle ne peut qu'à peine s'extérioriser, est nourrie par notre attention, par le fait de ne jamais cesser de dire bonjour, par la douceur de nos gestes…, par toutes ces petites formes qui font la qualité d'une présence *[cf. p. 359]*.

5. Ou placé dans la main de la personne.

Nous reviendrons dans les prochaines parties sur tous les moyens, sur tous les supports – *via* l'imitation, l'ébauche de geste, le guidage, etc. – permettant d'accroître la compréhension et la réponse aux demandes adressées à la personne.

Mais « dans le doute, surtout ne t'abstiens pas » : telle pourrait être la règle de la communication verbale en situation de soin[6]… À moins bien sûr de constater que nos paroles troublent la personne, à moins d'être dans un moment où c'est le silence partagé qui fait naître entre nous le bien-être et la complicité, il vaut mieux accompagner notre présence et, surtout, nos gestes, de paroles. *A minima*, même si la personne, à l'instar d'une personne dans le coma, ne nous donne aucune indication qu'elle entend et comprend, parce que annoncer les gestes et les actions que nous allons faire, parfois les décrire même en les faisant, est à la fois un signe fort d'attention à l'autre, un facteur favorisant des sensations et des émotions apaisantes, un élément essentiel de la prévention des réactions de catastrophe.

On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas

Les troubles du langage, qui s'aggravent au fur et à mesure de la progression d'un syndrome démentiel, vont

6. Règle à ajuster, bien entendu, en fonction de chaque personne, relation, situation, etc. : si certaines personnes (notamment lorsque les troubles cognitifs sont importants) peuvent être surprises, voire angoissées, par des gestes non annoncés, non accompagnés de paroles, d'autres (notamment celles qui comprennent ce que nous sommes en train de faire) peuvent être agacées ou se sentir infantilisées que l'on annonce et décrive tout ce qui se passe…

« Demain, vous schtroumpferez aux urnes pour schtroumpfer celui qui sera votre Schtroumpf ! Et à qui allez-vous schtroumpfer votre voix ? À un quelconque Schtroumpf qui ne schtroumpfe pas plus loin que le bout de son schtroumpf ? »

S'il faut être en bonne possession de ses facultés linguistiques pour aisément comprendre le sens des mots qui n'y sont pas…, cet extrait du langage schtroumpf témoigne aussi de ce que quelques mots simples – ce peut être la référence à un lieu, à une partie du corps, à un objet courant – peuvent souvent suffire à créer des repères et à donner du sens… À un certain moment, venant d'une certaine personne, les mots « salle de bains », le peigne pris dans la main et montré[5], permettent de soutenir la compréhension même si les autres mots que nous avons employés n'ont pas été compris…

> Il faut ici ouvrir une parenthèse pour évoquer un préalable important du prendre-soin des personnes présentant des troubles cognitifs : nous ne pouvons jamais savoir avec certitude si une personne comprend – ou ne comprend pas – ce que nous lui disons. Nous pouvons constater qu'elle ne répond pas, par exemple à une demande : mais est-ce parce qu'elle n'en a pas compris le sens, parce qu'elle ne veut pas y répondre, parce qu'elle ne peut pas fonctionnellement y répondre, parce qu'elle ne peut pas mentalement y répondre… ? Quelle que soit la raison de l'absence de réponse, nul ne peut prétendre savoir les chemins que poursuit, en son esprit, la question posée…
> Ce que l'on sait, en revanche, c'est que cette vie intérieure, même quand elle ne peut qu'à peine s'extérioriser, est nourrie par notre attention, par le fait de ne jamais cesser de dire bonjour, par la douceur de nos gestes…, par toutes ces petites formes qui font la qualité d'une présence *[cf. p. 359]*.

5. Ou placé dans la main de la personne.

Nous reviendrons dans les prochaines parties sur tous les moyens, sur tous les supports – *via* l'imitation, l'ébauche de geste, le guidage, etc. – permettant d'accroître la compréhension et la réponse aux demandes adressées à la personne.

Mais « dans le doute, surtout ne t'abstiens pas » : telle pourrait être la règle de la communication verbale en situation de soin[6]… À moins bien sûr de constater que nos paroles troublent la personne, à moins d'être dans un moment où c'est le silence partagé qui fait naître entre nous le bien-être et la complicité, il vaut mieux accompagner notre présence et, surtout, nos gestes, de paroles. *A minima*, même si la personne, à l'instar d'une personne dans le coma, ne nous donne aucune indication qu'elle entend et comprend, parce que annoncer les gestes et les actions que nous allons faire, parfois les décrire même en les faisant, est à la fois un signe fort d'attention à l'autre, un facteur favorisant des sensations et des émotions apaisantes, un élément essentiel de la prévention des réactions de catastrophe.

On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas

Les troubles du langage, qui s'aggravent au fur et à mesure de la progression d'un syndrome démentiel, vont

6. Règle à ajuster, bien entendu, en fonction de chaque personne, relation, situation, etc. : si certaines personnes (notamment lorsque les troubles cognitifs sont importants) peuvent être surprises, voire angoissées, par des gestes non annoncés, non accompagnés de paroles, d'autres (notamment celles qui comprennent ce que nous sommes en train de faire) peuvent être agacées ou se sentir infantilisées que l'on annonce et décrive tout ce qui se passe…

ainsi augmenter progressivement les difficultés à s'exprimer verbalement, rendant d'autant plus importantes

– les autres formes d'expression (vocale, corporelle, comportementale…) ;
– la manière dont les interlocuteurs parviendront, ou non, à prêter attention, lire, décrypter, ces formes d'expression inhabituelles, ou habituellement peu traitées consciemment[7].

On ne peut pas ne pas communiquer[8], même lorsque les troubles du langage se sont aggravés au point de ne plus permettre d'utiliser phrases et mots. Ce qui ne peut être dit verbalement sera alors bien souvent exprimé vocalement. Et ce qui ne peut être parlé sera souvent crié. Cette évidence est fréquemment oubliée : le fait que « les cris » soient parfois uniquement présentés comme des « symptômes comportementaux » ou comme des « comportements perturbateurs – catégorie "agitation verbale agressive" » – y est sans doute pour beaucoup [*cf. aussi p. 308*].

Ils ont été notre principal mode d'expression pendant nos premiers mois et premières années[9] ; ils sont aussi un mode d'expression particulièrement apprécié par des adultes en pleine possession de leur langue (sportif lors d'un rituel de match de rugby, sorcier lors d'un rituel chamanique…) : les vocalisations et les cris, il faut donc le rappeler, sont une forme d'expression vocale (à défaut

7. Nous prêtons sans arrêt une grande attention aux formes d'expression non verbales – regards, positions du corps, gestes, mimiques… – mais la plupart du temps sans y penser et bien souvent sans nous concentrer volontairement sur elles pour mieux les interpréter.
8. L'une des phrases-clés des chercheurs de l'École de Palo Alto (Gregory Bateson, Paul Watzlawick…).
9. Tous les bébés seraient-ils « des agités » ou « des agressifs » ?

de pouvoir encore être verbale) avant de s'apparenter, éventuellement, à « un trouble du comportement » ou à un signe d'agressivité. Une forme d'expression très souvent appropriée, *si l'on tient compte* de l'incapacité de la personne à verbaliser et de la nécessité, sous le coup de la douleur ou de l'angoisse, de recevoir de l'aide *[cf. p. 332]*.

Ce qui ne peut être parlé peut être agi et montré : soit à travers une expression corporelle (faite de gestes et de mouvements, de regards et de mimiques, de détente et de tension…), soit à travers des conduites – de marche, de fouille, par exemple – dont nous reparlerons longuement.

Soulignons simplement ici que les formes d'expression ne pouvant plus que passer par le corps sont très souvent, comme les cris, sources de malentendus et de mésinterprétations. Une personne qui se sent menacée ou agressée, par exemple parce que j'ai touché brusquement un point douloureux de son corps, ou par une lumière vive qui lui blesse les yeux, exprime par son corps son besoin de se protéger et de repousser ce qui l'agresse. Son geste, de lancer ses bras devant elle pour me tenir à distance ou m'éloigner, peut aisément m'apparaître comme un « trouble du comportement – catégorie "agitation physique agressive" »… *[sur les conséquences de tels malentendus, cf. p. 354]*

Il nous faudra donc bien nous interroger *[cf. p. 291]*, et notamment chercher à comprendre qui est la plus troublée : la personne aphasique s'exprimant ainsi avec son corps… ou le professionnel jugeant cette expression corporelle exactement comme il jugerait le comportement de quelqu'un en pleine forme cognitive, capable de dire :

ainsi augmenter progressivement les difficultés à s'exprimer verbalement, rendant d'autant plus importantes

– les autres formes d'expression (vocale, corporelle, comportementale…) ;
– la manière dont les interlocuteurs parviendront, ou non, à prêter attention, lire, décrypter, ces formes d'expression inhabituelles, ou habituellement peu traitées consciemment[7].

On ne peut pas ne pas communiquer[8], même lorsque les troubles du langage se sont aggravés au point de ne plus permettre d'utiliser phrases et mots. Ce qui ne peut être dit verbalement sera alors bien souvent exprimé vocalement. Et ce qui ne peut être parlé sera souvent crié. Cette évidence est fréquemment oubliée : le fait que « les cris » soient parfois uniquement présentés comme des « symptômes comportementaux » ou comme des « comportements perturbateurs – catégorie "agitation verbale agressive" » – y est sans doute pour beaucoup [*cf. aussi p. 308*].

Ils ont été notre principal mode d'expression pendant nos premiers mois et premières années[9] ; ils sont aussi un mode d'expression particulièrement apprécié par des adultes en pleine possession de leur langue (sportif lors d'un rituel de match de rugby, sorcier lors d'un rituel chamanique…) : les vocalisations et les cris, il faut donc le rappeler, sont une forme d'expression vocale (à défaut

7. Nous prêtons sans arrêt une grande attention aux formes d'expression non verbales – regards, positions du corps, gestes, mimiques… – mais la plupart du temps sans y penser et bien souvent sans nous concentrer volontairement sur elles pour mieux les interpréter.
8. L'une des phrases-clés des chercheurs de l'École de Palo Alto (Gregory Bateson, Paul Watzlawick…).
9. Tous les bébés seraient-ils « des agités » ou « des agressifs » ?

de pouvoir encore être verbale) avant de s'apparenter, éventuellement, à « un trouble du comportement » ou à un signe d'agressivité. Une forme d'expression très souvent appropriée, *si l'on tient compte* de l'incapacité de la personne à verbaliser et de la nécessité, sous le coup de la douleur ou de l'angoisse, de recevoir de l'aide *[cf. p. 332]*.

Ce qui ne peut être parlé peut être agi et montré : soit à travers une expression corporelle (faite de gestes et de mouvements, de regards et de mimiques, de détente et de tension…), soit à travers des conduites – de marche, de fouille, par exemple – dont nous reparlerons longuement.

Soulignons simplement ici que les formes d'expression ne pouvant plus que passer par le corps sont très souvent, comme les cris, sources de malentendus et de mésinterprétations. Une personne qui se sent menacée ou agressée, par exemple parce que j'ai touché brusquement un point douloureux de son corps, ou par une lumière vive qui lui blesse les yeux, exprime par son corps son besoin de se protéger et de repousser ce qui l'agresse. Son geste, de lancer ses bras devant elle pour me tenir à distance ou m'éloigner, peut aisément m'apparaître comme un « trouble du comportement – catégorie "agitation physique agressive" »… *[sur les conséquences de tels malentendus, cf. p. 354]*

Il nous faudra donc bien nous interroger *[cf. p. 291]*, et notamment chercher à comprendre qui est la plus troublée : la personne aphasique s'exprimant ainsi avec son corps… ou le professionnel jugeant cette expression corporelle exactement comme il jugerait le comportement de quelqu'un en pleine forme cognitive, capable de dire :

ainsi augmenter progressivement les difficultés à s'exprimer verbalement, rendant d'autant plus importantes

– les autres formes d'expression (vocale, corporelle, comportementale…) ;
– la manière dont les interlocuteurs parviendront, ou non, à prêter attention, lire, décrypter, ces formes d'expression inhabituelles, ou habituellement peu traitées consciemment[7].

On ne peut pas ne pas communiquer[8], même lorsque les troubles du langage se sont aggravés au point de ne plus permettre d'utiliser phrases et mots. Ce qui ne peut être dit verbalement sera alors bien souvent exprimé vocalement. Et ce qui ne peut être parlé sera souvent crié. Cette évidence est fréquemment oubliée : le fait que « les cris » soient parfois uniquement présentés comme des « symptômes comportementaux » ou comme des « comportements perturbateurs – catégorie "agitation verbale agressive" » – y est sans doute pour beaucoup [*cf. aussi p. 308*].

Ils ont été notre principal mode d'expression pendant nos premiers mois et premières années[9] ; ils sont aussi un mode d'expression particulièrement apprécié par des adultes en pleine possession de leur langue (sportif lors d'un rituel de match de rugby, sorcier lors d'un rituel chamanique…) : les vocalisations et les cris, il faut donc le rappeler, sont une forme d'expression vocale (à défaut

7. Nous prêtons sans arrêt une grande attention aux formes d'expression non verbales – regards, positions du corps, gestes, mimiques… – mais la plupart du temps sans y penser et bien souvent sans nous concentrer volontairement sur elles pour mieux les interpréter.
8. L'une des phrases-clés des chercheurs de l'École de Palo Alto (Gregory Bateson, Paul Watzlawick…).
9. Tous les bébés seraient-ils « des agités » ou « des agressifs » ?

de pouvoir encore être verbale) avant de s'apparenter, éventuellement, à « un trouble du comportement » ou à un signe d'agressivité. Une forme d'expression très souvent appropriée, *si l'on tient compte* de l'incapacité de la personne à verbaliser et de la nécessité, sous le coup de la douleur ou de l'angoisse, de recevoir de l'aide *[cf. p. 332]*.

Ce qui ne peut être parlé peut être agi et montré : soit à travers une expression corporelle (faite de gestes et de mouvements, de regards et de mimiques, de détente et de tension…), soit à travers des conduites – de marche, de fouille, par exemple – dont nous reparlerons longuement.

Soulignons simplement ici que les formes d'expression ne pouvant plus que passer par le corps sont très souvent, comme les cris, sources de malentendus et de mésinterprétations. Une personne qui se sent menacée ou agressée, par exemple parce que j'ai touché brusquement un point douloureux de son corps, ou par une lumière vive qui lui blesse les yeux, exprime par son corps son besoin de se protéger et de repousser ce qui l'agresse. Son geste, de lancer ses bras devant elle pour me tenir à distance ou m'éloigner, peut aisément m'apparaître comme un « trouble du comportement – catégorie "agitation physique agressive" »… *[sur les conséquences de tels malentendus, cf. p. 354]*

Il nous faudra donc bien nous interroger *[cf. p. 291]*, et notamment chercher à comprendre qui est la plus troublée : la personne aphasique s'exprimant ainsi avec son corps… ou le professionnel jugeant cette expression corporelle exactement comme il jugerait le comportement de quelqu'un en pleine forme cognitive, capable de dire :

ainsi augmenter progressivement les difficultés à s'exprimer verbalement, rendant d'autant plus importantes

– les autres formes d'expression (vocale, corporelle, comportementale…) ;
– la manière dont les interlocuteurs parviendront, ou non, à prêter attention, lire, décrypter, ces formes d'expression inhabituelles, ou habituellement peu traitées consciemment[7].

On ne peut pas ne pas communiquer[8], même lorsque les troubles du langage se sont aggravés au point de ne plus permettre d'utiliser phrases et mots. Ce qui ne peut être dit verbalement sera alors bien souvent exprimé vocalement. Et ce qui ne peut être parlé sera souvent crié. Cette évidence est fréquemment oubliée : le fait que « les cris » soient parfois uniquement présentés comme des « symptômes comportementaux » ou comme des « comportements perturbateurs – catégorie "agitation verbale agressive" » – y est sans doute pour beaucoup [*cf. aussi p. 308*].

Ils ont été notre principal mode d'expression pendant nos premiers mois et premières années[9] ; ils sont aussi un mode d'expression particulièrement apprécié par des adultes en pleine possession de leur langue (sportif lors d'un rituel de match de rugby, sorcier lors d'un rituel chamanique…) : les vocalisations et les cris, il faut donc le rappeler, sont une forme d'expression vocale (à défaut

7. Nous prêtons sans arrêt une grande attention aux formes d'expression non verbales – regards, positions du corps, gestes, mimiques… – mais la plupart du temps sans y penser et bien souvent sans nous concentrer volontairement sur elles pour mieux les interpréter.
8. L'une des phrases-clés des chercheurs de l'École de Palo Alto (Gregory Bateson, Paul Watzlawick…).
9. Tous les bébés seraient-ils « des agités » ou « des agressifs » ?

de pouvoir encore être verbale) avant de s'apparenter, éventuellement, à « un trouble du comportement » ou à un signe d'agressivité. Une forme d'expression très souvent appropriée, *si l'on tient compte* de l'incapacité de la personne à verbaliser et de la nécessité, sous le coup de la douleur ou de l'angoisse, de recevoir de l'aide *[cf. p. 332]*.

Ce qui ne peut être parlé peut être agi et montré : soit à travers une expression corporelle (faite de gestes et de mouvements, de regards et de mimiques, de détente et de tension…), soit à travers des conduites – de marche, de fouille, par exemple – dont nous reparlerons longuement.

Soulignons simplement ici que les formes d'expression ne pouvant plus que passer par le corps sont très souvent, comme les cris, sources de malentendus et de mésinterprétations. Une personne qui se sent menacée ou agressée, par exemple parce que j'ai touché brusquement un point douloureux de son corps, ou par une lumière vive qui lui blesse les yeux, exprime par son corps son besoin de se protéger et de repousser ce qui l'agresse. Son geste, de lancer ses bras devant elle pour me tenir à distance ou m'éloigner, peut aisément m'apparaître comme un « trouble du comportement – catégorie "agitation physique agressive" »… *[sur les conséquences de tels malentendus, cf. p. 354]*

Il nous faudra donc bien nous interroger *[cf. p. 291]*, et notamment chercher à comprendre qui est la plus troublée : la personne aphasique s'exprimant ainsi avec son corps… ou le professionnel jugeant cette expression corporelle exactement comme il jugerait le comportement de quelqu'un en pleine forme cognitive, capable de dire :

ainsi augmenter progressivement les difficultés à s'exprimer verbalement, rendant d'autant plus importantes

– les autres formes d'expression (vocale, corporelle, comportementale…) ;
– la manière dont les interlocuteurs parviendront, ou non, à prêter attention, lire, décrypter, ces formes d'expression inhabituelles, ou habituellement peu traitées consciemment[7].

On ne peut pas ne pas communiquer[8], même lorsque les troubles du langage se sont aggravés au point de ne plus permettre d'utiliser phrases et mots. Ce qui ne peut être dit verbalement sera alors bien souvent exprimé vocalement. Et ce qui ne peut être parlé sera souvent crié. Cette évidence est fréquemment oubliée : le fait que « les cris » soient parfois uniquement présentés comme des « symptômes comportementaux » ou comme des « comportements perturbateurs – catégorie "agitation verbale agressive" » – y est sans doute pour beaucoup [*cf. aussi p. 308*].

Ils ont été notre principal mode d'expression pendant nos premiers mois et premières années[9] ; ils sont aussi un mode d'expression particulièrement apprécié par des adultes en pleine possession de leur langue (sportif lors d'un rituel de match de rugby, sorcier lors d'un rituel chamanique…) : les vocalisations et les cris, il faut donc le rappeler, sont une forme d'expression vocale (à défaut

7. Nous prêtons sans arrêt une grande attention aux formes d'expression non verbales – regards, positions du corps, gestes, mimiques… – mais la plupart du temps sans y penser et bien souvent sans nous concentrer volontairement sur elles pour mieux les interpréter.
8. L'une des phrases-clés des chercheurs de l'École de Palo Alto (Gregory Bateson, Paul Watzlawick…).
9. Tous les bébés seraient-ils « des agités » ou « des agressifs » ?

de pouvoir encore être verbale) avant de s'apparenter, éventuellement, à « un trouble du comportement » ou à un signe d'agressivité. Une forme d'expression très souvent appropriée, *si l'on tient compte* de l'incapacité de la personne à verbaliser et de la nécessité, sous le coup de la douleur ou de l'angoisse, de recevoir de l'aide *[cf. p. 332]*.

Ce qui ne peut être parlé peut être agi et montré : soit à travers une expression corporelle (faite de gestes et de mouvements, de regards et de mimiques, de détente et de tension…), soit à travers des conduites – de marche, de fouille, par exemple – dont nous reparlerons longuement.

Soulignons simplement ici que les formes d'expression ne pouvant plus que passer par le corps sont très souvent, comme les cris, sources de malentendus et de mésinterprétations. Une personne qui se sent menacée ou agressée, par exemple parce que j'ai touché brusquement un point douloureux de son corps, ou par une lumière vive qui lui blesse les yeux, exprime par son corps son besoin de se protéger et de repousser ce qui l'agresse. Son geste, de lancer ses bras devant elle pour me tenir à distance ou m'éloigner, peut aisément m'apparaître comme un « trouble du comportement – catégorie "agitation physique agressive" »… *[sur les conséquences de tels malentendus, cf. p. 354]*

Il nous faudra donc bien nous interroger *[cf. p. 291]*, et notamment chercher à comprendre qui est la plus troublée : la personne aphasique s'exprimant ainsi avec son corps… ou le professionnel jugeant cette expression corporelle exactement comme il jugerait le comportement de quelqu'un en pleine forme cognitive, capable de dire :

« Attention, vous me faites mal là », ou : « Cette lumière me blesse » ?

Pensée sans mots, pensée avec mots…

Si les mots nous servent à parler, ils nous servent également à penser. Certes, il existe une pensée sans mots[10] – il existe surtout de nombreuses formes de pensée, dont certaines sont plus linguistiques que d'autres –, mais nous appuyons quand même une partie de nos raisonnements et de nos réflexions sur le langage. Et nous nous appuyons sur le langage pour mentaliser nos émotions, mettre des mots sur ce que nous éprouvons – manière d'en amplifier la puissance (quand par exemple nous jouissons d'un plaisir) ou d'en atténuer le caractère délétère (apprivoisement mental de l'émotion qui nous permet également de la dire – « *Qu'est-ce que ça me fait du bien de t'en parler !* »).

Si nos émotions résonnent en nous, nous raisonnons nos émotions : nous sommes capables de les penser, d'y réfléchir, de chercher à mieux en comprendre la force ou la faiblesse, à plus en profiter, à moins en souffrir…

Mais il suffit de peu, d'une grande fatigue ou d'un état d'anxiété, d'une peur forte ou d'une dépression, pour que ce que nous ressentons résonne sans raison, échappe à cet apprivoisement mental, nous dépasse, nous submerge. Alors, en général, pas de mots, pas de phrases : nos émotions nous envahissent, voire nous écrasent, se terrent ou surgissent, y compris dans nos comportements :

10. Sur ce sujet encore controversé, voir notamment Dominique Laplane, *La pensée d'outre-mots*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2000.

– et te voilà, toi si solide, qui te recroquevilles dans le coin de ton canapé comme un animal apeuré, sursautant au moindre bruit du monde, te sentant seule et fragile comme tu ne pensais pas qu'il soit possible de l'être ;

– et le voilà qui sort de sa voiture, notre si poli voisin, ne se contrôlant plus, tout à fait hors de lui, prêt à tabasser le cycliste distrait ayant heurté son beau rétro.

Une partie des symptômes réunis sous l'expression de « troubles de l'humeur », une partie des conduites réunies sous l'expression de « troubles du comportement » témoignent de ces moments où des sentiments et des émotions débordent nos facultés, notamment cognitives, de mentalisation et de contrôle émotionnels[11].

« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! »

Mentaliser nos émotions nous permet en effet, et notamment, de garder une certaine maîtrise de ce que nous allons en faire, en dire, en exprimer, en fonction du contexte et de nos objectifs. Imaginons qu'un soignant que nous voyons pour la première fois nous soit antipathique – sentiment très rapide que nul ne peut maîtriser. Prendre conscience de cette antipathie, éventuellement nous interroger sur son origine, nous rend capables de conserver un certain contrôle sur les conséquences possibles de ce sentiment : penser qu'il est un mauvais soignant, moins profiter des soins qu'il nous prodigue, être plus froid ou désagréable dans notre communication avec lui…

11. Sur ce sujet, cf. aussi Louis Ploton, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, Lyon, Chronique sociale, 2010.

« Attention, vous me faites mal là », ou : « Cette lumière me blesse » ?

Pensée sans mots, pensée avec mots…

Si les mots nous servent à parler, ils nous servent également à penser. Certes, il existe une pensée sans mots[10] – il existe surtout de nombreuses formes de pensée, dont certaines sont plus linguistiques que d'autres –, mais nous appuyons quand même une partie de nos raisonnements et de nos réflexions sur le langage. Et nous nous appuyons sur le langage pour mentaliser nos émotions, mettre des mots sur ce que nous éprouvons – manière d'en amplifier la puissance (quand par exemple nous jouissons d'un plaisir) ou d'en atténuer le caractère délétère (apprivoisement mental de l'émotion qui nous permet également de la dire – « *Qu'est-ce que ça me fait du bien de t'en parler !* »).

Si nos émotions résonnent en nous, nous raisonnons nos émotions : nous sommes capables de les penser, d'y réfléchir, de chercher à mieux en comprendre la force ou la faiblesse, à plus en profiter, à moins en souffrir…

Mais il suffit de peu, d'une grande fatigue ou d'un état d'anxiété, d'une peur forte ou d'une dépression, pour que ce que nous ressentons résonne sans raison, échappe à cet apprivoisement mental, nous dépasse, nous submerge. Alors, en général, pas de mots, pas de phrases : nos émotions nous envahissent, voire nous écrasent, se terrent ou surgissent, y compris dans nos comportements :

10. Sur ce sujet encore controversé, voir notamment Dominique Laplane, *La pensée d'outre-mots*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2000.

– et te voilà, toi si solide, qui te recroquevilles dans le coin de ton canapé comme un animal apeuré, sursautant au moindre bruit du monde, te sentant seule et fragile comme tu ne pensais pas qu'il soit possible de l'être ;

– et le voilà qui sort de sa voiture, notre si poli voisin, ne se contrôlant plus, tout à fait hors de lui, prêt à tabasser le cycliste distrait ayant heurté son beau rétro.

Une partie des symptômes réunis sous l'expression de « troubles de l'humeur », une partie des conduites réunies sous l'expression de « troubles du comportement » témoignent de ces moments où des sentiments et des émotions débordent nos facultés, notamment cognitives, de mentalisation et de contrôle émotionnels[11].

« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! »

Mentaliser nos émotions nous permet en effet, et notamment, de garder une certaine maîtrise de ce que nous allons en faire, en dire, en exprimer, en fonction du contexte et de nos objectifs. Imaginons qu'un soignant que nous voyons pour la première fois nous soit antipathique – sentiment très rapide que nul ne peut maîtriser. Prendre conscience de cette antipathie, éventuellement nous interroger sur son origine, nous rend capables de conserver un certain contrôle sur les conséquences possibles de ce sentiment : penser qu'il est un mauvais soignant, moins profiter des soins qu'il nous prodigue, être plus froid ou désagréable dans notre communication avec lui…

11. Sur ce sujet, cf. aussi Louis Ploton, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, Lyon, Chronique sociale, 2010.

« Attention, vous me faites mal là », ou : « Cette lumière me blesse » ?

Pensée sans mots, pensée avec mots…

Si les mots nous servent à parler, ils nous servent également à penser. Certes, il existe une pensée sans mots[10] – il existe surtout de nombreuses formes de pensée, dont certaines sont plus linguistiques que d'autres –, mais nous appuyons quand même une partie de nos raisonnements et de nos réflexions sur le langage. Et nous nous appuyons sur le langage pour mentaliser nos émotions, mettre des mots sur ce que nous éprouvons – manière d'en amplifier la puissance (quand par exemple nous jouissons d'un plaisir) ou d'en atténuer le caractère délétère (apprivoisement mental de l'émotion qui nous permet également de la dire – « *Qu'est-ce que ça me fait du bien de t'en parler !* »).

Si nos émotions résonnent en nous, nous raisonnons nos émotions : nous sommes capables de les penser, d'y réfléchir, de chercher à mieux en comprendre la force ou la faiblesse, à plus en profiter, à moins en souffrir…

Mais il suffit de peu, d'une grande fatigue ou d'un état d'anxiété, d'une peur forte ou d'une dépression, pour que ce que nous ressentons résonne sans raison, échappe à cet apprivoisement mental, nous dépasse, nous submerge. Alors, en général, pas de mots, pas de phrases : nos émotions nous envahissent, voire nous écrasent, se terrent ou surgissent, y compris dans nos comportements :

10. Sur ce sujet encore controversé, voir notamment Dominique Laplane, *La pensée d'outre-mots*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2000.

– et te voilà, toi si solide, qui te recroquevilles dans le coin de ton canapé comme un animal apeuré, sursautant au moindre bruit du monde, te sentant seule et fragile comme tu ne pensais pas qu'il soit possible de l'être ;

– et le voilà qui sort de sa voiture, notre si poli voisin, ne se contrôlant plus, tout à fait hors de lui, prêt à tabasser le cycliste distrait ayant heurté son beau rétro.

Une partie des symptômes réunis sous l'expression de « troubles de l'humeur », une partie des conduites réunies sous l'expression de « troubles du comportement » témoignent de ces moments où des sentiments et des émotions débordent nos facultés, notamment cognitives, de mentalisation et de contrôle émotionnels[11].

« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! »

Mentaliser nos émotions nous permet en effet, et notamment, de garder une certaine maîtrise de ce que nous allons en faire, en dire, en exprimer, en fonction du contexte et de nos objectifs. Imaginons qu'un soignant que nous voyons pour la première fois nous soit antipathique – sentiment très rapide que nul ne peut maîtriser. Prendre conscience de cette antipathie, éventuellement nous interroger sur son origine, nous rend capables de conserver un certain contrôle sur les conséquences possibles de ce sentiment : penser qu'il est un mauvais soignant, moins profiter des soins qu'il nous prodigue, être plus froid ou désagréable dans notre communication avec lui…

11. Sur ce sujet, cf. aussi Louis Ploton, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, Lyon, Chronique sociale, 2010.

« Attention, vous me faites mal là », ou : « Cette lumière me blesse » ?

Pensée sans mots, pensée avec mots…

Si les mots nous servent à parler, ils nous servent également à penser. Certes, il existe une pensée sans mots[10] – il existe surtout de nombreuses formes de pensée, dont certaines sont plus linguistiques que d'autres –, mais nous appuyons quand même une partie de nos raisonnements et de nos réflexions sur le langage. Et nous nous appuyons sur le langage pour mentaliser nos émotions, mettre des mots sur ce que nous éprouvons – manière d'en amplifier la puissance (quand par exemple nous jouissons d'un plaisir) ou d'en atténuer le caractère délétère (apprivoisement mental de l'émotion qui nous permet également de la dire – « *Qu'est-ce que ça me fait du bien de t'en parler !* »).

Si nos émotions résonnent en nous, nous raisonnons nos émotions : nous sommes capables de les penser, d'y réfléchir, de chercher à mieux en comprendre la force ou la faiblesse, à plus en profiter, à moins en souffrir…

Mais il suffit de peu, d'une grande fatigue ou d'un état d'anxiété, d'une peur forte ou d'une dépression, pour que ce que nous ressentons résonne sans raison, échappe à cet apprivoisement mental, nous dépasse, nous submerge. Alors, en général, pas de mots, pas de phrases : nos émotions nous envahissent, voire nous écrasent, se terrent ou surgissent, y compris dans nos comportements :

10. Sur ce sujet encore controversé, voir notamment Dominique Laplane, *La pensée d'outre-mots*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2000.

– et te voilà, toi si solide, qui te recroquevilles dans le coin de ton canapé comme un animal apeuré, sursautant au moindre bruit du monde, te sentant seule et fragile comme tu ne pensais pas qu'il soit possible de l'être ;

– et le voilà qui sort de sa voiture, notre si poli voisin, ne se contrôlant plus, tout à fait hors de lui, prêt à tabasser le cycliste distrait ayant heurté son beau rétro.

Une partie des symptômes réunis sous l'expression de « troubles de l'humeur », une partie des conduites réunies sous l'expression de « troubles du comportement » témoignent de ces moments où des sentiments et des émotions débordent nos facultés, notamment cognitives, de mentalisation et de contrôle émotionnels[11].

« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! »

Mentaliser nos émotions nous permet en effet, et notamment, de garder une certaine maîtrise de ce que nous allons en faire, en dire, en exprimer, en fonction du contexte et de nos objectifs. Imaginons qu'un soignant que nous voyons pour la première fois nous soit antipathique – sentiment très rapide que nul ne peut maîtriser. Prendre conscience de cette antipathie, éventuellement nous interroger sur son origine, nous rend capables de conserver un certain contrôle sur les conséquences possibles de ce sentiment : penser qu'il est un mauvais soignant, moins profiter des soins qu'il nous prodigue, être plus froid ou désagréable dans notre communication avec lui…

11. Sur ce sujet, cf. aussi Louis Ploton, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, Lyon, Chronique sociale, 2010.

« Attention, vous me faites mal là », ou : « Cette lumière me blesse » ?

Pensée sans mots, pensée avec mots…

Si les mots nous servent à parler, ils nous servent également à penser. Certes, il existe une pensée sans mots[10] – il existe surtout de nombreuses formes de pensée, dont certaines sont plus linguistiques que d'autres –, mais nous appuyons quand même une partie de nos raisonnements et de nos réflexions sur le langage. Et nous nous appuyons sur le langage pour mentaliser nos émotions, mettre des mots sur ce que nous éprouvons – manière d'en amplifier la puissance (quand par exemple nous jouissons d'un plaisir) ou d'en atténuer le caractère délétère (apprivoisement mental de l'émotion qui nous permet également de la dire – « *Qu'est-ce que ça me fait du bien de t'en parler !* »).

Si nos émotions résonnent en nous, nous raisonnons nos émotions : nous sommes capables de les penser, d'y réfléchir, de chercher à mieux en comprendre la force ou la faiblesse, à plus en profiter, à moins en souffrir…

Mais il suffit de peu, d'une grande fatigue ou d'un état d'anxiété, d'une peur forte ou d'une dépression, pour que ce que nous ressentons résonne sans raison, échappe à cet apprivoisement mental, nous dépasse, nous submerge. Alors, en général, pas de mots, pas de phrases : nos émotions nous envahissent, voire nous écrasent, se terrent ou surgissent, y compris dans nos comportements :

10. Sur ce sujet encore controversé, voir notamment Dominique Laplane, *La pensée d'outre-mots*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2000.

– et te voilà, toi si solide, qui te recroquevilles dans le coin de ton canapé comme un animal apeuré, sursautant au moindre bruit du monde, te sentant seule et fragile comme tu ne pensais pas qu'il soit possible de l'être ;

– et le voilà qui sort de sa voiture, notre si poli voisin, ne se contrôlant plus, tout à fait hors de lui, prêt à tabasser le cycliste distrait ayant heurté son beau rétro.

Une partie des symptômes réunis sous l'expression de « troubles de l'humeur », une partie des conduites réunies sous l'expression de « troubles du comportement » témoignent de ces moments où des sentiments et des émotions débordent nos facultés, notamment cognitives, de mentalisation et de contrôle émotionnels[11].

« Mon dieu quelle sale tête vous avez ! »

Mentaliser nos émotions nous permet en effet, et notamment, de garder une certaine maîtrise de ce que nous allons en faire, en dire, en exprimer, en fonction du contexte et de nos objectifs. Imaginons qu'un soignant que nous voyons pour la première fois nous soit antipathique – sentiment très rapide que nul ne peut maîtriser. Prendre conscience de cette antipathie, éventuellement nous interroger sur son origine, nous rend capables de conserver un certain contrôle sur les conséquences possibles de ce sentiment : penser qu'il est un mauvais soignant, moins profiter des soins qu'il nous prodigue, être plus froid ou désagréable dans notre communication avec lui…

11. Sur ce sujet, cf. aussi Louis Ploton, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, Lyon, Chronique sociale, 2010.

Nous allons généralement dissimuler d'autant plus ce ressenti que nous sommes dans une situation où nous n'avons pas le choix, où une partie de notre bien-être dépend de cette personne « antipathique ». Car, nous nous doutons, sans être de grands diplomates, que si nous accueillons le médecin ou l'infirmière d'un « *Vous êtes pas gentil, vous !* », la bienveillance qu'il doit nous porter risque d'en prendre un coup !

Dans quelle mesure pouvons-nous facilement maîtriser les expressions, verbales, corporelles, comportementales, de nos ressentis ? Là encore, une simple fatigue, une simple situation de stress nous rend ce contrôle beaucoup moins facile. Les altérations de nos facultés cognitives, dans les syndromes démentiels, vont le rendre de plus en plus difficile, voire impossible[12]. Il risque ainsi d'arriver qu'une personne qui ressentirait exactement la même sensation que vous ou moi pourrions ressentir (de sympathie ou d'antipathie…) ne va plus parvenir, comme nous le ferions, à la dissimuler. Et transparaît alors une expression de ce sentiment susceptible d'avoir de fortes conséquences sur la relation : en bien parfois *(cette vieille dame qui me sourit parce que je lui rappelle émotionnellement sa petite-fille ne m'est-elle pas, du coup, plus sympathique d'emblée ?)*, en mal souvent *(ce vieux monsieur qui grimace en me voyant, ne serait-ce pas encore un de ces « patients difficiles » ou « agressifs » ?)*.

12. Sans que cette impossibilité soit d'ailleurs permanente : selon le moment, l'état de fatigue, l'environnement, etc., des personnes peuvent utiliser ou non cette faculté. Il est de surcroît impossible de savoir si cette faculté, comme d'autres, est inutilisable ou si elle est trop coûteuse, énergétiquement et psychiquement, à utiliser. Sur ces phénomènes de « délestage de fonctions », qui peuvent conduire notamment à sacrifier des fonctions cognitives trop coûteuses au profit d'autres fonctions psychiques, affectives notamment, voir les travaux et les ouvrages de Louis Ploton.

Il sera donc indispensable, dans ces situations, de trouver le juste équilibre entre :
– la nécessité de ne pas tout prendre au pied de la lettre, au pied de l'acte, comme si la personne choisissait volontairement d'exprimer ce qu'elle exprime et en mesurait les conséquences ;
– la nécessité de ne pas ignorer l'émotion exprimée, qui est bien l'émotion ressentie par cette personne-là et non expression dénuée de sens, pur « trouble comportemental » arbitrairement produit par la maladie *[cf. p. 168]*.

Inhibition et désinhibition

Un équilibre qu'il nous faudra trouver aussi face aux conduites qui témoignent des grandes difficultés, que les troubles cognitifs provoquent en partie, à contrôler et à inhiber certains désirs, certaines pulsions. Il existe bien des « passages à la parole » qui sont comme les « passages à l'acte » : expressions de ce qui n'a pu être mentalisé, symbolisé, retenu…

Et sans aller jusqu'à partager le pessimisme[13] de Paul Valéry – si les désirs étaient des actes, « les rues seraient pleines de cadavres et de femmes enceintes » –, il faut bien reconnaître que nous contrôlons, retenons, inhibons quotidiennement nombre de pulsions, ce qui une fois encore implique des facultés cognitives suffisamment solides.

Ces difficultés à maîtriser l'expression de certains ressentis se conjuguent aux difficultés qu'ont certaines

13. La rareté des violences commises par des personnes présentant des troubles cognitifs témoigne plutôt de ce que nos relations aux autres, même lorsque nous ne nous maîtrisons plus cognitivement, ne sont pas plus « naturellement » agressives que pacifistes !

Nous allons généralement dissimuler d'autant plus ce ressenti que nous sommes dans une situation où nous n'avons pas le choix, où une partie de notre bien-être dépend de cette personne « antipathique ». Car, nous nous doutons, sans être de grands diplomates, que si nous accueillons le médecin ou l'infirmière d'un « *Vous êtes pas gentil, vous !* », la bienveillance qu'il doit nous porter risque d'en prendre un coup !

Dans quelle mesure pouvons-nous facilement maîtriser les expressions, verbales, corporelles, comportementales, de nos ressentis ? Là encore, une simple fatigue, une simple situation de stress nous rend ce contrôle beaucoup moins facile. Les altérations de nos facultés cognitives, dans les syndromes démentiels, vont le rendre de plus en plus difficile, voire impossible[12]. Il risque ainsi d'arriver qu'une personne qui ressentirait exactement la même sensation que vous ou moi pourrions ressentir (de sympathie ou d'antipathie…) ne va plus parvenir, comme nous le ferions, à la dissimuler. Et transparaît alors une expression de ce sentiment susceptible d'avoir de fortes conséquences sur la relation : en bien parfois *(cette vieille dame qui me sourit parce que je lui rappelle émotionnellement sa petite-fille ne m'est-elle pas, du coup, plus sympathique d'emblée ?)*, en mal souvent *(ce vieux monsieur qui grimace en me voyant, ne serait-ce pas encore un de ces « patients difficiles » ou « agressifs » ?)*.

12. Sans que cette impossibilité soit d'ailleurs permanente : selon le moment, l'état de fatigue, l'environnement, etc., des personnes peuvent utiliser ou non cette faculté. Il est de surcroît impossible de savoir si cette faculté, comme d'autres, est inutilisable ou si elle est trop coûteuse, énergétiquement et psychiquement, à utiliser. Sur ces phénomènes de « délestage de fonctions », qui peuvent conduire notamment à sacrifier des fonctions cognitives trop coûteuses au profit d'autres fonctions psychiques, affectives notamment, voir les travaux et les ouvrages de Louis Ploton.

Il sera donc indispensable, dans ces situations, de trouver le juste équilibre entre :
– la nécessité de ne pas tout prendre au pied de la lettre, au pied de l'acte, comme si la personne choisissait volontairement d'exprimer ce qu'elle exprime et en mesurait les conséquences ;
– la nécessité de ne pas ignorer l'émotion exprimée, qui est bien l'émotion ressentie par cette personne-là et non expression dénuée de sens, pur « trouble comportemental » arbitrairement produit par la maladie *[cf. p. 168]*.

Inhibition et désinhibition

Un équilibre qu'il nous faudra trouver aussi face aux conduites qui témoignent des grandes difficultés, que les troubles cognitifs provoquent en partie, à contrôler et à inhiber certains désirs, certaines pulsions. Il existe bien des « passages à la parole » qui sont comme les « passages à l'acte » : expressions de ce qui n'a pu être mentalisé, symbolisé, retenu…

Et sans aller jusqu'à partager le pessimisme[13] de Paul Valéry – si les désirs étaient des actes, « les rues seraient pleines de cadavres et de femmes enceintes » –, il faut bien reconnaître que nous contrôlons, retenons, inhibons quotidiennement nombre de pulsions, ce qui une fois encore implique des facultés cognitives suffisamment solides.

Ces difficultés à maîtriser l'expression de certains ressentis se conjuguent aux difficultés qu'ont certaines

13. La rareté des violences commises par des personnes présentant des troubles cognitifs témoigne plutôt de ce que nos relations aux autres, même lorsque nous ne nous maîtrisons plus cognitivement, ne sont pas plus « naturellement » agressives que pacifistes !

Nous allons généralement dissimuler d'autant plus ce ressenti que nous sommes dans une situation où nous n'avons pas le choix, où une partie de notre bien-être dépend de cette personne « antipathique ». Car, nous nous doutons, sans être de grands diplomates, que si nous accueillons le médecin ou l'infirmière d'un « *Vous êtes pas gentil, vous !* », la bienveillance qu'il doit nous porter risque d'en prendre un coup !

Dans quelle mesure pouvons-nous facilement maîtriser les expressions, verbales, corporelles, comportementales, de nos ressentis ? Là encore, une simple fatigue, une simple situation de stress nous rend ce contrôle beaucoup moins facile. Les altérations de nos facultés cognitives, dans les syndromes démentiels, vont le rendre de plus en plus difficile, voire impossible[12]. Il risque ainsi d'arriver qu'une personne qui ressentirait exactement la même sensation que vous ou moi pourrions ressentir (de sympathie ou d'antipathie…) ne va plus parvenir, comme nous le ferions, à la dissimuler. Et transparaît alors une expression de ce sentiment susceptible d'avoir de fortes conséquences sur la relation : en bien parfois *(cette vieille dame qui me sourit parce que je lui rappelle émotionnellement sa petite-fille ne m'est-elle pas, du coup, plus sympathique d'emblée ?)*, en mal souvent *(ce vieux monsieur qui grimace en me voyant, ne serait-ce pas encore un de ces « patients difficiles » ou « agressifs » ?)*.

12. Sans que cette impossibilité soit d'ailleurs permanente : selon le moment, l'état de fatigue, l'environnement, etc., des personnes peuvent utiliser ou non cette faculté. Il est de surcroît impossible de savoir si cette faculté, comme d'autres, est inutilisable ou si elle est trop coûteuse, énergétiquement et psychiquement, à utiliser. Sur ces phénomènes de « délestage de fonctions », qui peuvent conduire notamment à sacrifier des fonctions cognitives trop coûteuses au profit d'autres fonctions psychiques, affectives notamment, voir les travaux et les ouvrages de Louis Ploton.

Il sera donc indispensable, dans ces situations, de trouver le juste équilibre entre :
– la nécessité de ne pas tout prendre au pied de la lettre, au pied de l'acte, comme si la personne choisissait volontairement d'exprimer ce qu'elle exprime et en mesurait les conséquences ;
– la nécessité de ne pas ignorer l'émotion exprimée, qui est bien l'émotion ressentie par cette personne-là et non expression dénuée de sens, pur « trouble comportemental » arbitrairement produit par la maladie *[cf. p. 168]*.

Inhibition et désinhibition

Un équilibre qu'il nous faudra trouver aussi face aux conduites qui témoignent des grandes difficultés, que les troubles cognitifs provoquent en partie, à contrôler et à inhiber certains désirs, certaines pulsions. Il existe bien des « passages à la parole » qui sont comme les « passages à l'acte » : expressions de ce qui n'a pu être mentalisé, symbolisé, retenu…

Et sans aller jusqu'à partager le pessimisme[13] de Paul Valéry – si les désirs étaient des actes, « les rues seraient pleines de cadavres et de femmes enceintes » –, il faut bien reconnaître que nous contrôlons, retenons, inhibons quotidiennement nombre de pulsions, ce qui une fois encore implique des facultés cognitives suffisamment solides.

Ces difficultés à maîtriser l'expression de certains ressentis se conjuguent aux difficultés qu'ont certaines

13. La rareté des violences commises par des personnes présentant des troubles cognitifs témoigne plutôt de ce que nos relations aux autres, même lorsque nous ne nous maîtrisons plus cognitivement, ne sont pas plus « naturellement » agressives que pacifistes !

Nous allons généralement dissimuler d'autant plus ce ressenti que nous sommes dans une situation où nous n'avons pas le choix, où une partie de notre bien-être dépend de cette personne « antipathique ». Car, nous nous doutons, sans être de grands diplomates, que si nous accueillons le médecin ou l'infirmière d'un « *Vous êtes pas gentil, vous !* », la bienveillance qu'il doit nous porter risque d'en prendre un coup !

Dans quelle mesure pouvons-nous facilement maîtriser les expressions, verbales, corporelles, comportementales, de nos ressentis ? Là encore, une simple fatigue, une simple situation de stress nous rend ce contrôle beaucoup moins facile. Les altérations de nos facultés cognitives, dans les syndromes démentiels, vont le rendre de plus en plus difficile, voire impossible[12]. Il risque ainsi d'arriver qu'une personne qui ressentirait exactement la même sensation que vous ou moi pourrions ressentir (de sympathie ou d'antipathie…) ne va plus parvenir, comme nous le ferions, à la dissimuler. Et transparaît alors une expression de ce sentiment susceptible d'avoir de fortes conséquences sur la relation : en bien parfois *(cette vieille dame qui me sourit parce que je lui rappelle émotionnellement sa petite-fille ne m'est-elle pas, du coup, plus sympathique d'emblée ?)*, en mal souvent *(ce vieux monsieur qui grimace en me voyant, ne serait-ce pas encore un de ces « patients difficiles » ou « agressifs » ?)*.

12. Sans que cette impossibilité soit d'ailleurs permanente : selon le moment, l'état de fatigue, l'environnement, etc., des personnes peuvent utiliser ou non cette faculté. Il est de surcroît impossible de savoir si cette faculté, comme d'autres, est inutilisable ou si elle est trop coûteuse, énergétiquement et psychiquement, à utiliser. Sur ces phénomènes de « délestage de fonctions », qui peuvent conduire notamment à sacrifier des fonctions cognitives trop coûteuses au profit d'autres fonctions psychiques, affectives notamment, voir les travaux et les ouvrages de Louis Ploton.

Il sera donc indispensable, dans ces situations, de trouver le juste équilibre entre :
– la nécessité de ne pas tout prendre au pied de la lettre, au pied de l'acte, comme si la personne choisissait volontairement d'exprimer ce qu'elle exprime et en mesurait les conséquences ;
– la nécessité de ne pas ignorer l'émotion exprimée, qui est bien l'émotion ressentie par cette personne-là et non expression dénuée de sens, pur « trouble comportemental » arbitrairement produit par la maladie *[cf. p. 168]*.

Inhibition et désinhibition

Un équilibre qu'il nous faudra trouver aussi face aux conduites qui témoignent des grandes difficultés, que les troubles cognitifs provoquent en partie, à contrôler et à inhiber certains désirs, certaines pulsions. Il existe bien des « passages à la parole » qui sont comme les « passages à l'acte » : expressions de ce qui n'a pu être mentalisé, symbolisé, retenu…

Et sans aller jusqu'à partager le pessimisme[13] de Paul Valéry – si les désirs étaient des actes, « les rues seraient pleines de cadavres et de femmes enceintes » –, il faut bien reconnaître que nous contrôlons, retenons, inhibons quotidiennement nombre de pulsions, ce qui une fois encore implique des facultés cognitives suffisamment solides.

Ces difficultés à maîtriser l'expression de certains ressentis se conjuguent aux difficultés qu'ont certaines

13. La rareté des violences commises par des personnes présentant des troubles cognitifs témoigne plutôt de ce que nos relations aux autres, même lorsque nous ne nous maîtrisons plus cognitivement, ne sont pas plus « naturellement » agressives que pacifistes !

Nous allons généralement dissimuler d'autant plus ce ressenti que nous sommes dans une situation où nous n'avons pas le choix, où une partie de notre bien-être dépend de cette personne « antipathique ». Car, nous nous doutons, sans être de grands diplomates, que si nous accueillons le médecin ou l'infirmière d'un « *Vous êtes pas gentil, vous !* », la bienveillance qu'il doit nous porter risque d'en prendre un coup !

Dans quelle mesure pouvons-nous facilement maîtriser les expressions, verbales, corporelles, comportementales, de nos ressentis ? Là encore, une simple fatigue, une simple situation de stress nous rend ce contrôle beaucoup moins facile. Les altérations de nos facultés cognitives, dans les syndromes démentiels, vont le rendre de plus en plus difficile, voire impossible[12]. Il risque ainsi d'arriver qu'une personne qui ressentirait exactement la même sensation que vous ou moi pourrions ressentir (de sympathie ou d'antipathie…) ne va plus parvenir, comme nous le ferions, à la dissimuler. Et transparaît alors une expression de ce sentiment susceptible d'avoir de fortes conséquences sur la relation : en bien parfois *(cette vieille dame qui me sourit parce que je lui rappelle émotionnellement sa petite-fille ne m'est-elle pas, du coup, plus sympathique d'emblée ?)*, en mal souvent *(ce vieux monsieur qui grimace en me voyant, ne serait-ce pas encore un de ces « patients difficiles » ou « agressifs » ?)*.

12. Sans que cette impossibilité soit d'ailleurs permanente : selon le moment, l'état de fatigue, l'environnement, etc., des personnes peuvent utiliser ou non cette faculté. Il est de surcroît impossible de savoir si cette faculté, comme d'autres, est inutilisable ou si elle est trop coûteuse, énergétiquement et psychiquement, à utiliser. Sur ces phénomènes de « délestage de fonctions », qui peuvent conduire notamment à sacrifier des fonctions cognitives trop coûteuses au profit d'autres fonctions psychiques, affectives notamment, voir les travaux et les ouvrages de Louis Ploton.

Il sera donc indispensable, dans ces situations, de trouver le juste équilibre entre :
– la nécessité de ne pas tout prendre au pied de la lettre, au pied de l'acte, comme si la personne choisissait volontairement d'exprimer ce qu'elle exprime et en mesurait les conséquences ;
– la nécessité de ne pas ignorer l'émotion exprimée, qui est bien l'émotion ressentie par cette personne-là et non expression dénuée de sens, pur « trouble comportemental » arbitrairement produit par la maladie *[cf. p. 168]*.

Inhibition et désinhibition

Un équilibre qu'il nous faudra trouver aussi face aux conduites qui témoignent des grandes difficultés, que les troubles cognitifs provoquent en partie, à contrôler et à inhiber certains désirs, certaines pulsions. Il existe bien des « passages à la parole » qui sont comme les « passages à l'acte » : expressions de ce qui n'a pu être mentalisé, symbolisé, retenu…

Et sans aller jusqu'à partager le pessimisme[13] de Paul Valéry – si les désirs étaient des actes, « les rues seraient pleines de cadavres et de femmes enceintes » –, il faut bien reconnaître que nous contrôlons, retenons, inhibons quotidiennement nombre de pulsions, ce qui une fois encore implique des facultés cognitives suffisamment solides.

Ces difficultés à maîtriser l'expression de certains ressentis se conjuguent aux difficultés qu'ont certaines

13. La rareté des violences commises par des personnes présentant des troubles cognitifs témoigne plutôt de ce que nos relations aux autres, même lorsque nous ne nous maîtrisons plus cognitivement, ne sont pas plus « naturellement » agressives que pacifistes !