



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Analyse du sens d'un trouble du comportement dans la démence

Analysis of the sense of a behavior disorder in dementia

Philippe Thomas^a, Gérard Chandès^a, Cyril Hazif-Thomas^{b,*}, Jacques Fontanille^a

^a Centre de Recherches Sémiotiques (CeReS, EA 3648), Université de Limoges, 39, rue Camille-Guérin, 87000 Limoges, France

^b Service de psychiatrie du Sujet Âgé, CHRU de Brest, Route de Ploudalmezeau, 29820 Bohars, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Cas clinique
Démence
Identité
Maladie d'Alzheimer
Sémiotique
Trouble du comportement

Keywords:
Alzheimer disease
Behavior disorders
Clinical case
Dementia
Identity
Semiotics

RÉSUMÉ

Les troubles du comportement sont fréquents dans la maladie d'Alzheimer. Ils reflètent parfois une tension entre, d'un côté, ce que le malade savait faire, ce qu'il aimerait continuer et, de l'autre, l'horizon cadrant des objectifs soignants. Les difficultés praxiques en particulier instrumentales sont source d'échec dans ce qu'il entreprend et de difficultés relationnelles avec l'entourage qui ne le comprend plus. Le comportement d'un malade s'inscrit dans le système de la maladie dans laquelle il évolue. Nous proposons dans cet article, à partir d'un cas clinique, une méthode d'analyse des désajustements des pratiques des malades en vue d'une adaptation du soin. Nous insistons sur l'analyse des interrelations des composants systémiques pour dégager le sens de ce que cherche à exprimer le malade à travers son comportement, en se plaçant selon son point de vue et celui de son entourage humain familial ou formel. Dans le cas rapporté, à travers un désordre comportemental, le malade pose la question de la fragilisation de son identité. Le sens du trouble du comportement, tel que les soignants peuvent le comprendre, est alors sa demande d'étayage identitaire, et non simplement dans une aide palliative de ses pratiques défailtantes.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

The behavior disorders are frequent in Alzheimer's disease. They sometimes reflect a tension between on the one hand what the patient did, what he would like to continue and on the other hand the frame of the caregivers' horizon. Poor praxis, instrumental difficulties, are sources of failure in what patients undertake and of relational difficulties within the human surrounding where he/she is no more understood. We propose in this article, from a clinical case, a method of analysis of the practices' adjustments of demented person with the aim of an adaptation of the care. We insist in this article on the analysis of the interrelations of the systematic components to release the sense direction of what the patients tries through their behavior, by taking account of their points of view and those of their formal or informal caregivers. In the reported case, through a behavioral disorder, the demented person raises the question of his/her identity. Sense of the behavior disorder, such as the nursing can understand it, is then his demand of identity's support, and not simply in a palliative help of failing practices.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Les troubles du comportement sont fréquents dans la maladie d'Alzheimer. Leur fréquence et leur gravité croissent avec la progression des troubles cognitifs, même s'ils changent de nature

en fonction du stade de la maladie [23,36]. La mémoire procédurale, les émotions, les affects sont cependant longtemps conservés. Le jugement, la mémoire épisodique s'altèrent inexorablement, accentuant vulnérabilité et dépendance affective à l'entourage, car malgré cette progression, le malade utilise ses ressources cognitives résiduelles et lutte pour maintenir une inscription sociale et familiale. En particulier, ses praxis et ses fonctions instrumentales sont altérées, conduisant par ses

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cyrilhazifthomas@yahoo.fr (C. Hazif-Thomas).

maladresses à creuser un écart entre ce qu'il vise et ce qu'il obtient dans ce qu'il entreprend. Les difficultés qu'il rencontre dans des actes jusque-là habituellement réalisés, l'incompréhension de son entourage, l'atteinte de l'estime de soi, sont source d'anxiété. Ses échecs le conduisent à une dysphorie, puis à terme, par ses renoncements, à la démotivation et à l'apprentissage de l'impuissance [35] marquée du sceau de la régression. Ses désordres praxiques ont de graves conséquences :

- délabrement de l'espace de vie et mise en danger de lui-même ;
- majoration des troubles thymiques ;
- anxiété et dépression ;
- repli sur soi ;
- désapprentissage qui accentuent les troubles exécutifs [17].

Les proches ne reconnaissent plus leur parent à travers des comportements jugés déraisonnables, imputables à la maladie et non au malade, voire le rejettent, craignant la récurrence des troubles comportementaux, quand bien même les choses rentrent, elles, provisoirement dans l'ordre. L'incompréhension des troubles du malade prive ses aidants informels, le plus souvent familiaux, et formels, professionnels du soin, d'une ressource de prise en charge : le soutien de ce qu'il cherche à faire et qu'il pourrait mener à bien. L'acte du malade centre la scène prédictive présentée dans le cas clinique rapporté. L'analyse porte sur les interactions entre les composants de la scène convoquant des questions de sens pour le malade comme pour les soignants. Pour ces derniers, s'ouvrir au sens du symptôme sous-tendant un trouble du comportement chez un malade dément est pourtant la première étape du soin personnalisé.

2. Cas clinique de M. Gilbert H.

Monsieur Gilbert H. a 87 ans. Il s'agit d'un ancien journaliste de renom dans un grand quotidien politique national, maintenant en retraite depuis une vingtaine d'années. Son niveau culturel est élevé, ayant autrefois obtenu un doctorat littéraire. Sa maladie d'Alzheimer évolue maintenant depuis au moins cinq ans, période où il a progressivement arrêté une riche vie sociale avec ses amis. Il rentre en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), sa femme, épuisée et âgée, ne pouvant plus s'occuper de lui, car il est devenu trop dépendant pour les actes de la vie quotidienne. De plus, il devenait agressif ; par exemple lorsqu'elle essayait de le raisonner, lorsqu'à toute heure du jour ou de la nuit, de façon anxieuse, il réclamait papier et crayon pour écrire l'éditorial soi-disant attendu par la rédaction de son journal, quand bien même tout cela était à sa disposition sur la table de sa chambre. Pour son épouse, ce qu'il écrit « n'a ni queue ni tête, et maintenant, il est illisible. Il fait n'importe quoi ». Son épouse explique encore qu'après un moment d'agressivité à son encontre, « il a même levé la main plusieurs fois sur moi », agressivité qui s'estompe toutefois. Monsieur H. est alors abattu et pleure abondamment.

À l'entrée en EHPAD, monsieur Gilbert H. se présente comme un malade au premier abord courtois, mais avec un « vernis social » fragile dans ses relations aux autres. Il ne cherche ni des relations prolongées ni à dialoguer. Il s'isole et rabroue facilement qui s'approche de lui ou qui veut discuter. Les troubles cognitifs sont marqués avec un Mini-Mental test de Folstein à 12/30 [7] et il présente de nombreuses stéréotypies verbales. Lorsque les soignants s'adressent à lui, par exemple pour lui demander de ses nouvelles, il dit de façon mécanique « Monsieur H., monsieur H., il n'est plus rien, monsieur H. », et son faciès exprime alors sa tristesse. Il est désorienté dans le temps et l'espace : « Monsieur H., il est au bureau à cette heure-ci, ne le dérangez pas. » Son

comportement dans l'EHPAD ne pose guère de problème, sauf lorsqu'une personne le contrarie dans ce qu'il fait. Le faire retourner dans sa chambre la nuit, ou lui proposer de s'installer près d'une table génère colère et insultes. Monsieur H. aime s'isoler, il reste soit dans sa chambre, souvent devant sa table, soit il s'installe à n'importe quelle heure, de façon très ritualisée avec un bloc-notes et un crayon dans des endroits variés de l'EHPAD, et très concentré, il écrit pendant de longs moments. Des mots sont tracés sans guère de sens, avec une écriture irrégulière, mais un certain alignement sur la feuille. « Des gribouillis ordonnés », rapporte une psychologue.

La scène de la Fig. 1 que nous proposons d'analyser présente justement monsieur H. en train d'écrire. Il faisait beau ce jour-là, et en tenue estivale, monsieur H. s'est installé sur un banc du jardin. Dans sa confusion, il a saisi sur une table ce qui ressemblait vaguement à un crayon, une petite cuiller. Il écrit de façon appliquée depuis un long moment déjà quand une aide-soignante lui fait une remarque, « Monsieur H., vous utilisez une cuiller au lieu d'un crayon », ce qui ne manque pas de provoquer une réponse agressive : « Occupez-vous de vos affaires. Monsieur H., il travaille ! ».

3. Méthode d'analyse de la scène prédictive

Nous reprenons ici, dans le terme « prédictive », le sens linguistique attribué à un prédicat : ce qu'on dit du sujet-actant, ici le malade, c'est-à-dire le groupe verbal désignant sa pratique. Nous nous appuyons ici dans cette analyse sur la sémiotique des pratiques développées par J. Fontanille [10]. L'analyse des comportements des patients expose à de nombreux problèmes, en premier lieu pour choisir devant la complexité des situations le plan pertinent pour développer cette démarche. Le sens qui se dégage d'une pratique découle d'une stratification ordonnée de différents plans. L'expression de la signification déroule ainsi une hiérarchisation à partir des niveaux les plus élémentaires jusqu'aux plus complexes, chaque niveau englobant le précédent : signes et figures, textes-énoncés, objets et supports, pratiques et scènes, situations et stratégies, formes de vie. Le niveau choisi ici concerne les pratiques et la scène. À chaque niveau, des instances conceptuelles et des interactions sont observées et nous privilégierons dans l'analyse du dossier de M. H. ces dernières [8,13]. En second lieu, la question de l'éthique appliquée à la situation est posée par le point de vue adopté pour l'analyse. Elle peut être centrée sur la personne malade, ou bien, et c'est souvent la visée soignante, sur ce qui convient de pallier pour

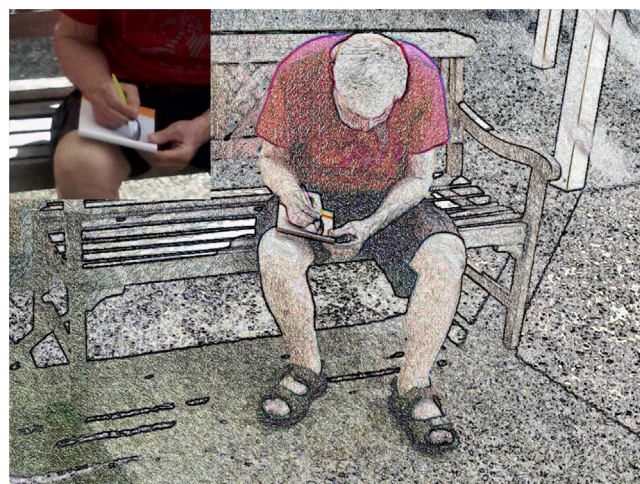


Fig. 1. Pratique de l'écrit chez monsieur H.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6785496>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6785496>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)