

**Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale**

**de la Communauté Française**

Rue Saint-Brice, 53,

7500 Tournai

**SECTION : Aide-soignant(e) - Aide familial(e)**

---

**PSYCHOLOGIE APPLIQUEE**  
**aux métiers de l'aide et des soins**  
**aux personnes**

Cours appartenant à l'U.F. 6

*APPROCHE CONCEPTUELLE DES  
MÉTIERS DE L'AIDE ET DES SOINS AUX  
PERSONNES*

Jean-François LALLEMAND

 [jfl@lereservoir.eu](mailto:jfl@lereservoir.eu)

<p style="text-align: center;"><b>Formation d'Aide-soignant(e) et d'Aide familial(e) : Approche conceptuelle des métiers de l'aide et des soins aux personnes – UF6</b> – Enseignement secondaire supérieur -</p>
---

**PROGRAMME – Psychologie appliquée aux métiers de l'aide et des soins aux personnes UF6.2**

En vue d'adapter son comportement dans le cadre de ses activités professionnelles, l'étudiant sera capable :

- ◆ d'identifier les éléments intervenant dans un acte de communication et de citer des freins et des adjuvants à la communication ;
- ◆ de caractériser l'écoute active et l'empathie et de reconnaître des situations relationnelles adéquates ;
- ◆ de décrire les principales étapes du développement chez l'enfant et chez l'adulte, y compris le vieillissement ;
- ◆ de décrire en quoi le comportement d'un individu dans un environnement déterminé peut être influencé par ses représentations personnelles et par diverses valeurs sociales et culturelles ;
- ◆ de caractériser les comportements liés aux principales pathologies observables, présentes ou rencontrées et de se positionner par rapport à celles-ci ;
- ◆ de se positionner par rapport à la problématique de la mort, d'expliquer le processus du deuil et de décrire les fondements psychologiques de la démarche palliative.

**CAPACITES TERMINALES / ACQUIS D'APPRENTISSAGE**

Pour atteindre le seuil de réussite, l'étudiant sera capable, *au départ d'une situation donnée, au travers d'un travail écrit ou oral* :

- ◆ d'identifier les principaux éléments relatifs à la législation sociale et de les commenter ;
- ◆ de décrire le cadre institutionnel ;
- ◆ de décrire les principales caractéristiques personnelles et environnementales du bénéficiaire en utilisant des concepts relatifs à la psychologie et à la déontologie qui fondent le champ conceptuel des métiers de l'aide et des soins aux personnes ;
- ◆ de repérer les règles de déontologie applicables à la situation.

Pour déterminer le degré de maîtrise, il sera tenu compte des critères suivants :

- ◆ la précision et la pertinence dans la description de la situation,
- ◆ la discrimination entre les observations et leur interprétation,
- ◆ la prise en compte des limites de la fonction des intervenants,
- ◆ la qualité de la présentation.

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- BERGERET J. & al., Abrégé de psychologie pathologique, Masson, 2008 (10<sup>ème</sup> édition)  
COSLIN P. G., Psychologie de l'adolescent, Éditeur Armand Colin, 2010  
DANTIER B., Les théories et leur priorité sur l'observation et l'expérimentation, Plon, 2004  
FOUCOULT C., MONGEAU S., L'art de soigner en soins palliatifs – perspectives infirmières, Les Presses de l'Université de Montréal, 2004  
GOLSE B., Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Masson, 2008  
HOUDART R., Introduction à la neurologie, Asclepios, 1974  
HUFFMAN K. & coll., Psychologie en direct, Modulo, 1995  
MATTELART A. & M., Histoire des théories de la communication, La découverte, 2004  
MEUNIER J-P., PERAYA A., Introduction aux théories de la communication, De Boeck, 1993  
PIAGET J., INHELDER B., La psychologie de l'enfant, PUF, 1966

## PLAN DU COURS

### I. Préliminaire.

Prise de contact : notion de motivation et notion d'apprentissage

### II. Définition de la psychologie.

- 1) Son aspect scientifique et son aspect quotidien
- 2) Notion d'inconscient et de conscient, les trois instances de personnalité
- 3) Les métiers de la psychologie

### III. Aperçu de quelques méthodes relationnelles.

- 1) L'observation : libre, systématique et l'auto-observation
- 2) L'introspection
- 3) Les questionnaires et les enquêtes : collecte de données, anamnèse
- 4) Le jeu de rôle
- 5) L'entretien ou interview

### IV. La relation d'aide.

- 1) La notion de besoin : la théorie de A. Maslow, la théorie de V. Henderson
- 2) L'aspect relationnel de la communication : l'écoute active
- 3) Les règles de communication dans le groupe

### V. Le développement psychoaffectif de l'enfant.

- 1) De 0 à 1 an : notion de bonne mère, l'étape du huitième mois
- 2) De 1 à 3 ans : l'apprentissage de la propreté
- 3) De 3 à 5 ans : la socialisation, l'angoisse de castration
- 4) De 4 à 6 ans : l'Edipe
- 5) De 6 à 12 ans : le repos instinctuel, l'évolution cognitive
- 6) L'enfant et le jeu : les critères de sélection, l'approche génétique
- 7) L'enfant maltraité : enfants et parents à risque, notion d'abus sexuel, prévention

### VI. Le développement psychoaffectif de l'adolescent.

- 1) Définitions
- 2) Les oppositions de l'adolescent : besoins et comportements
- 3) Les étapes marquantes du développement psychosexuel
- 4) La psychopathologie : anorexie et boulimie, épisode dépressif et tentative de suicide, état d'assuétude et toxicomanie

### VII. L'âge adulte.

- 1) Le couple : les échanges internes et externes, la notion d'*objet-tiers*
- 2) Les fonctions de la famille
- 3) La psychopathologie : les névroses, les psychoses, les perversions sexuelles, les dépressions, la psychopathie

### VIII. La prise en charge de la personne âgée.

- 1) Approche différentielle rapide
- 2) Aspects psychodynamiques du vieillissement
- 3) Les psychopathologies : les diverses démences, les maladies neuropsychiatriques
- 4) Vivre à domicile en étant valide : la notion du syndrome de glissement
- 5) Le placement
  - (a) Le placement en maison de repos
  - (b) La Charte européenne des Droits et Libertés des personnes âgées en institution : lecture commentée
  - (c) Qu'est-ce qu'une bonne maison de repos ? – critères de sélection
  - (d) La sphère émotionnelle du placement

### IX. La mort, le deuil, la notion de *soins palliatifs*.

- 1) Les principes-directeurs : le personnel, les familles, le patient
- 2) Les étapes du deuil
- 3) Le deuil : le deuil et les enfants, que faire et que dire ?

La rédaction du présent cours a été rendue possible par l'aide précieuse de Quentin Debeuf, aide-soignant.

# I. Préliminaires

## A. Notion de motivation : pourquoi le choix de telles études ?

La **motivation** est liée au domaine affectif, ici les émotions, les sentiments. Le domaine cognitif à travers l'intelligence, le raisonnement, la chronologie, n'a pas de prise sur la motivation.

### Deux types de motivation :

- 1) Motivation **générale** - ex : J'aime aller aux cours  
Motivation **spécifique** - ex : J'aime le cours de législation
- 2) Motivation **intrinsèque** (intérieure) : C'est le fait de réaliser l'activité qui nous motive  
- Ex : J'aime les mots fléchés  
Motivation **extrinsèque** (extérieure) : C'est le fait d'obtenir quelque chose qui nous motive  
- Ex : Si je travaille bien à l'école, j'obtiendrai un beau vélo de la part de mes parents  
→ Principe de la récompense – procédé artificiel

### Les motivations intrinsèque et extrinsèque

**Motivation intrinsèque** : Désir de s'adonner à une activité pour le seul plaisir de la chose. La motivation est dérivée de la satisfaction inhérente au comportement en question.

**Motivation extrinsèque** : Désir de s'adonner à une activité en raison de récompenses externes ou afin d'éviter une punition. La motivation n'est pas inhérente au comportement en question.

Les psychologues ont bien cerné l'importance des attributions et des attentes liées à la motivation à la lumière de travaux connexes portant sur la **motivation intrinsèque** (le désir de s'adonner à une activité pour le seul plaisir de la chose) et la **motivation extrinsèque** (le désir de s'adonner à une activité en raison de récompenses externes ou afin d'éviter une punition). Des études révèlent que les individus qui touchent un salaire ou toute autre forme de récompense pour accomplir une tâche qu'ils avaient précédemment remplie pour le plaisir y perdent à la fois leur plaisir et l'intérêt qu'ils portaient à cette tâche (Amabile, 1985; Fabes, 1987).

Pour les besoins d'une étude, on donna à des enfants d'âge préscolaire qui aimaient dessiner du papier à dessin et des crayons feutres (Lepper, Greene et Nisbett, 1973). On promit à un groupe d'enfants de leur décerner un diplôme portant un sceau doré et un ruban en récompense de leurs dessins. Au deuxième groupe d'enfants on demanda de dessiner, puis on leur attribua inopinément une récom-

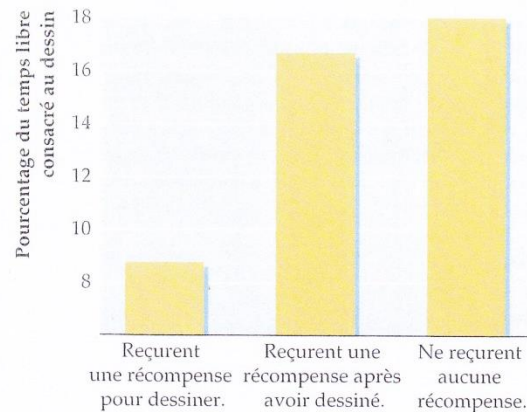


Figure 10.7 Motivations intrinsèque et extrinsèque. Parmi les enfants à qui on accorda du temps pour dessiner, ceux qui avaient déjà reçu une récompense pour leurs dessins étaient par la suite moins enclins à choisir librement de dessiner. Source : Lepper et coll., « Undermining Children's Intrinsic Interest with Extrinsic Rewards : A Test of the Overjustification Hypothesis », *Journal of Personality and Social Psychology*, American Psychological Association, 1973.

pense après qu'ils eurent terminé. On ne promit ni n'attribua aucune récompense au troisième groupe. Quelques semaines plus tard, les mêmes enfants purent choisir de dessiner s'ils en avaient envie et le temps consacré au dessin fut enregistré. Ainsi que le montre la figure 10.7, il semble que le fait d'avoir déjà reçu une récompense ait sapé l'intérêt des enfants des premier et deuxième groupes pour le dessin. Une étude similaire menée auprès d'étudiants d'université (McNeill et Kimmel, 1988) révéla que le fait d'offrir une récompense monétaire à ceux qui résolvait un problème faisait chuter considérablement leur motivation intrinsèque et nuisait à leur rendement scolaire.



Comment interprétez-vous les résultats de cette étude ? Il semble que le motif pour lequel nous faisons une tâche détermine le plaisir que nous éprouvons à faire cette chose. Lorsque nous faisons une chose sans motif apparent, il semble que nous fondions notre geste sur des motifs internes, personnels (nous le faisons parce que « cela nous plaît », parce que « c'est agréable »). Toutefois, si une récompense extrinsèque est en jeu, l'action procède de motifs externes, impersonnels (on dira qu'on le fait pour l'argent ou pour plaire à la direction). Ce déplacement de la motivation entraîne en général une diminution du plaisir et du rendement.



*Les enfants semblent éprouver un amour intrinsèque de l'art; pourtant, peu d'adultes prennent plaisir à ce comportement. Est-ce parce que nous avons reçu des notes pour nos travaux, des éloges ou d'autres récompenses extrinsèques qui ont détruit notre motivation intrinsèque initiale ?*

**Le métier d'AS/AF est donc une conjugaison de la motivation intrinsèque (aimer la relation d'aide, le contact avec la personne) et la motivation extrinsèque (salaire versé à la fin du mois)**

L'aide familial(e) travaille principalement dans les services d'aide à domicile à travers les centres de coordination, les services d'aide senior,... Ses tâches portent sur les toilettes et l'aide infirmière, les courses, les préparations de repas, l'entretien sommaire des pièces de vie et l'adaptation du logement, les démarches administratives, l'organisation de budget domestique, l'écoute et le soutien moral, l'accompagnement de fin de vie,...

L'aide-soignant(e) travaille principalement dans le milieu hospitalier, les maisons de repos, les maisons de soins psychiatriques, les centres de jour, le secteur des soins à domicile,... Ses tâches portent sur les soins délégués par l'infirmier(e), le soutien du patient et de sa famille et entourage, l'accompagnement de fin de vie,...

## **B. Notion d'apprentissage : quelques conseils pour bien étudier...**

En rapport avec la mémoire, ce que l'on veut étudier doit :

- Avoir du sens - comprendre ce que l'on étudie : difficile d'étudier un texte en chinois si on ne maîtrise pas la langue
- Etre organisé, structuré : couleurs, présentation aérée, paragraphes différenciés, titres soulignés,...

Trouvez votre profil :

### La mémoire visuelle

La mémoire visuelle se base sur l'enregistrement via les yeux. Si vous êtes à l'aise avec les images plutôt qu'avec les sons, vous êtes concernés. Lors de vos révisions, misez sur les croquis pour optimiser votre mémorisation.

Utilisez des **schémas**, des tableaux ou encore des couleurs pour illustrer les informations à enregistrer. Votre cerveau se souviendra de ces données en les « *photographiant* ». N'hésitez pas à ajouter des effets visuels personnalisés, particulièrement pour les **fiches de révisions**.

### La mémoire auditive

Si vous aimez écouter plutôt que prendre des notes, votre mémoire est auditive. Adoptez ainsi un style de révision « *sonore* » pour préparer votre examen. **Lisez les cours à haute voix** et n'hésitez pas à répéter plusieurs fois afin de les graver dans votre cerveau.

Pour les schémas, essayez de trouver les mots pour les traduire et expliquez votre analyse à haute voix. Vous pouvez même en faire des chansons pour augmenter encore plus l'« *enregistrement* ». Une simple discussion sur les cours vous permettra de mémoriser les informations.

### La mémoire kinesthésique

Si votre mémoire n'est ni visuelle ni auditive, elle est sûrement kinesthésique ou motrice. Dans ce cas, vous avez besoin de « *toucher* » pour mémoriser. Vous n'enregistrez les informations que si vous vous projetez dans l'action. La **réécriture** est un moyen efficace pour vous faire retenir les cours. Faites des **fiches de révision**, expérimentez des schémas par vous-même. Prenez note de ce que vous jugez intéressant.

Plus précisément :

La mémoire et l'**aspect affectif et motivationnel** : on retient mieux une matière que l'on apprécie.

La mémoire et le **lieu d'étude** : endroit calme sans bruits parasites ou alors un bruit de fond régulier (certains étudient avec un fond musical), endroit aéré (apport en O<sub>2</sub>), endroit bien éclairé de préférence avec deux sources lumineuses (une seule source porte à la somnolence), endroit bien chauffé (le froid empêche la concentration, le chaud endort)

La mémoire et le **sommeil** : celui-ci favorise la mémorisation (6h de sommeil minimum), il est conseillé de relire ses notes avant l'endormissement, ainsi pendant la nuit les informations se structurent.

La mémoire et le **rythme d'étude** : il est conseillé d'étudier de 30 à 50 min avec une pause de 10 min à la suite. Mieux vaut étudier en plusieurs fois (étudier trois fois 1h sur trois jours est préférable à 3h la veille d'une interrogation).

La mémoire et certaines **substances** : Des substances doivent alimenter notre cerveau pour qu'il entretienne convenablement notre mémoire et synthétise de l'acétylcholine, l'un des principaux neuromédiateurs de la mémoire. Il s'agit d'abord du *diméthylamino-éthanol*, on en trouve dans les **sardines** et les **anchois**. Ensuite la choline, neurotransmetteur proche des vitamines du groupe B, on en trouve dans les **œufs**, le **soja**, les **artichauts**, les **brocolis**, les **choux**, les **abats**, les **fruits de mer**, le **germe de blé**... Très riche en potassium et en magnésium, la consommation de **chocolat** est recommandée pour son rôle de stimulant cérébral. La *caféine* et la *phényléthylamine* sont des psychostimulants positifs pour l'attention et la concentration. Par ailleurs, les neuroleptiques, anxiolytiques et autres antidépresseurs interagissent avec nos neurotransmetteurs cérébraux. Ceux-ci pris pendant l'étude des matières devront être repris au même dosage le jour de l'interrogation, ainsi l'équilibre biochimique du cerveau est identique.



## La mémoire, des mémoires

L'on distingue habituellement mémoire à long terme et mémoire à court terme (ou mémoire de travail). Cette dernière permet de maintenir présentes à notre conscience les informations dont nous avons besoin en temps réel pour parler, calculer, réfléchir. C'est, par exemple, celle qui permet de nous souvenir d'un numéro de téléphone en le composant, de manipuler des connaissances pour résoudre des problèmes.

La mémoire à long terme, elle, se divise en deux catégories : la mémoire déclarative (ou explicite) et la mémoire non déclarative (implicite ou procédurale).

La mémoire explicite repose sur l'enregistrement de connaissances culturelles ou générales. Ces connaissances peuvent être acquises grâce à des apprentissages (on parle alors de mémoire sémantique) ou par des événements vécus consciemment, localisés dans le temps et l'espace (mémoire épisodique). La différence ? Si l'on sait que Rome est la capitale de l'Italie, on serait bien en peine de savoir à quel moment précis on l'a appris. Par contre, qui ne se souvient pas de l'endroit où il se trouvait et de ce qu'il faisait au moment où il a été informé des attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis ?

Quant à la mémoire implicite, elle désigne les compétences apprises de manière inconsciente et stockées (faire du vélo, construire une phrase structurée par exemple).

Ces systèmes interagissent entre eux et dépendent de régions cérébrales distinctes. ●

C. M.

# Dormez, c'est bon pour la mémoire

Le sommeil ne met pas la mémoire en veilleuse. Au contraire, bien dormir consolide les apprentissages. Voilà ce que révèlent des recherches relativement récentes sur les mécanismes cérébraux.

**D**e l'enfant qui bâille à se décrocher la mâchoire, de l'ado à l'air vaseux qui avoue avoir châté jusqu'à plus d'heure, vous n'attendez pas l'attention et le travail nécessaires pour acquérir de nouveaux apprentissages. Et le message revient régulièrement : même s'il existe de petits et gros dormeurs, l'on recommande entre 11 et 13h de sommeil pour des enfants de 3 à 5 ans, entre 9 et 11 pour des 6-12 ans et entre 8h30 et 9h30 pour des ados.

Dormir pour récupérer, donc. Mais pas seulement. « *Longtemps, on a pensé que l'apprentissage se produit online. Mais on a découvert que cette activité ne s'arrête pas dans le cerveau qui travaille off line, continuant à encoder et à consolider l'info. Et dans ce chantier-là, le sommeil joue un rôle très important* », explique le neuropsychologue, Philippe Peigneux, professeur à l'Université libre de Bruxelles

Quelques balises d'abord : le sommeil n'est pas un long fleuve tranquille. Il fait alterner une phase de sommeil lent (léger, puis profond) où la plupart des fonctions sont ralenties et une autre, de sommeil paradoxal où, si les muscles sont au repos, l'activité cérébrale est plus proche de l'éveil. Si cette alternance se répète à plusieurs reprises, la durée des phases varie : le début de la nuit comporte beaucoup de sommeil lent permettant de récupérer de la fatigue accumulée pendant la journée ; ensuite, le sommeil paradoxal prend progressivement davantage de place.

### À chaque phase son travail

Durant chacune de ces phases, le cerveau réactive les informations encore fragiles

et non fixées emmagasinées dans la journée ou la veille, et les consolide dans la mémoire à long terme. Cependant, des recherches récentes s'appuyant sur l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (une technique d'imagerie médicale permettant d'obtenir des vues en deux et trois dimensions de l'intérieur du cerveau) suggèrent que durant le sommeil, il s'y produit une sorte de spécialisation des tâches.

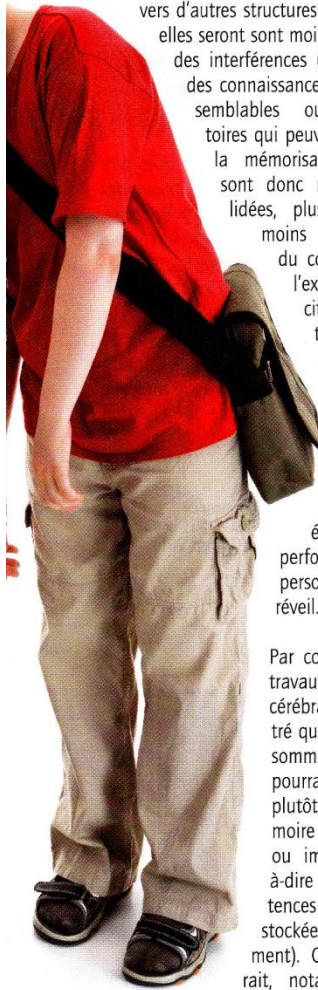
Concrètement, le sommeil lent, phase où l'on observe des ondes lentes et amples ralenties et des bouffées d'activité de fréquence très élevée, favorise la consolidation des apprentissages de type spatial et explicite (c'est-à-dire les faits et les événements que nous apprenons de manière consciente).

Pour arriver à cette constatation, Philippe Peigneux, qui a mené des recherches sur l'interrelation entre processus cognitifs et états de veille, a demandé à des volontaires de se déplacer dans une ville virtuelle. Puis, il a observé leur activité cérébrale durant la nuit qui a suivi cet apprentissage <sup>(1)</sup>. (Bonne surprise : au réveil, ces personnes atteignaient des performances bien meilleures que la veille.



© Fotolia / Jacek Chabaszewski





L'observation des mécanismes cérébraux a permis d'affiner les choses. Durant le sommeil lent, les connaissances ne sont pas directement encodées dans la mémoire à long terme dans le cortex (l'écorce enveloppant le cerveau). Elles font d'abord étape dans une structure du cerveau appelée l'hippocampe située en profondeur du lobe temporal du cerveau. L'avantage ? Les hippocampes permettent un stockage rapide de nouvelles associations avec leur contexte d'apprentissage. Et les réactivations durant le sommeil lent favorisent le transfert de ces informations vers d'autres structures du cortex où elles seront moins exposées à des interférences (c'est-à-dire à des connaissances antérieures, semblables ou contradictoires qui peuvent perturber la mémorisation)<sup>(2)</sup>. Elles sont donc mieux consolidées, plus stables et moins dépendantes du contexte. Dans l'expérience précitée, plus l'activité de l'hippocampe avait augmenté au cours du sommeil lent, meilleures étaient les performances des personnes après le réveil.

Par contre, d'autres travaux d'imagerie cérébrale, ont montré que la phase du sommeil paradoxal pourrait s'occuper plutôt de la mémoire procédurale ou implicite (c'est-à-dire les compétences acquises ou stockées inconsciemment). Cela expliquerait, notamment, que cette phase est particulièrement longue chez les nourrissons qui doivent acquérir des capacités motrices ou perceptives. Et dans cette phase-là, les informations empruntent des circuits cérébraux différents : la consolidation se ferait directement au

niveau des structures du cortex, sans passer par l'hippocampe. Précisons que les écrits scientifiques restent contradictoires et que d'autres études suggèrent que les deux états de sommeil coopèrent pour certaines tâches.

### Le cerveau fait le tri

D'autres recherches ont abouti à une autre constatation : le sommeil permet aussi d'oublier des informations inutiles. Cet oubli favorise l'acquisition de nouveaux apprentissages. Il serait aussi indispensable à la mémoire à court terme.

Reste évidemment à savoir comment le cerveau fait le tri entre les informations à oublier et celles qui sont à consolider. Des chercheurs des Universités de Caen et de Liège ont présenté à des volontaires un ensemble de mots dont certains devaient être retenus et d'autres oubliés avant de les faire dormir ou de les priver de sommeil<sup>(3)</sup>. Un test effectué trois jours plus tard a montré que contrairement à ceux qui avaient passé une nuit blanche, les personnes qui avaient dormi avaient oublié un grand nombre de mots « inutiles ». Les neuropsychologues ont pu observer que durant l'apprentissage (en plein jour), l'activité de l'hippocampe était plus forte lorsque ces personnes devaient retenir un mot que lorsqu'il s'agissait de l'oublier.

Ces recherches récentes demandent évidemment à être vérifiées et affinées. Mais ce qui est avéré, c'est que durant le sommeil, le cerveau traite les multiples informations récemment acquises, les organise et les fixe pour les mettre à notre disposition le lendemain.

### Pour fixer les apprentissages, dormez dessus

La conclusion semble assez claire : rien de tel que le sommeil pour fixer les apprentissages dans la mémoire à long terme. « Aux étudiants qui ont coutume de travailler jusqu'aux petites heures et de se lever dès l'aube avant un examen, aux élèves qui ingèrent la matière d'un contrôle à la dernière minute dans le bus, je dirais : vous en connaissez peut-être assez pour obtenir la moyenne ; mais ces connaissances-là ne sont pas bien fixées dans votre mémoire à long terme », explique Philippe Peigneux. Et d'ajouter : « On observe qu'en 30 ans, on a perdu plus d'une

heure et demie de sommeil en moyenne ». Le manque de sommeil se fait souvent sentir chez des adolescents bien plus sollicités qu'autrefois par l'utilisation des réseaux sociaux, l'accès à l'ordinateur et l'habitude de garder le GSM allumé et à portée de main durant la nuit. « Or, précise encore Philippe Peigneux, à l'adolescence, la zone du cortex frontal, région cérébrale est associée au sommeil de récupération, n'est pas encore totalement achevée ».

Catherine MOREAU

<sup>(1)</sup> [bit.ly/1baen8J](http://bit.ly/1baen8J) (article en anglais)

<sup>(2)</sup> <http://1.usa.gov/1f5m358>

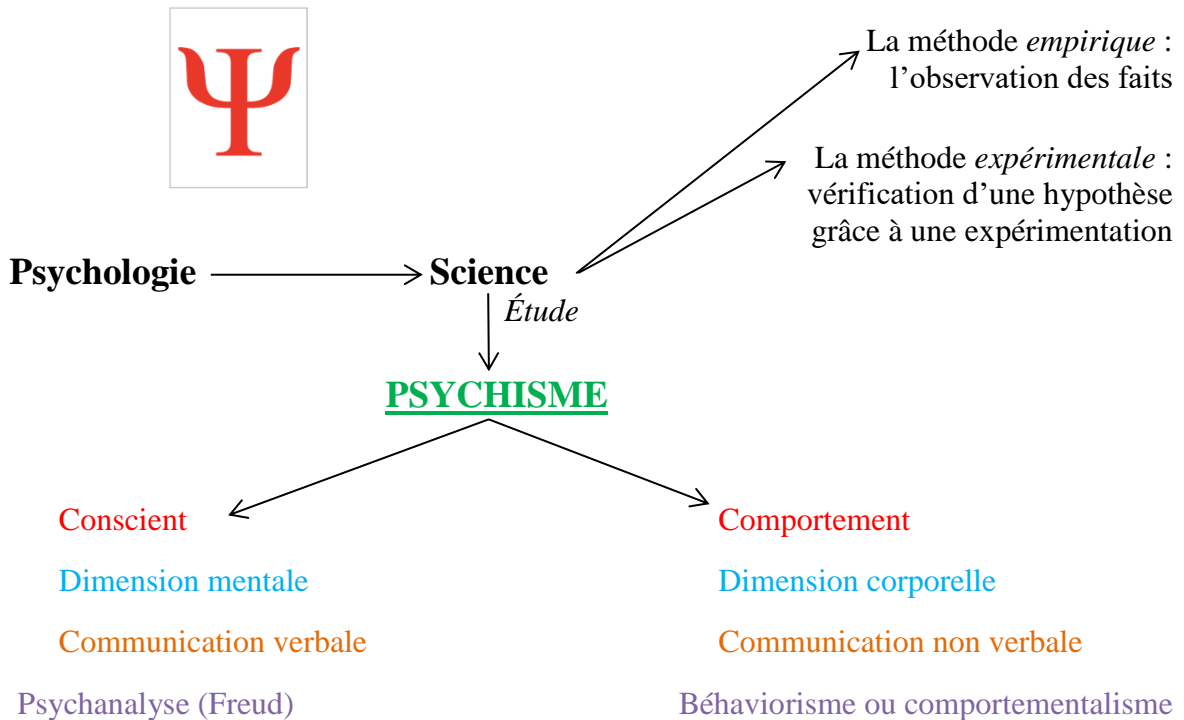
<sup>(3)</sup> [bit.ly/1774E3X](http://bit.ly/1774E3X)

## Pour en savoir plus

- CENTRE DES SCIENCES DE MONTRÉAL, *Le sommeil de A à Z*, [www.lesommeil.ca/](http://www.lesommeil.ca/)
- UNAF, réseau Morphée et Académie de Paris, *Sommeil de l'enfant et de l'adolescent*, [bit.ly/19MMpND](http://bit.ly/19MMpND) ou disponible en prêt
- V.L.F., *Les cycles du sommeil*, DVD, 2009, [bit.ly/196Y7Wr](http://bit.ly/196Y7Wr)
- DORIANE FILMS, *La mémoire au quotidien*, 1996, [bit.ly/1fCx22z](http://bit.ly/1fCx22z)
- DELANNOY C., *Une mémoire pour apprendre*, Paris, Hachette Éducation, 2007.
- EUSTACHE F., DESGRANGES B., *Les chemins de la mémoire*, Paris, Le Pommier, 2010.
- LIEURY A., *Mémoire et réussite scolaire*, Paris, Dunod 2004.
- CNDP, *J'ai la mémoire qui flanche*, émission *C'est pas sorcier*, 2000, [bit.ly/15sThIM](http://bit.ly/15sThIM)

## II. Définition de la psychologie

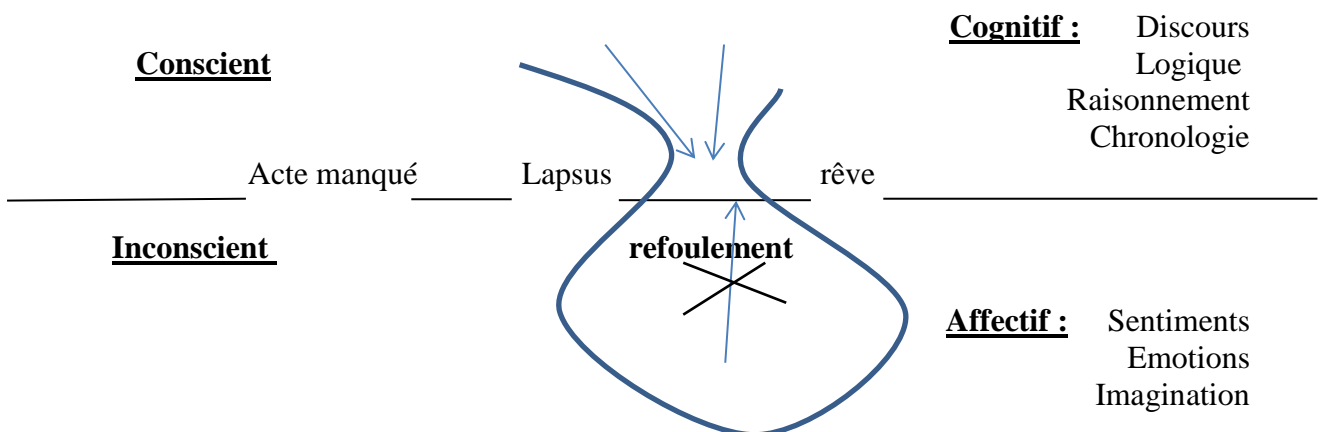
### 1- Définition schématique



La psychologie nous touche dans notre quotidien :

- Pourquoi n'aimes-tu pas les petits pois ?
- Pourquoi Julie est-elle amoureuse de Mathias ?
- Pourquoi as-tu peur d'apprendre à nager ?
- Pourquoi ton frère de cinq ans fait-il pipi au lit ?
- Pourquoi acheter *Signal* comme dentifrice ?
- Pourquoi portes-tu une boucle d'oreille ?
- Pourquoi te regardes-tu si souvent dans un miroir ?
- Pourquoi as-tu peur des araignées ?

### 2- La notion d'inconscient



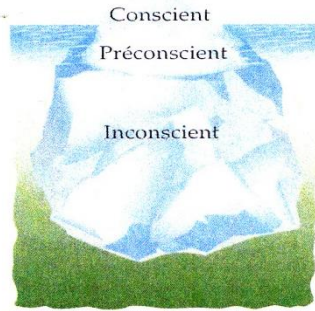


Figure 2.1 Niveaux de conscience selon Freud. Les parties de l'esprit peuvent être comparées à un iceberg dans l'océan. La pointe de l'iceberg est l'équivalent de la pensée consciente, facile à examiner. Immédiatement sous la pensée consciente, on trouve le préconscient, dont il est également possible de découvrir le contenu en déployant un peu plus d'efforts. La base de l'iceberg, entièrement immergée, ressemble à l'inconscient, qui échappe totalement à l'introspection.

**Conscient :** En termes freudiens, ensemble des pensées ou des informations dont une personne est consciente ou dont elle se souvient.

**Préconscient :** Dans la terminologie freudienne, ensemble des pensées ou des informations dont une personne peut, moyennant quelques efforts, aisément prendre conscience.

**Inconscient :** Dans la terminologie freudienne, ensemble des pensées, des motifs, des pulsions ou des désirs qui échappent à l'activité consciente normale d'une personne, mais que la psychanalyse peut aider à découvrir.

L'inconscient n'est pas accessible par notre seule volonté mais peut être approché par l'hypnose, le jeu des associations libres, l'analyse des rêves. En effet, l'inconscient ressort, de temps en temps et souvent lors de moment de fatigue, vers le conscient à travers :

- **L'acte manqué :** ex : oublier sa farde en se rendant à l'école **peut** signifier que l'on n'a pas envie d'avoir cours.
- **Le lapsus :** dire un mot pour un autre.  
Ex : 'J'ai bu tout mon paquet' **peut** signifier que l'on a envie de fumer.
- **Le rêve :** ex : rêver que l'on rate un examen nous prépare à toute éventualité donc à l'échec.

Quand quelque chose est désagréable ou traumatisant, un mécanisme de *refoulement* se met en place. Le souvenir pénible est ainsi « oublié » et placé dans l'inconscient comme pour un accident de voiture, une dispute, un coup reçu,...

### 3- Les instances de personnalité : le Ça, le Moi et le Surmoi

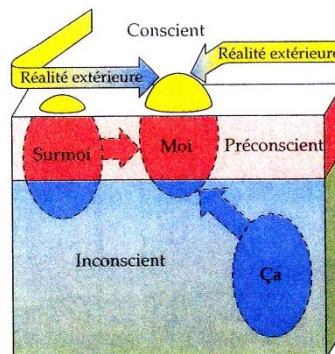


Figure 2.2 Structures de la personnalité proposées par Freud. Selon Freud, la personnalité se compose de trois structures fondamentales : le ça, le moi et le surmoi. Le ça est régi par le principe du plaisir, le moi par le principe de réalité et le surmoi par la conscience et l'idéal du moi. Remarquons comment chacune de ces structures réside, en tout ou en partie, dans l'inconscient.

Le **CA** = le réservoir pulsionnel (sexualité, recherche de lien,...)

Ex : le coup de foudre amoureux

→ Le CA est immature, impulsif et irrationnel, il est dirigé par le principe de plaisir : je veux tout et tout de suite sans tenir compte des autres !



Le **Surmoi** = le siège des interdictions (tu ne peux pas) et des obligations (tu dois).

Ex : il est interdit de se promener nu en rue, il est obligatoire de conduire à droite en Europe, c'est mal vu de tromper son épouse,...

Le Surmoi est dirigé par le principe de conscience morale.

Le **Moi** = le compromis, équilibre entre le Ça et Surmoi.

Ex : en période d'examens, j'ai envie de ne rien faire et de bronzer au soleil (CA) mais je dois pourtant étudier dans ma chambre pour obtenir mon diplôme (SURMOI), j'irais donc étudier dehors au soleil (MOI)

Le Moi est régi par le principe de réalité. De là, des frustrations peuvent naître car on ne peut pas faire comme on veut. Le Moi doit composer et pour y parvenir, il utilisera des *mécanismes de défense* pour le rendre plus fort...

**Ça** : Selon Freud, source des pulsions instinctives qui sont régies par le principe du plaisir et tendent vers une gratification immédiate des besoins.

**Principe du plaisir** : Dans la théorie de Freud, principe qui régit le ça. Lorsque le ça est à l'œuvre, le plaisir immédiat est la seule motivation du comportement.

**Moi** : Dans la théorie de Freud, partie rationnelle de la psyché qui se préoccupe de la réalité et s'efforce de maîtriser les pulsions du ça tout en tenant compte des exigences du milieu social et de l'estime de soi qui lui sont dictées par le surmoi.

**Principe de réalité** : Selon Freud, principe qui régit le moi conscient en évaluant la façon dont les exigences du ça inconscient peuvent être satisfaites tout en tenant compte des réalités du milieu environnant.

**Surmoi** : Dans la théorie psychanalytique, partie de la personnalité qui s'édifie à partir des interdits parentaux et des normes sociales de moralité.

Le **ça** est la partie de la psyché que l'on croit présente dès la naissance. Tout comme le nouveau-né, le ça est immature, impulsif et irrationnel. Il est le réservoir de l'énergie mentale. Lorsque les tensions liées aux besoins primaires s'accroissent, le ça en recherche la gratification immédiate. Le ça est donc régi par ce que Freud appelle le principe du plaisir, qui est la recherche immédiate et ouverte du plaisir et une façon de réduire les tensions, sans égard à la logique ou à la réalité.

Si le ça était la seule partie de la psyché, nous aurions peut-être tendance à recourir à des moyens immédiats et parfois dangereux pour trouver le plaisir et éviter la douleur. Mais Freud a postulé l'existence de deux autres parties de la psyché qui refrèment et canalisent l'énergie potentiellement destructrice du ça. Il s'agit du moi et du surmoi, qui nous protègent des désirs de gratification immédiate du ça.

Le **moi** est la deuxième partie de la psyché à s'édifier. Le moi est capable de planifier, de résoudre des problèmes, de raisonner et de juguler le ça. Dans le système de Freud, le moi correspond au « soi », c'est-à-dire à la vision consciente et subjective que l'individu a de lui-même. Contrairement au ça, qui réside entièrement dans l'inconscient, le moi chevauche à la fois le conscient et le préconscient.

L'une des tâches du moi est de canaliser l'énergie du ça en tenant compte des réalités du milieu extérieur. Le moi a donc la responsabilité de retarder la satisfaction des pulsions du ça si c'est nécessaire, afin de tenir compte des réalités et des circonstances du milieu environnant. À l'encontre du principe du plaisir qui régit le ça, le moi est régi par le principe de réalité.

Pour illustrer les rapports entre le moi et le ça, Freud utilise l'exemple du cavalier et de son cheval. Le moi doit réussir à assujettir les pulsions du ça tout comme le cavalier doit réussir à maîtriser son cheval, pourtant plus fort que lui. Toutefois, le cavalier qui ne veut pas être jeté en bas de sa monture doit souvent accepter de mener le cheval là où celui-ci veut aller; de même, le moi prend l'habitude de s'approprier en quelque sorte les désirs du ça, comme s'il s'agissait des siens.

La troisième et dernière partie de la psyché à se former est le **surmoi**. À l'origine, cette structure fait partie du moi, mais elle s'en détache progressivement pour jouer le rôle de « conscience morale » de la psyché. Cette séparation du surmoi survient lorsque l'enfant commence à intégrer les règles et les valeurs de ses parents et de la société. Le surmoi est une sorte de code d'éthique du comportement. Il comprend deux volets, la conscience et l'idéal du moi. La « conscience morale » est un ensemble d'interdits sociaux semblable à un code pénal ou juridique. Elle dresse la liste des choses à ne pas faire, tandis que l'idéal du moi établit celle des choses à faire pour nous sentir fiers de nous-mêmes. Le surmoi fonctionne comme un *principe de moralité* dans la mesure où la violation des règles de la conscience ou de celles de l'idéal du moi s'accompagne dans les deux cas d'un sentiment de culpabilité.

Le surmoi vise toujours la perfection et, à ce titre, est aussi irréaliste que le ça. Ce qui complique inévitablement le travail du moi. Non seulement le moi doit-il rechercher des objets et des événements qui satisfont les besoins du ça, mais ces objets et événements ne doivent pas non plus transgresser les règles édictées par le surmoi. C'est la raison pour laquelle le moi est souvent considéré comme l'*organe directeur* de la personnalité (Hergenhahn, 1990).



## Les mécanismes de défense

Lorsque le moi ne trouve pas les moyens de satisfaire à la fois le ça et le surmoi, une certaine anxiété se glisse dans le conscient. L'anxiété étant un sentiment désagréable, les gens s'efforcent habituellement de s'en débarrasser en faisant jouer leurs mécanismes de défense. Les **mécanismes de défense** sont des réactions inconscientes du moi qui visent à réduire l'anxiété en créant une distorsion des perceptions de la réalité. Les nombreux mécanismes de défense (tous inconscients) répertoriés par Freud sont présentés au tableau 2.2. Selon Freud, le **refoulement** est le mécanisme de défense le plus courant, la forme la plus élémentaire de réduction de l'anxiété. C'est le mécanisme par lequel le moi empêche les pensées les plus anxiogènes (en d'autres mots, les plus inacceptables) de parvenir au niveau du conscient. Même si les mécanismes de défense déforment la vérité et la réalité, les résultats de certaines recherches tendent à démontrer que Freud avait raison de croire qu'une certaine déformation de la réalité est indispensable à notre bien-être psychologique (Pervin, 1993; Snyder, 1988; Taylor et coll., 1988). L'essentiel est de ne pas abuser des mécanismes de défense.

**Mécanismes de défense :** Dans la théorie psychanalytique, réactions inconscientes du moi ayant pour but d'éviter l'anxiété et de résoudre des conflits. Tout le monde a recours à des mécanismes de défense. Ces mécanismes ne deviennent problématiques que s'ils sont utilisés de manière excessive.

**Refoulement :** Selon Freud, mécanisme de défense le plus important par lequel les pulsions inacceptables sont inconsciemment empêchées de parvenir à la conscience.

Tableau 2.2 Huit mécanismes de défense.

Mécanisme de défense	Description	Exemple
Le refoulement	Empêcher des pensées douloureuses ou menaçantes d'accéder au conscient.	Oublier des agressions sexuelles subies dans la petite enfance.
La sublimation	Transformer des désirs non satisfaits ou des pulsions non acceptables en activités constructives.	Canaliser les désirs sexuels vers l'art et la musique.
La négation	Se protéger d'une réalité désagréable en refusant d'en admettre l'existence.	Les alcooliques refusent d'admettre leur dépendance à l'égard de l'alcool.
La rationalisation	Trouver des raisons socialement acceptables pour justifier des pensées ou des actions qui se fondent sur des motifs inacceptables.	Justifier le fait de tricher à un examen en disant « tout le monde le fait ».
L'intellectualisation	Ignorer les aspects émotifs d'une expérience pénible en se concentrant sur des pensées abstraites, sur des mots ou sur des idées.	Ne pas tenir compte de ses émotions en discutant des raisons de son divorce.
La projection	Attribuer à autrui ses propres motifs ou pulsions inacceptables.	Ne pas s'avouer ses propres envies de relations extra-conjugales tout en faisant preuve d'une jalousie exagérée à l'endroit de son compagnon ou de sa compagne.
La formation réactionnelle	Refuser de prendre conscience de désirs, de pensées ou de sentiments jugés inacceptables en adoptant des comportements qui leur sont contraires.	Se montrer dominateur et vantard alors qu'on se sent inférieur et qu'on a peu d'estime de soi.
La régression	Réagir à une situation menaçante d'une manière qui correspond à un stade antérieur de développement.	Se mettre en colère lorsqu'un ami refuse d'obtempérer à nos demandes.

## 4- Les métiers de la psychologie.

Seuls deux titres sont reconnus et protégés par la loi :

Formation universitaire

Le PSYCHOLOGUE : communication et entretien, analyse, test

Objectif : **Diagnostic**

clinique adulte

Le PSYCHIATRE : médecin - prescription de médicaments

clinique infanto juvénile

Les autres pys ne sont pas des titres protégés :

Formation privée

Objectif : **Traitement**

Les psychothérapeutes comme le psychanalyste, le thérapeute systémicien,...

Le psychomotricien centré sur le développement moteur de l'enfant

Le psycho-sexologue, le psychopédagogue centré sur les problèmes scolaires et d'apprentissage



### III. Aperçu de quelques méthodes relationnelles


#### 1. L'observation.

L'observation intervient dans un grand nombre de situations quotidiennes comme lorsque l'on s'installe en terrasse de café, ou encore sur une plage...

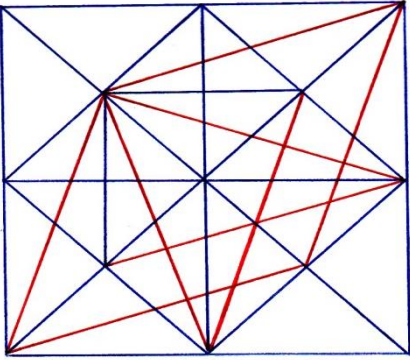
Quels sont les éléments observés ?

Le message verbal : les dialogues, les échanges,...	⇒ COMMUNICATION VERBALE
Les mimiques, les gestes, ... La coiffure, l'habillement, ...	⇒ COMMUNICATION NON VERBALE
Le décor, l'ambiance, les objets utilisés, ...	⇒ DONNEES ENVIRONNEMENTALES

#### Application 1 :

Combien de fois la figure suivante  est-elle représentée dans le dessin ci-dessous ?

Attention, ce sont les dimensions qui importent quelle que soit l'orientation de la figure dans l'espace !



**Application 2 :** Observer en classe et de manière individuelle le document photographique 'COB partage ma vie' - document en page suivante.

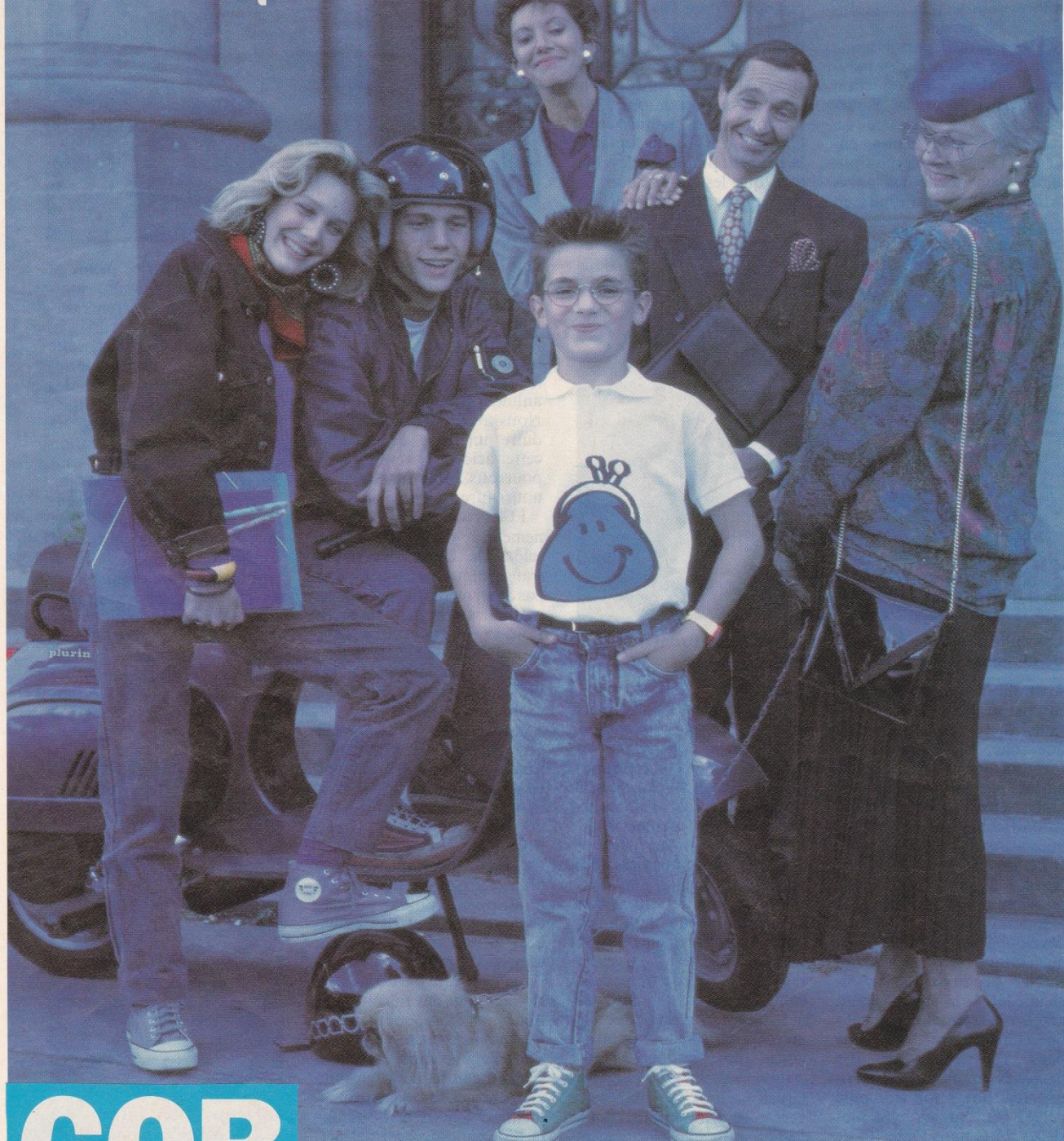
En confrontant les observations, on peut distinguer :

Les DONNEES OBJECTIVES : mesurables qui ont un début et une fin, qui sont dénombrables observables qui sont perçues par l'un de nos cinq sens (vue, ouïe, odorat, goût, toucher)

Les DONNEES SUBJECTIVES : interprétations personnelles non vérifiables liées au ressenti, aux expériences et au vécu de chacun.



DEVINEZ QUI A LA MEILLEURE FORMULE D'EPARGNE!



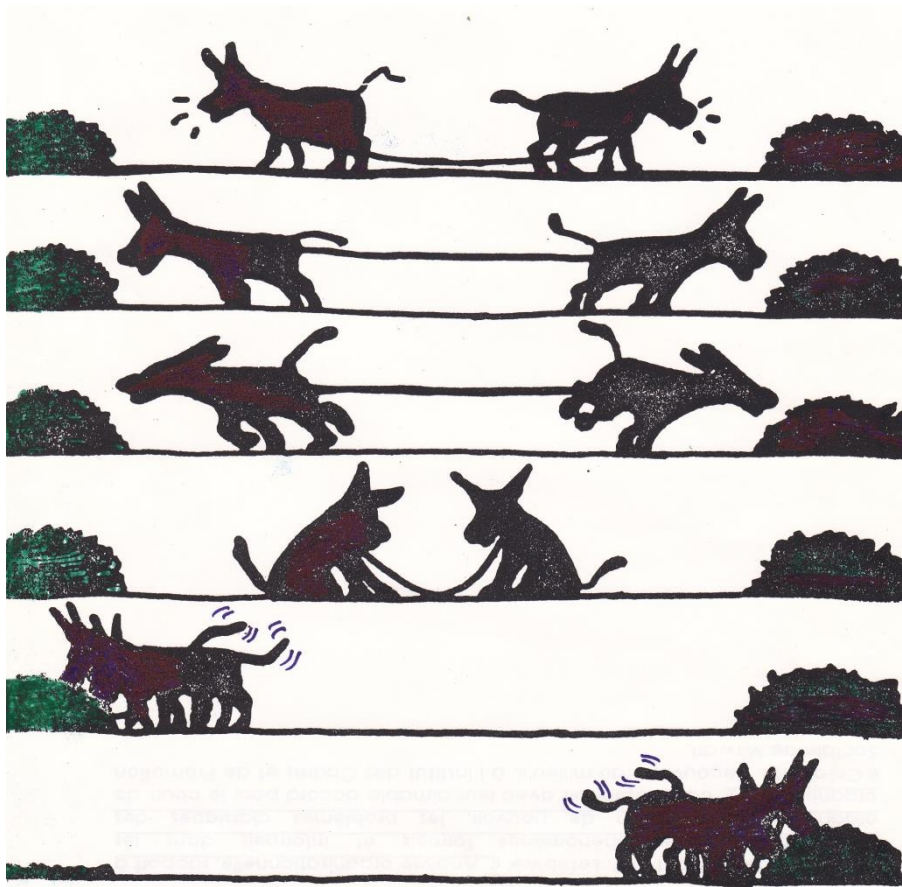
**COB**  
**PARTAGE**  
**MA VIE**

les produits chez eux. La  
l'été est en fait, sans que  
être plus de dix-sept ans  
du Ft. Van Montagu de  
l'ensemble de Gand, tout  
cette époque ou de combi-  
les mêmes notes »  
A la Commission sur  
pendant un partage plus les

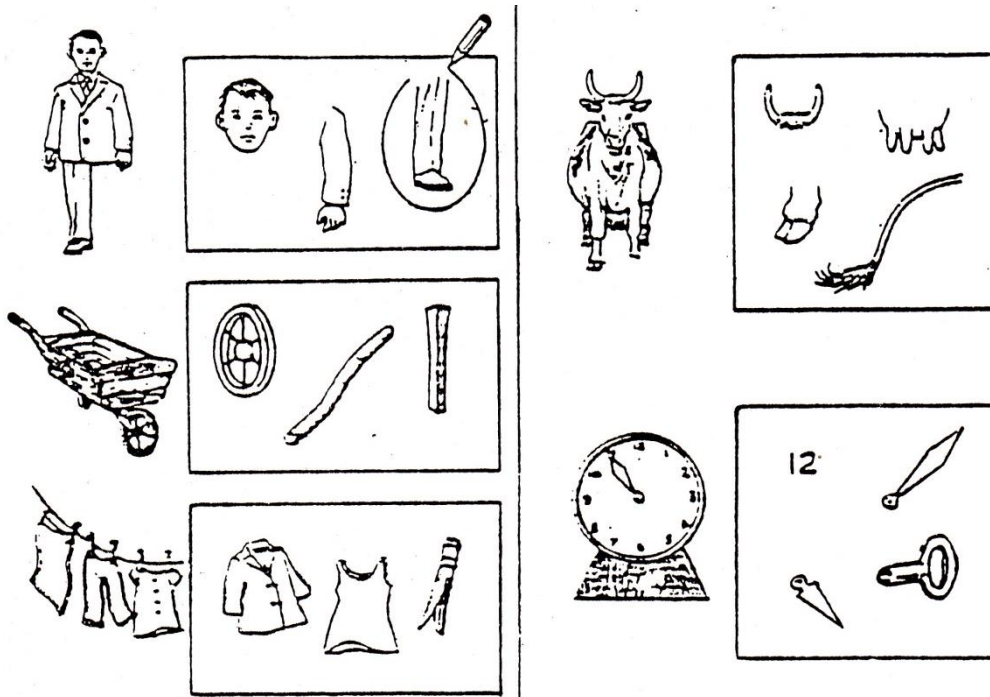
le fait de donner l'indus-  
triel, selon l'histoire. « Il  
résultats de nouvelles ma-  
sont le résultat du passage  
répondre à d'autres facteurs.  
l'histoire est complexe. Or  
l'histoire se sont adaptés  
le faire se fait que  
le fait de donner, est le fait que

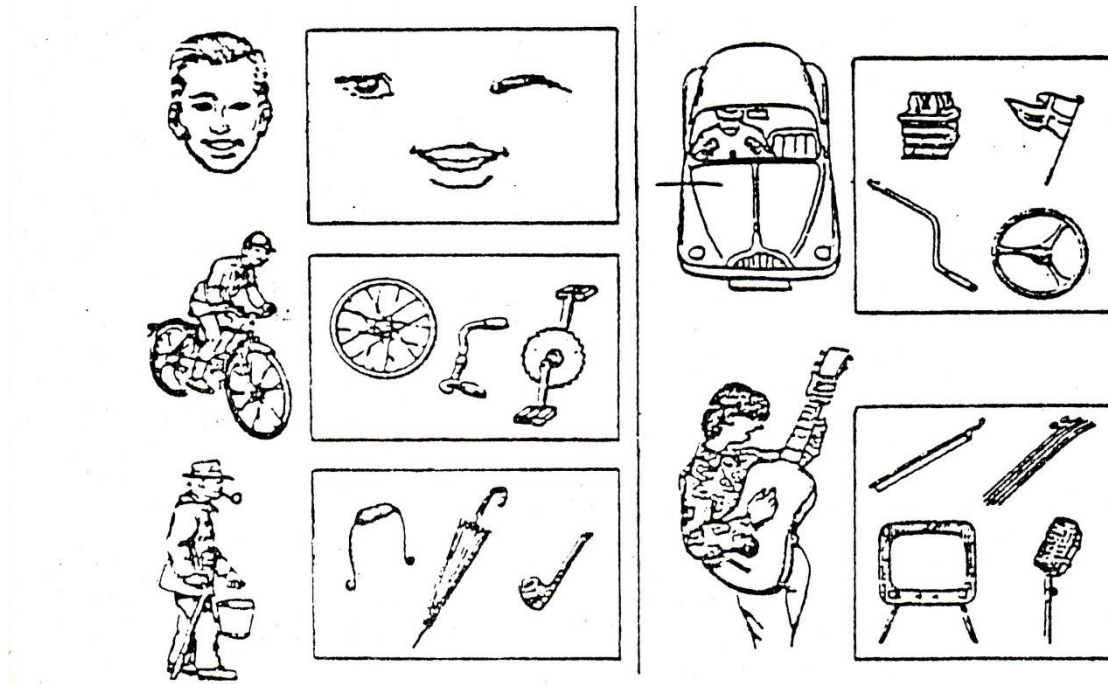


**Application 3 :** Dans cette bande dessinée muette, quel est le message que l'auteur veut nous signifier ? Quelles valeurs peuvent ici être identifiées ? Une devise peut être retenue, laquelle ?



**Application 4 :** Que manque-t-il dans ces dessins anglais volontairement peu précis ?





Quels sont les types d'observation ?

A. L'observation libre :

Observer des individus dans leur milieu naturel de vie, il n'y a pas de plan préétabli à l'observation. On ne sait pas d'avance ce que l'on va pouvoir observer.

B. L'auto-observation :

S'observer soi-même. Ainsi noter ses heures de réveil et de coucher pendant quinze jours. Ou encore noter à la demande d'une diététicienne tout ce que l'on mange durant cinq jours.

C. L'observation systématique : la notion de **grille d'observation**

Ici on oriente d'avance l'attention de l'observateur sur des éléments précis, des comportements déterminés.

**Application 1 :** Compter dans le groupe classe toutes les personnes portant des lunettes, ensuite distinguer le nombre de filles et le nombre de garçons.

**Application 2 :** Observer le bégaiement d'un garçon âgé de 7 ans. Repérer la fréquence du comportement, sa durée, les moments d'apparition, la présence de pair(s) ou d'adulte(s),...

**Application 3 :** la grille d'observation pour évaluer le degré d'autonomie d'un individu

Le système à colonnes permet de déterminer rapidement le niveau d'autonomie de l'individu observé. Il suffit de compter le nombre de croix par colonne. Plus les croix sont nombreuses dans la dernière colonne, moins la personne observée est autonome !

L'item 'comportement à table' est aussi présenté sous forme de continuum. Son évaluation est alors beaucoup plus précise mais moins pratique pour une vue générale et rapide.

Quelles sont les critiques à émettre ici ? Quelles sont les améliorations à apporter ?

Attention ! Ceci est un travail perfectible produit par un étudiant éducateur

**Développement de l'autonomie en unité d'hébergement**  
 Enfant - adulte - personne âgée (avec ou non un handicap mental ou physique)

Consigne: Cocher dans l'une des colonnes suivantes -

- B = Bon si le comportement est acquis
- M = Moyen si le comportement est acquis partiellement ou avec difficulté
- Ma = Mauvais si le comportement n'est pas acquis

	B.	M.	Ma.
Le lever.			
Avec réveil			
Après appel			
Après plusieurs sollicitation			
Contrôle sphinctérien.			
Contrôle de l'inériorité: jour			
Contrôle de l'encoprésie: nuit			
Utilisation adéquate des toilettes ( chasse d'eau, papier U.C.)			
Hygiène corporelle.			
Se lave seul			
S'essuie seul			
Se brosse les dents			
Se coiffe seul			
Habillage.			
Reconnaît ses vêtements			
S'habille seul (enfils ses vêtements convenablement et dans le bon ordre).			
Boutonne ses vêtements			
Met ses chaussures au bon pied			
Lace ses chaussures			
Comportement à table.			
Tenue et propreté			
Bonne utilisation du couvert			
Façon de boire			
Façon de manger			
Autonomie ( se sert dans les plats, beurre sa tartine)			
Autonomie ( dans les activités quotidiennes).			
Fait son lit			
Prépare son déjeuner			
Lave sa vaisselle			
Débarasse sa table et la nettoie			
Range son linge			

**Déplacements.**

Dans l'institution: seul  
 accompagné

Al'extérieur: seul  
 accompagné d'un camarade  
 accompagné d'un adulte

B.	M.	Ma.

**Comportement à table.**

- C. Correct.
- I. Incorrect.

Hygiène avant le repas

Propreté dans la façon de manger

Utilisation des couverts

Façon de boire

Façon de manger

Autonomie ( beurrer sa tartine,  
couper sa viande)

Contrôle de ses préférences ou  
de ses répulsions



Pour améliorer et préciser l'observation, on utilise parfois des échelles d'observation dont les points sont rigoureusement définis.

Exemple: pour préciser des conduites agressives.

se met en colère sans raison apparente	
a des réactions brusques et imprévisibles	
fait preuve de violence verbale	
utilise sa force physique pour s'imposer	
etc.	

Il suffit à l'observateur de cocher la phrase correspondant à ce qu'il constate. Dans ce genre d'échelle, il est parfois utile de laisser une ligne en blanc pour décrire une situation non prévue dans l'échelle.

Autre exemple relatif à l'attention:

1<sup>ère</sup> période 2<sup>e</sup> ...

attentif dans toutes les activités			...
attentif dans ce qui lui plaît			...
moyennement attentif			...
difficultés de concentration			...
distraction, instabilité			...

## 2. L'introspection.

Il s'agit ici de saisir ses états de conscience, ses états d'âme,... ce que l'on ressent soi-même intérieurement. Ce sont donc les conditions internes qui sont visées : on doit donc réfléchir sur soi, essayer d'exprimer ses impressions, ses sentiments.

**Application 1 :** Les inventaires de dépression - 'Self-rating Depression Scale' de Zung (1929-1992).

	Jamais ou rarement	De temps en temps	Une bonne par- tie du temps	La plupart du temps
1. Je me sens blessé et triste				
2. Je me sens le mieux le matin				
3. Je pleure ou j'ai des envies de pleurer				
4. Je ne dors pas bien la nuit				
5. Je mange autant que d'habitude				
6. Le sexe m'intéresse encore				
7. Je remarque perdre du poids				

	Jamais ou rarement	De temps en temps	Une bonne par- tie du temps	La plupart du temps
8. J'ai des ennuis de constipation				
9. Mon coeur bat plus vite que d'habitude				
10. Je me sens fatigué sans raison				
11. Mes pensées sont aussi claires que d'habitude				
12. Je trouve facile de faire les choses que j'ai l'habitude de faire				
13. Je suis agité et je ne peux rester tranquille				
14. J'ai de l'espoir pour l'avenir				
15. Je suis plus irritable que d'habitude				
16. Je trouve facile de prendre des décisions				
17. Je me sens utile et nécessaire				
18. Ma vie est agréablement pleine				
19. Je pense que d'autres se sentiraient mieux si j'étais mort				
20. J'aime encore les choses que j'avais l'habitude de faire				

**Application 2 :** Les échelles d'attitudes

Celle présentée ci-après est utilisée pour le personnel soignant œuvrant dans des services lourds d'un point de vue psychologique comme les soins palliatifs, les services d'oncologie,...

Nom :

Date :

Heure :

Voici des paires d'adjectifs décrivant des états opposés. Veuillez mettre une croix dans la case à droite de l'adjectif qui correspond le mieux à votre état actuel.

Ne réfléchissez pas trop longtemps avant de répondre.

Ne mettez qu'une seule croix par ligne.

### EN CE MOMENT, JE ME SENS:

PLUTÔT	↓	PLUTÔT	↓	NI L'UN NI L'AUTRE	↓
Communicatif (-tive)		Complexé(e)			
Bien luné(e)		Sombre			
Sans initiative		Entreprenant(e)			
Peu résistant(e)		Robuste			
Volontaire		Sans but			
Sérieux, sérieuse		Jovial(e)			
Sans imagination		Plein(e) d'idées			
Susceptible		Peu susceptible			
Pessimiste		Optimiste			
Insouciant(e)		Soucieux, soucieuse			
Abattu(e)		Plein(e) d'allant			
Capable d'amour		Egoïste			
Coupable		Non coupable			
Exténué(e)		Dispos(e)			
Las(se) de vivre		Heureux(euse) de vivre			
Bon, bonne		Mauvais(e)			
Joyeux, joyeuse		Triste			
Aimé(e)		Mal-aimé(e)			
Paresseux, paresseuse		Actif, active			
Renfermé(e)		Ouvert(e)			
Plein(e) de vie		Sans vie			
Plein(e) de tempérament		Sans ressort			
Attentif, attentive		Distrain(e)			
Désespéré(e)		Plein(e) d'espoir			
Satisfait(e)		Mécontent(e)			
Peureux, peureuse		Téméraire			
Plein(e) de force		Sans force			
Calme		Agité(e)			

### 3. Les questionnaires et les enquêtes.

Le but est ici de **recueillir de l'information** ou d'échanger de l'information ! Ainsi, l'aide-soignant(e) ou l'aide familial(e) peut réaliser une :

- **collecte de données**, en interrogeant oralement la personne à partir d'un questionnaire préparé et quelquefois stéréotypé. Des informations générales sont ainsi obtenues comme par exemple les nom et prénom, la date de naissance, l'adresse, la religion, le numéro d'appel d'un parent, les coordonnées d'assurance hospitalisation et de mutuelle...
- **anamnèse**, en interrogeant la personne sur :
  - o ses habitudes alimentaires (sucre, sel, graisse)
  - o sa prise de boisson (alcool)



- son hygiène de vie (tabac, activités sportives,...)
- sa qualité de sommeil
- ses antécédents médicaux (maladie, allergie, intervention chirurgicale,...)
- la santé de ses parents proches (premier degré : parents, fratrie et enfants)
- sa taille, poids et âge

La plupart des enquêtes se réalisent donc à partir de questionnaires préétablis de type ‘papier-crayon’. Les questions qui y sont formulées peuvent donc être de type différent.

Quatre types de question :

- a) La question ouverte : la personne inscrit elle-même sa réponse en écrivant à côté de la question posée

Exemple : ‘Quel est votre plat préféré ? .....’

- b) La question fermée : la personne opte pour une réponse parmi une liste préétablie, soit en cochant ou en inscrivant un chiffre

Exemple : ‘Quel est votre plat préféré ?  la paëlla  la pizza  le couscous’  
 ‘Quel est votre plat préféré ?  1- la paëlla 2- la pizza 3- le couscous’

- c) La question semi-fermée : la personne opte pour une réponse parmi une liste préétablie, soit en cochant ou en inscrivant un chiffre, ou bien alors inscrit elle-même sa réponse personnelle en écrivant à côté de la question posée

Exemple : ‘Quel est votre plat préféré ?  la paëlla  la pizza  le couscous  autre : .....

- d) La question à appariement : Cette forme de question est moins courante, elle consiste à demander à la personne de relier les éléments d’une liste à ceux d’une liste

Exemple : ‘Quel est le plat typique de ces pays ?

- |                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Tunisie <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Le waterzooï |
| Italie <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Le couscous  |
| Espagne <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> La pizza     |
| Belgique <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> La paëlla    |

**Application :** Identifier les types de question dans le questionnaire sur le thème des vacances – les agences de voyage et les tour-opérateurs (Test-Achats, service Enquêtes Vacances).

## LES AGENCES DE VOYAGES ET LES TOUR-OPERATEURS

Auprès de qui avez-vous réservé vos vacances ou une partie ?  
 Notez le plus complètement possible :

<p>le nom de l'agence de voyages :</p> <p>ne rien remplir dans ces cases</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <p>(20)</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>l'adresse de l'agence de voyages :</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	<p>le nom du tour-opérateur :</p> <p>ne rien remplir dans ces cases</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <p>(22)</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>le titre de la brochure/du catalogue dans lequel vous avez choisi et réservé :</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
---	--

## VOTRE FORMULE DE VACANCES

**Q.1.** Pour quoi avez-vous fait appel à l'agence de voyages ?  
Cochez une ou plusieurs réponses.

- (23)  pour un voyage "tout compris"  
(transport, logement, repas éventuels)
- (24)  pour le transport
- (25)  pour le logement (hôtel, location,...)
- (26)  pour un voyage itinérant
- (27)  pour un séjour dans un club (pension complète/  
demi-pension et activités)
- (28)  pour une croisière
- (29)  autre : \_\_\_\_\_

**Q.2.** Quel(s) moyen(s) de transport avez-vous  
commandé(s)/réservé(s) via l'agence de voyages ?  
Cochez une ou plusieurs réponses.  
Si aucune, passez à la question 3.

- (30)  train
- (31)  autobus
- (32)  avion : vol régulier (vol de ligne)
- (33)  avion : charter
- (34)  bateau
- (35)  voiture (de location) sur place
- (36)  motorhome (de location)
- (37)  autre moyen de transport : \_\_\_\_\_

**Q.3.** Quel logement avez-vous réservé/commandé  
via l'agence de voyages ?  
Cochez une ou plusieurs réponses.  
Si aucune, passez à la question 4.

- (38)  studio, appartement, chalet, villa,...  
de location
- (39)  hôtel ou formule de club
- (40)  pension de famille
- (41)  emplacement de camping et/ou tente/caravane
- (42)  motorhome
- (43)  maison d'autres personnes (maison d'échange)
- (44)  chambre chez l'habitant (Bed and Breakfast,  
Zimmer Frei,...)
- (45)  autre : \_\_\_\_\_

**Q.4.** Dans quel pays avez-vous passé vos vacances ?  
Choisissez le numéro dans la liste A ci-dessous.

Liste A : pays de vacances	
01 = Allemagne	19 = Italie
02 = Andorre	20 = Luxembourg
03 = Autriche	21 = Maroc
04 = Belgique	22 = Mexique
05 = Canada	23 = Monaco
06 = Danemark	24 = Norvège
07 = Egypte	25 = Pays-Bas
08 = Espagne - continent	26 = Portugal (y compris les îles)
09 = Espagne - îles Baléares	27 = République dominicaine
10 = Espagne - îles Canaries	28 = Slovaquie
11 = Etats-Unis	29 = Suède
12 = Finlande	30 = Suisse
13 = France	31 = Thaïlande
14 = Grande-Bretagne (y compris l'Ecosse et l'Irlande du Nord)	32 = Tchèque
15 = Grèce (y compris les îles)	33 = Tunisie
16 = Hongrie	34 = Turquie
17 = Indonésie	35 = autre pays :
18 = Irlande	_____

(47)

**Q.5.** Quand êtes-vous parti en vacances ?

Date de départ :     1 9    
(48) jour mois année (53)

Date de retour :     1 9    
(54) jour mois année (59)

## SATISFACTION GLOBALE

**Q.6.** En général, vos vacances ont été...  
1 = très mauvaises 4 = bonnes   
2 = mauvaises 5 = excellentes (60)  
3 = moyennes

## APPRECIATION DU TRANSPORT

Ne répondez aux questions suivantes que  
si vous avez réservé le moyen de transport via une agence  
de voyages. Si non, passez à la question 8.

**Q.7.** Que pensez-vous des aspects suivants du transport ?  
Choisissez votre réponse dans la liste B.

- le respect de l'horaire à l'aller .....  (61)
- le respect de l'horaire au retour .....  (62)
- le confort dans le moyen de transport .....  (63)
- l'amabilité, la compétence, l'assistance du per-  
sonnel du tour-opérateur au point  
d'arrivée .....  (64)
- l'amabilité, la compétence, l'assistance  
du personnel du tour-opérateur  
dans le moyen de transport .....  (65)
- le transport de l'aéroport vers le lieu de séjour  
(si voyage en avion) .....  (66)

## QUESTIONS POUR CEUX QUI ONT LOUE UN APPARTEMENT, STUDIO, CHALET OU VILLA

Ne répondez aux questions suivantes que  
si vous avez réservé votre logement via une agence de voyages.  
Si non, passez à la question 11.

**Q.8.** Qu'avez-vous loué via l'agence de voyages ?  
1 = un studio  (67)  
2 = un appartement avec au moins  
une chambre à coucher  
3 = un chalet, une maison, une villa, un bungalow,...  
4 = autre : \_\_\_\_\_

**Q.9.** Que pensez-vous des aspects suivants du logement ?  
Choisissez votre réponse dans la liste B.

- l'accueil sur place (facilité pour obtenir  
les clés, information,...) .....  (68)
- la propreté du logement lorsque vous y êtes  
entré .....  (69)
- l'état du mobilier, de la vaisselle, .....  (70)
- la quantité de vaisselle .....  (71)
- le confort dans le logement .....  (72)
- la quantité d'informations reçues  
avant de louer .....  (73)
- l'exactitude des informations reçues .....  (74)
- la situation du logement, par rapport à  
ce qui avait été décrit .....  (75)
- le nombre de lits par rapport à ce qui était  
annoncé .....  (76)
- l'espace disponible dans le logement .....  (77)
- le prix, compte tenu de ce que vous avez reçu ..  (78)



**LISTE B : ECHELLE POUR L'APPRECIATION DES QUESTIONS  
7, 9, 12, 13, 15, 18 et 19.**

1 = très mauvais	3 = moyen	5 = très bon
2 = mauvais	4 = bon	9 = pas d'application

Donnez toujours votre appréciation par rapport à ce que vous avez réservé et ce qu'on vous a promis.

**Q.10.** Vous a-t-on facturé des frais supplémentaires inattendus ? (concierge, ascenseur, nettoyage, assurance, taxes, frais administratifs...)  (79)

1 = oui    2 = non    3 = je ne le sais pas

**QUESTIONS POUR CEUX QUI ONT SEJOURNE A L'HOTEL OU DANS UN CLUB**

Ne répondez aux questions suivantes que si vous avez réservé votre séjour à l'hôtel, en pension de famille, dans un club, ... via une agence de voyages. Si non, passez à la question 15.

**Q.11.** Qu'avez-vous réservé via l'agence de voyages ?  (80)

1 = formule séjour dans un club  
2 = hôtel - pension complète  
3 = hôtel - demi-pension  
4 = hôtel avec petit déjeuner  
5 = hôtel sans repas  
6 = pension de famille  
7 = autre: \_\_\_\_\_

- Q.12.** Que pensez-vous des aspects suivants de l'hôtel/du club/de la pension ? Choisissez votre réponse dans la liste B.
- le confort dans l'hôtel/le club/la pension .....  (81)
  - la propreté dans l'hôtel/le club/la pension .....  (82)
  - l'espace disponible dans la chambre .....  (83)
  - l'amabilité du personnel dans l'hôtel/le club/la pension .....  (84)
  - la qualité des repas dans l'hôtel/le club/la pension (si ceux-ci étaient disponibles) .....  (85)
  - la quantité de nourriture lors des repas dans l'hôtel/le club/la pension (si ceux-ci étaient disponibles) .....  (86)
  - la variété des repas dans l'hôtel/le club/la pension (si ceux-ci étaient disponibles) .....  (87)
  - la situation de l'hôtel/du club/de la pension ...  (88)
  - la sécurité (l'accès aux chambres, à l'hôtel, coffres-fort disponibles à la clientèle,...) .....  (89)
  - le prix, compte tenu de ce que vous avez reçu  (90)

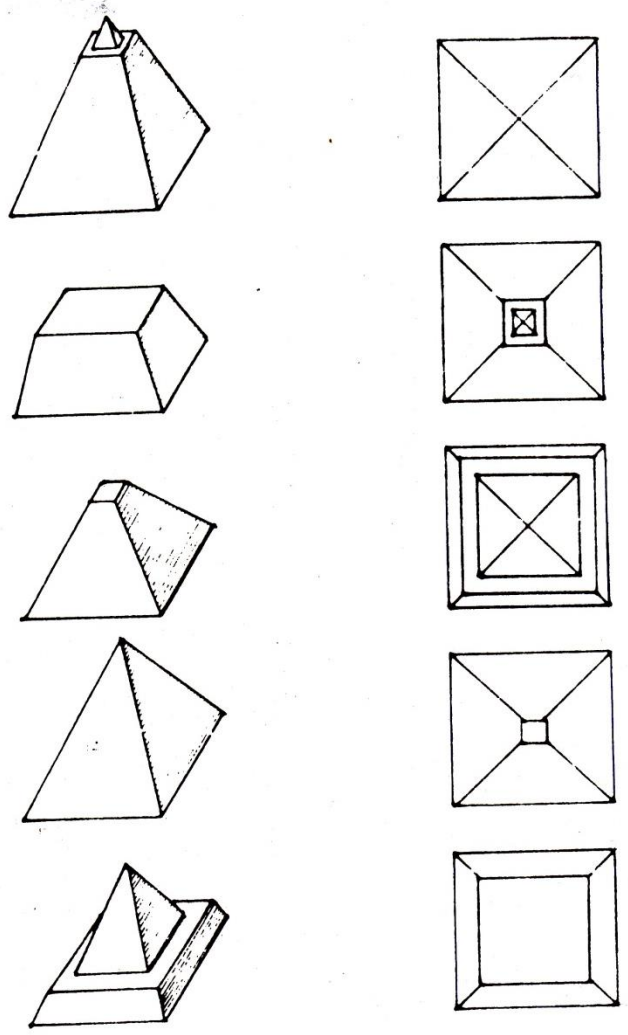
**QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES POUR CEUX QUI ONT SEJOURNE DANS UN CLUB**

Si vous n'avez pas séjourné dans un club, passez à la question 15.

- Q.13.** Que pensez-vous des aspects suivants du club ? Choisissez votre réponse dans la liste B.
- l'organisation des activités sportives .....  (91)
  - l'équipement pour les activités sportives .....  (92)
  - la compétence des moniteurs .....  (93)
  - l'organisation d'autres activités d'animation en journée .....  (94)
  - l'organisation d'autres activités d'animation en soirée .....  (95)

Exemple de question à appariement :

Les figures de la colonne de droite correspondent dans le désordre aux figures de la colonne de gauche vue plongeante quand on les regarde du haut. Appariez figures et êtres géométriques en les unissant.



4. Le jeu de rôle.

Observer de manière directe et dans le milieu naturel de vie n'est pas toujours possible. Ainsi, un(e) aide-soignant(e)/aide familial(e), en maison de repos, apprend qu'il y a eu une dispute entre deux résidents pour un biscuit. Celle-ci peut alors demander de jouer la scène...

⇒ L'**aspect ludique** avec un **détachement de l'aspect conflictuel** de la situation s'impose ainsi : chacun participe d'une manière active et avec spontanéité, les émotions et les sentiments y sont exprimés.

Quatre étapes :

- 1) Donner les consignes et situer le scénario : lieu, personnages, moment, intrigue,...
- 2) Imaginer les lignes directrices du scénario pour les participants
- 3) Réaliser le jeu de rôle pour les participants, les spectateurs observent quant à eux le jeu.
- 4) Evaluer la qualité du jeu de rôle, analyser les conduites : attitudes, postures et mimiques, agressivité,...

Pour illustrer la notion de point de vue face à une situation, un jeu de rôle, il est ici fait référence à des Exercices de style de Raymond Queneau (1947) dans lesquels la même histoire est narrée sous 99 versions différentes ! Quel point de vue prendre ? A la place de qui se placer lorsque l'on raconte ?

#### **Récit.**

Un jour vers midi du côté du parc Monceau, sur la plateforme arrière d'un autobus à peu près complet de la ligne S (aujourd'hui 84), j'aperçus un personnage au cou fort long qui portait un feutre mou entouré d'un galon tressé au lieu de ruban. Cet individu interpella tout à coup son voisin en prétendant que celui-ci faisait exprès de lui marcher sur les pieds chaque fois qu'il montait ou descendait des voyageurs. Il abandonna d'ailleurs rapidement la discussion pour se jeter sur une place devenue libre.

Deux heures plus tard, je le revis devant la gare Saint-Lazare en grande conversation avec un ami qui lui conseillait de diminuer l'échancrure de son pardessus en en faisant remonter le bouton supérieur par quelque tailleur compétent.

#### **Le côté subjectif.**

Je n'étais pas mécontent de ma vêture, ce jour'hui. J'inaugurai un nouveau chapeau, assez coquin, et un pardessus dont je pensai grand bien. Rencontré X devant la gare Saint-Lazare qui essaye de gâcher mon plaisir en essayant de me démontrer que ce pardessus est trop échancré et que j'y devrais rajouter un bouton supplémentaire. Il n'a tout de même pas osé s'attaquer à mon couvre-chef.

Un peu auparavant, rembaré de belle façon une sorte de goujat qui faisait exprès de me brutaliser chaque fois qu'il passait du monde, à la descente ou à la montée. Cela se passait dans un de ces immondes autobis qui s'emplissent de populus précisément aux heures où je dois consentir à les utiliser.

#### **Autre subjectivité.**

Il y avait aujourd'hui dans l'autobus à côté de moi, sur la plate-forme, un de ces morveux comme on n'en fait guère, heureusement, sans ça je finirais par en tuer un. Celui-là, un gamin dans les vingt-six, trente ans, m'irritait tout spécialement non pas tant à cause de son grand cou de dindon déplumé que par la nature du ruban de son chapeau, ruban réduit à une sorte de ficelle de teinte aubergine. Ah! Le salaud! Ce qu'il me dégoûtait! Comme il y avait beaucoup de monde dans notre autobus à cette heure-là, je profitais des bousculades qui ont lieu à la montée ou à la descente pour lui enfoncer mon coude entre les côtelettes. Il finit par s'esbigner lâchement avant que je me décide à lui marcher un peu sur les arpions pour lui faire les pieds. Je lui aurais dit aussi, afin de le vexer, qu'il manquait un bouton à son pardessus trop échancré.

## 5. L'entretien ou interview.

L'entretien englobe une observation prolongée de la personne et une compréhension de ses manières de penser et de réagir. Son but est d'établir un contact chaleureux mais également respectueux.

**Application 1 :** L'aide familial face à un adolescent ayant dérobé un gsm dans un magasin multimédia. Il va interroger sur le comment, où, avec qui, quand... mais aussi portera un jugement sur l'acte commis, trouvera peut-être une solution à mettre en place, versera dans une attitude de réconfort...

**Application 2 :** L'étudiant interrogé par son professeur dans le cadre d'un examen oral. L'enseignant pourra notamment repérer très vite si l'étudiant a réellement étudié la matière sur laquelle il est questionné, ou s'il fait semblant d'essayer de se souvenir... Cela notamment avec le positionnement des yeux comme illustrés ci-après.

Les mouvements oculaires:  
(Du point de vue de l'observateur)



Yeux en haut à gauche :  
voit quelque chose qui  
n'a pas été vu avant.  
*Image construite*



Yeux en haut à droite :  
se souvient de quelque  
chose de déjà vu.  
*Mémoire visuelle*



Yeux au milieu, dans le vague :  
regarde dans le vide avec  
légère dilatation de la pupille.  
*Image mémorisée ou construite*



Yeux au milieu, à droite ou à gauche :  
entend des sons extérieurs ou internes  
(mémorisés ou imaginés).  
*Auditif*



Yeux en bas à gauche :  
sensations, émotions.  
*Kinesthésique*



Yeux en bas à droite :  
dialogue interne.  
*Auditif*

Quelques difficultés rencontrées par l'aide-soignant(e)/aide familial(e) lors de l'entretien :

Voilà pêle-mêle quelques freins à l'échange entre l'éducateur et le bénéficiaire...

- La gestion du temps par l'aide-soignant(e)/aide familial(e) p.ex – 'Je n'ai pas le temps de parler avec toi pour l'instant, je dois m'occuper de ...'
- L'espace : un local trop bruyant, un local trop froid, un local surchauffé et mal aéré, un local mal éclairé et/ou insécurisant
- La dimension physique : l'apparence 'repoussante' d'un handicap, un handicap sensoriel, une odeur corporelle insupportable, une mauvaise forme physique ou une fatigue
- La différence d'âge ou de sexe
- Les différences culturelles, les problèmes linguistiques
- Le handicap mental



## IV. La relation d'aide

### 1. La notion de besoin



- Abraham Maslow (1908-1970), revu par Virginia Henderson (1897-1996)

La **pyramide des besoins** de A. Maslow mentionne une hiérarchie des besoins, l'auteur ne la représente jamais sous la forme figée. Au contraire, il montre principalement son aspect dynamique. Cette pyramide est composée de cinq niveaux. Selon cette théorie, nous recherchons d'abord à satisfaire les besoins situés aux niveaux inférieurs avant de penser aux besoins situés aux niveaux supérieurs de la pyramide. Ainsi on rechercherait à satisfaire les besoins physiologiques avant les besoins de sécurité.

Cette classification peut aussi se retrouver sur trois niveaux :

1. **Besoin primaire** : besoin vital – Besoins physiologiques.

Quelle que soit la société étudiée, il est impossible de s'en passer. Donc... manger, dormir, vivre somme toute.

2. **Besoin secondaire** : besoin social – Besoins de sécurité conjugués aux besoins affectifs.

Il est impossible de se passer de ces besoins pour avoir une vie normale en société. Donc dans les sociétés développées : se laver, posséder une adresse, porter des vêtements en bon état, savoir lire...

3. **Besoin tertiaire** : besoin personnel – Besoins d'estime de soi conjugués aux besoins de réalisation de soi.

Besoin qui sert à se sentir bien, à être en bonne santé mentale ou simplement de bonne humeur. Donc : avoir des passe-temps, acheter une certaine marque...

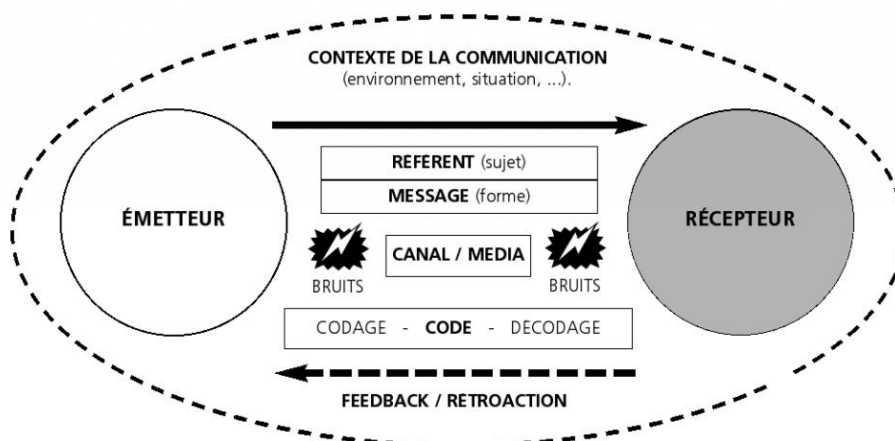
## Les 14 besoins fondamentaux du patient hospitalisé (V. Henderson, 1897-1996)

Ici sont visés les éléments plus typiquement psychologiques.

- Le **besoin de respirer** : la notion de crise d'angoisse.
- Le **besoin de boire et de manger** : la problématique anorexique et boulimique.
- Le **besoin d'éliminer** : les difficultés d'encoprésie et d'énurésie à l'enfance, la colostomie chez l'adulte.
- Le **besoin de se mouvoir** et de maintenir une bonne position : nécessité de se déplacer pour permettre la réalisation d'activités sociales et de maintenir l'équilibre mental.
- Le **besoin de dormir** et de se reposer : les problématiques d'insomnie, d'hypersomnie.
- Le **besoin de se vêtir** et de se dévêtir : la notion de pudeur lors des toilettes, des fonctions d'élimination.
- Le **besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale** : la sensation de chaleur corporelle lors d'un moment de stress.
- Le **besoin d'être propre** et de protéger ses téguments : la sensation de propreté corporelle, élément de bien être en lien avec l'estime de soi, l'image narcissique.
- Le **besoin d'éviter les dangers** : nécessité de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale – le lien avec la toxicomanie, les états de dépendance, la confusion mentale.
- Le **besoin de communiquer** : nécessité de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, d'établir des relations avec autrui – la problématique du laryngectomisé, le bégaiement à l'enfance, la jargonophilie du dément sénile.
- Le **besoin de pratiquer sa religion** et d'agir selon ses croyances : nécessité d'être reconnu comme sujet humain avec un sens de vie, de faire des liens entre événements passés, pour certains de croire en la continuité de l'homme.
- Le **besoin de s'occuper** de façon à se sentir utile et de se réaliser : nécessité d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités – la problématique dépressive.
- Le **besoin de se recréer** : nécessité de se détendre, de se divertir – l'ergothérapie.
- Le **besoin d'apprendre** : nécessité de s'adapter, de maintenir sa santé – la notion d'autonomie, le refus, l'apathie ou la résignation.

## 2. L'aspect relationnel de la communication

Pour rappel :



Selon C. Rogers (1902-1987), l'importance de l'attitude du récepteur est fondamentale sur la communication : la notion de feedback ou rétroaction - ex : un sourire, un geste, une parole, un silence,...

La communication dans la **relation d'aide** se réfère au système de classification de R. Mucchielli (1969). Ainsi face à une question posée ou une situation, le professionnel utilise d'office ce système comportant cinq attitudes verbales dites « non facilitantes » (évaluative, d'interprétation, de soutien, de solution immédiate, d'investigation) et une « facilitante » (attitude compréhensive). Voici donc les définitions de chacune des six catégories d'attitude d'un professionnel dans une relation d'aide, accompagnées d'exemples et des principales conséquences sur l'aidé.

### 1. Attitude évaluative – réponse de jugement

Les répliques de la catégorie évaluative sont des énoncés qui portent sur l'aidé un jugement moral ou critique (approbateur ou désapprobateur) :

- ✓ Blâmer : « C'est bien ta faute s'il t'arrive autant de malheurs. »
- ✓ Moraliser : « Ce n'est pas très bien de traiter ses amis de cette manière. »
- ✓ Juger : « Tu n'as pas agi comme il l'aurait fallu. »
- ✓ Prêcher : « Un enfant propre devrait toujours se laver les mains avant le repas. »
- ✓ Injurier : « Tu raisones comme un imbécile. »
- ✓ Humilier : « Tu ne vaux pas grand-chose. »
- ✓ Ridiculiser : « Un enfant serait meilleur que toi. »
- ✓ Approuver (d'un point de vue moral) : « Enfin tu fais ce qu'il faut ! »
- ✓ Complimenter (en jugeant) : « Tu as un excellent jugement d'habitude. »

Cette attitude peut déclencher, chez l'aidé, des comportements comme l'*inhibition* (freinage, réticence à en dire plus, blocage), la *culpabilité* (sentiment d'être coupable ou en faute), la *révolte* (résistance au pouvoir qu'on tente d'exercer sur lui), la *dissimulation* (indifférence apparente masquant une rage intérieure ou acquiescement en surface seulement), l'*angoisse*.

### 2. Attitude d'interprétation – réponse de diagnostic

Les répliques ici sont des énoncés où l'aidant essaie de poser un diagnostic, d'analyser les propos de l'aidé. Mais l'aidant peut, sans le vouloir, déformer la pensée de son interlocuteur.

- ✓ Expliquer : « Tu dis cela parce que tu es en colère. »
- ✓ Trouver les causes, les intentions derrière le comportement de l'autre : « Tu me dis cela pour me faire marcher ! »
- ✓ Analyser : « Ton comportement est peut-être la conséquence d'un problème d'ordre familial. »
- ✓ Diagnostiquer : « Tu as un problème d'autorité. »

Cette attitude peut entraîner progressivement un *désintérêt*, une *irritation* qui peut devenir de plus en plus visible, un *blocage réactionnel* devant l'incompréhension.

### 3. Attitude de soutien – réponse de support

Les répliques de soutien visent à apporter une consolation, un encouragement. L'aidant peut d'emblée accepter le point de vue de l'aidé, simplement pour ne pas lui faire de la peine ou pour le reconforter. Il peut compatir, essayer de rassurer l'autre, le consoler. Il peut chercher à dédramatiser en minimisant l'importance de la situation :

- ✓ Rassurer : « Tu verras, les choses vont s'arranger. »
- ✓ Consoler : « Pauvre toi ! Ne t'en fais plus. C'est fini maintenant. »
- ✓ Approuver sans fondement : « Oui, oui. Tu as bien raison. »
- ✓ Sympathiser : « Je te comprends donc... C'est dur de passer par là. J'ai eu le même problème »
- ✓ Soutenir : « Je suis de tout cœur derrière toi ! »

Cette attitude peut déclencher, chez l'aidé, des comportements comme la *passivité* (attitude passive, arrêt de l'exploration de son problème et de la recherche active de solution personnelle), la *dépendance* (recherche excessive de réconfort, de soutien, d'approbation).



#### 4. Attitude investigatrice – réponse d'enquête

Les répliques investigatrices sont celles où l'aidant cherche à connaître ce qui *lui* paraît important à ses yeux. Elles consistent à poser une/des question(s) à l'aidé pour lui tirer les vers du nez ou obtenir une confiance additionnelle jugée indispensable par l'aidant.

- ✓ Enquêter : « Que faisais-tu à cet endroit ? »
- ✓ Questionner : « Vers quelle discipline te diriges-tu ? »
- ✓ Interroger : « Pourquoi as-tu fait cela ? »
- ✓ Mettre à l'épreuve : « Qu'est-ce que tu as fait pour essayer de l'aider ? »

De prime abord cette attitude peut être reçue par l'aidé de manière favorable : il est content qu'on s'intéresse à lui. À plus ou moins brève échéance ou selon sa personnalité, l'aidé peut développer de l'*hostilité* devant cette inquisition ou cette curiosité. Cette attitude peut provoquer de l'*inhibition*.

#### 5. Attitude de solution immédiate – réponse 'solution de problème'

Ici, l'aidant cherche à conseiller l'aidé, à lui suggérer des solutions qui seraient les siennes s'il se trouvait lui-même dans pareille circonstance. Il ne cherche pas à en savoir davantage sur le problème de son interlocuteur et choisit pour ce dernier la solution à son problème.

- ✓ Diriger : « Tu devrais aller rencontrer un orienteur. »
- ✓ Donner des ordres : « Va t'excuser tout de suite. »
- ✓ Menacer : « Va lui demander pardon sinon je ne t'aiderai plus. »
- ✓ Conseiller : « D'après moi, tu devrais essayer de lui parler franchement. »
- ✓ Donner des solutions : « La meilleure solution serait d'attendre encore deux mois. »
- ✓ Influencer la décision de l'autre : « À ta place, j'irais avec eux plutôt que de rester à ne rien faire. »

Cette attitude peut avoir pour conséquence de *piéger* l'aidé (s'il se sent obligé d'acquiescer ou même d'adopter la solution suggérée sans pour autant la sentir vraiment ajustée à son problème), de le laisser *insatisfait* devant des solutions qu'il juge inefficaces, de provoquer une *perte de confiance*.

#### 6. Attitude compréhensive – réponse de reformulation

Les répliques compréhensives reflètent un effort pour aider l'interlocuteur sincèrement et sans préjugé. Les énoncés de cette catégorie cherchent à vérifier si l'on a bien compris son partenaire. La *reformulation* fait partie de cette catégorie. Elle consiste à exprimer de manière courte, dans ses propres mots plus explicites ce que l'on croit avoir compris des propos de l'autre.

- ✓ Reformuler : « Si je comprends bien ce que tu dis, tu trouves la situation sans issue. »
- ✓ Écouter : « Tu paniques parce que tu te sens dans un cul-de-sac. »

Cette catégorie d'attitudes relance l'aidé et l'incite à *s'exprimer davantage* puisqu'il se reconnaît dans la réponse, se sent respecté, écouté sans préjugé et compris. Les reformulations et les sentiments proposés l'aident à réfléchir sur ce qu'il ressent et à décider si c'est bien cela qu'il vit et comme cela qu'il comprend son propre problème. Ici pas de jugements, ni d'interprétations.

### **Exercice 1.**

Identifier le type de réponse formulée par un(e) aide familial(e)/soignant(e) face à une situation avec une personne dont il (ou elle) a la charge.

*Réponse de jugement - réponse d'enquête - réponse de soutien - réponse de compréhension - réponse "solution de problème".*

#### **Situation A :**

Une jeune fille de seize ans s'adresse à un aide familial. La voix est tendue et angoissée.

*"Je vous dis que je déteste mon père. Je le hais, je le hais. Pourtant il est juste et bon. Attention, il ne m'a jamais frappée. Je n'ai aucune raison de le détester, je sais que c'est mal de haïr son père, j'en ai des remords, ça m'inquiète..."*

Les réponses possibles :

1. Nous passons tous par une période où nous détestons l'un ou l'autre de nos parents. C'est très normal, ne t'inquiète pas !
2. Voilà un problème important, les bonnes relations entre parents et enfants sont si importantes... surtout à l'âge que tu as...
3. Comme je comprends, cela te tourmente d'éprouver de tels sentiments envers ton père, et apparemment sans raison particulière.
4. Tu devrais peut-être vivre ailleurs, t'éloigner de lui, ne plus retourner en week-end chez lui, ta maman est là pour t'aider de toute façon.
5. Ton père, s'il est juste et bon, doit souffrir de cette haine envers lui. Tu as déjà pensé aux soucis que tu lui provoques.
6. Parle-moi un peu de ton père, il a quel âge ? Tu crois qu'il s'entend bien avec sa femme ? Il n'aurait pas une petite tendance à boire ?
7. Tu vis un conflit pénible, d'un côté il y a la haine que tu ressens, de l'autre les reproches contre cette haine... et tu ne sais pas comment t'en sortir.

### **Situation B :**

Une jeune mère de dix-huit ans s'adresse à une aide familiale.

*"Vous savez, mon bébé va aussi bien que les autres bébés. Je peux m'en occuper moi-même. De toute façon, je ne vous laisserai pas me le prendre, il est bien à moi, je ne veux pas le perdre comme mon premier bébé".*

Les réponses possibles :

1. Si je vous comprends bien, vous avez peur de perdre à nouveau votre enfant. Vous pensez que lui aussi, vous pourriez ne plus jamais le revoir.
2. Ne croyez-vous pas que vous êtes encore bien jeune pour élever convenablement votre enfant, vous n'avez pas de travail, vous avez bien sûr quelques activités la nuit mais ...
3. Que s'est-il passé avec votre premier enfant ? Vous aviez quel âge lors de l'accouchement ? Etait-ce le même père ?
4. Moi aussi j'ai des enfants, une fille et un garçon, je sais ce que c'est, on ne vous le prendra pas, je vais essayer d'influencer les autorités de placement en votre faveur.
5. Une fille de votre âge ne pourrait pas s'en sortir, et puis il y a votre passé de toxicomane qui n'arrange rien.
6. Et si vous alliez vivre chez votre mère, vous pourriez garder l'enfant, et elle, elle pourrait vous aider et vous conseiller...
7. Le fait que l'on vous propose un placement vous fait craindre de perdre tous vos droits et de ne plus jamais revoir votre enfant.

### **Situation C :**

Une patiente de 35 ans devant subir une ablation mammaire s'adresse à une aide-soignante.

*"Cela ne va vraiment pas, j'ai vraiment peur... peur que mon mari ne me regarde plus, se détourne de moi, et je ne peux supporter cette idée".*

Les réponses possibles :

1. Je suis une femme, je vous comprends, ce n'est pas facile...
2. Il existe à l'heure actuelle un service de chirurgie plastique qui pourra vous aider : dans cet hôpital, on procède à des plasties... c'est très réussi, le résultat est surprenant !
3. Je comprends toute l'importance de votre vie sexuelle pour vous et votre mari... jusqu'il y a peu vous aviez des rapports sexuels fréquents ?
4. Je vous comprends mais du moment que vous gardez la santé, la sexualité, c'est plus secondaire... Vous serez en vie que diable !
5. Si je vous comprends bien, vous craignez que votre mari se désintéresse de vous.
6. Selon vous, l'opération risque d'avoir des conséquences sur votre relation de couple.

## Exercice 2.

Imaginer, pour l'aide familial(e) / l'aide-soignant(e), des réponses du type - *réponse de soutien* - *réponse de compréhension* - *réponse "solution de problème"*- pour les situations suivantes.

Situation A : Guillaume, huit ans - *"Je ne m'entends pas avec Julien, il m'énerve, il me pique tous mes trucs d'école, mes jouets, il me fait penser à mon grand frère, tu sais celui qui me tripotait là où il ne pouvait pas"*.

Situation B : Jacques, quarante ans, arriéré mental - *"Je voudrais bien me mettre en ménage avec Jocelyne, je l'aime bien, j'aime bien être avec elle, faire la cuisine avec elle, faire la vaisselle aussi, tu crois qu'elle voudrait ? Et mon père qu'est-ce qu'il va dire ?"*.

Situation C : Virginie, quinze ans - *"Je suis amoureuse de Stéphanie, c'est pas normal ! Je suis lesbienne alors, j' imagine plein de choses avec elle. Si je suis homo, je me flingue, toute façon, mes parents, ils me tuent"*.

### 3. Les règles de communication dans les petits groupes et les réunions

Lors d'une réunion de service, l'aide-soignant(e) / l'aide familial(e) sera attentif à :

- Pouvoir donner son opinion face au groupe sans abuser de son temps de parole,
- Écouter les opinions des autres, les laisser s'exprimer,
- Assimiler les informations reçues, les comprendre,
- Participer à la recherche d'une solution commune comme lors de l'élaboration des horaires.

Lors de la réunion pour que la communication soit efficace, certains paramètres doivent être respectés :

- **Nombre et qualité des participants** : Il est souhaitable de réunir un nombre restreint de participants (entre 6 et 15), afin de ne pas risquer de rendre la réunion peu efficace. Il est également nécessaire d'harmoniser le profil des participants, en particulier en fonction du niveau technique.
- **Durée** : Idéalement, la durée de la réunion ne devrait jamais dépasser 2 heures.
- **Ordre du jour** : Il s'agit du découpage horaire du temps de travail en sujets bien formulés. Il est nécessaire de minuter correctement les différents sujets de l'ordre du jour. Dans ce cas, un document préparatoire, envoyé préalablement, situant le contexte, permettra aux participants de mieux préparer leur intervention. L'ordre du jour précise notamment le lieu ainsi que l'heure de début et de fin de la réunion.
- **Disposition spatiale** dans la salle : préférer disposer les participants en cercle, en 'U', en carré.

### 4. La notion d'écoute active

L'écoute active consiste à écouter la personne avec attention, en accueillant vraiment ce qu'elle dit, mais aussi ce qu'elle ressent. Et cela sans chercher immédiatement à donner une solution. Il s'agit d'entretenir la communication, de maintenir l'échange et le contact.

Lorsque la personne vit un problème (elle est triste à cause de ses collègues, inquiète pour un contrôle de santé à venir...), la réponse du professionnel de l'aide peut être simplement un **reflet du message** formulé.

Le professionnel de l'aide **reformule** ce qu'il entend, ou ce que la personne ressent, montrant activement qu'il se met à l'écoute de ce que vit celle-ci. L'écoute active permet de l'aider et le conduire vers une certaine autonomie.

## EXERCICE SUR L'ECOUTE ACTIVE

### BUT

Cet exercice vous permettra de distinguer l'écoute active qui favorise la communication des autres réponses qui font obstacle à la communication.

### Instructions

Voici une conversation véritable tenue entre un parent et son enfant. Après chaque message, encerclez la lettre a, b ou c selon la réponse qui reflète le mieux le sentiment de l'enfant.

1.

Enfant : J'aimerais bien avoir un rhume de temps en temps, comme Lise. Elle est chanceuse.

Parent : a) Tu te sens comme privée de quelque chose.  
b) Tu aimes être malade.  
c) Tu envies Lise.

2.

Enfant : Oui : elle peut rester à la maison alors que moi ça m'arrive jamais.

Parent : a) Tu aimerais pouvoir t'absenter de l'école plus souvent.  
b) Tu voudrais qu'elle soit plus souvent présente en classe.  
c) Tu veux que la directrice de l'école lui parle à ce sujet.

3.

Enfant : Oui. Je n'aime pas aller à l'école tous les jours de la semaine, soit tous les lundis, tous les mardis, tous les mercredis, jeudis et vendredis.

Parent : a) Mais tu es obligée d'y aller  
b) Habituellement tu aimes ça.  
c) Tu es vraiment fatiguée d'aller en classe.

4.

Enfant : Parfois, je déteste ça tout simplement.

Parent : a) Tu exagères un peu.  
b) Non seulement tu n'aimes pas l'école mais tu l'a hais.  
c) Tu ne "détestes" pas vraiment l'école. Tu ne l'aimes "pas beaucoup", c'est tout.

5.

Enfant : Exactement. Je déteste les devoirs, je déteste les cours et je déteste aussi les professeurs.

Parent : a) Tu as du récolter une mauvaise note aujourd'hui. Que s'est-il passé ?  
b) Tu n'apprendras rien en gardant cette attitude négative.  
c) Tu détestes à peu près tout à l'école.

6.

Enfant : Je ne déteste pas vraiment tous les professeurs, seulement deux. Il y en a une que je ne peux pas supporter. C'est la pire.

Parent : a) Elle ne t'aime peut-être pas beaucoup non plus; y as-tu déjà pensé ?  
b) Tu en détestes une en particulier, n'est-ce pas ?  
c) Elle ne peut pas être si méchante.

7.  
 Enfant : C'est Mme Martin. Je déteste la voir et je dois passer l'année avec elle.  
 Parent : a) Tu te vois prise avec elle pour longtemps.  
 b) Mme Martin ! Elle a pourtant l'air si gentille.  
 c) J'aimerais que tu fasses un effort pour l'apprécier: elle fait peut-être face à certains problèmes à la maison.
8.  
 Enfant : J'ignore si je parviendrais à la supporter. Sais-tu ce qu'elle fait ? A chaque jour elle nous fait sa conférence : elle s'installe là devant la classe comme ceci (l'enfant imite la mimique du professeur) et elle nous décrit comment un élève responsable doit se comporter. Puis elle nous lit la liste de tout ce que nous devons faire pour obtenir de bonnes notes dans ses cours. Ca m'énerve, ça me rend malade.  
 Parent : a) Tu devrais écouter : c'est pour ça que tu vas à l'école.  
 b) Tu détestes entendre tout cela.  
 c) Si tu étais plus responsable, tu comprendrais l'importance de ses paroles.
9.  
 Enfant : A l'entendre parler; ça semble pratiquement impossible d'obtenir une bonne note, à moins d'être un génie ou le chouchou du professeur.  
 Parent : a) Tu te sens battue d'avance et tu crois que tu n'obtiendras jamais un "A".  
 b) Je te donnerai une belle petite somme d'argent chaque fois que tu obtiendras un "A". Ca devrait t'encourager.  
 c) J'espère que tu feras un effort particulier cette année.
10.  
 Enfant : Je ne veux pas être le chouchou du professeur, les élèves détestent les chouchous. D'autant plus que mes camarades ne m'apprécient pas tellement surtout les filles. (Larmes).  
 Parent : a) Ca te préoccupe beaucoup.  
 b) Oublie ces filles et pense à tes études.  
 c) Si tu te plains constamment, personne ne t'aimera.
11.  
 Enfant : Il y a dans la classe ce cercle de filles qui sont les plus populaires. Je voudrais faire partie de leur groupe mais j'ignore comment m'y prendre.  
 Parent : a) Sois indépendante : ne les suis pas.  
 b) Fais aux autres ce que tu voudrais qu'ils te fassent.  
 c) Tu aimerais bien savoir comment faire pour entrer dans ce groupe car tu voudrais bien en faire partie.
12.  
 Enfant : Je ne sais pas comment m'intégrer à ce groupe. Ce ne sont pas les plus jolies, ni les meilleures en classe. Certaines d'entre elles réussissent bien mais la plupart obtiennent des notes inférieures aux miennes. Je ne sais vraiment pas.  
 Parent : a) Tu te demandes vraiment ce qu'il faut faire pour être acceptée dans ce groupe.  
 b) Elles craignent peut-être que ta beauté les éclipse.  
 c) A ton âge, je ne me souciais pas tant de cela : je m'amusaïs et tout allait bien.



13.

Enfant : Toutes les filles du groupe sont aimables; elles parlent beaucoup et se lient facilement d'amitié. Elles saluent tout le monde; elles vont au devant des gens et s'expriment facilement. Je ne peux pas faire comme elles. Ce n'est pas tellement mon genre.

Parent : a) Tu crois que c'est ce qui les fait réussir et qui te manque.  
b) Tu te déprécies toujours.  
c) Si tu faisais autant d'efforts pour les imiter que tu en fais pour m'en parler, ça changerait bien des choses.

14.

Enfant : Je sais que je ne m'exprime pas facilement. Je parle facilement avec une seule personne mais, en groupe, je me tais. Je ne sais jamais quoi dire.

Parent : a) Ne sois pas si timide.  
b) Tu es à l'aise avec une amie mais, en groupe, ça te devient difficile.  
c) Pourquoi devrais-tu parler absolument ?

15.

Enfant : J'ai toujours peur de dire des stupidités, ou des faussetés ou quoi encore. Donc je me tais je me sens seule. C'est pénible.

Parent : a) Tu n'aimes sûrement pas cette sensation.  
b) Ta soeur n'a jamais rencontré ce problème. Elle a une foule d'amis.  
c) Si tu prenais des leçons de danse, tu serais peut-être plus sûre de toi.

### Application :

Nom, prénom :

Classe : groupe ....

Date :

### Exercice coté 1 - Cours : psychologie - M. Lallemand

Dans le cadre de la *relation d'aide*, imaginez pour l'aide-soignant(e) ou l'aide-familial(e) confronté(e) à la situation suivante : une réponse de jugement, une réponse d'enquête, une réponse de soutien, une réponse de compréhension et une réponse "solution de problème", donc cinq réponses différentes.

**Quentin, quinze ans, en home d'hébergement** – "Dis... je voulais te dire un truc. Tu sais le tee-shirt noir que j'ai ramené aujourd'hui, en réalité, je l'ai volé, tu sais. Merde après tout, à l'école, ils en ont tous un de Benetton... Putain, moi aussi, j'ai le droit d'en avoir un, j'ai le droit! C'est pas parce que je suis ici. Ca, c'est à cause de mon père, ce salopard qui ne sait que boire et cogner..."

## V. Le développement psycho-affectif de l'enfant

### 1. L'enfant de 0 à 1 an.

#### 1. La notion de bonne et mauvaise mère.

Au cours de cette période l'enfant développe une relation serrée avec la **mère**. D'ailleurs c'est elle qui lui procure le sein ou le biberon. Pour ce qui concerne l'allaitement il est interprété comme l'occasion d'un contact étroit entre l'enfant et la mère, à la fois physique et affectif. La bonne mère donne donc non seulement de la nourriture mais aussi de l'affection à travers la conversation à son enfant, la douceur, la chaleur de son corps. La mauvaise mère est avant tout la mère absente.

#### La théorie de l'attachement :

H. Harlow (1905-1981) étudie l'attachement chez les singes rhésus : dès le moindre danger, les petits s'agrippent à leur mère. Lors d'expérimentation, il teste ce lien en isolant des petits singes avec des mères artificielles - répliques constituées de fil de fer avec biberon, ou de fausse fourrure façon peluche. Sans exception, ils vont vers celles qui ont un contact doux, ils ne recherchent que le réconfort tout en se procurant au passage le biberon posé dans la main de la maman singe en fil de fer.

J. Bowlby (1907-1990) poursuit ces travaux et les transpose à l'enfant humain. Entre 1 et 3 ans, si l'enfant a créé des liens, par exemple avec la mère, et qu'on le sépare, il y a différentes réactions que l'on peut décrire en trois phases :

**Phase de protestation** (colère et rage) : l'enfant pleure, exprime sa détresse, il est agressif et espère le retour, il refuse les contacts. Cela peut durer de 1 heure à une semaine.

**Phase de désespoir** (tristesse profonde) : l'enfant est moins actif, il pleure de façon intermittente et se replie sur lui (état de deuil), il est calme mais ne va pas mieux. Cette phase peut durer des semaines.

**Phase de détachement** : on a l'impression qu'il est guéri, il accepte le jeu, le réconfort des autres, il est souriant et sociable. Mais si sa mère revient, il ne manifeste aucun contentement, et va même jusqu'à la rejeter. Si cette situation se répète, l'enfant devient incapable de s'attacher. Adulte, ce type d'enfant peut par exemple développer une attitude délinquante à conduite psychopathique.

D. W. Winnicott (1896-1971) déterminent **trois fonctions maternelles fondamentales** : la mère intervient auprès du bébé de trois manières différentes :

- ✓ le **holding** : ce terme désigne tous les moyens qui donnent un support à son Moi. Tenir l'enfant dans ses bras lui procure le sentiment d'être contenu et donc de sécurité.
- ✓ le **handling** : il désigne la manière dont il est traité, manipulé, soigné. Les caresses et les câlins ont ici toute leur importance.
- ✓ l'**object-presenting** : c'est le fait de proposer l'objet du besoin, en même temps que l'enfant se soit exprimé (biberon, couche,...). Mais si cette présentation de l'objet est trop souvent tardive, l'enfant risque de devenir un adulte hyper-soumis. Par contre si cette présentation est trop précoce, la notion de besoin n'a pas le temps de se créer, l'enfant n'a pas le temps d'exprimer son besoin. Il y a alors un risque par la suite de voir émerger une problématique boulimique avec obésité ou anorexique.

### 2. Selon S. Freud (1856-1936).

Cette phase s'appelle le **stade oral** : le nourrisson a tendance à tout porter en bouche : c'est l'expérience pour différencier le dedans du dehors. Comme son nom l'indique la bouche est conçue comme la principale source du plaisir pour l'enfant, c'est l'**incorporation des objets** : sucer et mâchouiller au stade passif, mordre et manger au stade actif en lien avec l'apparition des dents vers 8 mois.



Le bébé est ici **passif et dépendant** : c'est la mère qui interprète les cris du bébé et qui lui donne nourriture et affection. Le bébé s'identifie dans un premier temps à la mère qu'il soit garçon ou fille.

### 3. L'étape du huitième mois.

Dès 8 mois, il y a **angoisse de séparation** : l'enfant réalise que sa mère et lui sont deux 'objets' différents. Précédemment, il croyait que sa mère et lui ne faisaient qu'une seule et même personne avec un **sentiment de fusion**.

- la **peur de l'étranger** : l'enfant se réfugie dans les bras de sa mère.
- la **notion d'objet** se crée : l'enfant tente d'attraper volontairement des objets grâce une coordination vision-préhension qui s'affine.

# Un vrai pot de colle !...

## Le cap des huit mois

**On vous a changé votre bébé ! Lui qui souriait à tout le monde et passait de bras en bras sans broncher, depuis quelques semaines, il s'est transformé en véritable sauvageon.**

**a** l'approche du moindre visage étranger, votre bébé se réfugie dans vos bras. Même si vous ne localisez pas d'« individu hostile » dans les parages, il suffit que vous fassiez mine de vous éloigner d'un mètre pour qu'il se mette à hurler et à vous poursuivre à quatre pattes, le regard pathétique.

Que dire des séances déchirantes de séparation tous les matins à la crèche ou chez la nourrice... Votre tout-petit serait-il tombé dans une bassine de colle pour qu'il ne puisse plus se détacher de vous ?

Cette brusque transformation vous inquiète. En êtes-vous responsable, avez-vous trop couvé votre bébé, trop cédé à ses caprices ? La réponse est plus simple. Votre bébé approche, franchit ou dépasse tout juste le cap du huitième mois.

### **Il acquiert son autonomie, il a l'impression de se retrouver seul**

Tous les bébés passent par là. Que leur mère travaille ou reste à la maison. Vous n'y êtes pour rien. « On appelle cette période l'angoisse du huitième mois, explique Philippe Pasteur, psychologue. C'est un moment primordial pour la vie du nourrisson et même pour sa future vie d'adulte. A cet âge-là, – mais cela peut être un peu plus tôt ou un peu plus tard –, bébé se rend compte que sa mère, celle qui lui apporte la douceur des câlins, des biberons, des changes, des jeux, est une personne différente de lui, qui peut exister en dehors de lui. Il acquiert son autonomie. Il a alors l'impression de se retrouver seul, ce qui



provoque une angoisse très normale. »

Pour bien comprendre ce phénomène, faites un petit test avec lui. Autour de six mois, lorsque vous cachez la peluche avec laquelle bébé est en train de jouer, il ne la cherche pas. Dès l'instant où elle a disparu, c'est comme si elle n'existait plus. En revanche, vers huit mois, si vous lui jouez ce sale tour, il le cherchera partout. Il sait qu'elle est quelque part même s'il ne la voit pas, qu'elle existe indépendamment de lui. Conclusion de cette expérience : pour

bébé, vous êtes comme la peluche ! Quand il ne vous voit pas, il vous cherche et vous appelle.

### **Vous êtes son refuge, sa protection contre un monde étranger**

Avoir constamment votre bébé dans les jambes vous rend passablement nerveuse. Vous craignez qu'il ne devienne capricieux si vous cédez toujours à ses appels. Mais ce n'est pas le moment de faire des crises d'autorité et de sévérité. Si votre





bébé vous sollicite sans cesse, c'est qu'il a besoin de vous. Vous êtes sa protection contre un monde étranger qu'il commence à découvrir et qu'il croit hostile. En effet, tout petit, il ne faisait aucune différence entre les visages étrangers. Celui de sa grand-mère ou de sa baby-sitter : c'était du pareil au même. Il souriait sans distinction à tous ces visages amicaux. A huit mois, un visage autre que celui de sa mère ou de son père n'a qu'une signification : séparation. Vous allez le laisser à cet étranger. Il est donc normal qu'il ne l'accueille pas à bras ouverts... et vienne se réfugier auprès de sa maman !

Prenez donc les séparations très au sérieux et sachez les rendre moins douloureuses. Le matin quand vous partez au travail, le soir quand vous le faites garder pour aller au cinéma, quand vous le laissez trois ou quatre jours chez ses grands-parents, ou tout simplement quand vous le couchez pour la sieste ou pour la nuit. Faites-lui comprendre que se séparer ne veut pas dire se perdre. Prenez le temps de lui parler, de lui expliquer votre départ. Se sauver en douce pour éviter les larmes n'est pas une solution ! « Même si le bébé ne comprend pas ce que lui dit sa maman, il ressent la tristesse qu'elle a de le quitter et cela l'apaise », insiste Philippe Pasteur. Pensez également à le rassurer en lui disant toujours que vous allez revenir, que vous faites confiance à la personne qui le garde.

### Il vous exprime sa colère d'avoir été abandonné

La séparation est une chose, le retour en est une autre... Vous vous sentez bouleversée quand le soir, au moment de le récupérer après le travail, il vous tourne le dos en pleurant et se jette dans les bras de sa nourrice. Une fois à la maison, les choses ne s'arrangent pas. Il refuse que vous le déshabilliez, ne veut pas manger avec vous, boude. Et pourtant, pas question de vous éloigner et de le laisser seul face à sa mauvaise humeur car il grimpe d'un alto dans les

hurlements. C'est à n'y rien comprendre, il n'accepte pas de vous lâcher une seconde et vous fait une tête de « six pieds de long ». Il veut tout simplement vous exprimer sa colère d'avoir été « abandonné » !

Une petite conversation s'impose. En substance, dites-lui : « Je comprends que tu sois en colère parce que je t'ai laissé, mais ce n'est pas pour te faire de la peine. Je suis obligée d'aller travailler mais tu vois bien que je reviens toujours. » Une fois cette mise au point effectuée, faites comme si de rien n'était. Jouez avec lui, ramassez, dix fois de suite s'il le faut (et si possible en souriant !), le jeu qu'il jette rageusement. Changez-lui les idées. Le plus souvent, il suffit d'une grimace ou d'une farce pour le dérider. S'il persiste dans son attitude agressive, ne le laissez pas pour autant dans son coin. Il serait encore plus malheureux.

### Vous n'êtes pas une chose dont il peut disposer à volonté

Attention pourtant à instaurer des limites. « Dès que votre bébé a compris qu'il est autonome, que sa mère est un être indépendant mais que c'est elle qui lui apporte la plus grande part de ses joies et de ses plaisirs, il considère qu'elle doit lui appartenir », explique le Dr Julien Cohen-Solal. Et là, votre bébé risque de devenir vraiment très exigeant. Le rassurer, lui parler, lui prouver sans cesse votre amour, d'accord, tout abandonner pour satisfaire sa moindre demande, non ! Vous avez un compagnon, peut-être d'autres enfants, un travail, des amis auxquels vous avez également envie de consacrer du temps. Vous n'êtes pas une chose dont votre bébé peut disposer à volonté. Tout en étant très présente, vous devez mener une vie normale. Même un tout-petit de huit mois doit apprendre à respecter la personnalité de sa maman, tout

comme vous respectez ses angoisses et ses inquiétudes. Si vous avez à le gronder parce qu'il s'acharne à effeuiller votre ficus alors qu'il sait que c'est interdit, faites-le. Mais n'oubliez pas le câlin, presque tout de suite après, pour qu'il comprenne que, malgré cette petite dispute, vous lui conservez tout votre amour.

### Vers 18 mois, il est apte à nouer de nouvelles relations

A votre grande honte, cette omniprésence de bébé vous pèse un peu. Vous manquez parfois de patience quand il vous gratte les mollets pour que vous le hissiez jusqu'à vos genoux. Vous hésitez à sortir le soir pour ne pas avoir à affronter son petit visage couvert de larmes. Vous commencez à vous dire que si vous étiez toute la journée avec lui, il ne vous ferait pas tout ce « cirque ». Bref, vous culpabilisez...

Pas de découragement, cela s'arrange en général assez rapidement. En tout cas, cela s'atténue ! Dès que votre bébé saura marcher, il pourra faire des va-et-vient dans la maison pour vérifier que vous n'êtes pas trop loin. Cela peut suffire à le rassurer. Par ailleurs, vos leçons auront sûrement porté leurs fruits. A force de lui répéter que vous ne l'abandonnez pas, que vous allez revenir, que vous l'aimez très fort, il finira bien par s'en persuader ! « Vers dix-huit, vingt mois, le comportement du bébé change. Il devient plus confiant, plus entreprenant, apte à nouer un nouveau type de relations avec les étrangers. Il va vers les autres avec beaucoup de facilité », précise le Dr Cohen-Solal.

Pourtant, pour certaines mamans, cette période est particulièrement dure. Soit parce qu'elles ne parviennent plus à supporter les perpétuels assauts de leur bébé. Soit parce que la douleur des séparations est trop vive. « Dans le cas de situations aussi extrêmes, il faut aller voir un spécialiste. Sinon, les malentendus ne feront que s'accroître. Avec des conséquences graves pour l'avenir. Beaucoup de mamans ont simplement besoin d'apprendre à se séparer de leur bébé. Cela se travaille... », encourage Philippe Pasteur.

ISABELLE GRAVILLON



Entre 4 et 12 mois, le bébé sélectionne souvent un objet banal comme un foulard, une peluche, une taie d'oreiller, un linge en coton, un essuie-main... C'est le **doudou** ! Ce dernier lui permet de construire un **dedans** (son corps) et un **dehors** (un jouet), l'enfant apprend à les différencier : le doudou ou un pouce est porté en bouche de manière presque rituelle. Cet objet particulier est souvent souple, doux au toucher et marqué d'odeurs, de petite taille ou réductible.

Selon D. W. Winnicott (1896-1971), l'**objet transitionnel** est donc un objet privilégié, c'est la première possession non-moi de l'enfant : la mère devra éviter de le toucher ou le laver. Le 'doudou' permet au bébé de lutter contre l'angoisse en gardant un minimum de sentiment de contrôle, comme au moment de l'endormissement, soit un vécu non angoissant de la séparation. Par la suite quand se



développe le langage, l'objet transitionnel pourra être nommé, l'enfant est capable d'amour et d'attachement. Mais le doudou est aussi un objet sur lequel il peut se mettre en colère à l'instar de ses parents sur lui-même. Plus tard, il sera désinvesti progressivement, mais il restera longtemps dans le lit, quelquefois même à l'adolescence !

Il faut éviter à l'enfant de lui retirer brutalement, comme de lui donner trop souvent. C'est un savant dosage éducationnel à mettre en place par les parents.



# Un doudou c'est si doux

**Maryse Damiens :**  
Il l'appelle doudou,  
vous l'appelez « objet  
transitionnel ».  
Que représente-t-il  
pour lui et quelle en  
est sa signification  
pour vous, pédiatre ?

• DR COHEN-SOLAL : L'objet transitionnel, plus connu effectivement sous le nom de doudou, c'est le nounours, la poupée de chiffon ou la couche dont le bébé ne peut se passer, qui le console et avec lequel il s'endort impérativement, sous peine de drame.

Lors des six premiers mois de la vie, le tout-petit vit une relation fusionnelle avec sa maman et la personne qui s'en occupe le plus. Il ne peut exister sans l'une d'elles. Ce n'est que peu à peu qu'il prend conscience du fait qu'il s'agit de personnes indépendantes de lui et de son propre corps. Elles peuvent disparaître... sans être perdues pour autant. Parallèlement, le bébé (entre zéro et dix-huit mois) acquiert peu à peu la notion « d'objet permanent », celui qui reste à ses côtés, à portée de sa main, alors que les personnes qui s'occupent de lui s'absentent. Cet objet transitionnel va l'aider à lutter contre l'angoisse de ces séparations et lui permettre de faire la transition entre le monde extérieur et son propre corps. L'objet transitionnel va être choisi parmi ceux mis à la disposition du bébé.



Poupée de chiffon, ours en peluche, couche en coton... parmi ces objets, votre bébé va en élire un qu'il cajolera, triturerà dans tous les sens, collera contre son visage et son cœur. Ils deviendront inséparables pour longtemps.

**M. D. : Tous les bébés ont-ils besoin d'un doudou ?**

• DR COHEN-SOLAL : Rares sont les bébés qui n'ont pas de doudou. Je crois qu'il est bon qu'un petit enfant ait un objet transitionnel. D'une part cela montre qu'il est capable d'amour, d'attachement, d'autre part cela constitue pour lui un formidable remède contre l'angoisse. Il lui apporte force

et confiance, et l'aide à se retirer en lui-même, à rêver.

Chaque bébé va l'utiliser selon ses besoins. Il peut s'en emparer à la moindre contrariété ou dès qu'il se sent un peu fatigué. Il peut aussi le garder constamment avec lui, et même l'emporter à l'école. Pourquoi pas dans la mesure où il en a besoin ! Le bébé se console ainsi tout seul dans les moments les plus pénibles de son existence : une séparation d'avec sa

maman ou son papa, un changement de la personne qui s'occupait de lui... En gros, chaque fois qu'on le laisse, soit parce que c'est l'heure de dormir, soit parce que c'est l'heure de partir travailler. L'objet transitionnel prend alors une importance considérable.

Au fur et à mesure que les centres d'intérêt de l'enfant s'accroissent, l'objet transitionnel est de plus en plus « désinvesti », c'est-à-dire moins sollici-



té. Un jour viendra où le bébé le laissera à la maison lors de ses sorties, ne le prendra dans ses bras que s'il a un gros chagrin ou ne le câlinera que le soir avant de s'endormir.

A un moment donné, il est capable de jouer avec lui, de le jeter par terre, et même de se mettre en colère contre lui, ce qui a sans doute une signification dans la relation qu'il a avec ses parents.



**M. D. : Que faut-il à l'objet transitionnel pour faire un bon doudou ?**

• DR COHEN-SOLAL : Il doit être doux, facile à manipuler, souple, jamais de grande dimension ou alors « réductible ». Il peut prendre les traits d'un nounours, d'un lapin ou d'une souris, ou avoir simplement comme qualité d'être agréable au toucher. Ce peut être un foulard porté par la maman, une couche en coton, un oreiller ou une petite couverture. Au fil des mois, l'objet prend certaines caractéristiques de mollesse et d'odeur qui sont essentielles pour le bébé et qui ont un pouvoir calmant indéniable... au point qu'il devient difficile de le laver, voire de le

remplacer. Il y a souvent association entre l'objet transitionnel et la succion. Le bébé s'empare de son doudou et met immédiatement le pouce ou les doigts dans la bouche comme s'il y avait tout un cérémonial pour son utilisation. Si vous demandez à un enfant pourquoi il préfère son doudou à tous ses autres jouets, il y a peu de chance que vous obteniez une réponse satisfaisante. L'amour ne s'explique pas. C'est un besoin irrésistible. Caractéristique importante : l'objet transitionnel est le seul objet qui appartienne vraiment au petit enfant. Il peut le jeter, le triturer, l'abîmer sans s'attirer les foudres de ses parents, alors qu'ils ne font pas preuve de la même permissivité lorsqu'il s'attaque à ses autres jouets. C'est sa chose à lui et plus il est sale, abîmé, plus il fait ses délices. C'est sa façon à lui de le personnaliser.

**M. D. : A quel âge, le doudou fait-il son entrée dans le monde du bébé ?**

• DR COHEN-SOLAL : Il n'y a pas de règle absolue, le besoin de doudou peut apparaître entre quatre et douze mois, quelquefois plus tôt. De nombreux bébés manifestent une préférence pour tel ou tel objet dès un mois, un mois et demi. A la vue d'un nounours ou d'une peluche bien particuliers, ils gazouillent ou gesticulent plus qu'à l'accoutumée.

Cet objet « préféré » dans un premier temps deviendra par la suite son objet transitionnel. Là, c'est le bébé qui fait son propre choix. On peut aussi proposer au tout-petit un objet dont on sait qu'il a toutes les caractéristiques d'un objet transitionnel, à savoir doux et de proportions réduites. Faites surtout attention à ce que l'objet en question soit facilement lavable et puisse se remplacer aisément au cas où

voire bébé le perdrait. Le mieux est de l'acheter en double ou d'en faire une copie scrupuleusement conforme.

**M. D. : Y a-t-il des erreurs à ne pas commettre ?**

• DR COHEN-SOLAL : La plus redoutable consisterait à lui supprimer brutalement son doudou ou son chiffon préféré, sous un prétexte quelconque et jamais justifié. Votre bébé manifesterait son mécontentement par des cris et des larmes. Il serait malheureux et désespéré. Vous pourriez créer une situation de manque affectif très important, avec les conséquences que cela suppose : des troubles du sommeil dans l'immédiat, voire des troubles du comportement... L'attitude inverse, qui consiste à lui tendre son doudou pour avoir la paix chaque fois qu'il a besoin d'être consolé, n'est pas forcément la meilleure non plus. Réfléchissez-y. A cet instant précis, il a peut-être beaucoup plus besoin de votre présence et de vos câlins.

Remplacer son objet transitionnel sous prétexte qu'il n'est pas assez beau, qu'il est trop sale, n'est pas une tactique particulièrement adroite. De toute façon, votre bébé ne voudra pas du nouvel élu, car il n'a pas l'odeur et la douceur du compagnon disparu.

Autre erreur à éviter : oublier le doudou. Vous le comprendrez très vite et à vos dépens. Sans son objet préféré, votre bébé risque de vous faire passer



une nuit blanche ! Si vous l'emenez chez des amis, pensez à emporter son cher doudou. Il risque d'être un peu perturbé dans ses habitudes et sa présence l'aidera à se sécuriser.

Plus tard, quand il sera plus âgé, vous pourrez l'aider à s'en débarrasser... progressivement. Proposez-lui, par exemple, de faire une sortie de grand en laissant son doudou à la maison. Il apprendra petit à petit à l'abandonner pour quelques minutes, puis pour quelques heures.

**M. D. : Quel nom le tout-petit adopte-t-il vis-à-vis de l'objet transitionnel ?**

• DR COHEN-SOLAL : Le nom le plus répandu est le doudou, mais toutes les appellations peuvent se rencontrer ; du dodo au nin-nin, en passant par le bé (à cause de bébé), le nounou, le doumou ou bien le toumou... Je connais une petite fille qui avait jeté son dévolu sur une souris, moitié peluche, moitié chiffon. Elle l'a appelée « ii », en référence au cri des souris.

**M. D. : Jusqu'à quel âge est-il raisonnable qu'un bébé ait un doudou ?**

• DR COHEN-SOLAL : Il n'est pas question de donner des limites d'utilisation. Au début de sa vie, le bébé a un besoin énorme de son objet transitionnel. Puis, il devient capable de le laisser le temps d'une sortie. Un jour, il ne l'emporte plus à l'école mais lui laisse une place privilégiée dans sa chambre, sur son lit par exemple. Il ne le prend plus que lorsqu'il se sent seul et angoissé, ou juste pour s'endormir. Reste que c'est lui et lui seul qui décidera du jour où il n'en aura plus besoin. Et beaucoup de parents gardent encore l'objet préféré de leur enfance.

#### 4. Le développement du langage.

Le langage évolue selon des productions sonores, c'est la période pré-linguistique :

- Le **vagissement** à quelques heures : à une semaine, les cris de douleur, de faim ou de colère peuvent être différenciés.
- La **lallation** (sifflement, modulation de sons, **gazouillis**,...) à deux mois → recherche de communication.
- Le **babil** (répétition de syllabes) vers six mois.
- Le **mot-phrase** à un an par imitation de la mélodie de l'adulte : un seul mot désigne toute une idée, une situation.



## 2. L'enfant de 1 à 3 ans.

### 1. Selon S. Freud (1856-1939).

Lors de cette période la source du plaisir va se concentrer sur la région anale : c'est le **stade anal**. La rétention et l'expulsion volontaire des selles et des urines procurent d'énormes plaisirs à l'enfant. Il tire un double plaisir dans le contrôle de ses sphincters : la **rétention** procure une excitation agréable de la muqueuse anale, d'autre part le plaisir de l'**expulsion**.

Cet âge coïncide avec l'**apprentissage de la propreté**. Car les parents exercent une certaine pression sur l'enfant juste pour le forcer à se conformer à des principes d'hygiène. Il faut éviter le 'laisser-faire' qui l'amènerait à la moquerie de ses pairs lors de la rentrée à l'école. Même lorsque les principes de propreté lui sont inculqués, mieux vaut éviter d'être trop contraignant à son égard, sinon, on risquerait de favoriser chez lui des prédispositions à des comportements 'déviant'. Lorsque l'enfant résout avec difficulté ce stade, il deviendra souvent un adulte assez *têtu* et plutôt *ordonné*, quelque peu *avare* et souffrant souvent de *constipation*.

La matière fécale est le **premier objet d'échange** : il n'est pas rare qu'un enfant déféquant dans le bain offre une crotte à sa maman. B. Bettelheim (1903-1990) analyse la fonction thérapeutique du conte 'Peau d'âne' de Perrault à la lumière de ce stade. La pièce en cinq actes 'L'avare' (1668) de Molière illustre aussi ce même stade avec son personnage Harpagon.

Le stade anal est le **premier stade d'autonomisation** : l'enfant apprend à dire 'non', il a la volonté de faire les choses seul comme s'habiller, se laver,... C'est une phase d'opposition en lien avec l'affirmation de soi. L'**apprentissage des interdictions** se met également en place ici. La notion de loi morale, ou encore de justice prend ses racines dans ce stade.

### 2. Le développement du langage.

A deux ans, c'est le stade de la **pseudo-phrase** avec 100 à 300 mots de vocabulaire. Ainsi 'bébé chaise' peut avoir plusieurs significations comme 'C'est ma chaise', 'C'est une petite chaise' ou encore 'Je veux aller sur cette chaise',... L'**âge questionneur** se met en place progressivement avec les 'Pourquoi?', 'Comment ça marche?', 'A quoi ça sert?', 'C'est quoi qu'il y a dedans?'...

A trois ans, la **structure syntaxique** s'acquiert par imitation de l'adulte. Avec environ 1000 mots de vocabulaire, l'enfant peut formuler des phrases constituées d'un sujet, un verbe et un complément !

## 3. L'enfant de 3 à 5 ans.

### 1. Selon S. Freud (1856-1939).

C'est ici le **stade urétral** ou **stade phallique** : l'enfant établit la **différenciation sexuelle** entre les filles et les garçons. Comme le nom l'indique, phallus qui signifie l'organe viril soit le pénis, l'enfant perçoit en celui-ci le symbole de l'autorité. Normalement à cette période, les pulsions libidinales se trouvent à un degré très élevé : curiosité sexuelle infantile, excitabilité génitale (le 'touche pipi'), préoccupations variées pour les sujets sexuels.

Dans la conception freudienne, le petit garçon est fier d'avoir un pénis et voit la fillette comme un 'petit garçon inférieur' à qui le pénis a été coupé par punition, d'où l'**angoisse de castration**. Le petit garçon est donc actif et plutôt exhibitionniste du coup pour se prouver qu'il a un pénis. La fillette voyant que le petit garçon a un pénis se sent comme inférieure et coupable, elle ne peut que se soumettre suite à la punition de la coupure du pénis. Elle est plutôt passive, et entre 10 et 14 ans, les règles apparaissent pour bien lui rappeler la blessure de castration.

## 2. Le développement social et le développement psychomoteur.

La **socialisation** de l'enfant se réalise progressivement mais est accentuée par la rencontre des pairs à la crèche ou chez la gardienne d'enfants, et par la suite par l'enseignement préscolaire, ici l'école maternelle. Au départ, le bébé se contente d'activités solitaires mais à **deux ans**, des interactions sociales actives se mettent en place mais de manière limitée. Après **trois ans**, les jeux en parallèle (comme jouer aux petites voitures à deux mais sans tenir compte de l'autre ni en élaborant des courses) sont bousculés par les jeux associatifs (là, les courses de voitures sont possibles) : les échanges s'améliorent. A **six ans**, les activités collectives organisées sont courantes et jouer un match de foot ou de basket en respectant les règles est possible !

L'**âge de la Grâce** s'entame ici : l'enfant est moins pataud, moins maladroit. Ses mouvements sont plus aisés et spontanés, ses gestes sont plus harmonieux, les chutes sont moins nombreuses. Rouler en tricycle, sauter à cloche-pied deviennent possible comme sauter à la corde.

## 4. L'enfant de 4 à 6 ans.

### 1. Selon S. Freud (1856-1939).

C'est le **stade œdipien**, d'où le fameux conflit dénommé le **complexe d'Œdipe** qui se traduit par 'l'amour' que l'enfant éprouve pour le parent du sexe opposé accompagné de la 'haine' pour le parent du même sexe. C'est aussi le **passage d'une relation à deux** – mère + enfant – **à une relation à trois** – mère + père + enfant.

Le petit garçon qui se rend compte qu'à l'instar de son père, il est en possession du pénis, se compare avec celui-ci et veut sa mère pour femme. Son père devient automatiquement son rival. Il serait mieux de procéder à son élimination afin d'avoir à lui seul la mère. Mais trop petit, il ne peut qu'essayer de ressembler à son père dans l'espoir de séduire sa mère, soit la **phase d'identification** sexuelle au parent du même sexe. Par la suite, le petit garçon se rendra compte qu'il existe d'autres 'femmes' que sa mère pour exercer sa séduction.

Tandis que chez la fillette c'est un autre scénario qui se produit. Celle-ci en réalisant qu'elle est privée du pénis reproche à la mère de ne pas lui en donner, par conséquent elle veut posséder son père et éliminer sa mère, sa rivale. Mais trop petite, elle ne peut qu'essayer de ressembler à sa mère dans l'espoir de séduire son père, soit la **phase d'identification** sexuelle au parent du même sexe. Ensuite, la fillette se rendra compte de l'existence des autres 'hommes' que son père pour exercer sa séduction.

### 2. Le développement de l'intelligence.

Entre 0 et 2 ans, l'**intelligence** de l'enfant est principalement **sensorielle** (l'enfant est dans la perception), et **motrice** (l'enfant est en mouvement de façon permanente). Dès la naissance, le bébé a des réflexes : si on lui pose le doigt sur la bouche il tète, et si on lui met un doigt dans la main, il serre.

Grâce à l'**apparition du langage**, il y a le développement de l'**intelligence conceptuelle**. Mais des difficultés persistent, on peut citer :

- ◆ La **pensée animiste**, soit la croyance que tous les objets sont vivants –« Méchante table ! » dira l'enfant quand il s'y cogne.
- ◆ Le temps : l'enfant de 3 ans sait ce que veut dire 'avant' et 'après' mais pas ce que signifie 'hier' ou 'demain'. Vers 5 ans, l'enfant comprend que le temps s'écoule en phases successives comme : le jour, la nuit, la semaine, le mois, l'année. Son organisation du temps se fait autour de points de référence significatifs, par exemple : le congé d'école à Noël.

- ◆ L'espace : l'enfant de 4 ans est capable depuis longtemps de mémoriser les itinéraires dans un espace familier comme la maison, l'école, mais il ne saisit pas les distances. A 5 ans, l'enfant peut situer gauche/droite, devant/derrière, haut/bas.
- ◆ Le **réalisme nominal** : l'enfant invente un nom, un concept qui existe vraiment pour lui.
- ◆ L'**artificialisme** : l'enfant peut ainsi croire que l'homme a créé uniquement les montagnes pour recueillir de la neige !
- ◆ Les **relations magiques** : si un élément suit un autre, l'enfant croit qu'il en est d'office la conséquence, ainsi croire que si le feu de signalisation reste vert au passage de la voiture de son père, son interrogation à l'école sera réussie.
- ◆ L'incapacité de l'enfant à effectuer des opérations réversibles ou de conservation :

Pour les volumes :



Deux verres contiennent la même quantité d'eau. L'enfant peut voir qu'il s'agit du même volume. L'expérimentateur verse le contenu d'un des verres dans le verre plus haut, puis demande à l'enfant si chacun de ces deux verres contient le même volume d'eau.

Pour la quantité :



L'enfant croit que sur la deuxième ligne, il y a plus de bonbons !

Pour le poids :



L'enfant croit que sous la forme allongée, il y a plus de pâte !

En résumé :



## LES MOINS DE 3 ANS

### De la naissance à 3 mois

L'enfant passe presque tout son temps à dormir.  
 Il apprend à regarder un visage, à sourire en réponse.  
 Il réagit au bruit.  
 Il reconnaît sa mère par la vue, mais surtout par l'odorat et l'ouïe, et peut-être par des perceptions sensorielles mal définissables.  
 Il garde en main, involontairement, l'objet qu'on y a placé.  
 Il gazouille spontanément et en réponse.  
 Il communique avec l'entourage et réagit surtout à l'état psychique de sa mère (sérénité ou énervement).

### De 3 à 6 mois

Soutenu, il peut rester assis quelques instants.  
 Il tend la main vers un objet qu'on lui présente et le saisit volontairement.  
 Il porte des objets à la bouche : ce geste est pour lui un moyen d'explorer et connaître.  
 Il commence à chercher le jouet perdu.  
 Il saisit les objets non pas entre le pouce et l'index, mais entre la paume et les quatre derniers doigts.  
 Il rit aux éclats en réponse aux gestes de l'adulte.

### De 6 à 9 mois

Il se tient assis seul un moment, commence à rester debout s'il est soutenu, est capable de ramper vers un objet ou une personne.  
 Il passe un objet d'une main à l'autre, s'amuse à les jeter.  
 Il vocalise plusieurs syllabes sans signification.  
 Il reconnaît les visages de sa famille et peut avoir peur des visages inconnus.  
 Il saisit les petits objets entre le pouce et l'index.

### De 9 à 12 mois

Il est capable de se mettre debout seul, en s'appuyant à quelque chose, et de marcher tenu à deux mains.  
 Il imite un bruit, répète un son qu'il a entendu.  
 Il apprend à prononcer deux ou trois mots, et les répète si l'entourage leur a donné une signification.  
 Il participe à sa manière aux jeux avec les adultes.  
 Il manifeste un grand intérêt à l'égard du monde qui l'entoure.

### De 12 à 18 mois

Il marche seul et explore la maison.  
 Il peut prononcer cinq à dix mots.  
 Il empile deux à trois cubes, sait remplir un récipient (tasse, avec cailloux).  
 Il manifeste sa jalousie (geste de colère, pleurs) ainsi que des réactions de rivalité dans le jeu avec ses aînés — ces manifestations d'agressivité marquant un début de communication.

### De 18 à 24 mois

Il monte et descend un escalier, d'abord soutenu, ensuite seul en s'appuyant.  
 Il apprend à manger seul.  
 Il montre ses yeux et son nez.  
 Il manifeste beaucoup d'intérêt pour les actions des adultes et cherche à imiter leurs gestes.  
 L'âge de 2 ans marque le commencement réel des relations avec les autres.





#### De 2 ans à 3 ans

Il apprend à sauter, à grimper, à sautiller sur une jambe.  
 Il développe son langage, utilise le "je", commence à poser des questions, comprend ce qu'on lui dit.  
 Il peut reproduire un cercle sur le papier.  
 Il commence à s'entendre dans les jeux avec les autres enfants.

### DE 3 A 6 ANS

#### De 3 à 4 ans

Il se promène seul, va rendre visite aux voisins.  
 Il apprend à s'habiller et à se déshabiller.  
 Il parle de façon intelligible, reconnaît deux ou trois couleurs, dit son nom, son sexe et son âge.  
 Il pose beaucoup de questions.  
 Il écoute des histoires et redemande celles qu'il aime.  
 Il manifeste de l'affection pour ses frères et sœurs plus jeunes.



#### De 4 à 5 ans

Il bondit, saute, se balance.  
 Il copie un carré, un triangle, et peut dessiner un bonhomme avec la tête et les membres.  
 Il sait compter ses doigts.  
 Il écoute une histoire et peut en répéter les épisodes principaux.  
 Il proteste si on l'empêche de faire ce qu'il veut.  
 Il peut apprécier la taille et la forme, distinguer le gros et le petit.  
 Il dessine un bonhomme avec la tête, les membres et les parties principales.



#### De 5 à 6 ans

Il sait grimper aux arbres, danser au rythme de la musique.  
 Il parle de façon correcte, sans les distorsions verbales enfantines.  
 Il distingue la droite et la gauche, hier et demain, et s'intéresse à l'âge des jeunes et des vieux.  
 Il demande la signification des mots abstraits.  
 Il s'intéresse aux activités de la maison et du quartier.  
 Il invente des jeux et en change les règles pendant leur déroulement.  
 Il déteste l'autorité imposée et exécute lentement les ordres qu'on lui donne.  
 Il dessine un bonhomme avec la tête, le tronc, les membres, les mains.



Dessins Salsi, Unesco

## 5. L'enfant de 6 à 12 ans.

### 1. Selon S. Freud (1856-1939).

Ici, la **période de latence** : période d'arrêt des énergies sexuelles de l'enfant, période de repos instinctuel. C'est pour permettre à la **culture** de s'installer et l'intelligence de parachever son développement. L'enfant se lance en des aventures relatives à ses études : il réalise un travail intellectuel à travers le calcul, l'écriture et la lecture. Il canalise ses intérêts vers le milieu extra-familial (les **parents substitutifs** que sont les enseignants, les coaches et entraîneurs sportifs), les groupes de pairs (sans l'aide des parents) et les apprentissages scolaires et sportifs. L'entrée à la *grande école* est une étape cruciale → **OUVERTURE SOCIALE** :

Ainsi, discipline de travail scolaire, rythme de vie plus régulier, absence de la maison familiale pour une journée complète.

### 2. Le développement social et le développement psychomoteur.

Avec l'entrée dans l'enseignement primaire, l'enfant devient plus indépendant de ses parents et de sa fratrie, mais il est plus lié à son groupe de pairs : il y apprend la **coopération**, l'**altruisme**. Vers sept ans, il est normal de 'rapporter' à son instituteur/trice. A huit ans, la **loyauté au groupe** est importante (respect mutuel et égalité entre les membres du groupe). A neuf ans, les **taquineries** et autres **rivalités** se multiplient : l'enfant cultive le **mensonge** et les **secrets** - ainsi s'il est adopté, il s'interroge sur ses origines. Les filles et les garçons ne se mélangent pas dans les jeux, il y a une certaine **ségrégation**. Vers dix ans, c'est à l'**âge de la bande**. Vers onze ans, il y a une constance dans les **amitiés enfantines**.

La force se développe dès sept ans, mais la précision et l'endurance ne se mettront en place que vers neuf ans.

### 3. Le développement de l'intelligence.

**La période des opérations concrètes – 7 à 12 ans** : Dans cette période de *stade conceptuel logique concret*, on observe d'importantes habiletés intellectuelles. Les enfants sont maintenant capables d'appliquer les opérations aux objets concrets. L'enfant a besoin du support physique et réel, il n'est pas capable de pensée abstraite.

Acquisitions de deux concepts importants : la **réversibilité** - capacité à pouvoir renverser l'effet d'une action ou d'une opération mentale (p. ex. transvaser de l'eau d'un verre à l'autre et vice versa) ; la **conservation** - capacité de reconnaître qu'une quantité (vers 7/8 ans), un poids (vers 9/10 ans) ou un volume (vers 10/11 ans) donné demeurent constant malgré des changements de formes, de longueurs ou de positions.

**La période des opérations abstraites – dès 12 ans** : C'est aussi la période du *stade conceptuel logique abstrait*. C'est la maturité cognitive donc l'intelligence adulte. Les enfants sont alors capables de penser de manière abstraite, donc capables de résoudre des problèmes géométriques. C'est la **pensée hypothético-déductive**. Cela signifie que la personne est capable de faire preuve d'un raisonnement logique. Si vous avez perdu vos clés, vous allez les chercher dans vos poches, si vous ne les trouvez pas alors, vous allez chercher dans la voiture, puis en cas d'échec à une troisième stratégie ! Etc...

## 6. L'enfant et le jeu.

« C'est en jouant que l'enfant apprend ! », « L'être le plus doué est celui qui joue le plus ! » ...  
Le jeu évolue avec l'âge, le choix des jouets aussi : le jeu est somme toute l'activité à laquelle l'enfant s'adonne, le jouet est l'objet avec lequel l'enfant joue.

Diverses capacités sont sollicitées et développées par le jeu :

Maîtrise et coordination du corps : jeux de ballon, jokari,...

Habilité motrice : jeu de fléchettes, coloriage,

Pensée abstraite : jeu d'échec, Stratego© MB

Capacités perceptives : tapis d'éveil, puzzle

Intelligence pratique : jeu du petit chimiste, Mako© poterie, Mako© bougie

Communication : jeux de société

### Les critères de sélection du jouet :

- ✓ L'âge chronologique/âge mental de l'enfant : la plupart des jouets indiquent une référence d'âge
- ✓ Le sexe de l'enfant à partir de 3 ans
- ✓ Le prix du jouet en lien aussi avec le nombre d'enfant dans la famille
- ✓ Le goût et l'intérêt de l'enfant
- ✓ La taille du jouet en lien avec le lieu de vie de l'enfant
- ✓ L'aspect esthétique du jouet : l'enfant préfère les jouets proches d'une certaine réalité
- ✓ L'appel à la créativité et l'initiative : construire, démolir, créer comme avec les Mécanos, les Lego©, K'nex©
- ✓ La solidité du jouet, son aspect sécurité :
  - ✚ L'hygiène : les poils de peluche
  - ✚ Les propriétés mécaniques : solidité, stabilité (arêtes non saillantes/coupantes, fixations), résistance à la pression ou une poussée entre 15 et 30 kg
  - ✚ L'inflammabilité en lien avec la matière, les risques électriques
  - ✚ Les propriétés électriques : piles isolées dans un compartiment fermé par une vis, courant électrique continu inférieur à 24 Volt.
  - ✚ Les propriétés chimiques : colorant, matières proscrites comme le plomb, l'arsenic et le mercure.

⇒ Le label **CE** (conformité européenne – CEE) avec la restriction pour les jouets destinés aux enfants de moins de 36 mois ne pouvant comporter d'éléments détachables et/ou absorbables.

## L'approche génétique du jeu : les jouets types.

**De 0 à 8 mois :** la mère est le 'jouet' idéal pour le bébé...

Exemple type : le hochet, le Culbuto de MB©,...

**De 8 à 12 mois :** le bébé joue avec tout ce qui est à sa portée, la peluche de type 'doudou' (notion d'*objet transitionnel*)

Exemple type : les cubes colorés à empiler

**De 12 à 18 mois :** les adultes sont les interlocuteurs favoris du jeu – se chatouiller, se poursuivre en courant, se cacher,... L'enfant joue avec des objets du quotidien comme les gobelets, les couverts,...

Exemple type : les jeux dans la baignoire, les animaux à bascule, les jouets à tirer derrière soi avec une ficelle,...

**De 18 à 24 mois :** l'enfant aime copier les gestes de l'adulte, il aime aussi aider à ranger et à répéter les mêmes activités, les gribouillis apparaissent aussi !

Exemple type : le petit magasin, la foreuse/tondeuse comme papa,...

**A partir de 2 ans :** les jeux entre fille et garçon se différencient, les histoires racontées par l'adulte ou les films visionnés plusieurs fois

Exemple type : la pâte à modeler, les panoplies de déguisement, le bac à sable, la dinette,...

**A partir de 4 ans :** les enfants commencent à réclamer des jouets précis, jouent en s'attribuant des rôles – « On disait que tu étais ... et moi on disait que j'étais ... »

Exemple type : les pistolets, les épées, le vélo, les tepee/cabanes, les jeux de construction...

**A partir de 7 ans :** les jeux vidéo/électroniques, les jeux collectifs de type sportif

Exemple type : les jeux de sociétés, les puzzles, les Lego© / K'nex©

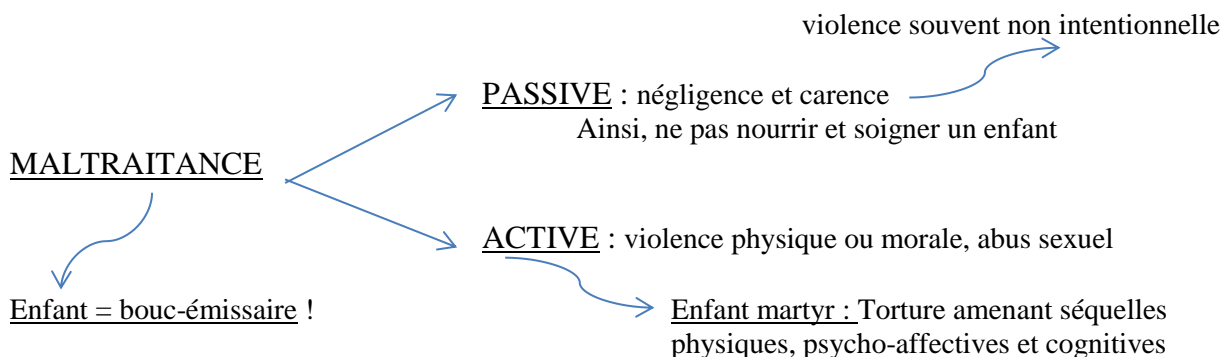
**A l'adolescence :** les jeux de société, les jeux en ligne via internet, les jeux sportifs



## 7. L'enfant maltraité.

La maltraitance d'enfant existe partout et depuis longtemps :

- En Grèce antique, Platon suggère d'éliminer à la naissance tout enfant malformé/difforme
- Chez nous au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'enfant de plus de cinq ans travaille
- En Chine, les petites filles ont souvent été sacrifiées à la naissance





## A. Profilage : les enfants le et les parents à risque.

### Enfants :

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| - Les plus jeunes car ils ne parlent pas | - Les enfants prématurés  |
| - Les enfants uniques                    | - Les enfants non-désirés |
| - Les enfants aînés                      |                           |

L'enfant préférera toujours ses parents maltraitants au placement en institution

### Parents :

- |  |   |
|--|---|
| - Parents ayant été maltraités durant leur enfance                           | - Parents souffrant de débilité mentale                   |
| - Parents ayant un faible niveau scolaire                                    | - Parents avec troubles psychiatriques et/ou psychopathes |
| - Parents ayant un passé institutionnel – prison, placement durant l'enfance | - Parents toxicomanes (drogue, alcool, médicament)        |

## B. La notion d'abus sexuel.

Le pédophile : s'en prend aussi bien aux jeunes enfants des deux sexes

- |   |  |
|---|--|
| - Personnalité fragile et immature        | - Crainte des relations sexuelles avec les adultes |
| - Problèmes relationnels avec les adultes | - Grande dépendance à la mère                      |

### La victime :

- Se sent isolée et impuissante
- Vit dans l'angoisse et la culpabilité
- Cultive un traumatisme profond et durable (suivi psychothérapeutique quasi obligatoire)

La prostitution des adolescents est souvent liée à la consommation de drogue/alcool, à la délinquance. Ainsi à Bruxelles : ± 1500 prostitué(e)s filles et garçons de moins de 16ans.

## C. Comment reconnaître un enfant maltraité ?

L'aide-soignant(e) / aide familial(e) à domicile se doit de repérer toute situation étrange :

Enfant jeune : Indifférent ou craintif, fuyant le contact avec l'adulte  
Trop confiant dans sa relation avec l'adulte  
Langage obscène inapproprié

Physiquement : Coups au visage, aux fesses, au dos, ecchymoses, ...  
+ fractures inexplicables  
+ écorchures, griffures, morsures, brûlures (cigarettes), hématomes, cheveux arrachés

Le signalement : Police ou Parquet le plus proche  
Enseignant assermentée ou infirmier ONE  
Centre PMS, équipe SOS-Enfants  
Permanences téléphoniques - Télé-accueil 1991 et Ecoute enfant 103  
7j/7 & 24h/24

Pour rappel, selon le Code pénal, en cas de non signalement, il y a non-assistance à personne en danger ! Le secret professionnel et/ou médical ne peut ici être maintenu pour les professionnels de l'aide et de la santé. L'aide-soignant(e) / aide familial(e) à domicile se doit d'en référer à son supérieur hiérarchique.

## QU'EST-CE QU'UN ENFANT BATTU OU GRAVEMENT NEGLIGÉ ?

Jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, diverses formes de violences exercées envers les enfants ont été tolérées, voire encouragées. La chute spectaculaire de la mortalité infantile, associée à l'amélioration des conditions de vie, a heureusement modifié cette attitude.

Aujourd'hui, la société a conscience que l'enfant est une personne à part entière qui a besoin de bonnes conditions

de vie pour bien se développer et non plus seulement une force de travail.

Définir la maltraitance n'est pas simple. Au départ, on l'a limitée aux sérvices physiques tels que hématomes, brûlures, fractures... Par la suite, la définition s'est, petit à petit étendue à l'ensemble des carences ainsi qu'aux abus sexuels dont l'enfant peut être victime. Certains ont même été jusqu'à élargir

la définition à toute action ou absence d'action de la part des personnes qui s'occupent de l'enfant qui nuit ou pourrait nuire à sa santé, à son bien-être et à son développement.

Il est bien évident que la maltraitance pour méprisable qu'elle soit, peut revêtir des caractères de gravité différents qui appellent des interventions différenciées. Nous y reviendrons plus loin.

## COMMENT EST-IL POSSIBLE DE BATTRE UN ENFANT ?

Des études ont montré que les adultes battus et maltraités quand ils étaient enfants avaient tendance par la suite à reproduire ce type de comportement envers leurs propres enfants.

La maltraitance se transmet de génération en génération. Il devient par conséquent primordial de briser cet engrenage. Parmi les enfants battus, on en trouve beaucoup qui n'étaient pas désirés, venus en surnombre dans un ménage occupé à se disloquer, alors que la mère, elle-même n'est encore qu'une femme-enfant.

Certes, la contraception, l'avortement, l'adoption, l'accompagnement des familles et les infrastructures d'accueil apportent des réponses. Mais ce sont les mentalités qu'il faudrait réformer. A sa naissance, l'enfant se trouve dans une situation d'extrême dépendance vis-à-vis de l'adulte. Il a besoin de sa mère et de

son père pour survivre, pour tout apprendre.

Pour l'assouvissement de tous ses besoins : être nourri, protégé, lavé, porté! Cette grande dépendance va engendrer chez le petit un sentiment d'insécurité et d'abandon dès que l'adulte n'est plus là. L'enfant préférera baiser la main qui le frappe plutôt que d'être rejeté! Il choisira les coups plutôt que le placement en institution, la maltraitance plutôt que l'indifférence.

La violence intrafamiliale submerge tant les parents que les enfants, les uns et les autres pris dans un fonctionnement familial où la violence répond aux cris et à la brutalité aux pleurs. L'enfant battu devient le symptôme de cette souffrance familiale. L'adulte est débordé par sa violence et l'enfant se sent coupable de cette violence qui lui est faite. En fin de compte, il y a paradoxalement deux victimes.



## L'INCESTE OU L'ABUS SEXUEL FAMILIAL.

Sa définition reste délicate. Il n'existe pas de portrait robot du père incestueux.

Il s'agit certes souvent d'une personnalité fragile, immature affectivement et qui règle ses problèmes relationnels et personnels en adoptant un comportement sexuel déviant. Il a peur des relations sexuelles avec les adultes.

Il a du mal à établir des relations d'égal à égal. Son problème remonte à sa petite enfance. Il découle souvent de sa trop grande dépendance vis-à-vis de sa mère.

Les violences sexuelles se passent habituellement dans le cadre familial ou familial et l'agresseur est bien connu de l'enfant, dans les deux/tiers des cas. Le

pédophile s'inscrit dans le même contexte. Il s'en prend à de tout jeunes enfants des deux sexes.

La prostitution infantile quand à elle fait intervenir l'esprit de lucre. Il peut s'agir par exemple d'un père incestueux qui veut combler ses amis en leur vendant les charmes de sa fille.

## LES VICTIMES DE CES VIOLENCES SEXUELLES.

Dans tous les cas, elles se sentent isolées et impuissantes.

Ces relations imposées de force par des adultes aux enfants les transforment en victimes. Ces derniers vivent alors dans l'angoisse et la culpabilité. Ils souffrent en silence. Plus tard, ils connaîtront des problèmes d'identité et de confiance en soi. Ils garderont de leur expérience un traumatisme profond et durable dont seule une psychothérapie pourra les guérir.

La prostitution des adolescents est alors, chez nous souvent liée à la consommation de drogues et à la petite délinquance. Des jeunes garçons ou des filles vendent leur corps pour pouvoir s'acheter leur dose quotidienne. Cette double dépendance les enferme dans un cocon dont ils ont beaucoup de mal à sortir.

A Bruxelles, il y aurait plus ou moins quinze cents jeunes prostituées de moins de seize ans.

Dans certains pays du Tiers-monde, la prostitution est directement liée à la pauvreté et la famille a besoin de ce revenu pour vivre.

Tout le monde y est complice de la souffrance de ces enfants et jeunes adolescents: le gouvernement du pays qui ferme les yeux, les parents qui ne cherchent pas d'autres solutions, les clients qui contribuent à alimenter ce commerce douloureux en apportant leurs devises étrangères.

## COMMENT PEUT-ON RECONNAITRE UN ENFANT BATTU OU GRAVEMENT NEGLIGÉ ?

Diagnostiquer une maltraitance est malaisé. En effet, il n'existe pas de portrait robot-type de l'enfant maltraité, mais plutôt un ensemble de caractéristiques qui cumulées, doivent attirer notre attention.

En voici, à titre exemplatif quelques-unes : enfant habituellement jeune, souvent indifférent (sans réaction) craintif ou, au contraire, trop confiant, à l'affectivité perturbée.

Présence d'ecchymoses d'âges variés (visage, fesses, yeux) parfois caractérisés par leur forme évoquant la main qui a frappé.

Ecorchures, morsures, griffures, brûlures avec cigarettes, lésions de la cavité buccale, sont à observer. Si les parents les ont laissés évoluer sans soins, ou si l'explication présentée est peu crédible, on pensera de suite à la maltraitance.

Arrachement de cheveux, fente de la cloison nasale, fractures inexplicables ou anormales pour l'âge, altération de la conscience de l'enfant doivent aussi alerter l'observateur.

On remarque aussi que l'éloignement du milieu familial procure une amélioration de l'état physique et psychique de l'enfant.

## QUI PEUT SIGNALER UN CAS D'ENFANT BATTU OU GRAVEMENT NEGLIGÉ ?

Le Code pénal prévoit qu'est puni celui qui s'abstient de venir en aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par celui qui sollicite son intervention.

Mais au-delà de cet important aspect légal, il faut faire appel au bon sens et à l'esprit de solidarité qui sommeillent en nous.

Il existe des catégories professionnelles qui sont plus susceptibles que

d'autres de dépister des cas de maltraitance. Les enseignants, l'Inspection médicale scolaire, le Centre Psycho-médico-social, les aides-familiales, les infirmières de l'O.N.E., toutes ces personnes ou institutions sont en première ligne.

Il ne faut pas non plus négliger le rôle du médecin de famille qui est souvent un confident. Pour les cas graves, il faut souligner que le secret médical n'est pas une raison suffisante pour justifier l'absence d'intervention. Les voisins ont également

des responsabilités. Dans les affaires bien connues de maltraitance d'enfants, on constate souvent que les voisins étaient au courant d'agissements répréhensibles mais qu'ils n'osaient ou ne voulaient pas intervenir!

Ils craignaient de se mêler de choses "qui ne les regardaient pas" ou des suites judiciaires éventuelles.

De même, si vous vous sentez désespéré face à votre enfant, si vous craignez votre violence, n'hésitez pas appelez le numéro 1991.

### D. Zoom sur la prévention...

La prévention primaire : C'est la recherche des parents et enfants à risque. Elle consiste à éviter une situation familiale de conflit. Interviendront ici différents organismes comme les maternités, les écoles, les services ONE de consultations pré- et néonatales, les crèches, les plaines de jeux,...

La prévention secondaire : C'est la recherche et la prise en charge de cas de mauvais traitements d'enfants à un stade le plus précoce possible. Une observation de la relation familiale est importante sans pour autant mettre une étiquette définitive sur le fonctionnement de la famille.

La prévention tertiaire : C'est le traitement de la situation lorsque celle-ci s'est dégradée. L'intervention extérieure est ici obligatoire et doit s'appuyer sur des institutions médico-sociales pour tenter une collaboration. Il y a donc prise en charge médicale, sociale et psychologique.

Ici, mieux vaut informer les divers intervenants, tenter de modifier certaines de leurs réactions.

*Exemples :*

- le médecin de famille qui soigne l'enfant maltraité sans se préoccuper de son devenir.
- l'assistant social qui place l'enfant sans évaluer complètement sa situation familiale.
- le magistrat qui prend une position d'autorité sans suivi ni dialogue avec la famille.

### **Quelques mots sur la "loi du silence"...**

C'est le principal obstacle à la prévention et à la protection des enfants, les motifs les plus courants sont :

- Le témoin donne raison aux comportements violents des parents.
- Le témoin préfère laisser la famille régler ses problèmes, et ne pas charger plus avant les parents.
- Le témoin ne se rend pas compte de la réalité - "Ce n'est pas possible..." : notoriété du milieu.
- L'indifférence totale.
- Le manque de moyens et d'effectifs d'intervention : la Justice est lente et compliquée dans ses procédures, donc quelquefois peu accessible.
- La peur des représailles familiales, de l'engrenage judiciaire : être témoin à la barre...



Une cause de mortalité infantile peu connue

# Le syndrome du bébé secoué

Jean De Cortiss-Méla

**Secouer un bébé est un acte très dangereux. L'enfant peut en mourir ou souffrir de graves séquelles. Un nourrisson n'est pas un prunier. L'oublier peut introduire la tragédie dans une existence qui s'en croyait préservée...**

Dans la rubrique des faits divers, l'événement montre parfois le bout de son nez : des parents sont appréhendés pour maltraitance et la victime est toujours un enfant de moins d'un an. Le scénario est souvent le même : la famille arrive aux urgences de l'hôpital, l'enfant n'arrête pas de pleurer et son état général est inquiétant. Le nourrisson semble à demi-conscient, il est extrêmement pâle, il a de sérieux problèmes digestifs et quelquefois, se trouve en proie à des convulsions. Aucune trace de brutalité, toutefois. Juste des explications des adultes, dont l'incohérence et les contradictions éveillent le soupçon.

Parmi ces cas, certains sont socialement évidents : l'ambulance a emmené le bébé victime mais les parents n'ont pas suivi. L'indice est connu des urgentistes. En général, hospitalisé en urgence, l'enfant est suivi par les parents. Rien ne peut les dissuader d'accompagner. Par conséquent, le désintérêt parental pour la petite victime constitue un premier signal d'alarme : la probabilité de se trouver en face d'un acte de maltraitance est grande, en effet.

## Secouer un bébé : un acte extrêmement dangereux!

Le contexte cependant n'est pas toujours aussi tranché. La nature de la situation n'est pas toujours réductible à une équation simple où l'intention serait évidente dans un résultat. Les catégories sociales de la violence répertoriées sont ainsi trompeuses. Elles peuvent conduire à des interprétations faites pour passer à côté de la réalité des comportements parentaux. Le syndrome du bébé secoué s'inscrit de la sorte dans cette tradition de la

contre la boîte crânienne. Elle déchire des vaisseaux, qui saignent. Elle provoque des lésions tissulaires. Ainsi blessé, le cerveau enfle. Les conséquences sont souvent dramatiques.

Le secouement du bébé peut entraîner sa mort immédiate. En cas de survie, les séquelles sont importantes : cécité, paralysies diverses dans un temps relativement court. Dans les années qui suivent, des crises d'épilepsie peuvent apparaître et un retard mental et psychomoteur est à redouter. A l'âge de la scolarité, des troubles psychologiques sont probables. Ainsi, pour un geste de trop posé dans un moment d'irritation ou par ignorance des précautions à prendre avec un petit enfant, une existence peut se voir détruite ou basculer dans le handicap.

vérité méconnue. Le sens commun imagine difficilement en effet que la maltraitance envers un bébé puisse relever d'une inadvertance, d'une ignorance totale des gestes à ne pas poser envers un nourrisson, d'une attitude inconsidérée dans un moment où l'adulte perdant les pédales, il commet l'irréparable sans en avoir l'intention ou la conscience claire.

Secouer un bébé constitue pourtant un acte dont la dangerosité est largement sous-estimée. Combien le savent, évidemment, car d'où leur viendrait cette connaissance? Le syndrome est connu depuis longtemps mais il ne bénéficie pas toujours de la publicité méritée, dans une époque pourtant préoccupée de l'intérêt des enfants depuis la dénonciation médiatique de la pédophilie et de la criminalité qui s'y rattache. (1)

Les cas de figure sont multiples. C'est le papa qui joue à lancer son fiston vers le plafond — il y a quelques années, la publicité d'une grande chaîne de fast food banalisait la scène dans un spot qui a été retiré de la circulation à la demande d'un éminent médecin français. C'est la mère à bout de patience qui, lasse d'avoir bercé son enfant en pure perte pour l'apaiser, finit par le secouer pensant de la sorte le calmer. Ce sont les parents qui, à tour de rôle, secouent leur bébé en perte de connaissance pour le ramener ainsi à la conscience. Il s'agit toujours bien sûr d'une maltraitance objective mais l'intention violente n'est pas chaque fois évidente. En matière d'éducation, on ne dira jamais assez à quel point l'ignorance et l'aveuglement peuvent faire des ravages.

## Conséquences : la mort ou de graves séquelles

Que provoque chez le bébé le fait de le secouer? En dessous d'un an, l'enfant présente des caractéristiques anatomiques spécifiques : la tête est grosse et lourde par rapport au reste du corps. Or, à cet âge, la musculature du cou n'a pas la capacité de compenser un mouvement violent répété plusieurs fois. Elle le subit. La conséquence physique s'apparente alors à un mouvement de fouet. L'accélération de la tête peut ainsi atteindre une vitesse de cent à cent-vingt kilomètres à l'heure. Cette poussée induite avec force écrase la masse cérébrale



Le sens commun aperçoit volontiers le bourreau d'enfants sous les traits réducteurs de la brute sadique, inculte et alcoolique, la ceinture à la main et l'invective à la bouche. De tels personnages existent. Ils suscitent à juste titre l'indignation populaire mais ils constituent aussi l'alibi d'une violence plus sournoise car ils rassurent en effrayant. Ils permettent en effet de rejeter la figure de la maltraitance aux frontières du social ordinaire, en oblitérant une évidence que chacun s'efforce de refouler : l'irréparable est à la portée de tous et nul n'est à l'abri de l'accident majeur.

### La tragédie peut frapper n'importe qui

Plusieurs études montrent au demeurant que la maltraitance à enfants se joue des frontières sociales et des tranches d'âge. Les parents concernés ne sont pas des crapules au passé trouble. Sont-ils a priori repérables? Une prévention serait-elle possible en ce domaine où se jouent l'intégrité physique et psychique du nourrisson voire sa vie? La pédopsychiatre Marie-Claire Camena d'Almeida esquisse un profil à risque : "d'après mes statistiques, les parents ne sont pas jeunes. Ils ont entre 28 et 30 ans. Ils travaillent, sont stressés professionnellement et fatigués. Ils ont vécu des ruptures familiales compliquées. Généralement, à l'arrivée du bébé, le couple s'installe

*dans un appartement plus grand. L'environnement habituel disparaît. Surgit un sentiment d'isolement, de perte. Il y a ce bébé et rien d'autre, et c'est angoissant."* (2)

Une autre pédiatre ajoute que, dans la majorité des cas, il s'agit d'un premier enfant, qui ne correspond pas entièrement à l'attente de ses géniteurs "parce qu'il est anxiogène, parce que c'est le mythe de l'enfant qui vient combler les carences" (2). Il bénéficie alors de moins de gestes tendres. Il devient plus facilement l'objet d'un rejet méconnu par ses propres parents qui ne prennent souvent conscience du noeud de leur relation émotionnelle au bébé que quand il est trop tard.

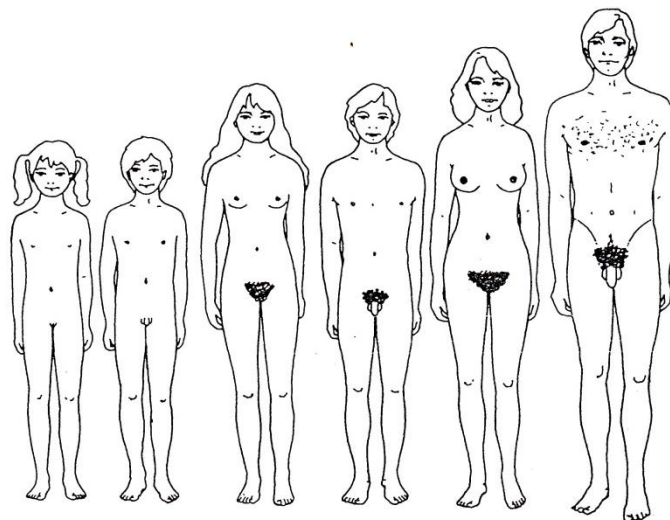
On touche là évidemment à la complexité des rapports humains au sein de la famille. Quoi qu'il en soit, il est urgent de rappeler ceci : l'enfant n'est pas un prunier, c'est une personne humaine à part entière mais avec la fragilité en plus. L'oublier peut introduire la tragédie dans une existence qui s'en croyait préservée. ©

(1) Dans notre pays, des plaquettes expliquant le syndrome sont à la disposition des professionnels concernés et du grand public. On doit cette initiative à la clinique universitaire Saint-Luc, à Bruxelles.

(2) Parents, enfants, quels profils? par Anne-Marie et Stephan Raphaël, Sciences et Avenir de juillet 2001

## VI. Le développement psycho-affectif de l'adolescent

L'adolescence s'associe à la **puberté** : plus précisément, celle-ci désigne l'ensemble des phénomènes physiques et psychiques qui définissent le passage de l'état d'enfant à l'état d'adulte aboutissant à l'acquisition de la taille définitive et de la fonction de reproduction. Cette période, qui dure environ 4 ans, se caractérise par une accélération de la vitesse de croissance et par l'apparition des caractères sexuels secondaires.



Les transformations corporelles de la puberté s'accompagnent de transformations psychiques chez l'enfant devenant adulte par le passage de l'adolescence et contribuent à la construction de son **identité personnelle** en particulier **sexuelle**. C'est l'apparition des **premières règles chez la fille** vers 12ans, des **premières éjaculations chez le garçon** vers 14 ans. Les modifications : croissance staturale (gain de 7 à 9 cm par an), évolution des caractères sexuels primaires (organes génitaux) et secondaires (voix, pilosité, seins, système musculaire). Ainsi, il existe une grande **variabilité interindividuelle** des transformations pubertaires selon les époques, selon les régions, selon les

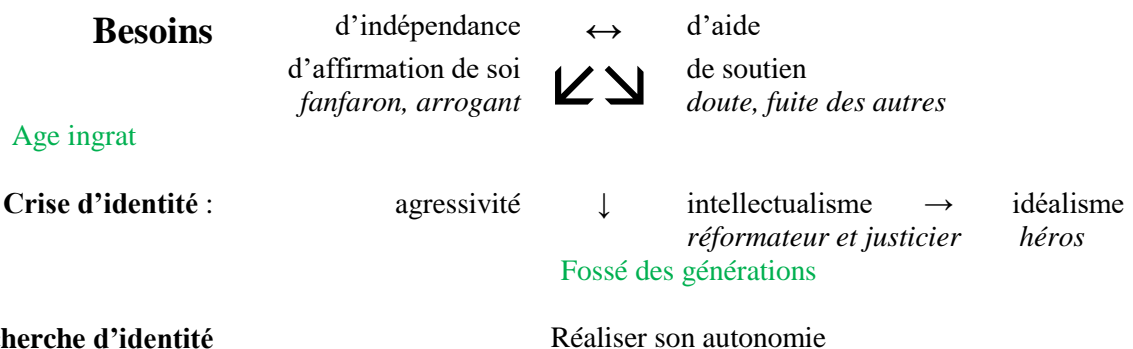


peuples ; dans nos sociétés occidentales, on assiste à un abaissement de l'âge de la puberté, une accélération de la croissance, une élévation de la taille. Cela en lien avec la qualité de l'alimentation, mais aussi des qualités environnementales notamment à travers l'hygiène.

Fr. Dolto (1908-1988) comparait l'adolescent à un animal bien particulier à travers le **complexe du homard**. Etaient évoqués les dangers qui le menacent pendant qu'il mue et change donc de carapace. Lorsqu'il perd la première et avant que la deuxième et définitive soit solidifiée suffisamment, les prédateurs sont un réel danger.

## 1. Les oppositions de l'adolescent.

### A. L'opposition au niveau des besoins.



Le **fossé des générations** est souvent momentané et mineur car si l'on compare la société adulte à la société adolescente, les points communs sont nombreux : imiter les autres donc les pairs dans le choix des amis, du vêtement ou du langage, ou encore imiter les parents au niveau des performances scolaires ou les aspirations professionnelles.

Au niveau éducation, veiller face à l'adolescent à :

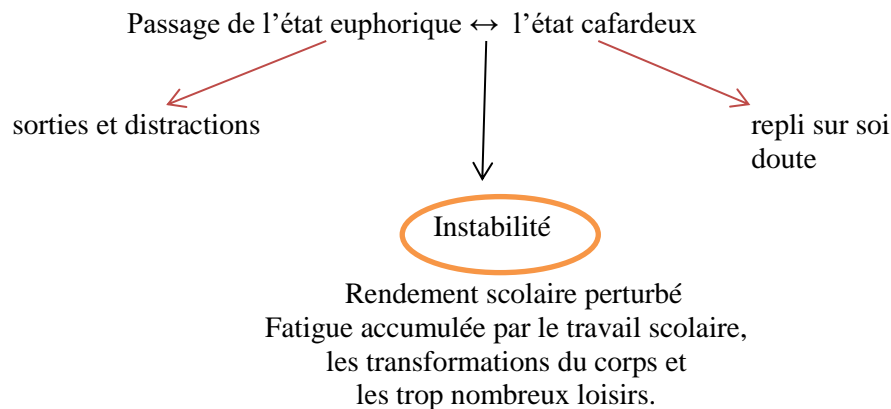
- Lui confier des responsabilités par exemple à travers la gestion de son argent de poche,
- Lui donner le sentiment d'être compris et entendu,
- Le rattacher aux institutions (école, club de sport ou groupe musical, à la famille) : l'ado développe un **rôle social**,
- L'aider à développer une **estime de soi** positive.

Le **choix des études** et le **choix d'une profession** est une étape importante de l'adolescence. Diverses influences interviennent :

- **L'influence des parents** : la vocation contrariée d'un parent peut amener l'adolescent pour ce même choix, le fils de notaire devenant notaire, l'ouvrier espérant voir sa fille institutrice ou son fils médecin, le chef d'entreprise voyant son fils reprendre ses affaires,...
- Les **données physiques et intellectuelles** : le niveau de performance physique pour un professeur de gymnastique, le bagage intellectuel pour devenir ingénieur,... Sans oublier les aptitudes particulières pour les carrières artistiques.
- Les **données socio-économiques** de la famille : le coût de la formation.
- Les **débouchés dans la profession** : avec le risque de l'évolution du marché de l'emploi.
- Les **intérêts et motivation** de l'adolescent : carrière scientifique, carrière commerciale, carrière médicale, carrière artistique,...



## B. L'opposition au niveau des comportements.



Au niveau éducation, veiller à alterner les tâches intellectuelles et les tâches physiques tout en organisant tant que faire se peut un sommeil régulier.

## 2. Les étapes marquantes du développement psychosexuel.

**Étape 1 :** Les premières éjaculations/les premières règles → honte et pudeur

**Rôle AS/AF :** Apporter des informations objectives face aux questions posées : rassurer et mettre en confiance sans juger, ni verser dans des référents religieux personnels.

**Étape 2 :** La masturbation → culpabilité

La masturbation demeure l'une des premières expériences sexuelles vécues par la plupart d'entre nous. Elle est notre premier contact intime avec notre corps et notre sexualité. Elle apparaît ainsi comme un prototype de la sexualité, comme une expérience primaire fondamentale, comme une étape maturative nécessaire. L'adolescent explore son corps et apprend à en jouir et à exercer un contrôle sur soi.

Une étude (Montréal – 2002) montrait que 94% des hommes se masturbent avant 20 ans, avec une fréquence d'autant plus élevée qu'ils ont commencé jeunes, cette pratique continue toute la vie. L'âge médian de la première masturbation est de 12 ans. De plus en plus de garçons se masturbent devant leur ordinateur, en regardant des photos ou des vidéos pornos, ou en participant à des "plans cam". A 13 ans, un garçon sur cinq a déjà participé à des séances de masturbations collectives, avec un ou plusieurs copains.

**Rôle AS/AF :** Réduire la culpabilité par un dialogue non moralisateur, mais aussi d'écarter le spectre des dangers physiques...

**Étape 3 :** Le comportement homosexuel

Tous les adolescents ne vivent pas cette étape, ni au même degré. Une fille et sa meilleure amie, un garçon et son meilleur pote...

**Rôle AS/AF :** Être rassurant, déculpabilisant : découvrir l'autre, son corps mais de même sexe avant peut-être d'aborder le sexe opposé. Un dialogue non moralisateur sans référents religieux !

**Étape 4 :** Les premières relations sexuelles – la première fois

La **formation des couples** chez les adolescents crée une intimité entre deux personnes tout en les isolant ponctuellement du groupe de pairs. C'est l'approche de l'autre à travers le jeu des regards, des

baisers, des attouchements,... La mixité accroît l'intérêt hétérosexuel, l'adolescent apprend à discerner, choisir ou repousser un(e) partenaire.

Idéalement, les relations sexuelles seront l'expression d'un **amour partagé**. C'est ainsi pour l'adolescent, affirmer sa personnalité d'adulte, marquer son indépendance par rapport au groupe de pairs et se rapprocher ponctuellement d'un fonctionnement familial tout en exerçant une certaine pression sur le couple parental.

Rôle AS/AF : Etre à l'écoute en installant un dialogue déculpabilisant et sécurisant. Des informations sur les aspects psycho-affectifs seront véhiculées : à propos des maladies sexuellement transmissibles, des moyens contraceptifs,... Des relais pourront s'établir avec les plannings familiaux.

### 3. Psychopathologie.

#### A. L'anorexie.

Elle constitue avant tout un **mal-être**, ses premiers symptômes sont insidieux : l'adolescente se sent grosse et suit alors un régime. En effet, cette maladie touche principalement les adolescentes, seuls 10% d'adolescents se comptent chez les anorexiques, ceux-ci vivent des perturbations des plus graves. Un taux de 1 à 5% de mortalité est enregistré en général !

Tableau clinique :

- Restrictions alimentaires : amaigrissement, troubles de l'appétance
  - Trouble de la perception du corps - "se sentir moche" :  
perturbation de l'estimation de son poids, de sa taille et de ses formes : habillement ample ou en "couches superposées"
- $$\text{poids idéal médical} = \text{BMI} = \frac{\text{poids (Kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}} = 21 = \text{Body Mass Index}$$
- BMI < 18 = anorexie
- Hyperactivité physique et intellectuelle  
intensification des exercices pour prévenir toute prise de poids
  - Troubles digestifs divers, équilibre biochimique sanguin modifié d'un point de vue endocrinien : aménorrhée, vomissements, usage régulier de laxatifs et de diurétiques
  - Blanchissement et dessèchement de la peau
  - Changement des attitudes et du comportement :  
caractère solitaire et taciturne, opposition face aux amis et aux parents, absence de relation amoureuse, épisode dépressif

De plus, SELVINI observe que les anorexiques féminines confectionnent les repas pour les autres, ont une communication pauvre mais sont valorisées scolairement, sont inhibées au niveau des conflits et de l'agressivité, ont eu des relations familiales pauvres (mère dominante, père exclu, absent ou séducteur).

#### B. Les troubles dépressifs.

L'adolescent se situe entre deux sentiments : sa représentation idéale de lui-même avec ses fantasmes grandioses et réformateurs, et le sentiment de ne pas pouvoir réaliser cet Idéal du Moi. Naissent alors chez lui désarroi et autodépréciation.

Différentes causes possibles : déception amoureuse, échec scolaire, abus sexuel, manque de projet/d'emploi, problème relationnel avec ses pairs, harcèlement moral à l'école, racket, problèmes familiaux avec mésentente par exemple dans la fratrie, ...

- \* **Les tentatives de suicide** : l'adolescent se sent abandonné, isolé, inutile, sa solution est de verser dans un passage à l'acte suicidaire. Pour lui, rien ne sert, le monde est vide, il refuse de s'investir, ne trouve pas d'intérêt dans son environnement et manque de projets d'avenir. Sa demande ici implicite est un appel au secours, à la communication, à l'attention.  
En effet dans notre structure sociale, les adolescents se voient interdire certaines formes d'accomplissement. Bien que matures sexuellement, la société continue à les traiter comme des enfants et les emprisonne dans une machinerie scolaire peuplée d'examens et autres diplômes, donc des rituels étroitement surveillés. Le taux d'adolescents suicidaires est très grand en Belgique, les réalités et perspectives socio-économiques ne facilitent pas leur insertion.
- \* **Les relations de dépendance ou états d'assuétude** : l'adolescent devient coutumier de la consommation d'alcool ou de drogue. Ce type de conduite semble plus répandu chez les garçons et plutôt dans le milieu urbain que rural. Souvent, l'adolescent tente de fuir une certaine misère sociale et/ou affective, de s'écarter des conflits, de juguler angoisse et anxiété. Sa difficulté, ou son impossibilité, d'établir une identité, et l'absence d'expériences épanouissantes dans un univers de plus en plus banalisé renforcent de telles conduites.  
A travers la prise d'alcool et/ou de drogue, l'adolescent lance un défi et exprime son désir d'affirmation, il joue avec la mort et prend des risques redoutables...

#### Les conduites addictives avec la drogue, l'alcool ou les médicaments :

Etat d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue entraînant les caractéristiques suivantes :

- invincible désir de continuer
- tendance à augmenter la dose (accoutumance)
- dépendance psychique et parfois physique

Drogue douce - dépendance psychique ex: café, tabac, haschisch  
Drogue dure - dépendance psychique et physique ex: alcool

#### Classification des drogues :

- 1°- Effet sédatif : - calmants/somnifères
  - \* benzodiazépines ex: Valium, Rohypnol,...
  - \* barbituriques ex: Gardenal, Luminal, Vesparax
  - alcool
  - opiacées : opium, morphine, héroïne
 Symptômes : décontraction musculaire, sensation orgasmique,...
- 2°- Effet stimulant : - amphétamine
  - cocaïne
  - crack
 Symptômes - drogues psychotoniques : endurance contre la faim et la fatigue, confusion, onirisme,...
- 3°- Effet stimulant et hallucinogène : ecstasy (XTC)  
Symptômes - stupéfiants : hyperexcitabilité, spasmes, augmentation libidinale,...
- 4°- Effet sédatif et hallucinogène : les solvants  
colles ex: Patex - essences ex: gaz de briquet  
détachants/dissolvants ex: Sassi
- 5°- Effet hallucinogène : - cannabis, marijuana, haschisch, sheet
  - LSD
  - PCP
 Symptômes - drogues psychédéliques : euphorie, effacement des notions spatio-temporelles, augmentation libidinale, perceptions sensorielles modifiées et fantastiques



## LA CROISSANCE ET LE COMPORTEMENT DE 10 A 16 ANS

Tableau comparatif établi à partir des observations  
de l'Institut Gesell sur des groupes d'adolescents américains

### CROISSANCE — SEXUALITÉ — SANTÉ ET HYGIÈNE — ATTITUDES ET COMPORTEMENT

*Voir suite du tableau p. 64 : ÉMOTIVITÉ — AFFIRMATION DE LA PERSONNALITÉ — RELATIONS SOCIALES*

	CROISSANCE		SEXUALITÉ		SANTÉ ET HYGIÈNE (sommeil, appétit, soins corporels...)	ATTITUDES ET COMPORTEMENT (tics, habillement, ordre, serviabilité...)
	Filles	Garçons	Filles	Garçons		
10 ANS	même taille moyenne léger début de maturation sexuelle		jeux sexuels s'intéressent davantage aux fonctions d'élimination		bonne santé générale et bon appétit 10 h de sommeil en moyenne les garçons s'endorment plus vite que les filles cauchemars fréquents heure de coucher : 8 h 30 n'aiment pas se laver	mouvements de la bouche intéressé, enthousiaste, confiant, curieux, a besoin de diversion négligence dans l'habillement, désordonné peu enclin à rendre des services
11 ANS	différences individuelles apparition de poils au pubis poussée des mamelons 90 % de la taille adulte	groupe plus uniforme peu de signes de maturation sexuelle accroissement de la structure osseuse 80 % de la taille adulte	intérêt pour le développement des seins connaissances des règles, des rapports sexuels et de la reproduction	intérêt naissant pour le sexe érections résultant de stimuli non érotiques	bonne santé, infections légères, bon appétit 9 h 30 de sommeil en moyenne le fait de se coucher est plus problématique que celui de se lever longs rêves heure de coucher : 9 h devient moins réticent à la toilette	tics du visage, exagération des mouvements gai, amical, actif, alerte ont des idées arrêtées sur la façon de s'habiller évit les tâches de la maison
12 ANS	croissance accélérée en taille et en poids gonflement des seins apparition de poils aux aisselles premières règles pour certaines	différences individuelles augmentation de la taille des organes sexuels apparition d'un duvet à la naissance du pénis	intérêt pour les menstruations	augmentation de l'intérêt pour le sexe et pour leur propre anatomie érections fréquentes masturbation	bonne santé, maux de tête et d'estomac excellent appétit 9 h 30 de sommeil en moyenne moins de cauchemars et moins de rêves heure de coucher : 9 h début de coquetterie chez les filles	mouvements des mains, exagération orale bavard, exubérant, très actif recherche dans l'habillement, veut se donner un style se résigne aux tâches familiales
13 ANS	ralentissement de la croissance mûrissement continu règles	apparition des poils pubiens croissance rapide des organes sexuels la voix devient plus grave première éjaculation	intérêt moins net pour le sexe	peueur masturbation	la santé continue à s'améliorer, rhumes, fatigue, appétit inégal 9 h de sommeil en moyenne les rêves agréables prédominant sur les cauchemars heure de coucher : 9 h 30 consacrent plus de temps à la toilette (soin particulier aux cheveux)	mauvaise humeur, repliement sur soi plus calme, parfois triste, attitude un peu négative, moins communicatif intérêt pour l'apparence, devient plus soigneux (surtout les filles) plus serviable
14 ANS	a pratiquement atteint son corps de femme maturité des caractéristiques sexuelles secondaires	ressemble encore à un enfant période de transition croissance rapide transpiration aux aisselles	s'intéressent aux aspects sociaux du sexe et à des aspects plus complexes de la reproduction intérêt pour les garçons	émissions nocturnes et masturbation donnant lieu à des sentiments de culpabilité	excellente santé, appétit considérable quelques difficultés cutanées 9 h de sommeil en moyenne les levers commencent à être difficiles heure de coucher : 9 h 30-10 h les garçons se lavent moins volontiers que les filles	devenu excitable ou irritable à nouveau plus sociable et plus énergique grand intérêt pour les vêtements et leur propre apparence aider dans la maison est moins problématique qu'avant
15 ANS	arrondissement des formes	développement des forces apparition de poils : devant les oreilles, menton, lèvres pomme d'Adam plus saillante	intérêt pour les aspects moraux du sexe	intérêt pour les filles et le côté social du sexe	très bonne santé, problèmes cutanés bon appétit, certains prêtent attention au régime 8 h 30 de sommeil en moyenne moins de rêves, levers souvent difficiles heure de coucher : 10 h-10 h 30 prennent davantage soin de leurs corps	mouvements des doigts, décharges verbales apathique, indifférent, replié sur lui-même progrès dans l'ordre et le soin des habits les tâches familiales sont considérées comme un lait accompli
16 ANS	affinement des traits de maturité	la croissance est terminée pour 98 %	responsables et capables de choix dans leurs rapports avec les garçons mûres dans leurs sentiments	intérêt croissant pour les filles	excellente santé, amélioration du teint, appétit variable selon les individus 8 h de sommeil en moyenne levers souvent difficiles heure de coucher : 10 h 30-11 h assument leurs responsabilités quant à la propreté personnelle les garçons se rasent	diminution de la tension générale tranquille, dételendu, plus à l'aise responsable quant au soin des vêtements et l'ordre de sa chambre

## LA CROISSANCE ET LE COMPORTEMENT DE 10 A 16 ANS (Suite)

### ÉMOTIVITÉ — AFFIRMATION DE LA PERSONNALITÉ — RELATIONS SOCIALES

	<i>ÉMOTIVITÉ (expression des sentiments, inquiétudes...)</i>	<i>AFFIRMATION DE LA PERSONNALITÉ (recherche de soi, vœux, intérêts...)</i>	<i>RELATIONS SOCIALES (parents, frères et sœurs, amis...)</i>
10 ANS	désinvolte et bon vivant, en général d'humeur égale un des âges les plus heureux peu de pleurs, sujet principal de larmes : la colère peu de frayeurs, peur de l'obscurité peu compétitif	ne se préoccupe pas beaucoup de lui-même enraciné dans le présent, projets futurs assez imprécis vœux de possessions matérielles aime les activités à l'extérieur	très attaché à ses parents, affectueux et démonstratif aime participer aux activités familiales disputes avec les frères et sœurs les filles ont des rapports complexes et intenses avec une ou plusieurs amies intimes les garçons évoluent dans des groupes
11 ANS	sensible, aime s'affirmer, sautes d'humeur, poussées d'irritation et d'agressivité, besoin de discuter inquiet et craintif, peur des animaux, de l'obscurité, des endroits élevés esprit de compétition et de vengeance pleurs fréquents : colère, désappointement	quête de soi, opposant, se trouve souvent en conflit avec les autres, n'aime pas être critiqué commence à avoir des idées sur sa vie future vœux de possessions matérielles goût des collections	tendance à résister à ses parents, perturbe la vie familiale mais aime les activités en famille combatif à l'égard des frères et sœurs rapports affectifs intenses et compliqués entre filles les garçons fonctionnent en bandes
12 ANS	équilibré et dilaté, meilleur contrôle de lui-même, sens de l'humour moins de pleurs, plus facilement triste moins d'inquiétudes, soucis sociaux, peur du noir, des serpents, de la foule... moins agressif	recherche de soi en essayant de gagner l'approbation des autres, se considère plus objectivement vœux de possessions matérielles projets plus réalistes et plus précis intérêt pour la nature	plein de sympathie pour la mère, se sent proche du père, aime la famille et ses activités mais commence à rechercher la compagnie des amis au-delà de son foyer amélioration des rapports avec les frères et sœurs les garçons et les filles se mélangent davantage
13 ANS	replié sur lui-même et intériorisé plus réfléchi, goût du secret âge le moins heureux, facilement déçu et blessé sombre dans des dépressions moins craintif, inquiétudes sur le travail scolaire, peurs sociales veut réussir	recherche de soi en lui-même, vie intérieure importante, aime être seul impatience de grandir, intérêt pour sa carrière et le mariage désire la paix et le bonheur des autres marottes individuelles, aime le sport	moins proche et moins confiant dans ses rapports avec ses parents, se retire sensiblement des activités familiales bons rapports avec les frères et sœurs (surtout les plus âgés ou les beaucoup plus jeunes) les garçons sont moins sociables qu'à 12 ans, les filles ont tendance à côtoyer des garçons plus âgés
14 ANS	expansif et exubérant, extraverti, sens de l'humour plus gai, bouderies, mauvaises humeurs l'école, les événements mondiaux, sa propre apparence sont les principales causes de soucis esprit de compétition, désir de bien faire	recherche de soi en comparant son moi à celui des autres, anxieux d'être aimé, désir d'indépendance pressé de grandir souhaite un monde meilleur intérêts sociaux et activités sociales plus équilibrés	critique ses parents, souvent gêné par sa famille, éprouve le besoin de rompre les ponts et d'affirmer son indépendance difficultés avec les frères et sœurs d'âge rapproché formation de groupes et d'amitiés basés sur des intérêts communs les filles s'intéressent davantage aux garçons que les garçons aux filles
15 ANS	instable et apathique, critique, vie émotionnelle complexe cherche à dissimuler ses sentiments peurs sociales recherche de la popularité et de la liberté, fierté de ses propres opinions	s'intéresse à ce qui le différencie des autres désir de bonheur personnel les goûts et les intérêts individuels se précisent	s'éloigne de ses parents dont il accepte mal les démonstrations affectueuses, trouve ses principales satisfactions sociales auprès de ses amis et dans des activités extérieures amélioration des rapports avec les frères et sœurs groupes mixtes où se développent des relations et des amitiés privilégiées
16 ANS	amical et bien adapté, plus positif et plus tolérant inquiétudes par rapport à l'avenir, soucieux de son apparence recherche du succès social	sens du moi, indépendant, confiance en soi état d'équilibre et d'assurance vœux de bonheur, succès et progrès personnel	meilleures relations en famille mais préfèrent la compagnie des amis à celle des parents protecteur à l'égard des frères et sœurs plus jeunes et bonne entente avec les plus âgés considère ses amis comme un facteur très important dans sa vie



## VII. L'âge adulte

Etre adulte, c'est avant tout la **maturité** physique mais aussi la maturité cognitive et affective.

- Couple : liens d'amour, liens financiers ⇨ notion de mariage
- Famille : le père, la mère, les enfants
  - ↳ Institution sociale fondée sur la sexualité mais aussi sur les versants paternels/maternels de l'individu

### 1. Le couple

Pour qu'il y ait couple, il faut qu'il y ait entre deux êtres :

- **Attraction** et **réciprocité** : nous aimons ceux qui nous aiment, ou plus exactement ceux dont nous croyons être aimés.
- **Similitude** ou **complémentarité** : « Qui se ressemblent, s'assemblent » ⇔ « Les contraires s'attirent »
- **Proximité** : selon le sociologue J. Maisonneuve (1989), les partenaires du couple avant de se connaître vivent souvent dans la même localité (57%), ou la même province/département (90%)

#### Les échanges internes :

Ceux-ci ne touchent que les seuls membres du couple et nullement leur entourage. Au sein du couple, certains individus peinent à exprimer verbalement leurs sentiments, voire à écouter l'autre lorsqu'il parle de lui-même. La relation de confiance est difficile à établir en lien avec les sentiments de jalousie, le manque d'assurance. Bien sûr, l'amour, la tendresse, les marques d'affection ou d'attachement s'expriment aussi par les contacts, les gestes, la sexualité.

#### Les échanges externes :

Ici, le couple fait référence à son entourage : les enfants, les parents, les amis, la fratrie, l'animal de compagnie,... La communication peut devenir **triangulaire** comme lorsqu'un père dit à son fils « Tu diras à ta maman que je suis à la salle de sports ! ». L'enfant est ici un *objet-tiers*.

#### Quels sont les sujets de conversation au sein du couple ?

- Les repas, les courses s'y rapportant : moment de convivialité
- Le travail (journée)
- L'argent, le budget
- Les loisirs (en commun ou séparément), les vacances
- Les amis, les relations
- L'entretien, la décoration de la maison, son embellissement à travers des travaux

### 2. La famille

#### Quatre fonctions fondamentales :

- ❖ **Biologique** : lieu de procréation in vivo/in vitro – concevoir/adopter et élever des enfants
- ❖ **Sociale** : lieu où se nouent une série de relations à travers la **confrontation** de ses membres comme le partage entre frères et sœurs, la rivalité, la hiérarchie face aux parents
- ❖ **Economique** : lieu de consommation à travers les emplettes au supermarché ou la gestion de l'argent de poche pour l'enfant



- ❖ **Psychologique** : lieu d'apprentissage – l'enfant est stimulé au niveau physique, cognitif et affectif
  - Besoin de stabilité et de repères pour établir des références
  - Besoin de sécurité

### 3. La psychopathologie

#### 1. Les névroses.

##### 1.1. L'hystérie : Prépondérance féminine

La grande crise : la crise de nerfs  
 La petite crise : la syncope  
 La maladie psychosomatique : les symptômes d'expression somatique et/ou psychique comme l'ulcère, l'herpès

Symptômes : théâtralisme voire mythomanie, suggestibilité, séduction, insatisfaction sexuelle

Traitements : psychothérapie analytique, chimiothérapie anxiolytique

##### 1.2. La névrose obsessionnelle : Prépondérance masculine

Obsession, compulsion et rituel : être obsédé par les microbes, se laver les mains dix à vingt fois sur la journée  
 Psychasthénie (hésitation perpétuelle, fatigue)

Traitements : chimiothérapie à antidépresseur, thérapie comportementale

##### 1.3. La névrose d'angoisse :

Les crises d'angoisse : sentiment d'insécurité, appréhension d'un danger, désarroi, pessimisme, sudation, pâleur  
 L'état permanent et diffus : sentiment d'insécurité, lutte continuelle

Traitements : chimiothérapie anxiolytique, sophrologie (relaxation), psychothérapie analytique

##### 1.4. La névrose phobique :

Angoisse spécifique, au-delà du contrôle volontaire, déclenchée par un objet ou une situation et qui disparaît en son absence  
 Phobie des hauteurs, claustrophobie, agoraphobie, phobie des animaux

Traitements : chimiothérapie anxiolytique, sophrologie (relaxation), psychothérapie analytique ou thérapie comportementale

##### 1.5. La névrose traumatique :

Consécutive à un événement mettant la vie en danger, celle de la personne ou celle d'un proche  
 Effroi avec émotion et stupeur, ruminations (pensées répétitives), rêves ou cauchemars récurrents

Traitements : thérapie de soutien, chimiothérapie anxiolytique, narcoanalyse

#### 2. Les psychoses.

##### 2.1. La schizophrénie :

Syndrôme dissociatif : dépersonnalisation (dédoublément), troubles de la pensée (délire), troubles du langage (néologisme), troubles de l'affectivité (émotions paradoxales), troubles psychomoteurs, troubles des conduites (apragmatisme)

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique

## 2.2. Les psychoses délirantes :

Etat chronique délirant à thème de persécution (paranoïaque), de grandeur, à thème mystique, passionnel (érotomaniaque)  
Dépersonnalisation, participation thymique

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien

## 2.3. Les psychoses hallucinatoires :

Organisation délirante avec phénomènes hallucinatoires (visuels, auditifs, olfactifs, cénesthésiques), désorganisation de la personnalité

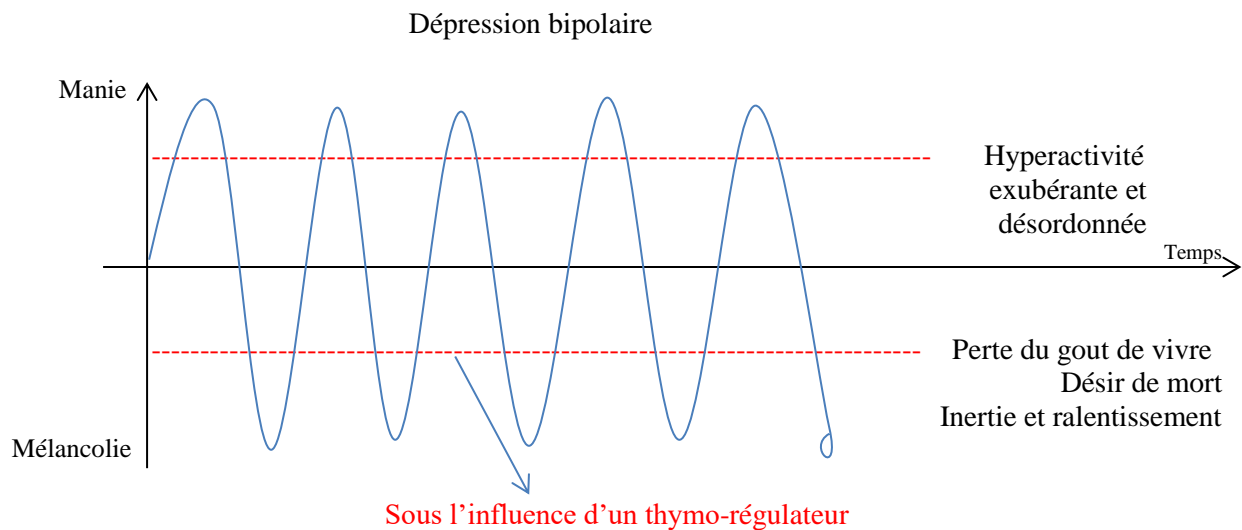
Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien

## 2.4. La psychose maniaco-dépressive :

Evolution cyclothymique avec comme pôles :

- la manie : excitation et exaltation de l'humeur (présentation exubérante, euphorie), fuite des idées, hyperactivité désordonnée, insomnie
- la mélancolie : inhibition de la volonté, inertie et ralentissement idéo-moteur, perte du goût de vivre, désir de mort, anorexie

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie conjugant antidépresseur, tranquillisant sédatif et thymorégulateur à base de Lithium



## 2.5. La paranoïa :

Psychose chronique constitutionnelle sans dissociation de la personnalité : surestimation du Moi, absence d'autocritique, fausseté du jugement, méfiance et susceptibilité, état sthénique  
Potentiel criminologique

Traitements : chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien mais difficilement acceptés

### 3. Les maladies de l'astructure :

#### 3.1. Les perversions sexuelles :

Masturbation persistante et frénétique, transsexualisme, transvertisme, pédophilie et pédérastie, fétichisme, sadomasochisme, exhibitionnisme et voyeurisme, nécrophilie, zoophilie, urophilie et scatophilie

Traitements : chimiothérapie hormonale, psychothérapie analytique, thérapie de soutien

#### 3.2. Les dépressions:

**Endogène** liée à une affection ou un dysfonctionnement interne (hypothyroïdie, tumeur cérébrale) et non à une cause externe particulière : sont observées des anomalies au niveau d'au moins deux neurotransmetteurs, la noradrénaline et la sérotonine  
**Psychogène** liée à une pathologie psychiatrique de départ (maniaco-dépression, alcoolisme)  
**Exogène** en réaction à un événement extérieur (deuil, mariage d'un enfant, accouchement)

Symptômes : dysphorie (tristesse, sentiment d'abandon et d'inutilité) inhibition et perte d'intérêts, troubles du sommeil (asthénie, hypersomnie, sommeil irrégulier), baisse libidinale, troubles de l'appétit (boulimie, anorexie), plaintes somatiques, anxiété manifeste, conduite suicidaire

Traitements : chimiothérapie à antidépresseur, thérapie de soutien, psychothérapie analytique, narcothérapie

#### Cas particulier : la dépression saisonnière

Les plus fréquentes se situent à l'automne et en hiver, elles sont liées aux trop courtes périodes de lumière. Ses caractéristiques spécifiques s'axent en premier sur une grande fatigue ressentie, en deux sur une hypersomnie en découlant et en trois sur un grand appétit principalement dirigé vers le sucre. Le traitement consiste dans ce cas de figure à s'exposer quotidiennement et pendant un temps donné à une lampe émettant une lumière blanche dans un certain faisceau de longueurs d'onde.

#### 3.3. La personnalité antisociale :

Elle est le fruit des aménagements caractériels de l'enfance et de la conduite psychopathique de l'adolescence. Ce type de personnalité se caractérise par un mode de comportement irresponsable et antisocial.

##### Manifestations :

- Incapacité à maintenir une activité professionnelle régulière : chômage, absences répétées au travail, abandon de plusieurs emplois sans projet réaliste d'obtention d'une autre activité professionnelle
- Incapacité à respecter des obligations financières : dettes impayées, difficulté à subvenir aux besoins d'une personne ou d'un enfant à charge
- Mythomanie : le psychopathe place souvent une "couche dorée" sur sa médiocrité quotidienne, dit souvent sentir "psychologue", développe des projets mégalomaniques ou suradaptés
- Incapacité à se conformer aux normes sociales : actes passibles d'arrestation comme le vol, molestation, exercice d'une activité illégale
- Irritabilité, agressivité : bagarres, agressions, molestation d'un conjoint ou de son enfant
- Mensonges répétés, absence de respect pour la vérité : utilisation de pseudonymes, abus de confiance
- Imprudence pour la sécurité : conduite en état d'ivresse, excès de vitesse répétés
- Hypersexualité, conduites perverses
- Absence de remords : le psychopathe pense souvent avoir eu raison de maltraiter, voler autrui ...

##### Traitement :

Il n'existe pas à proprement parler de "traitement", aucune thérapeutique n'est spécialement efficace mais le temps, une influence attentive peuvent amener une bonne adaptation.



## VIII. La prise en charge de la personne âgée

### Lectures commentées :

*Toi qui me soignes...*

**Q**ue vois-tu, toi qui me soignes.  
Que vois-tu?

Quand tu me regardes, que penses-tu?  
Une vieille femme grincheuse, un peu folle,  
Le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait,  
Qui bave quand elle mange et ne répond jamais.  
Qui, quand tu dis d'une voix forte « essayez »,  
Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais  
Et ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas.  
Qui docile ou non, te laisse faire à ta guise.  
Le bain et les repas pour occuper la longue journée grise.  
C'est ça que tu penses, c'est ça que tu vois?  
Alors ouvras les yeux, ce n'est pas moi,  
Je vais te dire qui je suis, assise là si tranquille,  
Me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux:  
Je suis la dernière de dix, avec un père et une mère,  
Des frères et des sœurs qui s'aiment entre eux.  
Une jeune fille de seize ans, des ailes aux pieds.  
Rêvant que bientôt elle rencontrera un fiancé.  
Mariée déjà à vingt ans. Mon cœur bondit de joie  
Au souvenir des vœux que j'ai fait ce jour-là.  
J'ai vingt-cinq ans maintenant et un enfant à moi.  
Qui a besoin de moi pour lui construire une maison.  
Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite.  
Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront.  
Quarante ans, bientôt il ne sera plus là.  
Mais mon homme est à mes côtés, qui veille sur moi.  
Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés:  
Ma ravoilla avec des enfants, moi et mon bien-aimé.  
Voici les jours noirs, mon mari meurt.  
Je regarde vers le futur en frémissant de peur,  
Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs.  
Et je pense aux années et à l'amour que j'ai connus.  
Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle,  
Qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folle.  
Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent,  
Et il y a maintenant une pierre là où jadis  
J'eus un cœur.  
Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure  
Dont le vieux cœur se gonfle sans relâche.  
Je me souviens des joies, je me souviens des peines.  
Et à nouveau je sens ma vie et j'aime.  
Je repense aux années trop courtes et trop vite passées.  
Et accepte cette réalité implacable que rien ne peut durer.  
Alors ouvras les yeux, toi qui me soignes, et regardes.  
Non la vieille femme grincheuse.  
Regardes mieux, tu me verras!

### « Les vieux » de J. Brel (1964)

Les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois  
du bout des yeux

Même riches ils sont pauvres, ils n'ont plus  
d'illusions et n'ont qu'un cœur pour deux  
Chez eux ça sent le thym, le propre, la lavande et le  
verbe d'antan

Que l'on vive à Paris on vit tous en province quand  
on vit trop longtemps  
Est-ce d'avoir trop ri que leur voix se lézarde quand  
ils parlent d'hier  
Et d'avoir trop pleuré que des larmes encore leur  
perlent aux paupières  
Et s'ils tremblent un peu est-ce de voir vieillir la  
pendule d'argent  
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, qui  
dit : je vous attends...

Les vieux ne rêvent plus, leurs livres  
s'ensommeillent, leurs pianos sont fermés  
Le petit chat est mort, le muscat du dimanche ne les  
fait plus chanter

Les vieux ne bougent plus leurs gestes ont trop de  
rides leur monde est trop petit  
Du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil et puis du  
lit au lit

Et s'ils sortent encore bras dessus bras dessous tout  
habillés de raide

C'est pour suivre au soleil l'enterrement d'un plus  
vieux, l'enterrement d'une plus laide

Et le temps d'un sanglot, oublier toute une heure la  
pendule d'argent

Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, et  
puis qui les attend...

Les vieux ne meurent pas, ils s'endorment un jour et  
dorment trop longtemps

Ils se tiennent par la main, ils ont peur de se perdre  
et se perdent pourtant

Et l'autre reste là, le meilleur ou le pire, le doux ou  
le sévère

Cela n'importe pas, celui des deux qui reste se  
retrouve en enfer

Vous le verrez peut-être, vous la verrez parfois en  
pluie et en chagrin

Traverser le présent en s'excusant déjà de n'être pas  
plus loin

Et fuir devant vous une dernière fois la pendule  
d'argent

Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, qui  
leur dit : je t'attends...

Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non et puis  
qui nous attend ...

## 1. Approche différentielle rapide.

La durée maximale de vie de l'espèce humaine est d'environ 120 ans !

PRESENEESCENCE : de 45 à 65 ans



Processus normal du vieillissement  
- devenir une personne âgée (PA)

SENESCENCE : à partir de 65 ans



Dégradation progressive de l'organisme : notion de fatigabilité

!! Sensoriel – dégradation de la vue, de l'ouïe, du goût

!! Moteur – risque de chute, difficulté à se déplacer, réflexes plus lents

!! Intellectuel – dégradation de la mémoire des événements récents

SENELITE : Etat déficitaire et pathologique comme dans la maladie d'Alzheimer, ou la démence sénile.

## 2. Aspects psychodynamiques du vieillissement.

- **La PA perçoit sa fin de vie** : le rapport au temps est transformé comme dans la question posée – « Serai-je encore là Noël prochain ? »

- **La PA doit faire face à la PERTE** :

- a) des rôles sociaux :
  - !! Professionnel → retraite/pension
  - !! Éducatif → départ des enfants, arrivée des petits enfants
  - !! Génital → ménopause/andropause
- ⇒ L'aide-soignant(e)/l'aide familial(e) veillera à favoriser les activités et loisirs en groupe en redonnant une place sociale, à amener la PA à jouer son rôle de grand parent en assurant une référence dans la famille.
- b) de l'Autre : deuil face à une personne aimée comme le décès du mari, d'un enfant,...
- c) de l'image de soi : le corps vieillit → REPULSION en lien à la perception du corps, avec le narcissisme
  - ↳ Cheveux gris/blancs/rares, peau sèche/ridée/molle, taches sur les mains, perte des dents
  - + accidents de santé : AVC, fracture du col du fémur, escarre, infections pulmonaires, grippe
  - + troubles chroniques de santé : incontinence, cicatrisation difficile, maladies osseuses (ostéoporose, arthrite, arthrose,...)

- **La PA vit un désinvestissement affectif : REPLI SUR SOI**

En lien avec la personnalité de l'individu

Rétrécissement des échanges sociaux : la PA reçoit et sort moins  
**ISOLEMENT**

**SOLITUDE**

Refus de contact

Vivre seul

Ses intérêts se focalisent sur certains domaines quasi exclusifs

Sujets de conversation

- Les besoins vitaux (boire, manger, dormir)
- La santé (maladie, médicaments, médecin)
- Les événements du passé
- Les ressources financières (retraite/pension)

↳ Les routines d'horaire, les conduites répétitives

↳ Egocentrisme et humeur capricieuse, agressivité et jalousie à l'instar de l'enfant !

- **La PA voit son activité sexuelle cesser ou ralentir avec l'âge** :

La société occidentale voit la vieillesse comme une période asexuée or la PA peut continuer à avoir des désirs sexuels ! La femme âgée est toujours capable d'orgasme, l'homme âgé conserve sa capacité au-delà de 80 ans et peut donc concevoir des enfants de manière tardive.

### Quelles sont les causes de la diminution des relations sexuelles ?

- Problématique de santé : problèmes respiratoires / cardiaques ou coronariens / musculaires ou articulaires
- Abus de nourriture (sel, sucre, graisse), d'alcool et/ou de tabac
- Crainte de l'échec sexuel
- Monotonie des relations et/ou du contexte
- Préoccupation et stress

## 3. Psychopathologie.

### I. L'état confusionnel.

Bien que courant chez la personne âgée malade psychiquement, cet état n'est pas propre à la psychopathologie sénile, ses causes peuvent être nombreuses :

- infectieuse : méningite, encéphalite
- intoxication : alcool, médicament, monoxyde de carbone,...
- endocrinienne et métabolique : diabète, insuffisance rénale,...
- atteintes cérébro-méningées : tumeur, traumatisme crânien, AVC,...

Symptômes : - désorientation spatio-temporelle  
- troubles mnésiques  
- onirisme : rêve vécu et agi  
- trouble de la conscience  
- perturbations biologiques : déshydratation, escarre,...

Traitement : étiologique et symptomatique, les neuroleptiques peuvent combattre l'agitation

### II. Les démences.

Elles constituent un état chronique lié à un déficit progressif.

Symptômes :  
- désorientation spatio-temporelle  
- trouble de l'attention  
- trouble mnésique : amnésie lacunaire  
- trouble du langage et du raisonnement : radotage, logorrhée, soliloque  
- trouble du caractère : irritabilité, égocentrisme, indifférence, régression affective avec puérité  
- troubles des conduites : turbulence nocturne, errance

Traitement : étiologique et symptomatique, les neuroleptiques peuvent combattre l'agitation

#### • Formes :

##### a. **La maladie de Pick** : Frépondérance masculine

Elle apparaît entre 45 et 65 ans, c'est une pathologie présénile caractérisée par :

- perte d'initiative : apathie et akinésie + incontinence
- troubles des conduites : euphorie puérile, tendance à flâner et renifler
- appauvrissement et stéréotypie du langage ; itération verbale + mutisme
- trouble d'agnosie : impossibilité de reconnaître et utiliser des objets usuels
- atrophie frontale et temporale du cerveau

##### b. **La démence sénile** :

Elle apparaît après 65 ans, c'est une pathologie sénile caractérisée par :

- turbulences nocturnes
- troubles de la mémoire
- réduction pondérale globale du cerveau (1300gr. → 1000gr.)



### c. La maladie d'Alzheimer : Prépondérance féminine

Elle apparaît entre 45 et 65 ans, c'est une pathologie présénile caractérisée par :

- troubles praxiques : incapacité à l'habillement, activités persévératrices improductives
- troubles aphasiques : le langage devient jargonophasique
- hypertonie musculaire
- atrophie globale du cerveau

## III. Pathologies neuro-psychiatriques.

### 1. L'épilepsie.

L'épilepsie se caractérise par une décharge neuronique des structures profondes du cerveau, c'est une expression électrique bilatérale, synchrone et symétrique.

Traitement : médication anti-épileptique - ex: Tégrétol, Dépakine, surveillance EEG

#### 1.1. L'épilepsie "grand mal" :

Elle se manifeste par des crises paroxystiques.  
Le début est brutal et est lié à une perte de conscience.  
La phase tonique dure 10 à 20 secondes et consiste en une contraction intense de l'ensemble des muscles accompagnée d'un cri inarticulé et saccadé. Le malade chute souvent, se cyanose intensément, son rythme cardiaque s'accélère et une hypersécrétion salivaire se produit.  
La phase clonique dure 20 à 30 secondes et se caractérise par des secousses musculaires entraînant parfois la morsure de la langue.  
La phase résolutive entraîne un relâchement musculaire et donc des sphincters avec perte des urines. La respiration reste bruyante et s'accompagne d'un écoulement salivaire sanguinolent. Le malade peut à ce moment s'endormir, sa peau reprend une coloration normale et son rythme cardiaque se calme.

#### 1.2. L'épilepsie "petit mal" :

Elle se manifeste par une absence : principalement chez l'enfant, se caractérise par une brusque dissolution de la conscience sans modification du tonus postural. Le malade interrompt sa phrase ou son geste, son regard devient fixe, les yeux tournés vers le haut; et après quelques secondes, il reprend la phrase ou le geste abandonné.

### 2. La chorée de Huntington.

Cette maladie musculaire dégénérative génétique évolue sur 25 à 30 ans, elle apparaît vers 40 ans. Des mouvements anormaux apparaissent d'abord à la face, touche la bouche et la langue, et affecte la parole qui devient inintelligible. Ensuite, ces mouvements touchent tout le corps, la marche devient difficile, les gesticulations désordonnées se multiplient, le malade évolue vers un état grabataire. De plus, viennent se greffer des troubles psychiques comme des difficultés d'attention, des troubles mnésiques, de l'agressivité et de l'irritabilité, des phases anxieuses et des périodes dépressives.

Traitement : symptomatique avec médication antidépressive et neuroleptique, kynésithérapie spécialisée

### 3. La maladie de Parkinson.

Cette "paralysie agissante", découverte par Sir James Parkinson en 1817, touche 1% de la population. Elle apparaît vers 50 ans et consiste en une atrophie neuronique du locus niger.

Symptômes :

- tremblement : d'abord discret suite à une émotion, le phénomène va petit à petit modifier l'écriture, la fréquence de tremblement devient de l'ordre de 5 par secondes soit d'un membre supérieur, inférieur et/ou de la face
- raideur : un segment du corps se fixe et devient rigide, la mobilisation se fait par à-coups, en "roue dentée"  
p.ex.: perte du balancement du bras lors de la marche, faciès figé
- akinésie : difficultés dans les mouvements automatiques et volontaires  
p.ex.: incapacité ou lenteur à s'habiller, voix faible mal articulée

Traitement : intervention neuro-chirurgicale, médication anti-parkinsonienne - ex: Artane

### 4. Vivre à domicile en étant valide.

Si la PA vit à son domicile, souvent elle a besoin d'aide mais rechigne à le reconnaître et à accepter la présence physique d'un aidant ponctuel comme l'aide-soignant(e) ou l'aide familial(e). Mais quelles sont alors les 'raisons' invoquées ?

- ✓ Par la PA elle-même : « Cela coûte trop cher » - prétexte financier, « Je m'en suis toujours sorti tout seul, je peux continuer » - fierté personnelle, « Si quelqu'un fait mon ménage ou prépare mes repas, que ferai-je pour m'occuper ? » - sentiment d'utilité
- ✓ Par le(a) conjoint(e) : « C'est mon rôle de l'aider » - loyauté, « Que penseront les voisins si je ne le fais pas pour elle ? » - peur du qu'en-dira-t-on, « M'occuper de lui (d'elle) donne un sens à ma vie » - sentiment d'utilité
- ✓ Par les enfants : « C'est normal que je l'aide après tout ce qu'elle (il) a fait pour moi ! » - loyauté

L'aide-soignant(e) ou l'aide familial(e) à domicile se doit :

- De connaître les souhaits de la PA
- De connaître les différents services d'aide à domicile
- D'envisager une collaboration avec la famille, de repérer les tensions familiales, les rivalités
- De veiller à ce que les aidants (enfants, conjoint) ne s'épuisent pas psychologiquement et physiquement, de distinguer les limites de chacun
- De repérer les signes de perte d'autonomie chez la PA

MAIS quelquefois le placement devient inévitable et s'impose, la PA vit alors un véritable deuil !

[Les cinq étapes du deuil spécifiques à cette situation :](#)

- 1) **Le déni** : (refus de la réalité) : « Je suis ici en convalescence, je ne reste pas longtemps, mes enfants vont venir me chercher »
- 2) **La révolte** : (colère) : « Moi qui ai toujours été si indépendante, me retrouver ici avec tous ces vieux, pas question ! »
- 3) **La dépression** : (attitude de retrait) « Je n'ai plus faim, je perds l'appétit, de toute façon à quoi bon de vivre ? Je ne sers plus à rien, je suis tout seul »
- 4) **Le marchandage** : (transaction souvent familiale) « Je veux bien rester ici, seulement il faut me promettre de venir me voir toutes les semaines »
- 5) **L'acceptation** : « Dans le fond, je suis bien ici, on mange bien, le personnel s'occupe de moi et en plus je dors bien ! »



## Le syndrome de glissement.

Lors d'une hospitalisation ponctuelle ou lors d'un placement en maison de repos ou MRS, s'observe chez la PA le phénomène d'**HOSPITALISME** (R. Spitz, 1945) :

- Trouble dépressif : tristesse, repli sur soi, perte d'intérêt
- Trouble confusionnel : perte des repères spatio-temporels, non-reconnaissance des visages familiers
- Trouble cachexique : perte de poids et d'appétit avec risque d'anémie
- Trouble du sommeil : insomnie, hypersomnie

### Les services de soutien à domicile Un enjeu de santé

R.L.

On pourrait partir d'un exemple. Une dame âgée de septante-sept ans. Bon pied, bon œil. Elle vit seule. Un soir, elle fait une chute. Pas de fracture mais un hématome gros comme un œuf sur le front. Inquiète, à tout hasard, la famille la fait admettre à l'hôpital. Après quatre jours d'hospitalisation, la vieille dame a perdu l'appétit, elle déprime et présente des épisodes confusionnels. Par exemple, elle a quelques difficultés à reconnaître sa fille alors qu'elle se souvient parfaitement des visages et des noms de ses petits-enfants. De retour chez elle, tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

On appelle cela le syndrome de glissement, plus communément connu sous le vocable d'hospitalisme. D'abord décrit par le psychiatre américain René Spitz en 1945 à propos de jeunes enfants élevés en prison par leur mère, sa réalité a été étendue à l'autre extrémité de la vie pour caractériser le comportement de patients âgés dans un contexte de séjour hospitalier. Hospitalisée, ainsi coupée de son environnement familial et de ses habitudes matérielles et affectives, une personne âgée peut devenir la victime de troubles dépressifs, anorexiques et insomniaques. Ce phénomène, observé fréquemment dans les unités de gériatrie, plaide en faveur d'un séjour hospitalier bref des patients de grand âge et de leur maintien à domicile.

Dans une société vieillissante, cette problématique promet de devenir de plus en plus sensible. Une politique de maintien à domicile ne va évidemment pas sans moyens consentis par l'autorité publique. Elle demande des structures d'accompagnement, une coordination souple et subtile des acteurs impliqués dans un tel dispositif et une solidarité active du milieu familial. Cette problématique en forme de défi se trouvait à l'ordre du jour du colloque organisé à Wépion le 17 mars dernier par la Fédération des Centrales de Soins à Domicile.

Garder chez lui un patient âgé ne s'improvise pas. A l'inverse de l'hôpital, structure intégrée à fort coefficient de contrôle social, le maintien à domicile ne bénéficie pas des mêmes atouts. Il demande donc de jouer avec d'autres cartes. A la maison, une prise en charge de qualité ne peut se concevoir sans des conditions minimales d'efficacité et de sécurité. Ces conditions sont au nombre de six: la coordination du dispositif par un "chef d'orchestre", une possibilité de réponse des services concernés vingt-quatre heures sur vingt-quatre, une garde et une surveillance à même de répondre à l'ur-



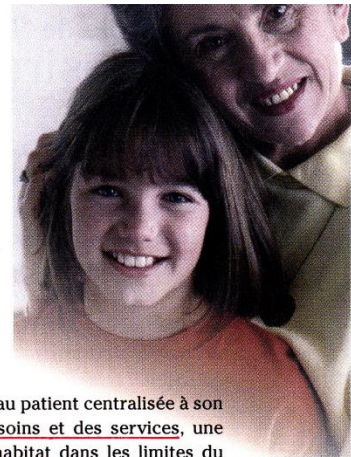
Suite du page 11

gence, l'information relative au patient centralisée à son domicile, la continuité des soins et des services, une modification du profil de l'habitat dans les limites du possible pour garantir le succès du maintien à domicile: changement de l'emplacement des meubles, installation de poignées et de barrières de sécurité, adaptation des sanitaires, etc.

Maintenir un patient âgé à son domicile est un enjeu de santé pour une personne en perte d'autonomie. Les Centrales de Service à Domicile sont les structures qui répondent parfaitement à ce défi. Il en existe douze en Communauté française. On en trouvera les adresses en encadré. Les interventions proposées peuvent varier d'une CSD à l'autre. Pour l'essentiel, on y trouve cependant les services suivants: l'aide familiale, l'aide au ménage, les soins infirmiers, la kinésithérapie, le service social notamment pour les problèmes administratifs, un système permanent d'alarme téléphonique (biotélévigilance), la distribution de repas chauds, le brico-dépannage pour les petits travaux de réparation, d'entretien et de jardinage, la garde d'enfants malades à domicile, le prêt ou la vente de matériel paramédical et des services divers comme la coiffure, la dentisterie, la logopédie, etc. ©

#### Les centrales de service à domicile

CSD BRUXELLES • Rue Saint-Bernard 43 - 1060 Bruxelles - 02/537 98 66  
SAD BRUXELLES • Rue des Moineaux 17-19 - 1000 Bruxelles - 078/15 60 20  
CSD BRABANT WALLON • Rue de la Station 11 - 1332 Genval - 078/15 52 23  
CSD CENTRE ET SOIGNIES • Avenue Max Buset 38 - 7100 La Louvière - 078/15 52 23  
CSD DINANT-PHILIPPEVILLE • Rue de Namur 53 - 5600 Philippeville - 070/22 20 00  
CSD NAMUR • Chaussée de Waterloo 182 - 5002 Saint-Servais - 081/72 93 52  
CSD HESBAYE • Rue de Huy 48 - 4300 Waremme - 019/32 78 47  
CSD LIÈGE • Rue de la Boverie 379 - 4100 Seraing - 04/338 20 20  
CSD LUXEMBOURG • Place de la Mutualité 1 - 6870 Saint-Hubert - 061/61 31 50  
CSD MONS • Rue de Monsville 63 - 7390 Quaregnon - 065/84 30 30  
CSD MOUSCRON • Rue du Val 2 - 7700 Mouscron - 056/85 69 00  
CSD TORNALATH • Barre Sainte-Brice 20 - 7500 Tournai - 070/23 33 08





## 5. Le placement

### Lettre ouverte à tous ceux qui ont un parent, un ami, un proche en maison de retraite – J. SALOME

Vous entrez dans un établissement pour rendre visite à un ami, une connaissance. Et vous voyez des scènes qui vous heurtent, qui vous choquent ou qui vous blessent.

Vous sentez surtout une odeur. Une odeur d'hôpital, une odeur âcre.

Vous apercevez debout, assis, couchés sur des chariots, des hommes ou des femmes sans âge, immobiles, le regard perdu, le geste figé en attente d'un mouvement qui ne vient pas.

Vous reconnaissez des infirmières, des membres du personnel, blouses blanches, roses, bleues ou grises.

On vous a indiqué une chambre, ou un coin de salon, un couloir où se trouve votre parent, celui ou celle que vous venez voir.

Peut-être vous reconnaît-il ? Et un échange va commencer un peu difficile, malhabile, chaotique.

Peut-être aussi ne vous reconnaît-il pas ? Vous, son fils, sa fille ? Et vous vous sentez perdu, blessé, amer, dérouter.

Vous tentez des questions. Vous voulez donner des nouvelles. Demander comment cela se passe. Parler du passé, du présent, ou même du futur. Vous cherchez un point d'ancrage de rencontre, vous voulez apporter non seulement votre présence mais votre amour, en recevoir.

Vous avez remarqué, bien sûr, le dénuement de la chambre, l'austérité du mobilier.

La pauvreté ou la rareté aussi vous choque : la robe de chambre semble toujours trop large ou trop étroite. Vous remarquez qu'il manque deux boutons au pyjama, que le pull, la jupe sont tachés. Vous cherchez à accrocher à des repères connus. À retrouver des bribes de souvenirs, des petits morceaux de vie. À l'intérieur vous êtes désespéré. C'est ça la vieillesse ! C'est comme ça que cela se passe ? Quand vous partez, après un au-revoir opaque, trop fade, sur le vide apparent de la rencontre, vous n'allez pas manquer de poser des questions à un soignant, une surveillante.

Vous cherchez surtout des explications, vous ressentez de l'amertume, de la violence, qui sait ? Une culpabilité diffuse, sournoise, qui vous pousse à agresser le personnel, à trouver que votre mère est bien seule, que votre père est vêtu comme un malade : vous n'osez pas dire clochard, lui qui autrefois était si beau, si attentif à sa mise.

Vous interrogez en accusant « Il paraît qu'il n'a pas mangé à midi ? Qu'est-ce que c'est ces médicaments ? Il a maigri depuis l'autre fois. Il paraît essoufflé. Il s'est plaint qu'on le force à se lever ou à rester couché. Elle a fait sur elle et personne n'a remarqué ! ». Vous demandez pourquoi la photo de ses enfants n'est plus sur la table de nuit.

Vous allez quitter l'établissement, parfois ulcéré, plein d'amertume ou de colère, parfois avec un sentiment que vous n'avez pas été compris (que le personnel décidément a l'air de s'en foutre).

Vous vous demandez si vous avez bien fait de prendre cette décision. Vous décidez aussitôt de ne pas le laisser là. De rechercher quelque chose d'autre, de mieux. Vous avez sans doute lu que les Maisons de Retraite, les Services de Soins de Longue Durée étaient des mouvoirs.

Que les vieux, il y en a trop. Que les progrès de la médecine, c'est bien beau : cela prolonge la vie, mais à quel prix, dans quel état !

Et tout au fond c'est comme si vous aviez honte de vos parents. Toute une vie de travail, d'amour, de dévouement pour en arriver là !

Vous avez envie de bousculer le monde entier, le gouvernement surtout, qui pourrait investir dans ces locaux trop vétustes. Et le ministère de la Santé, qui pourrait engager plus de personnel. Et le directeur de l'établissement qui a l'air bien jeune... ou trop vieux.

Et pourtant vous n'avez pas tout vu... Je veux dire rien vu de l'essentiel.

Rien vu de tout ce travail de fourmis, constitué de milliers de petits gestes, de centaines de petites attentions, de sourires, de paroles, offertes, proposées chaque jour : soir, matin, durant la nuit par la personne de garde. Dans la journée, par une aide-soignante, un kinésithérapeute, une infirmière, une animatrice. Oui ! Tous ces gestes de l'indicible, une main posée contre un dos, sur le bras. Un bisou léger près d'une joue toute proche d'une tempe. Un regard, un sourire, un clin d'œil, une pensée émue... Une écharpe nouée, un mouchoir ramassé, une blouse boutonnée, un pantalon brossé, un mégot allumé.

Et tant de paroles offertes proposées, mots papillons, mots cadeaux. Petits cailloux blancs dans le silence de l'attente, dans le creux des heures vides. Au-delà de tous les soins journaliers : lever, coucher, température. Toilette, repas. Habillage, déplacements.

Au-delà des soins médicaux, infirmiers, pour la restauration du corps fatigué, de l'esprit défaillant, des dysfonctionnements.

Au-delà des soins de vie, pour égayer des journées qui ont tendance à se confondre, à s'immobiliser, à se perdre entre ombres et lumières.

Oui, il y a les soins relationnels, ceux qui ne sont notés nulle part et qui ne font l'objet d'aucune prescription, d'aucune consigne. Les soins qui soignent la relation.

Les fêtes de la tendresse, de l'accueil, de la reconnaissance. Les attitudes d'acceptation inconditionnelle.

Il y a chez tout personnel d'une maison de retraite, quel que soit son rôle ou sa fonction, au-delà du risque de la fatigue, de la routine, de la répétition mécanique, des soucis personnels, des tensions qui peuvent surgir entre membres d'une même équipe, il y a une incroyable "humanité", un dévouement pudique, un respect profond pour les pensionnaires, pour les vieux, pour ceux qu'ils appellent entre eux les mamies et les papis.

Personne ne peut comptabiliser, évaluer, apprécier ou jauger toutes les attentions gratuites, tous les gestes spontanés, toutes les paroles bienfaitantes qui sont données à votre père, à votre mère, votre parent, qui est placé ici.

Bien sûr tous ces gestes, toutes ces paroles, n'ont pas le même goût. Toutes ces attentions n'ont pas la même odeur que celles que "vous" vous auriez données. Pas la même intensité. Pas ma même profondeur, peut-être. Elles n'en n'ont pas moins de valeur. Elles n'en n'ont pas moins d'importance. Elles ne sont pas moins essentielles à la vie de votre parent.

Elles sont les vitamines du cœur, les fortifiants de l'âme, les antidotes du désespoir et de la détresse. Toutes ces attentions ne vous remplacent pas.

Revenez, revenez pour votre parent, il a besoin de votre regard, de votre présence réelle ou symbolique. Symbolique veut dire qui a du sens. Si vous ne pouvez pas revenir, envoyez un mot, trois phrases, cinq lignes, une photo, un objet qui vous est commun. Une écharpe de vous avec votre parfum.

Même absent, votre présence restera proche, familière, essentielle pour votre mère, pour votre père.

Nous avons besoin de votre aide au plan relationnel surtout. Tout être humain a besoin de se sentir relié, reconnu, confirmé par des personnes significatives. Nous prenons en charge votre parent, nous l'accompagnons dans sa fin de vie, mais vous, vous restez significatif.

Nous avons besoin de vous pour offrir le meilleur de vous-même.

Cette lettre ouverte est aussi un lien entre vous et nous.

Gardez-la, relisez-la de temps en temps. Oui, relisez-la.

J. Salomé (1995)

### Application :

Nom, prénom :

Classe : groupe ....

Date :

**Exercice coté 2 - Cours : psychologie - M. Lallemand**

A partir du texte –"*Lettre ouverte pour tous ceux qui ont un parent, un ami, un proche en maison de retraite*" de J. SALOME, constituer une synthèse.

Extraire les idées principales à travers les trois parties du texte :

1. Ce à quoi le visiteur est confronté.
2. Ce qui n'est pas repéré par le visiteur.
3. Ce qui est conseillé pour le visiteur.

Dans la synthèse, ces trois titres devront figurer soulignés.

Le travail ne doit pas être constitué d'un texte suivi mais plutôt d'une série de tirets avec les idées principales pour chacune des parties précédemment décrites. Seuls quelques détails peuvent être mentionnés à titre d'exemples.

Le texte doit être rédigé à la troisième personne : les "nous", les "vous", les "je" doivent être ici inexistantes. Préférer ainsi les formulations "le visiteur", le "résident", le "membre du personnel"...

Si des extraits de texte sont retranscrits tels quels dans la synthèse, mieux vaut les placer entre guillemets.

Le travail comportera les nom(s) et prénom(s) des participants, la date du jour ainsi que le titre du texte et son auteur.

Lecture commentée de la Charte européenne des Droits et Libertés des Personnes âgées en Institution.

## I EXPOSE DES MOTIFS

Maastricht, 24-09-1993

Nous, Directeurs d'Etablissements d'Accueil et d'Hébergement pour Personnes Agées (...) souhaitons manifester solennellement notre engagement à développer une réflexion et une action communes et harmonisées en matière d'accueil, de soutien et de respect des Personnes Agées en Institution.

Afin de répondre à l'un des engagements constitutifs de la C.E.E. qui est d'augmenter le bien-être de tous les Européens, une politique gérontologique européenne, axée sur quelques principes fondamentaux communs, nous paraît devoir être définie de manière prioritaire et urgente.

Nous voulons faire bénéficier l'ensemble des Personnes Agées de prestations de qualité, et, par nos échanges, faire progresser la prise en charge gérontologique dans nos pays respectifs et au niveau européen.



Conscients de notre rôle et de notre responsabilité, nous croyons que notre engagement commun peut favoriser l'émergence de cette politique gérontologique européenne.

## **II PREAMBULE**

Nous déclarons que les Droits et Libertés d'une Personne Agée ne diminuent pas quand elle entre en Institution.

Nous affirmons notre devoir de veiller à ce que ces Droits et Libertés soient exprimés, maintenus et reconnus quel que soit le degré d'autonomie de la Personne Agée.

Nous considérons que les principes fondamentaux inscrits dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme s'appliquent sans restriction au citoyen âgé, quel que soit son état de santé physique ou mental, son niveau de revenus, sa situation sociale ou son degré d'éducation.

Nous nous engageons à défendre la Personne Agée contre toute agression à l'encontre de ces principes fondamentaux.

Nous croyons qu'une politique gérontologique européenne et des politiques gérontologiques nationales harmonisées doivent se construire autour de quatre grands thèmes qui sont :

- la qualité de vie,
- l'adaptation permanente des Services,
- l'accessibilité aux Soins,
- la souplesse et l'adaptation des financements.

C'est pourquoi l'Association Européenne des Directeurs d'Etablissements de Personnes Agées, les Associations Nationales qui la constituent et chacun des Directeurs qui y adhère adoptons solennellement la présente Charte Européenne des Droits et Libertés des Personnes Agées en Institution et nous engageons à:

- en appliquer les principes dans nos Etablissements respectifs,
- favoriser leur prise en compte dans les politiques gérontologiques nationales et internationales.

## **TITRE I QUALITE DE VIE**

1. Nous nous attachons à développer une politique de qualité de vie en institution, à veiller en permanence à l'améliorer et à réduire les inévitables contraintes d'une vie en collectivité.
2. Nous nous engageons à préserver l'autonomie de la Personne Agée, à favoriser l'expression de son libre-arbitre, à lui donner les moyens d'exprimer sa capacité et sa liberté de choix.
3. Nous lui reconnaissons le droit au domicile et nous veillons à ce que le choix de vie dans un lieu institutionnel lui préserve les mêmes garanties qu'un domicile privé.
4. Nous nous engageons à ce que soit respecté le droit à l'intimité qu'elle puisse jouir en toute sécurité d'un espace personnel qu'elle puisse en limiter l'accès.
5. Nous lui reconnaissons le droit à la propriété de ses affaires personnelles, quel que soit le niveau de son handicap.
6. Nous lui reconnaissons le droit au risque, la possibilité de prendre les responsabilités de son choix et de les assumer quel que soit son degré de

handicap. Nous devons veiller en permanence à ne pas sous-estimer les potentialités de la Personne Agée, même dépendante.

7. Nous nous engageons à reconnaître et à maintenir le rôle social de la Personne Agée, en favorisant les liens avec entourage, famille, amis et extérieur, en multipliant les ouvertures et les échanges, en lui facilitant l'accessibilité aux services extérieurs et en lui proposant des activités stimulantes et adaptées.
8. Nous nous engageons à offrir aux Personnes Agées et à leurs familles des possibilités d'expression et de prise de responsabilité au sein de nos Institutions.
9. En tant qu'individu appartenant à une collectivité et à une communauté, l'expression et la mise en œuvre des Droits et Libertés de la Personne Agée ne sont limitées que par le respect de l'exercice de ces mêmes droits par les autres.

## **TITRE II ADAPTATION PERMANENTE DES SERVICES**

1. Nous nous attachons à ce que les politiques institutionnelles offrent des réponses graduées et évolutives aux désirs et besoins des Personnes Agées, en fonction de leur état de santé et de leur attentes, afin de favoriser en permanence leur autonomie.
2. Nous considérons l'institution comme un ensemble de services variés et différenciés, proposés à la Personne Agée, dont elle peut disposer selon son libre choix, de l'intérieur comme de l'extérieur de l'Institution.
3. Nous nous engageons à ce que cette offre de services soit la plus complète possible et jamais irréversible.
4. Nous nous engageons à évaluer et contrôler fréquemment la qualité des services proposés pour les adapter en permanence aux besoins et désirs que les Personnes Agées auront exprimés.
5. Nous nous engageons à fournir à la Personne Agée une information claire et objective sur les offres de services à l'intérieur comme à l'extérieur de l'Établissement et formulons le vœu que l'ensemble des services et des aides aux Personnes Agées soit clarifié, centralisé, coordonné et accessible à la Personne Agée.
6. Nous nous engageons à élaborer dans nos différents pays, des contrats de séjours, conformes aux principes énoncés dans la Charte et intégrés dans l'ordre communautaire, sur lesquels les Établissements et les Personnes Agées s'engageront réciproquement.

## **TITRE III ACCESSIBILITE AUX SOINS**

1. Nous considérons que la prise en charge d'une Personne Agée est une prise en charge globale dépassant le seul problème médical et qu'une réponse globale de santé doit lui être assurée sans discrimination.
2. Nous nous engageons à garantir à la Personne Agée en institution l'accessibilité à des soins de qualité adaptés en permanence à son état de santé, sans discrimination de domicile.
3. Nous nous attachons à ce que la Personne Agée puisse disposer d'un encadrement social, médical et paramédical compétent et formé aux problèmes gériatriques du vieillissement et du handicap.
4. Nous formulons le vœu que l'accent soit mis dans tous les pays sur les politiques de formation de tous les intervenants auprès des Personnes Agées; que les profils d'emploi auprès de Personnes Agées soient revus et améliorés, que de nouvelles compétences professionnelles soient reconnues.

5. Nous nous engageons à favoriser toutes les possibilités de formation de l'ensemble de nos personnels et à contribuer, à un niveau européen, à une harmonisation des formations et des niveaux de qualification.
6. Nous formulons le vœu que le métier de Directeur d'Etablissement ou de Services auprès des Personnes Agées puisse bénéficier également d'une harmonisation de formation et de niveau, et soit valorisé dans l'espace social européen.

## **TITRE IV LA SOUPLESSE DES FINANCEMENTS**

1. Nous exprimons notre attachement à ce qu'une politique gériatologique de qualité puisse être offerte à l'ensemble de la population sans discrimination de ressources.
2. Nous formulons le vœu que le coût des services proposés reste accessible aux Personnes Agées et qu'elles puissent en bénéficier en fonction de leur état et de leurs désirs.
3. Nous exprimons notre attachement à ce que la Personne Agée dispose de ressources décentes et suffisantes, quel que soit son niveau d'autonomie et qu'elle puisse les gérer aussi longtemps que possible.
4. Nous formulons le vœu qu'il existe une réelle contribution sociale au financement de l'aide à la personne, sans discrimination de nature ou de destination de l'aide.
5. Nous considérons que la politique gériatologique dans tous les pays d'Europe est source importante d'activité économique et d'emplois, porteuse d'avenir et doit être à la hauteur de notre civilisation et de notre progrès.
6. Nous nous attachons à ce que la politique d'aide à la Personne Agée ou Handicapée soit simplifiée, centralisée et coordonnée.
7. Nous nous engageons à lutter contre les démembrements de forces institutionnelles ou les cloisonnements administratifs qui entraînent des inégalités dans la prise en charge de la Personne Agée.
8. Nous formulons le vœu que les financements s'adaptent en permanence à l'évolution et à l'innovation des services.
9. Nous nous engageons à être des acteurs de gériatologie responsables, à participer à l'effort collectif de maîtrise des dépenses publiques, sans jamais renoncer à la qualité d'une politique gériatologique européenne et à son amélioration permanente.

### A. Les six critères généraux d'évaluation d'une maison de repos.

- |   |   |   |                |                                     |
|---|---|---|----------------|-------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Le sens humain du personnel d'encadrement</li> <li>2) Les soins et l'hygiène</li> <li>3) La nourriture et l'intendance</li> </ol> | <table border="0"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">4) L'animation et la participation des PA</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">5) La sécurité</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">6) La gestion compétente et honnête</td> </tr> </table> | 4) L'animation et la participation des PA | 5) La sécurité | 6) La gestion compétente et honnête |
| 4) L'animation et la participation des PA   |   |   |                |                                     |
| 5) La sécurité  |   |   |                |                                     |
| 6) La gestion compétente et honnête   |   |   |                |                                     |

Comme pour les hôtels dans les brochures de voyage, ou encore les campings, il n'existe pas de classement par 'étoile(s)'. Les maisons de repos (MR) se différencient par leur capacité (nombre de lits), leur situation et environnement (en ville ou à la campagne), leur niveau de standing (en lien avec le prix de la pension à payer), l'acceptation ou non de résidents non valides ou déments.

### Plus en détails :

#### **a) Le sens humain**

Il consiste avant tout dans le respect réel de la PA : politesse – patience – considération – indulgence. La MR est un lieu d'accueil et non un hôtel :



La PA n'est pas vue comme un client mais plutôt comme une personne à rendre heureux, d'où l'intérêt pour le personnel de connaître ses goûts, ses désirs à travers ses anciennes habitudes, ses loisirs.

#### Au niveau du personnel soignant :

- ✓ Faire preuve d'humour et d'amabilité : appeler de préférence la PA par son nom accompagné de *Madame* ou *Monsieur*, ou par son prénom, si la PA le permet et le demande ou l'institution l'autorise.
- ✓ Frapper avant d'entrer dans une chambre, s'y rendre régulièrement pour s'enquérir des besoins de la PA (faim, soif, élimination), de son état de santé, la qualité de son moral...
- ✓ Discuter avec les résidents, les solliciter pour de menues tâches,...
- ✓ Continuer à se former aux techniques de soin nouvelles, aux activités de prise en charge,...

#### Autour du règlement d'ordre intérieur : le ROI est obligatoire et affiché dans chaque MR.

- ✓ Conditions d'hébergement : prix de la pension, le préavis en cas de départ, suppléments éventuels pour la lessive, la présence de meubles personnels ou d'électro-ménagers comme un frigo ou un percolateur, ou la télévision...
- ✓ Libre choix du médecin, podologue, kinésithérapeute ou des pompes funèbres,...
- ✓ Conditions de sorties : le week-end, les voyages ou les vacances,...

#### Au niveau du cadre environnemental :

- ✓ La présence avec accès adapté d'un jardin aménagé
- ✓ La préférence pour un quartier calme, proche d'un parc ou d'un centre commercial
- ✓ L'accès à un ascenseur en cas d'étage, à des barres d'appui dans les couloirs et autour des sanitaires,...

#### Au niveau de la chambre :

- ✓ Une ambiance familière : droit aux objets personnels, à un espace de rangement, à une armoire fermée,...
- ✓ Droit à un espace personnel avec un lit adapté et au moins un fauteuil confortable, une chaise et une table, ... et une sonnette ! Droit à une certaine intimité avec les éléments de séparation lors des soins, des mises en chaise percée ou encore de la toilette,...
- ✓ Chauffage/aération
- ✓ Eclairage, télévision, radio,...

### **b) Les soins et l'hygiène**

Les notions visées ici sont exploitées en détail dans les divers cours s'y rapportant. Pêle-mêle se retrouvent ici : l'aide à la toilette, à la pédicurie, à la coiffure, à la mobilisation physique dans un cadre kinésithérapique, ... Mais aussi la prévention d'escarre pour les alités, les changements de langes et protections.

Veiller à neutraliser certaines odeurs, à éviter le bruit des téléviseurs par le port de casque d'écoute individuel, ou encore des chariots de soin,...

### **c) La nourriture et l'intendance**

Les notions visées ici sont également exploitées en détail dans les divers cours s'y rapportant. La nourriture se voudra de qualité, suffisamment abondante et variée avec le respect des régimes alimentaires individuels. Trois repas par jour dont un chaud est l'obligation minimale !

Le **repas** est souvent attendu avec joie, il marque le rythme de la journée, d'où son importance psychologique. Veiller à la possibilité de choix en cas d'aliment non apprécié par la PA, de dessert/collation ou boisson supplémentaires, de repas supplémentaires pour les visiteurs,...

### **d) L'animation et participation**

Tout ce qui donne intérêt à la vie, sinon la MR devient un mouvoir !

## Le Comité de Participation ou **CONSEIL DES RESIDENTS**

C'est une réunion conviant direction, personnel, résidents et famille pour des échanges sur la vie de la MR, son organisation. On peut y discuter de l'organisation de spectacles/concerts, fêtes d'anniversaire, sorties cinéma/théâtre,... Les écoles environnantes, la Croix Rouge, les mouvements de scoutisme peuvent être sollicités, le but ultime est ici de :

### **COMBATTRE L'ISOLEMENT ET L'ENNUI**

#### Ciblons quelques activités proposées :

- ➔ Accueil d'un nouveau résident : café, fleurs
- ➔ Echange de journaux/revues, CD, DVD, livres  
Idéal : la bibliothèque intra-muros
- ➔ Intégration des résidents valides à diverses tâches comme la distribution des courriers, les travaux de cuisine, de couture, de jardinage,...
- ➔ Séances de musique, de danse folklorique adaptée  
d'ergothérapie : activités d'éveil, peinture, tricot/broderie/crochet, menuiserie, bricolage...  
de gymnastique adaptée, de yoga, de tai-chi  
de jeux de société : cartes, dominos → tournoi, concours  
de promenade/excursion
- ➔ Intégration des animaux de compagnie : poissons, lapins, oiseaux, chat, chiens,...
- ➔ Activités religieuses et philosophiques  
Ex : messe du dimanche, visite du curé, du pope, de l'imam, du rabbin, du pasteur
- ➔ Rencontres 'inter-home' : échanges entre MR à travers des après-midis récréatifs
- ➔ Rencontres intergénérationnelles : jumelages entre classes d'enseignement préscolaire et MR

#### **e) La sécurité**

Se lient ici les normes légales de protection contre l'incendie, la suppression de sols glissants ou d'escaliers difficiles et mal éclairés, la fermeture des portes à une certaine heure... et une garde de nuit efficace et rapide.

La sécurité contribue à un **bien-être psychologique**. Divers éléments s'y rencontrent :

- Maintien du résident dans sa maison de repos jusqu'en fin de vie, réintégration en cas d'hospitalisation.
- Stabilité du cadre : les horaires sont fixés, la décoration varie peu, les changements de chambre sont évités.
- Stabilité du personnel d'encadrement : la PA se sait protégée et prise en charge par un personnel compétent et formé, celui-ci pourra faire face à ses détresses morales ponctuelles.

#### **f) La gestion compétente et honnête**

Les notions visées ici sont également exploitées en détail dans les divers cours s'y rapportant. Le lien est évident avec la convention signée au départ entre la direction de la MR et la PA lors de son entrée.

#### Pêle-mêle :

Le responsable de la MR est aisément accessible  
Les factures et décomptes de frais sont mensuels  
Les dépôts d'argent sont acceptés contre reçu

Les résidents ne sont pas sollicités pour des legs  
Une aide juridique peut être apportée au résident  
Une aide de gestion financière est aussi possible

**En conclusion, la PA peut se poser la question suivante lors de son entrée en MR :**

QUELS SONT MES DROITS  
ET  
MES OBLIGATIONS ?

Vos droits

- . Droit à ce que soit respectée la convention signée à l'entrée (modèle type à Infor-Homes)
- . Droit à la politesse, à la patience, au respect.
- . Droit à une nourriture suffisamment abondante et variée.  
A au moins un repas chaud par jour.  
A ce qu'un régime, conseillé par le médecin, soit respecté.  
A avoir connaissance du menu au moins un jour d'avance.
- . Droit à un éclairage suffisant, être bien chauffé (22°), à de l'air frais.
- . Droit à une sonnette, et à ce qu'on y réponde.
- . Droit de choisir votre médecin;  
de recevoir qui vous voulez pendant les heures de visite.
- . Droit de quitter le home si vous le désirez, tout en respectant les clauses du contrat.
- . Droit de voir un prêtre, de recevoir un visiteur paroissial ou un conseiller laïc;  
de sortir si vous le pouvez, tout en respectant les horaires prescrits.
- . Droit de formuler vos griefs et à être écouté.
- . Droit à une armoire fermant à clé.
- . Droit de ne pas être dérangé par d'autres résidents.
- . Droit à une literie propre;  
à des soins adéquats et réguliers.

- . Droit, si vous êtes dans un home qui accepte les invalides, d'être aidé pour vous lever, pour vous coucher, pour vous laver, pour vous habiller, pour manger.
- . Droit à une surveillance de nuit.
- . Droit, en chambre commune à un minimum d'intimité, par les éléments de séparation entre les lits.

Vos devoirs

Vous devez :

- . avoir une tenue vestimentaire propre et décente;
- . vous conformer aux dispositions relatives aux mesures de sécurité;
- . fournir, avant l'entrée dans l'établissement, une attestation médicale certifiant que vous n'êtes atteint d'aucune maladie contagieuse;
- . payer régulièrement votre pension;
- . respecter le travail du personnel;
- . accepter les inconvénients d'une vie collective;
- . éviter les ragots;
- . respecter vous-même la convention et le règlement d'ordre intérieur signés à l'entrée

L'asbl francophone, 'Infor-Homes' devenue 'SENOAH Asbl', est une association indépendante et pluraliste dont l'objectif est de promouvoir le bien-être de l'adulte âgé. Elle est composée d'équipes pluridisciplinaires travaillant en réseau étroit pour informer ou renseigner les PA et leur entourage sur le choix de maisons de repos, mais aussi pour une amélioration de leur qualité de vie : banque de données sur les structures d'accueil, orientation individualisée sur demande, ligne téléphonique destinée à la lutte contre la maltraitance des PA vivant à domicile ou en institution, service de médiation à disposition de tout senior en situation de conflit,... - SENOA H Asbl - Av. Cardinal Mercier 22 - 5000 Namur - Tél.: 070 246 131

B. La sphère émotionnelle du placement.

Le placement est souvent vécu négativement comme une mise au placard, comme un enfermement, une perte de place dans la société active.

La PA est la plupart du temps passive lors de son placement, c'est le placeur (le médecin, un membre de la famille, un assistant social,...) qui est actif ! La PA est déplacée de son domicile pour être replacée en MR : elle quitte son privé et son intimité pour partager une vie communautaire.

Contentement ou déception ? Choix participatif réel de la MR ? Contrainte ou demandeuse ?

Qu'observer lors des premiers jours du placement ?

Appréhender un *syndrome de glissement* : - éléments dépressifs, traits confusionnels (perte des repères spatio-temporels, non-reconnaissance de visages familiers), difficulté à l'alimentation, trouble du sommeil.

Repérer un repli sur soi, un refus de dialoguer ou d'entrer en contact avec les pairs ou les membres du personnel d'encadrement.



## Lecture commentée :

<p>J'aurais bien voulu te prendre Avec nous comme autrefois Mais Suzy m'a fait comprendre Qu'on est un peu à l'étroit Il faut être raisonnable Tu ne peux plus vivre ainsi Seule si tu tombais malade On se ferait trop de souci</p> <p>Tu verras tu seras bien</p> <p>On va trier tes affaires Les photos auxquelles tu tiens Celles de papa militaire Des enfants et des cousins C'est drôle qu'une vie entière Puisse tenir dans la main Avec d'autres pensionnaires Vous en parlerez sans fin</p> <p>Tu verras tu seras bien</p> <p>Oui je vois le chat s'agite On ne trompe pas son instinct Mais il oubliera très vite Dès qu'il sera chez les voisins T'auras plus de courses à faire De ménage quotidien Plus de feu en plein hiver T'auras plus souci de rien</p>	<p>Tu verras tu seras bien</p> <p>Ton serin chante à tue-tête Allons maman calme-toi Oui le directeur accepte Que tu le prennes avec toi Y a la télé dans ta chambre En bas y a un beau jardin Avec des roses en décembre Qui fleurissent comme en juin</p> <p>Tu verras tu seras bien</p> <p>Et puis quand viendra dimanche On ira faire un festin Je me pendrai à ta manche Comme quand j'étais gamin Tu verras pour les vacances Tous les deux on sortira Là où l'on chante où l'on danse On ira où tu voudras</p> <p>Tu verras tu seras bien</p> <p style="text-align: right;">Jean Ferrat (1980)</p>
--	---

## IX. La mort, le deuil et la notion de soins palliatifs

### 1. Les soins palliatifs : sensibilisation.

Les soins palliatifs sont avant tout un **programme de soins** répondant à deux conditions de départ :

- ✓ Le traitement en vue de guérir est devenu impossible (curatif) ;
- ✓ Le traitement pour prolonger la vie est impossible.

C'est donc un **traitement pour la qualité de vie qui reste à vivre**, c'est un **accompagnement** :

- Traitements médicaux et chirurgicaux dirigés contre la maladie.
- Contrôle des symptômes comme la douleur.
- Participation de la famille dans la prise en charge du patient et dans son traitement.

LE SOUHAIT UNIVERSEL FACE A LA MORT : mourir dans la dignité sans douleur ni souffrance entouré des siens et à son domicile

Somme toute, les soins palliatifs apparaissent comme un nouveau rituel, les anciens disparaissant de plus en plus, ainsi le port du deuil, de la cravate noire ou du brassard, la chapelle ardente dressée au domicile du défunt, les miroirs couverts, la télévision et la radio fermées,...

#### A. Les principes.

Les soins palliatifs viennent après les soins curatifs.

Les soins palliatifs préviennent la douleur.

Les soins palliatifs tiennent compte des besoins du patient, de ses proches et du personnel soignant au niveau social, physique, psychologique et spirituel.

Les soins palliatifs brisent la solitude du patient et de sa famille.

Les services de soins palliatifs sont composés d'une équipe pluridisciplinaire : médecin, infirmiers et aides-soignants, kinésithérapeute, psychologue, assistant social,...

Les soins palliatifs tentent de recréer une architecture familière : des rideaux aux fenêtres, du mobilier chaleureux, de la décoration, ...

#### Au niveau patient et famille :

- Respect des horaires du patient de son rythme de sommeil.
- Respect de son style de vie, de sa philosophie : bien connaître le patient, conserver son pouvoir décisionnel.
- Mobilisation des proches qui procurent des soins au patient et en reçoivent même après le décès du patient.

#### Au niveau du membre de personnel soignant :

- Se mettre au service de l'autre : nouer des relations intenses avec le patient et ses proches sur un temps très court débouchant sur une rupture brutale en lien avec la mort de celui-ci.
- Se souvenir de ses propres deuils dans son passé familial.
- Cultiver le sentiment d'échec et une certaine culpabilité car le patient ne guérit jamais. La prise en charge psychologique du personnel soignant est ici quasi obligatoire (fatigue émotionnelle, stress, épuisement physique), tout comme une formation adaptée préalable (médication adéquate avec les analgésiques, psychothérapies spécialisées,...)

#### B. Faut-il ou non dire la vérité au patient ?

D'abord dans un premier temps, écouter le patient expliquer ce qu'il connaît de son état, de sa maladie, et ainsi établir une **relation de confiance**.

Dans un deuxième temps, lui demander de poser lui-même des questions : ainsi il ne demandera pas ce qu'il ne peut ou ne veut entendre. Cela évite au professionnel de dire des choses que le patient est incapable d'entendre.

**Regard historique** sur l'ouverture d'un des premiers services de soins palliatifs en France – Hôpital Les Charmettes de la Croix Rouge à Lyon en 1989.

Extrait de la Revue infirmière, 23 avril 1997, n°8

# QUAND LA MORT NE FAIT PAS SI PEUR

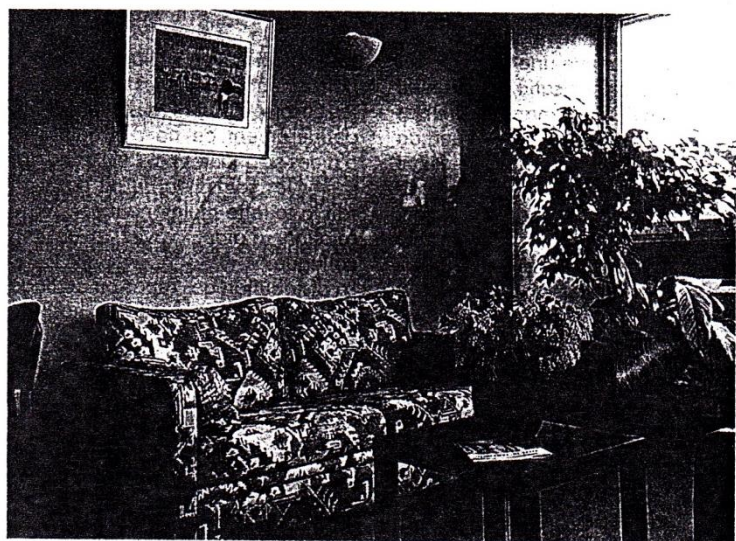
PAR CLAIRE MANICOT

Se savoir ou non condamné mais partir le plus doucement possible... A l'unité de soins palliatifs des Charmettes de Lyon, la médecine redonne à la mort sa dimension humaine en apaisant la souffrance et l'angoisse, en recréant des rites et un tissu social. Promenade dans un lieu de vie.

Des rideaux fleuris, des petites lampes rondes sur des tables basses et des tulipes fraîches dans de vrais vases et non dans des pots à confiture. Des murs roses, bleus ou saumon. Un service tout en couleur. Le contraire de la morosité. Pourtant la mort est à l'orée des chambres. Mais c'est comme si elle faisait moins peur qu'ailleurs.

Souriante et alerte, Françoise Guinand, la jeune surveillante du service de soins palliatifs de l'hôpital des Charmettes de la Croix-Rouge à Lyon, enfile sa tenue blanche. Bonjour à l'unisson puis lecture attentive des transmissions. « Madame G. est inquiète, Monsieur D. a des contractions, Madame A. a passé une meilleure nuit grâce à sa perfusion d'antalgique en intra-rachidien, Madame C. malgré ses problèmes de déglutition habituels a bu un verre de champagne et mangé neuf bonbons au chocolat. » Un véritable dossier de soins où toute l'équipe (médecin, psychologue, infirmières) inscrit ses observations et consignes. Avec un attachement particulier au bien-être des patients. « On ne traite pas la maladie en tant que telle mais on assure au malade le meilleur confort, physique et psychologique, jusqu'au bout de la vie », explique Françoise Guinand.

Soigner ne veut plus forcément dire guérir ! Est-ce la révélation de cette fin de siècle ? Emportée par ses divers exploits, la médecine finissait par oublier que la mort est un phénomène naturel. A force de se bat-



▲ Ouverture du service : décembre 89. Toutes les infirmières se sont mobilisées pour aménager et créer un environnement agréable.

tre pour la vie, on en arrivait à des excès où le malade n'était plus qu'un numéro vêtu d'une chemise blanche perdu dans un arsenal de drogues et d'exams.

## ACCOMPAGNER LA MORT

La mort survenait à toute allure, vécue comme un échec par l'équipe médicale et comme une angoisse par la famille souvent écartée. A l'heure où 70 p. cent des Français meurent à l'hôpital, il était temps qu'on s'inter-

roge. A l'instar des pays anglosaxons, pionniers en la matière, la France découvre le soin palliatif. Accompagner la mort devient un soin à part entière. Engouement de ces trois dernières années. Une vingtaine d'unités spécialisées se sont créées un peu partout en France. « Pour la Croix-Rouge qui s'efforce d'avoir un rôle de précurseur, ouvrir une structure de soins palliatifs était une démarche logique », explique Françoise Guinand. L'unité des Charmettes a ouvert ses portes en décembre 1989. Un service à dimension humaine avec une capacité d'ac-



cueil limitée seulement à dix lits. « Je travaillais auparavant auprès d'enfants. C'est un nouveau défi pour moi, confie Françoise Guinand. Je suis arrivée sans a priori. A part le dossier de soins que j'ai imposé, l'organisation propre du service s'est établie progressivement en concertation avec toutes les personnes concernées. Dans une ambiance d'enthousiasme général. »

## UNE AUTRE FAÇON DE TRAVAILLER

Trois mois avant l'ouverture du service, dès septembre 1989, les infirmières recrutées se sont réunies tous les quinze jours pour élaborer un projet. Au programme une réflexion sur les soins, l'organisation du travail mais aussi l'aménagement des locaux. La possibilité de créer un environnement agréable. Et elles ont volontiers mis la main à la pâte... en cousant des couettes, draps et housses ou en donnant leur avis sur le choix du mobilier...

Autre parti pris dès la conception du service : les infirmières prennent en charge les patients de A à Z. Elles effectuent aussi bien les soins tech-



niques que les soins de nursing, toilette, mobilisation. « Nous faisons les pansements mais nous vidons aussi les bocal à pipi ! Nous avons choisi délibérément de ne pas employer d'aides-soignantes pour éviter de dissocier les soins. On ne dit pas : on fait la toilette maintenant et pour la relation d'aide, voyez avec ma collègue. »

La distribution des repas ou du linge est assurée par des agents hospitaliers mais les infirmières ne rechignent pas à la tâche quand il s'agit

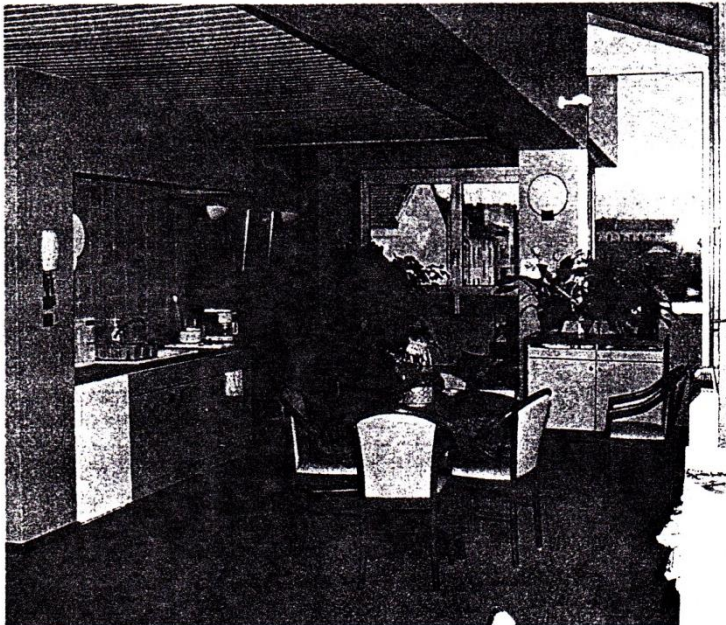
◀ **Françoise Guinand :** « On assure au malade le meilleur confort, physique et psychologique, jusqu'au bout de la vie. »

du confort des malades. C'est tout naturel. Chaque matin, elles portent le petit déjeuner aux retardataires, ceux qui dormaient avant huit heures lors du premier service. Les bols font un aller-retour dans le micro-ondes et le tour est joué ! A côté du personnel, une trentaine de bénévoles se relaient pour arroser les plantes, faire un bouquet, laver la vaisselle laissée dans l'évier ou passer un moment avec les malades. Ils ont de 25 à 60 ans et après deux mois d'essai, signent un contrat avec l'hôpital par lequel ils s'engagent à venir dans le service trois à cinq heures par semaine. Une équipe soudée avec deux coordinatrices et la possibilité d'assister au groupe de parole au sein du service. On ne demande pas aux infirmières de courir d'une chambre à l'autre. Bien au contraire. Prendre le temps d'installer l'et malade souffrant de contractures, boire un café avec une famille font partie de leurs tâches. Présence, écoute. Des doigts massent les corps rongés par les métastases et des oreilles écoutent quand des lèvres tremblantes susurrent « la peur du voyage qui reste à faire ». Instants de lucidité, d'émotion où les patients posent un regard sur leur vie et préparent le départ.

## PRÉSERVER LES RITES

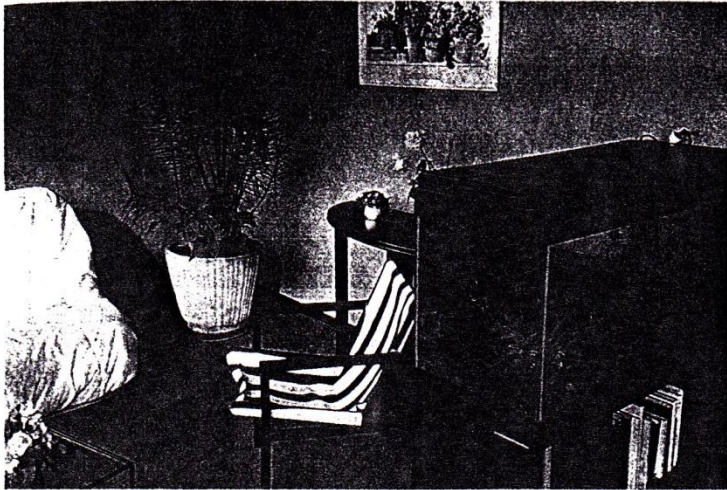
Ici on cherche à ce que la mort soit la plus apaisante possible pour tous. Pas de « blanc hôpital » ou d'armoires métalliques identiques d'un étage à l'autre. Les locaux se veulent accueillants pour les visiteurs.

Au bout du couloir, la véranda, une salle spacieuse avec vue sur les toits. Des canapés pastels, des chaises bar, un aquarium puis un coin cuisine. Les patients y reçoivent leur famille où fêtent un anniversaire. « Dernièrement, un pensionnaire originaire du Jura nous a fait découvrir une spécialité, le Ramequin, un fromage fondu que nous avons arrosé avec un



▲ La véranda : lieu où la famille se retrouve.





▲ Dans le salon, les malades viennent se détendre près de l'aquarium.

vin de Bourgogne apporté par la psychologue. A cette occasion, une dame a sorti son carnet de chants et entonné une mélodie d'antan», se rappelle Françoise Guinand. Les jours ordinaires, on vient se reposer avec un livre ou contempler les nageoires scintillantes des poissons qui ondulent parmi les algues de l'aquarium. « Nous faisons le maximum pour que le malade soit entouré par sa famille le temps de l'hospitalisation. Par ailleurs nous respectons ou recréons des rites lors des décès en allumant une bougie ou en mettant une musique en sourdine. Nous donnons d'ailleurs une importance toute particulière au dernier soin, explique Françoise Guinand. C'est l'accomplissement de ce qu'on a fait, d'un accompagnement. Ce dernier soin auprès du mort n'est pas un travail vil et bas. D'ailleurs, souvent, c'est une infirmière qui a eu une relation intense avec le patient décédé qui demande à l'effectuer. » Ce qu'elles appellent le chariot de décès renferme une trousse complète de maquillage, de l'eau de cologne, des peignes et autres accessoires pour la coiffure. Lorsque le soin est terminé, la personne décédée, coiffée, habillée, reposant sereinement sur le lit, les collègues viennent à leur tour et il n'est pas rare de les entendre dire : qu'elle est belle ! Pas toujours facile quand même de faire face à la mort pour les soi-

gnants. Les synthèses, concertations ou autres groupes de paroles organisés au sein du service ne sont pas superflus. Les membres de l'équipe ont besoin d'exprimer leurs doutes, leurs questions ou leurs expériences chargées en émotion.

## RÉPONDRE AU DÉSIR DU MALADE

« Il n'y a pas d'urgence chez nous, assure Françoise Guinand. Mais, devant un malade en phase aiguë, nous nous interrogeons parfois. Nous sommes tentés d'exécuter des gestes techniques. Une façon peut-être de gérer notre propre angoisse ! » Au service des soins palliatifs des Charmettes, on s'efforce d'abord de répondre aux désirs du malade. « On ne réalise pas un anus artificiel chez une personne qui ne le souhaite pas et qui ne veut plus vivre ! » Le quotidien c'est surtout être à l'écoute quand une dame, installée pour l'après-midi dans le jardin de l'hôpital au soleil, vous dit : « Tu sais, j'suis foutue ! ». Il n'y a plus qu'à s'asseoir auprès d'elle et lui tenir la main. » Ce service pas comme les autres, un havre de sérénité, s'adresse à des patients adultes cancéreux sans espoir thérapeutique : « Nous avons défini de façon rigoureuse nos critères de sélection des malades vu

l'énorme demande. Nous accueillons des personnes ayant un problème précis (angoisse, douleur, trouble du sommeil...) en phase terminale ou non. Ce peut être une période transitoire, avant un retour à domicile, le temps d'adapter un traitement antalgique, par exemple, ou pour soulager une famille et lui permettre de prendre quinze jours de vacances. Avant d'accueillir un patient nous tenons à consulter son dossier et le plus souvent nous nous déplaçons dans la famille ou dans le service avant le transfert. »

Au service des Charmettes, vous êtes un individu à part entière, jusqu'au bout avec vos forces et vos faiblesses. La mort fait partie de la vie et, devenue familière, elle vous apprivoise.

Les malades du service savent ou non qu'ils sont condamnés, veulent ou non la vérité, le cancer étant particulièrement difficile à formuler. Comme si cette pathologie créait un embargo sur la parole. Cette dame qui disait avoir « le cœur gris comme le ciel » était d'une agressivité difficile à supporter pour les infirmières jusqu'à ce qu'elle lâche ses angoisses à toute l'équipe. Elle a raconté ses misères, elle a pleuré, s'est excusée et a remercié les soignants. Le quotidien ■



▲ Que la nuit soit la plus apaisante possible... une lumière tamisée pour la famille qui veille la nuit.

## 2. Comment se comporter face à une personne qui a perdu un être cher ?

### A. La notion de deuil

La disparition d'un proche, son décès peut créer un stress ou un choc traumatique ressurgissant parfois longtemps après l'évènement. C'est une émotion naturelle et elle a pu être divisée en différentes étapes décrites par le Dr Elizabeth Kübler-Ross (1926-2004).

Le deuil n'est pas une maladie mais elle peut entraîner les symptômes de la maladie voir en créer une. Maux d'estomac, insomnies, stress et des maux de tête graves sont quelques-uns des effets secondaires ressentis par une personne qui vit un deuil. Certaines personnes peuvent pleurer, se murer dans le mutisme ou, au contraire, la logorrhée ou la perdre d'appétit. En raison de ce stress, le rythme du sommeil est perturbé et cela conduit à un affaiblissement du système immunitaire.

Le **temps du deuil** dépend de la nature de la perte et du mental de la personne qui vit se drame : le deuil dure en moyenne entre 18 et 24 mois et est particulièrement difficile entre 6 et 12 mois.

### Sept étapes du deuil

#### **1 – Choc et déni**

Le choc est une étape légitime de défense de l'esprit pour une situation qu'elle pense ne pas pouvoir gérer. La réaction est souvent la négation des faits qui se sont réellement produits. La personne en deuil pense qu'elle rêve et refuse d'accepter la situation causant cette insupportable douleur.

La durée de temps de cette étape ne peut pas être déterminée.

Ici même des tâches simples et les décisions de bases ne peuvent plus être effectuées par une personne en état de choc.

#### **2 – Douleur et culpabilité**

A ce stade, la personne endeuillée se rend compte que la perte est bien réelle.

C'est l'étape la plus chaotique et effrayante de douleur. Beaucoup de gens compensent avec de l'alcool et des médicaments. D'intenses sentiments de culpabilité et de remords sont expérimentés en raison des mauvaises choses qui ont pu être faites qui semblent avoir conduit à cette perte irréversible. La douleur pousse parfois la personne endeuillée à se sentir coupables et se considèrent comme responsable de la perte.

#### **3 – Colère**

A ce stade du deuil, la personne peut se mettre en colère à cause de l'injustice ressentie de ce qui lui est arrivé. Elle peut aussi choisir inconsciemment de dévier cette colère sur une personne désignée comme responsable de la perte, comme le médecin.

#### **4 – Marchandage ou négociation**

A ce stade, la personne en deuil se sent frustrée et peut même commencer à blâmer les autres pour la perte subie. Commence ici une sorte de négociation de la perte et une tentative pour trouver les moyens par lesquels inverser cette situation et la compenser.

#### **5 – Dépression et douleur**

Ici, la personne accepte la perte, mais n'est pas en mesure d'y faire face.

Dépression, perte de moral, la personne en deuil est au désespoir, se comporte passivement et n'arrive plus à vivre normalement le quotidien. Malheureusement, certaines personnes s'arrêtent à ce stade...

#### **6 – Reconstruction**

Il s'agit de la phase de test dans lequel la personne déprimée commence à s'ouvrir à nouveau aux autres et accueille des activités afin d'échapper à la douleur. En fait, c'est l'amorce de la prochaine étape et la dernière, à savoir l'acceptation de et se réconcilier avec la réalité : processus de reconstruction, recherche de solutions et moyens pour sortir de sa peine.



## 7 – Acceptation

Stade où la personne endeuillée accepte la réalité. La réalité et les faits de la vie sont enfin acceptés et la personne reprend le cours de sa vie : contacts avec les autres, reprise professionnelle,....

### B. Que faire ? Que dire ?

Etre là, disponible, authentique et empathique, face à la douleur, ou la colère.  
Toucher la main, sourire, avoir un petit mot d'encouragement.  
Ecouter l'autre exprimer sa souffrance sans tomber dans la fusion et les pleurs avec lui.  
Evoquer des souvenirs avec la personne décédée.  
Offrir une aide pratique.

#### Quelques phrases types :

##### 1. "Je sais que tu souffres beaucoup."

Ce qui est différent de -"*Je sais ce que tu ressens*", une phrase à éviter absolument car même si vous avez traversé des épreuves similaires, chaque personne porte le deuil différemment. A l'inverse, les mots "Je sais que tu souffres beaucoup" expriment votre empathie.

##### 2. "Tu veux que je te prenne dans mes bras ?"

Tout le monde n'aime pas les manifestations physiques de sympathie, mais lorsqu'il y a deuil ces gestes peuvent manquer.

##### 3. "Je suis sincèrement désolé(e)."

C'est direct. C'est honnête. Ca va droit au but. Cela montre que vous vous souciez de la personne.

##### 4. "Je suis là pour toi."

La plupart des gens sont mal à l'aise face à la douleur des autres. Voir un proche dans tous ses états est difficile. Il est normal de vouloir les sortir de cette mauvaise passe : ce que vous pouvez faire de mieux, c'est lui faire comprendre que vous êtes là si elle a besoin de quoi que ce soit -« Quand on fait un travail de deuil, on ne veut pas que les gens nous voient dans cet état mais on a besoin d'eux pour nous en sortir. »

##### 5. "Mardi prochain, je t'apporte des lasagnes faites maison."

Ce n'est qu'un exemple. Proposer de faire quelque chose de concret permet d'éviter le sempiternel : "*Dis-moi si tu as besoin de quoi que ce soit.*" Les gens disent ça parce qu'ils veulent se rendre utiles mais ignorent ce dont a besoin la personne qui souffre. Or celle-ci ne le sait souvent pas elle-même, et elle n'a pas non plus la force d'y voir plus clair et de vous demander les choses.

##### 6. "Est-ce que tu veux parler de lui/d'elle?"

Il est normal de se dire que l'évocation du défunt risque d'attrister celle ou celui qui fait son deuil. En fait, c'est l'inverse qui se produit. Quand on perd quelqu'un de très proche, on pense à cette personne en permanence. Evoquer un souvenir ou une anecdote sur le défunt indique à notre interlocuteur qu'on se souvient de la personne disparue, ce qui est très réconfortant.

##### 7. "Comment te sens-tu ?" et soyez vraiment à l'écoute de sa réponse...

Quand vous donnez le sentiment que vous ne posez pas simplement la question pour être poli, et que vous n'attendez pas qu'on vous réponde juste: "Oh, ça va mieux", votre sollicitude participe au processus de guérison.

##### 8. Ne dites rien...

Ici c'est de ne pas hésiter à fermer sa bouche et à ouvrir son cœur. Tenir la main. Proposer un mouchoir. Faire du café. Laisser parler, s'exprimer librement : parler de sa souffrance ne l'alimente pas, elle permet au contraire de l'évacuer."

#### Face à l'enfant dans le deuil :

- Eviter le silence pour qu'il ne se sente pas exclu.
- Expliquer que la mort n'est pas contagieuse : rassurer l'enfant sur le fait que les autres personnes qu'il aime ne vont pas mourir !
- Expliquer qu'il n'est pas responsable : l'enfant est égocentrique !
- Expliquer l'irréversibilité de la mort : éviter 'Il dort pour toujours', 'Il est en voyage',...

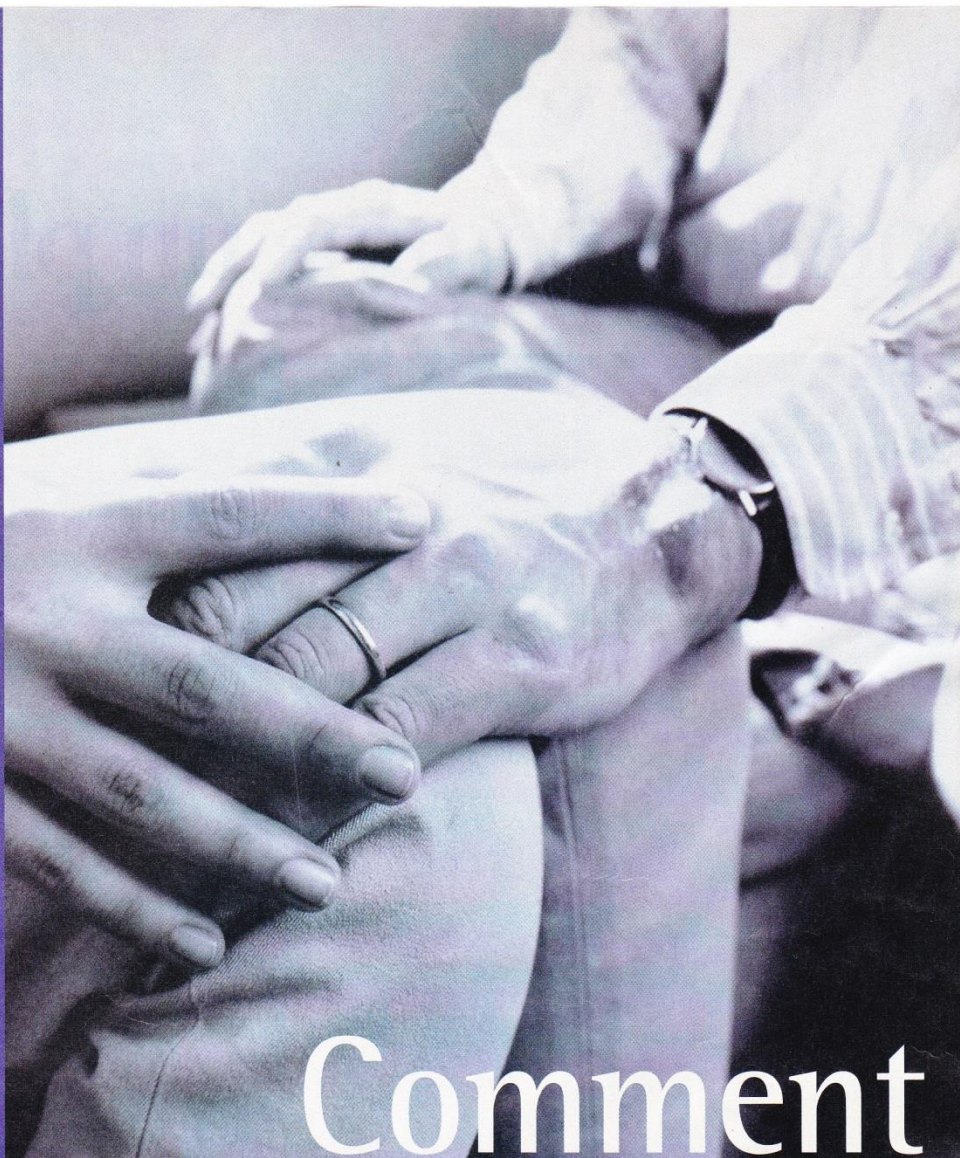
## relation

Face à une personne endeuillée, bien souvent nous ne savons que dire.

Et pourtant, même maladroit, les témoignages d'affection vont droit au cœur de ceux qui souffrent.

Nos conseils pour trouver les paroles et les gestes qui réconfortent.

Texte Sophie Godin  
et Christelle Gilquin



# Comment parler à quelqu'un qui a perdu un être

Je suis toujours mal à l'aise devant quelqu'un qui est en deuil. Je ne sais pas quoi dire, ni quoi faire." Laquelle d'entre nous n'a jamais éprouvé ces sentiments ? Incapables de trouver les mots justes, angoissées à l'idée de mal faire ou de mal dire, nous nous réfugions souvent dans le silence, auquel n'est pas étrangère la peur que nous éprouvons à voir la mort si proche. "Côté d'une personne

en deuil, explique Fouad Mabrouk, psychothérapeute à l'asbl Aremissoins palliatifs, c'est être confronté à son propre chagrin, et surtout à sa propre finitude." La faute aussi à une société qui a fait de la mort un tabou. En effet, alors que jusqu'au XIXe siècle, la mort était une compagne de tous les jours, elle n'est plus perçue que comme un accident, un échec. "Elle survient par surprise, reprend



Fouad Mabrouk. On n'a pas le temps de s'y préparer. Le deuil est dès lors vécu plus difficilement.

## Etre là, présent et authentique

Difficile, dans ce déni ambiant, de vivre un deuil, ou d'y assister. La douleur liée à la perte d'un être cher, à l'obligation de renoncer à sa présence physique, à l'écroulement des projets d'avenir, est incommensurable, presque impossible à supporter. S'il n'y a rien à faire, il y a pourtant à être. Etre là d'abord, tout simplement, même dans les moments difficiles, de grande détresse ou de colère. Toucher une main, prendre cette personne dans ses bras, lui sourire. Etre naturel, authentique, vrai. Mais sans s'imposer. "Je suis là si tu as besoin de quelque chose", dit-on souvent. Ces petites phrases sont des lumières dans l'obscurité du deuil. Mais il ne faut pas hésiter à les répéter, parce qu'une personne en deuil osera rarement aller demander de l'aide. Ecouter ensuite. "Les personnes en deuil ont un immense besoin de parler, de dire leur souffrance et d'être entendues", affirme Annick Absil. Ecouter, voilà bien une tâche difficile. Ecouter, c'est laisser l'autre parler, c'est se centrer sur lui, sur ses sentiments, c'est l'encourager à continuer par un petit mot ou un signe de tête, c'est aussi lui laisser des silences de réflexion, de repos... L'autoriser à pleurer et se lamenter, autant qu'il en a besoin, l'encourager à exprimer sa

# cher ?

douleur le plus ouvertement possible, seule façon pour permettre à celle-ci de s'atténuer et enclencher le processus de guérison. "Si vous pleurez aussi, par contre, vous n'aidez plus, reprend Annick Absil. Une certaine distance est indispensable pour qu'il ait l'espace nécessaire à l'expression de ses émotions. Il ne faut pas confondre présence et fusion." Mais que dire à une personne en

deuil ? C'est souvent la question que l'on se pose. Si certaines phrases peuvent faire du bien, d'autres au contraire, bien que dites avec la meilleure volonté du monde, peuvent nuire, amplifier le malaise de la personne éprouvée. Perçues comme blessantes, ces tentatives peuvent accroître son sentiment de solitude. Dans son livre *Psychologie de la mort et du deuil*, Josée Jacques rapporte une enquête réalisée par deux psychologues. Après avoir interrogé 25 personnes, âgées de 21 à 51 ans, qui avaient perdu un proche au cours de cinq dernières années, sur les paroles qui les avaient aidés et celles qui ne les avaient pas aidés, il est ressorti que 80 % des interventions avaient été perçues comme non aidantes et 20 % comme aidantes. L'enquête mettait surtout en lumière que les conseils (du genre "tu devrais sortir plus", "tu devrais te remuer" qui semblent dicter à l'endeuillé ce qu'il doit faire et qui ne font que provoquer sa culpabilité parce qu'il ne se sent pas capable de répondre à ces attentes) et les interprétations, tentant d'expliquer des événements ou des comportements ("c'était la volonté de Dieu") avaient presque tous été perçus comme non aidants, alors que les questions sur le deuil, les sentiments ou le défunt, bien que rares, avaient été perçues comme aidantes.

## Dire son impuissance, sa sympathie

A fuir également, les clichés tels que "c'est la vie" ou "on passe tous par là": ceux-ci tendent en effet à minimaliser sa souffrance, à la rendre banale. "Tandis qu'il désire personnaliser son expérience et ses sentiments, écrit Josée Jacques, il voit nier l'unicité de ce qu'il vit par une personne qui semble tout connaître ou détenir la vérité." Quant aux "consolations" du genre "tu en feras d'autres" assénées à une maman qui vient de perdre un nouveau-né, ou "il a eu une belle vie" à quelqu'un qui a perdu son parent, elles donnent le sentiment à l'endeuillé que sa souffrance est incomprise et renforcent la difficulté du deuil.

L'idéal c'est de se montrer comme on est, de dire qu'on voudrait aider, mais qu'on ne sait pas comment, qu'on se sent impuissant. "Je ne sais vraiment pas quoi te dire" vaut mieux qu'un

## Des difficultés à laisser parler son cœur

"Nous avons peur de déchaîner la souffrance d'autrui en parlant de la personne disparue, explique le psychologue Pierre Auger. Nous avons peur des larmes, de remuer le couteau dans la plaie en évoquant le malheur qui s'est produit. D'autre part, l'angoisse que nous éprouvons nous-mêmes face à la mort, nous bloque dans l'expression de nos sentiments. Ce qui explique qu'on laisse parfois le silence, et le malaise, s'installer. Or quelqu'un qui connaît cette épreuve qu'est la mort d'un être aimé est très sensible aux marques d'affection."

### 1. Soyez à l'écoute.

La personne qui vient de perdre un être cher a besoin de parler du défunt et d'évoquer les bons moments vécus ensemble. N'ayez pas peur de mentionner le nom de la personne décédée. Encouragez la personne à exprimer son chagrin, ou tout simplement à pleurer. Laissez parler votre cœur, n'ayez pas peur d'être maladroit dans vos paroles consolatrices.

**2. Ne minimisez pas la souffrance en croyant consoler.** Dans un premier temps, lorsque la douleur est à son comble, toute consolation est impossible.

Nous sommes impuissants et il faut l'admettre explique Annick Absil, psychothérapeute à l'asbl Vivre son deuil-Brabant wallon.

### 3. Offrez une aide pratique.

Les gens qui vivent un décès sont, pour la plupart, extrêmement désemparés et leur proposer de garder les enfants, les inviter à prendre un repas, faire quelques courses... peut être d'un grand soulagement. Mais ne tombez pas pour autant dans le maternage.

### 4. Un processus de deuil s'étale sur plusieurs années

et certains moments sont difficiles à vivre pour la personne endeuillée : premier Noël sans lui, anniversaire de la personne disparue... Soyez présente aussi à ces occasions, ne laissez pas votre ami(e) seul(e) avec son chagrin.

### 5. Si la personne endeuillée

n'est pas un intime, mais une connaissance ou un collègue de travail, offrez un coup de main (terminer un dossier à sa place, le remplacer dans une réunion...) pour montrer votre solidarité, et écrivez un petit mot pour exprimer votre compassion.



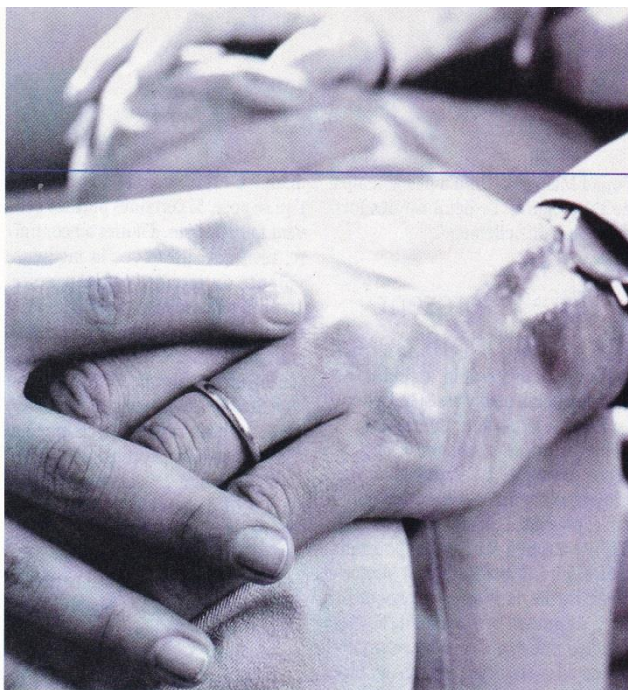
## relation

» long discours ou qu'un "Je vais t'aider, tu vas voir, ça va marcher" ! "Le principal, lâche Annick Absil, c'est de laisser parler son cœur. Ça marche à tous les coups !"

Mais oui,  
tu es normal...

Comprendre ce qu'une personne en deuil vit et par où elle passe permet d'adopter une attitude plus adéquate. Un deuil, c'est une période où l'on intègre peu à peu la perte de l'autre, où l'on apprend à l'accepter. Cette acceptation se fait par étapes : le choc d'abord, qui plonge dans une espèce de torpeur. Puis le déni, où l'on n'arrive pas à croire à ce qui s'est passé. La tristesse mêlée à un sentiment de confusion, la colère et la révolte contre cette injustice divine – étape qui peut se concrétiser par des actes censés donner un sens à ce qui n'en a pas – et enfin, l'acceptation. Ce processus est long et difficile. On estime qu'il dure entre 18 et 24 mois, la période la plus difficile se situant entre 6 mois et un an. Mais rien n'est obligatoire : ni l'ordre des étapes, ni le temps nécessaire au deuil. Tout dépend de la personnalité de l'endeuillé. Les réactions peuvent également être très différentes : alors que l'un aura besoin de parler du défunt, un autre voudra exprimer davantage ses sentiments de tristesse, de colère, un troisième pourra vivre son deuil en solitaire, un quatrième se tiendra occupé pour éviter de penser. Certains pourront mettre en

L'idéal  
c'est de  
se montrer  
comme on  
est, de dire  
qu'on  
voudrait  
aider mais  
qu'on ne  
sait pas  
comment.  
Qu'on  
se sent  
impuissant.



FOTOS/STOCK

marche des mécanismes de défense : une compensation (par une hyperactivité, un excès d'alcool), un isolement, un refoulement des émotions... Bref, à chacun sa manière de composer avec l'absence. On l'aidera en le rassurant sur ses réactions, en lui rappelant sans cesse qu'il agit normalement. Dans le deuil, en effet, on a souvent l'impression de devenir fou.

### Avec les enfants : éviter à tout prix le silence

"Pourquoi, lorsque j'avais 4 ans, personne ne m'a dit : Ton papa est mort,

tu ne le verras plus ?" s'interroge Bernard. "Ils étaient tous trop pris dans leurs problèmes, personne n'a pensé à moi. J'essayais de deviner, à partir de bribes de phrases que j'entendais. J'étais perdu. Personne ne le voyait, je me forçais à être comme d'habitude." Le silence vient redoubler le sentiment d'abandon que vit l'enfant : pourquoi l'exclure au moment où il a le plus besoin de rester lié à ses proches par la parole et le partage des émotions ? Lorsqu'un petit perd une personne aimée, il sent peser une menace sur ceux qui restent, et il craint de les perdre aussi. D'où l'importance de lui dire que la mort n'est pas contagieuse, que si son papa est mort, sa maman est toujours là et elle ne va pas mourir. De lui dire, aussi, que ce n'est pas sa faute si sa maman pleure. N'ayez pas peur de ses questions (où est-il maintenant ? est-ce que je vais mourir aussi ?) Bien sûr, l'idée d'irréversibilité de la mort est difficile à saisir pour un enfant. Mais il importe de dire les mots justes : papa, grand-maman ne reviendra pas. Inutile de prétendre que "papa est au ciel", qu'il "dort pour toujours" : le petit prend ces expressions au pied de la lettre, ce qui peut créer des problèmes (insomnies, peur de s'endormir). L'enfant est bien plus capable d'assumer la mort d'un proche qu'on ne le croit. S'il demande à voir la personne décédée, il faut le lui permettre. Lui permettre aussi de mettre des mots sur ce qui fait souffrir. Dans son livre (\*), la psychanalyste Marie-Hélène Encrevé-Lambert rapporte cette réflexion d'une petite Amélie de quatre ans qui vient d'apprendre que sa mère est décédée :

## Le mot de condoléances

Il s'écrit à la main, dans une écriture lisible, avec une encre noire ou bleue.

► Ignorez les formules toutes faites, bannissez les grandes phrases lyriques, soyez simple et personnelle dans votre écriture. Préférez "Je pense beaucoup à vous" au traditionnel "Je vous présente mes condoléances".

► Si vous avez des enfants et qu'ils connaissent la personne défunte, mettez-les à contribution : un dessin plein de couleurs et d'espoir, un mot naïf et gentil émeuvent et consolent plus qu'on peut le croire.

► Quand l'écrire ? Il est préférable d'écrire

quand la nouvelle nous parvient, et de ne pas attendre de trouver les "mots justes". Lorsque l'on écrit tandis qu'on est soi-même touché, le texte exprime mieux la compassion.

► On dit que les personnes qui sont en deuil n'ont pas le courage de lire des longues lettres, c'est faux. Une missive émouvante où vous évoquerez votre souvenir de la personne décédée, des anecdotes, ses qualités, et même des épisodes amusants de sa vie touchera beaucoup la famille en deuil, et la marquera pour longtemps.

**A lire :** *Faire son deuil, vivre un chagrin*, Manu Keirse. Ed. De Boeck/Belin.



"Qui c'est qui va me donner à manger maintenant ?" "Amélie veut signifier tout à fait autre chose que maman = faire à manger, explique la psychanalyste. Elle est encore dans ce lien où la mère est celle qui nourrit, dans tous les sens du terme. Répondre à Amélie qu'elle n'a pas à s'inquiéter, que quel qu'un d'autre lui donnera à manger, ne va pas lui permettre de se confier davantage et ne la rassurera pas. Non, personne ne lui donnera à manger comme le faisait sa maman. On peut le

lui dire et pleurer avec elle. C'est cela, reconnaître la souffrance d'un enfant. Et, petit à petit, l'aider à retrouver le goût de la vie, sans maman, autrement."

(\*) Marie-Hélène Encrevé-Lambert, La mort. Comment répondre à ses questions ? Premières séparations, premiers deuils, Les mots et les gestes pour le réconforter. Bayard Editions, coll. "La vie de famille", 334 F.



## Ne pas dire

- ▶ Qu'est-ce que je peux faire pour toi ?
- ▶ Je vais t'aider. Tu vas voir, ça va marcher.
- ▶ Je sais comment tu te sens (si vous n'avez jamais vécu ce genre de deuil).
- ▶ Éviter de parler du disparu.
- ▶ Le passé, c'est le passé.
- ▶ La vie est belle, ne t'inquiète pas. On passe tous par là.
- ▶ Ce que tu vis, je ne pourrais pas le vivre (= pitié).
- ▶ Tu sais, tu vas t'en sortir, mais il faut passer par là. Tu verras, tu apprécieras plus la vie après...
- ▶ Tu devrais.... Si tu continues, tu as de fortes chances de...
- ▶ Allez, secoue-toi. Sors un peu de chez toi ! Va au cinéma !
- ▶ De manière inconsciente, tu as probablement peur de vivre seul, c'est pour ça que la mort de ton épouse t'afflige tant.
- ▶ Il y a un an qu'il est mort. Tu devrais aller mieux maintenant, non ?

## Dire plutôt...

- ▶ Je suis tellement ému que je ne sais pas quoi faire.
- ▶ Je ne sais vraiment pas quoi te dire.
- ▶ Je voudrais t'aider, mais je ne sais pas comment. Comment puis-je t'aider ?
- ▶ Je suis là, si tu as besoin de moi.
- ▶ Pleure, ça te fera du bien.
- ▶ Tu peux me parler, tu sais, dis-moi ce que tu ressens.
- ▶ J'ai beaucoup de peine pour toi.
- ▶ Il était unique, tellement... Je me souviens du jour où...
- ▶ C'est normal ce que tu vis. Cette souffrance, c'est la plus terrible qui soit.
- ▶ Je sais bien que ça ne changera rien, mais est-ce que ça te dirait de venir au cinéma avec moi ?
- ▶ Regarde tes enfants, ils sont là...
- ▶ Laisse parler ta douleur aussi longtemps que tu en as besoin.

# " J'avais besoin de parler de lui "

Valérie a perdu son mari voici dix ans lors d'un accident de voiture. Elle se souvient :  
*"Les deux mois suivant le décès de Pierre, j'ai vécu un peu comme un zombie, mes pensées étaient entièrement tournées vers lui, j'avais beaucoup de difficultés à accomplir les tâches quotidiennes, à me concentrer sur quelque chose. Heureusement, j'ai pu compter sur une des mes cousines qui habitait à proximité et qui m'a beaucoup aidée. Petit à petit, j'ai recommencé à 'fonctionner' normalement. Mais l'image de Pierre m'accompagnait dans tous les instants de ma vie. J'avais besoin de parler de lui, d'évoquer des anecdotes le concernant. C'était plus fort que moi. Mes proches avaient des réactions qui portaient souvent d'un bon sentiment, mais qui me blessaient : 'C'est fini maintenant, il est mort, la vie continue, tourne-toi vers l'avenir !' Alors il m'arrivait de parler de Pierre à des gens que je rencontrais pour la première fois. Eux, au moins, ils m'écoutaient et ne détournaient pas la conversation quand je parlais de Pierre."*