

L'INTERVENTION AUPRÈS DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE D'ALZHEIMER. TRAVAIL DE CRISE ET ENJEUX ÉTHIQUES

Agnès Michon et Florence Quartier

in Emmanuel Hirsch , *Alzheimer, éthique et société*

ERES | Poche - Espace éthique

2012
pages 231 à 242

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/alzheimer-ethique-et-societe---page-231.htm>

Pour citer cet article :

Michon Agnès et Quartier Florence, « L'intervention auprès du patient atteint de maladie d'Alzheimer. Travail de crise et enjeux éthiques », *in* Emmanuel Hirsch , *Alzheimer, éthique et société*
ERES « Poche - Espace éthique », 2012 p. 231-242. DOI : 10.3917/eres.hirsh.2012.01.0231

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Agnès Michon, Florence Quartier

*L'intervention auprès du patient atteint
de maladie d'Alzheimer
Travail de crise et enjeux éthiques*

■ La personne démente qui devient « autre » peut-elle nous apprendre qu'elle est toujours identique à elle-même, mais en pleine évolution vers quelque chose que nous ne connaissons pas ? Nous soulignerons que les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ont plus à dire que nous ne sommes capables d'écouter. Il est temps d'affirmer qu'il y a un avenir avec la démence. L'analyse des entretiens des patients montre qu'ils n'échappent pas aux représentations si négatives que nous véhiculons sur la démence, qui apparaît souvent pire que les autres maladies, pire que le cancer, et fortement associée à l'image de la folie, renvoyant au fait de ne plus être normal, à la perte de la réalité, à la perte de contrôle de ses actes, à leur inconséquence. Nous savons pourtant qu'il existe une forme de mémoire, la mémoire implicite, qui résiste à la maladie d'Alzheimer. Donner cette information aux patients et à la famille, c'est dire que tout « ne fout pas le camp » avec la maladie. Affirmer la persistance d'une mémoire, ce n'est pas rien, car cela change le regard que nous portons sur le patient. À nous de permettre qu'il y ait une vie « sans savoir », qu'il y ait une vie avec la démence. À nous donc de résister aux solutions de facilité. À nous de fuir la routine pour ouvrir, pour le patient, sa famille, et pour nous aussi, sur une véritable éthique du soin ! ■

Agnès Michon, neurologue, praticien hospitalier neurologue, Département de neurologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer (Paris), Privat Docent, université de Genève.

Florence Quartier, psychiatre psychothérapeute SSPP, ancienne médecin-adjointe aux Hôpitaux universitaires de Genève, Département de psychiatrie, psychanalyste, membre formatrice de la Société suisse de psychanalyse, (API).

VERS CE QUE NOUS NE CONNAISSONS PAS

Dans notre société vieillissante, nous sommes plus que jamais interpellés par la menace de vieillir en devenant dépendant et encore plus par l'idée de vieillir en « perdant la tête ». Le poids n'en revient pas seulement au coût financier élevé que cela représente, mais aussi à la manière dont nous investissons les valeurs intellectuelles. L'esprit nous permet de sublimer nos souffrances. Si nous le perdons, qu'en est-il de nous ? Le terme « démence » signifie privé d'esprit. Annoncer à un patient qu'il a une maladie cérébrale apparaît bien plus terrifiant que de lui annoncer une maladie cardiaque. À quel rapport au corps et à l'esprit nous renvoie la maladie d'Alzheimer, en tant que soignant ? Quelle est la position particulière du professionnel de santé impliqué dans cette prise en soin ?

Si l'image de la maladie d'Alzheimer se superpose le plus souvent avec celle d'un vieillissement qui nous fait peur, en soulignant, comme le dit Daniel Kipman dans son introduction à l'ouvrage *Un avenir pour la vieillesse*¹, que le problème du vieillissement est davantage qu'un problème de société une question d'adulte qui a peur de son avenir, il ne faut pas oublier qu'elle touche également des sujets jeunes, en activité professionnelle, comme les soignants actifs que nous sommes, nous empêchant de renvoyer à plus tard ce questionnement. Pour reprendre les propos de D. Kipman, que nous détournerons un peu de la personne âgée pour les appliquer à la personne dite « démente », sommes-nous capables de nous ouvrir à une vision différente sur l'évolution de la démence, qui n'est pas toujours naufrage mais autre ? La personne démente qui devient « autre » peut-elle nous apprendre qu'elle est toujours identique à elle-même, mais en pleine évolution vers quelque chose que nous ne connaissons pas ? Daniel Kipman dit de façon très juste que les personnes âgées ont plus à dire que nous ne sommes capables d'écouter. Nous soulignerons que les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ont également plus à dire que nous ne

1. P. Giannakopoulos, F. Quartier, *Un avenir pour la vieillesse*, Paris, Doin, 2007.

sommes capables d'écouter. Il ajoute : « Le discours d'un dément est le discours d'une personne dont les moyens d'expression sont modifiés, mais il suffit de l'écouter avec cette écoute attentive et bienveillante que les psychanalystes appellent neutralité bienveillante, et une idée des mécanismes transféro-contre-transférentiels, pour que les choses deviennent lumineuses. » S'il plaide l'idée d'un avenir pour la vieillesse, nous ajouterons qu'il est temps d'affirmer qu'il y a un avenir avec la démence. Et ceci n'est possible qu'au prix d'un travail des soignants sur leurs propres pratiques, travail dans lequel l'éthique a toute sa place comme moteur du soin.

Notre position de soignant est naturellement influencée par notre histoire personnelle et professionnelle. Que nous exercions dans une consultation de mémoire, dans un centre de référence, en institution psychiatrique ou en milieu gériatrique, l'abord sera différent, marqué par les modèles dont nous héritons. Le modèle neurologique impose une vision déficitaire (c'est le profil de tel ou tel déficit qui permet d'établir un diagnostic), avec le risque de dévaloriser la parole du patient, mais il a l'avantage de faire de cette maladie une maladie comme une autre avec ses facteurs de risque et ses traitements. Le modèle psychique se heurte à l'existence d'anomalies biologiques et neuronales mais a permis de réhabiliter la parole de la personne démente en s'opposant à une vision déficitaire, interrogeant sur le sens de la maladie pour le sujet et rappelant que les symptômes peuvent être l'expression d'une souffrance. Le modèle gériatrique, enfin, apporte toute la dimension de la réflexion autour du vieillissement, d'une prise en charge globale de la personne, à condition qu'il échappe à un certain fatalisme face à la vision du « vieux gâteux ». La maladie d'Alzheimer, en étant à l'interface de ces disciplines, court le risque d'être rejetée d'un champ à l'autre et d'être victime des querelles de chapelles. À l'inverse, elle peut bénéficier de l'extraordinaire richesse de la croisée de ces champs d'expérience, à condition que nous soyons capables d'une écoute entre disciplines différentes. Et à voir l'émergence de l'idée forte d'une approche intégrative, cela est maintenant possible.

Il s'agit donc de pouvoir intégrer les connaissances qui nous permettent de comprendre les symptômes présentés par le patient,

c'est-à-dire de prendre en compte le substrat organique amenant à un diagnostic précis ainsi que les répercussions cognitives et comportementales de ces lésions pour comprendre quels moyens le patient a « d'être au monde ». Nous devons aussi intégrer l'expérience de la maladie dans sa subjectivité, la manière dont elle s'inscrit dans l'histoire de vie, nous questionner sur les résonances qu'elle met en jeu, les mécanismes de défense et d'adaptation qui sont à l'œuvre, le rôle de la personnalité pré-morbide, la qualité des relations avec l'entourage. Mais nous avons rarement toutes ces réponses. Il faut alors pouvoir travailler avec le doute de ce qui revient à l'une ou l'autre cause, s'intéresser à la richesse et à la finesse de cette clinique, ouvrir des espaces d'écoute du patient et garder une grande flexibilité pour s'ajuster en permanence à ce qu'il comprend ou ne comprend pas, à ce qu'il peut dire ou ne pas dire, à ce qu'il peut exprimer par son comportement.

PERTES ET CRISES IDENTITAIRES

L'analyse des entretiens des patients² montre qu'ils n'échappent pas aux représentations si négatives que nous véhiculons sur la démence, qui apparaît souvent pire que les autres maladies, pire que le cancer, et fortement associée à l'image de la folie, renvoyant au fait de ne plus être normal, à la perte de la réalité, à la perte de contrôle de ses actes, à leur inconséquence. Cela va de pair avec l'image de la régression et de la déshumanisation. La perte de la conscience de ses troubles, de la conscience de soi, renvoie implicitement à la disparition de l'état d'humanité. Mais encore plus que la folie, ce serait l'idiotie qui vous annule. « Ce n'est pas de la folie, c'est de l'idiotie, c'est un état où je ne suis jamais capable de façon sûre de faire ce que j'avais pensé faire. La folie, c'est plus gai, c'est une blague d'un moment. L'idiotie, c'est vous annuler. » La personne atteinte se perçoit comme privée de son libre arbitre, de

2. A. Michon, M. Gargiulo, « L'oubli dans la maladie d'Alzheimer : le vécu du patient », *Cliniques méditerranéennes*, 67, 2003, p. 25-32.

ses responsabilités, de son autonomie. Et exprime son sentiment de perdre le contrôle de son existence, renvoyant à une crise identitaire dans la mesure où elle a le sentiment qu'au-delà de la mémoire, c'est sa pensée qui est touchée, et qu'au-delà de sa pensée, c'est sa personne elle-même qui est touchée. « C'est quand même un trouble de ma personne ça, la mémoire, la tête, ça fait partie de mon être. » La perte de confiance en soi, le sentiment de dévalorisation, le sentiment que sa parole n'est pas considérée, l'humiliation, la blessure du regard de l'autre, l'atteinte à l'image de soi, la discordance entre le vécu subjectif et la réalité objective renvoyée par les autres, la peur de l'avenir et la peur de soi-même associée à l'image de la perte de conscience, la peur de la dissolution existentielle sont autant de sources de souffrance et de facteurs qui menacent l'équilibre de l'individu, pouvant conduire à des situations de décompensation psychique et à l'émergence de symptômes caractéristiques d'une situation de crise³. « J'ai peur de ne pas m'en rendre compte, plus que de faire une mauvaise bêtise... j'ai peur de ne pas maîtriser mon raisonnement... j'ai peur de moi, parce que je ne sais plus faire ce que je sais... Mon état de vie est précaire, ce qui est menacé, c'est tout ce que je savais, tout ce que j'ai construit sur le plan professionnel, tout a disparu... le côté marquant s'est évaporé. » La valeur et la richesse de l'entretien avec les patients atteints de maladie d'Alzheimer ne devraient plus à être prouvées.

Mais avons-nous toujours la disponibilité matérielle et intérieure pour favoriser l'écoute du patient ? Nous en donnons-nous les moyens ? Sommes-nous toujours assez attentifs à ne pas nous adresser seulement à la famille, mais à redonner la parole au patient ? Comment arrivons-nous à composer avec les exigences de rentabilité et d'efficacité ? Lorsque l'intervention doit être la plus courte possible, quel rôle pouvons-nous avoir ?

3. A. Michon, « La gestion de la crise dans la démence », *Psychol. Neuro. Psychiatr. Vieil.*, 4(2), 2006, p. 1-5.

Prenons l'exemple d'une situation de crise, banale, d'un homme de 92 ans hospitalisé contre son gré en milieu psychiatrique pour une agitation et une hétéro-agressivité survenues dans un contexte de maladie d'Alzheimer évoluée⁴. Sa situation est évoquée lors de la revue de tous les dossiers de l'unité. Alors qu'il présente toujours des troubles du comportement, le projet apparaît clair pour l'équipe : il faut simplement attendre que les neuroleptiques fassent effet et que le patient soit « plaçable », l'épouse étant en effet épuisée et ayant déjà fait des démarches pour que son mari entre dans une institution. Cette situation nous interroge. Quel est notre rôle en tant que soignants ? Que soigne-t-on ici ? Qui est ce patient et quelle est sa place ? Le patient dément souvent ne consulte pas de lui-même. La demande vient de la famille, du médecin traitant, d'une maison de retraite, de services sociaux ou d'intervenants extérieurs. Si personne n'y prend garde, le patient devient un cas, un de plus, plus ou moins lourd. Alors que de cette demande de soins concernant un patient dément peuvent émerger un grand nombre de questions, qui touchent directement à l'éthique de notre métier : pour qui devons-nous intervenir ? Au nom de quoi ? En vue de quoi ? Si un traitement est institué, au bénéfice de qui l'est-il ? Au milieu de toutes ces pressions, sociales, familiales, et aux prises avec des symptômes toujours difficiles à comprendre, quelle place donne-t-on à la personne démente ? Quel temps sommes-nous capable de lui accorder pour écouter sa souffrance, ses désirs, pour se rendre disponible à son être vivant, riche de tant d'années d'expérience ?

En tant qu'institution hospitalière, nous avons offert à ce patient des murs et une structure de soin permettant de soulager l'épouse, et sans doute le médecin traitant qui n'avait plus de solution à proposer. Nous avons permis de protéger la famille, et de façon plus générale la société, menacée par un comportement

4. A. Michon, F. Quartier, « Symposium of the WPA section Psychoanalysis in Psychiatry : Ethics, a driving force for treatment », XIV World Congress of Psychiatry, Praha, 2008.

perturbateur. Il est attendu et prévisible que le patient développe ce type de troubles à ce stade d'évolution d'une maladie d'Alzheimer. Mais peut-on aller au-delà et s'arrêter un peu plus sur la situation de cet homme ? Alors que le médecin responsable demande en effet que l'on s'y arrête, surgit, au-delà du consensus d'équipe, une observation qui tranche par rapport au reste. L'ergothérapeute a constaté que le patient était calme dans l'activité groupale à laquelle il a participé. Elle rapporte que le patient s'est arrêté sur la photographie d'une famille réunie autour d'une table, pour dire : « Il faut être rassemblés... on peut se sentir seul alors qu'on est nombreux. » Et il a encore ajouté : « La famille, c'est là que le bât blesse. Il y a un mur qui nous sépare. On peut être en famille mais il manque les liens. Nous n'avons pas été une vraie famille. Mon père était dur, mais il n'a pas joué son vrai rôle de père. » À cet instant, il a semblé être attentif aux propos des autres participants qui ont évoqué leurs liens familiaux.

DÉMARCHE D'INTÉGRATION

Ces propos rapportés par l'ergothérapeute découvrent d'autres possibilités thérapeutiques. C'est une fenêtre qui s'est ouverte dans le schéma trop prévisible d'un projet de soin établi. Elle l'a été grâce à la parole du patient et grâce à un espace d'écoute. Le patient a fait irruption dans le schéma fermé qui était devenu le nôtre, là où on ne l'attendait plus. Un projet de soin peut désormais s'élaborer avec lui, à partir de ses propos très personnels qui font sens pour lui. Son agitation est peut-être en lien non seulement avec sa maladie évoluée, mais aussi avec sa souffrance qui surgit du fond de son histoire. On peut maintenant espérer l'accompagner. L'accompagner et non plus seulement le contenir. L'accompagner, c'est-à-dire, pour reprendre les mots d'Evelyne Kestemberg⁵, pouvoir lui porter

5. E. Kestemberg, « Remarques sur le contre-transfert dans le traitement des malades psychotiques », dans *La psychose froide*, Paris, puf, coll. « Le fil rouge », 2001.

une attention pleine et entière, en tenant compte de sa différence et de sa singularité.

Pour réussir à faire cela, il est indispensable que tous les intervenants aient la possibilité de s'interroger sur eux-mêmes, sur leurs attentes, leurs motivations, leurs angoisses, et surtout, sur leur manière d'y réagir. Tenir compte de la différence et de la singularité d'une personne démente, ce n'est pas rien ! C'est lui permettre d'exister alors que tout converge pour l'annuler ou l'exclure : son déficit, sa dépendance, son comportement perturbateur, son incapacité à comprendre et à s'exprimer...

Si s'arrêter à la prise en charge médicamenteuse peut parfois être suffisant, aborder la subjectivité du patient, créer un lien avec lui s'avèrent utiles pour donner un sens à notre intervention et faire face à notre impuissance. S'intéresser à la valeur du discours est un début de travail thérapeutique qui permet au sujet d'accepter son handicap cognitif sans la blessure du regard de l'autre. L'entretien peut permettre de retrouver une certaine continuité entre ce qui vient de l'histoire personnelle et ce qui fait souffrir actuellement.

La situation banale de cet homme, hospitalisé pour des troubles du comportement, permet de s'arrêter sur le travail d'équipe et les transmissions qui « roulent » selon des codes de fonctionnement bien établis. Et cela doit nous interroger, quelle que soit la structure dans laquelle nous intervenons. Les informations sont recueillies, dans la mesure où elles apparaissent pertinentes, c'est-à-dire souvent quand elles viennent conforter nos schémas préétablis. Sommes-nous disponibles et assez curieux pour prêter attention à des informations que nous n'attendons pas ? Dans le cas de ce patient, encore fallait-il que quelqu'un soit là et disponible pour recueillir ce qu'il avait à dire, et que quelqu'un soit là pour faire quelque chose de l'observation de l'ergothérapeute. Sinon les observations peuvent s'accumuler et rester sans suite, les interventions peuvent se dérouler en parallèle, sans point de rencontre permettant de les intégrer et de donner un sens à notre travail et aux soins du patient.

Ce travail d'intégration doit aussi prendre en compte les informations concernant l'entourage. Un entretien avec l'épouse du patient a permis, dans ce cas, de comprendre combien elle est épuisée et inquiète pour son propre avenir. Elle a toujours fait face seule à la situation, et pense qu'une aide n'améliorerait pas la situation dans la mesure où il faudrait qu'elle soit là de façon constante. Elle n'a pas parlé des projets de placement à son mari, car « il ne comprend plus rien, ce n'est pas la peine », dit-elle. Il est important d'être conscient des réactions que ces propos suscitent dans l'équipe. Les uns considèrent qu'elle doit dire elle-même à son mari qu'elle l'a inscrit dans une institution et qu'il ne peut plus rentrer à la maison. Les autres trouvent qu'elle n'a pas tout essayé pour le maintenir chez lui et que la solution pourrait être un retour à domicile avec une aide, en attendant une place en institution. Ces deux types de réactions méritent réflexion car l'une et l'autre semblent, au premier abord, plus de l'ordre de la contre-attitude que de réactions élaborées. Et c'est alors que la position éthique risque d'être écornée.

Le travail avec les familles prend une importance particulière avec un patient dément. L'épuisement et la souffrance des proches sont tels qu'on ne peut les ignorer. Mais cette souffrance ne doit pas prendre toute la place, ce qui risquerait d'étouffer le patient et le réduirait à l'état d'un objet que l'on déplace. Le risque est important pour le soignant de se placer soit en protecteur de la famille – ce n'est plus possible, elle est tellement épuisée ! –, soit en défenseur du patient – on ne peut pas le placer comme un paquet, on doit prendre en compte ce qu'il veut. Travailler contre l'un ou contre l'autre n'a pas de sens. Cela fait partie d'une crise et nous avons pris l'habitude d'utiliser pleinement de telles crises familiales en vue de trouver des réaménagements différents pour chacun(e). Il s'agit d'un véritable travail psychothérapeutique, dit « travail de crise ». Avec et pour le patient, avec et pour les proches, nous cherchons pas à pas, sans brusquer, à retrouver une position d'équilibre qui tienne compte des droits du malade, de l'inquiétude des proches, et toujours de la nécessité qu'il y a de clarifier notre rôle, en vue d'accueillir la position des uns et des autres pour commencer

à s'interroger ensemble sur ce qui a conduit à cette situation générant tant de souffrance. Ce travail minutieux permet souvent d'ouvrir un espace thérapeutique, de remettre une réflexion en mouvement en vue d'examiner différentes possibilités, et de laisser chacun évoluer à son rythme. Parfois, ce dialogue ouvert nous amène à reconnaître qu'il n'y a plus de choix possible, que la maladie se fait envahissante et que cela fait mal. Et il arrive alors quelquefois des moments de partage très intenses au cours desquels le patient, ses proches et nous-mêmes sentons profondément combien est fragile et précieuse la liberté d'un être humain.

UNE VÉRITABLE ÉTHIQUE DU SOIN

Pour prendre un autre exemple dans un contexte différent, cette fois-ci en milieu neurologique dans une consultation d'un centre de référence, nous nous appuyerons sur l'histoire de Madame A, suivie pour une forme jeune de la maladie d'Alzheimer. Elle vient pour une visite dans le cadre d'un protocole thérapeutique, dans lequel son neurologue référent n'intervient pas habituellement. Son mari, très angoissé, demande à le voir en urgence, car il est dans une grande difficulté face à l'irritabilité et à l'agressivité croissantes de sa femme, qui par ailleurs présente une appétence de plus en plus forte pour l'alcool. Elle lui paraît dans le déni, s'emporte quand il lui en parle, et oublie immédiatement le sujet évoqué. Un point le préoccupe particulièrement : il ne peut pas l'empêcher de partir seule au volant de sa voiture, car ce serait la tuer, dit-elle, que de lui interdire de conduire. Le praticien n'a pas prévu cet entretien dans son emploi du temps, ayant une consultation déjà chargée. La solution de facilité serait de s'appuyer sur le fait que l'alcool est contre-indiqué avec le traitement qu'elle prend, de le signifier sur l'ordonnance et de lui rappeler les dangers de la conduite avec sa maladie – ce qui avait déjà été évoqué avec elle. Il pourrait aborder le problème de front et faire valoir une certaine autorité médicale au risque de bloquer le dialogue. Dans ce cas, il agirait à la demande du mari, pour lui, avec la bonne conscience de le faire pour le bien de la patiente. Mais il peut aussi

décider de laisser de côté la pression du mari, de laisser de côté l'autorité médicale et les contraintes de son emploi du temps pour lui laisser la parole et voir ce qui peut s'élaborer à partir de ce qu'elle dit de ses troubles et de la façon dont elle les vit. Ce qui impose qu'il soit disponible à elle seule.

Ouvrons ici une parenthèse sur le questionnement d'une pratique courante en neurologie, qui est de recevoir les patients déments avec leur proche, le plus souvent à leur demande. Si nous ne sommes pas attentifs à leur proposer des entretiens individuels, nous passons à côté de ce qu'ils peuvent nous dire et nous risquons de les conforter dans l'idée que leur parole ne mérite plus d'être prise en compte. « Perdre la mémoire, dit Madame A, c'est une perte de liberté. Mon mari me dit ce que je dois faire. S'il me fait des reproches, je perds mes moyens. Je n'ose plus faire les choses seule, je n'ose plus affronter le regard des autres, je n'ai plus de goût à mes activités habituelles et je n'ai plus envie de rencontrer qui que ce soit, l'alcool me détend. À certains moments, il faut que je m'échappe. La voiture, c'est ma liberté. » C'est donc elle qui apporte des éléments qui permettront d'ouvrir à des alternatives. Comment trouver une autre façon de se sentir libre ? D'où surgissent ses angoisses ? Comment peut-elle réinvestir sa vie, trouver des réaménagements relationnels et organisationnels avec son mari de façon à moins souffrir des conséquences de ses pertes de mémoire ? C'est avec elle qu'il faut y réfléchir. À partir de cette discussion, quelques points peuvent être résumés par écrit et lui être remis. Ce type de support doit faire partie d'une réflexion autour de l'adaptation de nos pratiques au handicap cognitif. Que faisons-nous pour faciliter l'autonomie des sujets déments dans les soins ? Ces efforts n'empêcheront pas cette patiente d'oublier. Mais ce n'est pas au prétexte qu'elle oublie que l'entretien doit être éludé.

Nous savons qu'il existe une forme de mémoire, la mémoire implicite, qui résiste à la maladie d'Alzheimer. Donner cette information aux patients et à la famille, c'est dire que tout « ne fout pas le camp » avec la maladie. Affirmer la persistance d'une mémoire, ce n'est pas rien car cela change le regard que nous portons sur le

patient. « Je pense que la mémoire dans notre subconscient, que l'on emmagasine, le comment, par exemple, demain je repenserai à vous. » La patiente que nous citons ici avait une certaine idée de l'existence d'une mémoire inconsciente. À nous de la valoriser. À nous de permettre au patient de croire qu'une partie de lui peut continuer à grandir face à l'adversité. Des patients gravement atteints sont capables parfois de nous interpeller, comme cet ancien professeur de mathématiques qui, au décours de la passation de tests cognitifs l'ayant mis en échec, a posé cette question : y a-t-il une vie sans savoir ? À nous de permettre qu'il y ait une vie « sans savoir », qu'il y ait une vie avec la démence. À nous donc de résister aux solutions de facilité. À nous de fuir la routine pour ouvrir, pour le patient, sa famille, et pour nous aussi, sur une véritable éthique du soin !