

# Au-delà du non-savoir :

quand la chute du savoir fait lien  
dans la clinique de la personne âgée.

# Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt

# Introduction

- Expérience clinique de psychiatre et psychogériatre
- Que se passe-t-il dans la rencontre avec un patient dit dément et comment se positionner afin que quelque chose se passe?
- Décrire ce qui se passe du côté du soignant.

# Rencontrer la démence

- Confrontation avec une demande de savoir de la part du patient mais souvent plus de la part de la famille.
- Identification au sujet qui sait?
- Savoir reconnaître que nous ne savons pas
- Nos connaissances ne nous permettent pas de savoir comment la maladie/ comment le patient va évoluer.

# Rencontrer la démence

- Expérience angoissante: confrontation avec la perte.
- L'angoisse de castration!
- La mort étant la castration ultime: nous tentons d'en repousser l'échéance

# Rupture

- L'évolution de la démence a l'effet d'une rupture: les mots, la logique rationnelle et le jugement ne relient plus significativement la personne 'démence' au monde qui l'entoure
- La PA n'arrive plus à s'exprimer dans le registre qui organise notre réalité et nos échanges.
- Risque de réinscrire la PA par ses symptômes en donnant une explication scientifique: 'Troubles cognitifs'.

# Trou dans le savoir

- La science est une interprétation à partir de notre réalité: le savoir
- Comment ne pas voir pourtant dans cet autre vieillissant le témoin de ce qui résiste au monde technique et rationnel, le témoin d'un trou dans le savoir. L'oubli comme symptôme dans un monde régi par le savoir...
- Pourquoi ne pas d'interpréter à partir du non-savoir?

# Position éthique

- une position éthique d'accompagnateur (pour contrebalancer le poids de la technique), plutôt que de guérisseur, qui ne sera pas sans effet.
- Le savoir absolu n'existe pas, le non-savoir par contre a quelque chose d'universel.



# Position éthique

- Adopter 'le temps' du patient
- Se mettre 'au niveau': 'nous ne savons pas'
- Nous sommes tous embarqués dans la même aventure
- Ne pas savoir  $\neq$  abandonner
- Il y a moyen de savoir quelque chose sur ce non-savoir (paradoxe) en laissant l'opportunité au patient d'interpréter à sa manière

# Quelques réflexions

- Comment se fait-il que cette approche ne trouve pas sa traduction dans le quotidien des institutions?
- Toute connaissance est interprétation et la science est une interprétation (Nietzsche, le gai savoir, V, par 374)
- Il ne s'agit pas d'évincer le savoir (besoin de comprendre) mais de le mettre en perspective.
- Comment s'appuyer sur du non-savoir?

# La logique du non-savoir

- Non-savoir  $\neq$  ne pas savoir
- Savoir = donner du sens par une interprétation commune
- Notre monde est 'un' monde signifiant construit par le langage et la parole.
- Le non-savoir serait de l'ordre du hors-sens, hors-langage, inatteignable et impossible à mettre en équation totalement.

# La logique du non-savoir

- Comment ne pas hurler face à l'absurde.



# Exemple

- L'approche médicale matérialiste et neuroscientifique : îlot de savoir
- Démence: le patient n'arrive plus à être amarré. Rupture.
- Le rejoindre en quittant notre îlot. Trouver une nouvelle interprétation commune et trouver un apaisement.

# Conclusion

- La démence se caractérise par une rupture du lien au savoir.
- Recouvrir cela par le terme de 'troubles cognitifs' renforce l'aliénation chez le patient
- Comprendre la clinique de la démence autrement: c-à-d à partir du non-savoir
- Reconnaître notre non-savoir et notre angoisse nous permet de faire lien avec le patient et d'accompagner le patient.

Merci