

Ce que je suis
fait la différence!



... un regard neuf sur les troubles cognitifs

Complément d'information

- **Que sont les troubles cognitifs?**
- **L'approche de Nicole Poirier :
Carpe Diem**

LES
RENDEZ-VOUS
ANNUELS



PRÉSAGES

**Journée de formation et de ressourcement
pour les bénévoles engagés auprès des aînés**

Que sont les troubles cognitifs? (Alzheimer et autres maladies apparentées)

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées entraînent des difficultés au niveau de la mémoire, du langage, de l'orientation, de la planification, du raisonnement, du jugement, etc. Elles peuvent aussi affecter la personnalité et l'humeur.

La personne atteinte se retrouve dans une réalité qu'elle ne comprend que partiellement et à laquelle, malgré tout, elle continue d'appartenir; un monde différent, qui oscille entre l'inconnu et le familier. Elle est privée d'une partie des informations nécessaires pour fonctionner de manière pleinement autonome et interagir avec autrui comme elle avait l'habitude de le faire.

Peut-on imaginer les bouleversements entraînés par la fuite des mots, par la disparition des personnes que nous aimons, des repères qui nous guidaient dans l'espace et dans le temps? Sans avoir accès au vertige qu'on peut ressentir, nous pouvons en reconnaître l'existence.

Les réactions de la personne dépendront de la façon dont elle perçoit ce monde qui lui est devenu étranger ainsi que des capacités et des moyens dont elle disposera pour s'y adapter. C'est pourquoi il est primordial d'ajuster notre façon d'accompagner à chaque personne, selon ses besoins.

Trop souvent, la maladie d'Alzheimer est associée à des comportements perturbateurs et agressifs. Pourtant, ces réactions ne sont la plupart du temps qu'une forme d'expression utilisée pour défendre son identité, sa dignité, son intégrité ou ses droits et démontrent que la personne désire continuer d'exercer une emprise sur sa vie et sur la maladie. L'agressivité est une réaction saine et même essentielle à la survie de l'être humain, c'est à nous d'en comprendre le sens et la cause.

Les approches traditionnelles et institutionnelles envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer répondent à l'agressivité ou aux autres réactions jugées inacceptables par la fermeture des accès vers l'extérieur, les médicaments « tranquillisants », les horaires de repas, de lever et de coucher fixes, l'organisation « d'activités dirigées », etc. Ces mesures risquent de priver les gens de

leur liberté sans répondre au besoin qu'ils expriment à travers ces « comportements dérangeants » et ne font que contribuer à leur sentiment d'impuissance et de frustration.

Les différentes formes de la maladie d'Alzheimer

- 1. Forme sporadique** : C'est la forme la plus courante de la maladie d'Alzheimer et elle représente environ 90 à 95 % de tous les cas. La « forme sporadique » ou « apparition tardive » de la maladie se déclare habituellement après l'âge de 65 ans. Il semble que les antécédents familiaux n'aient aucune incidence dans cette forme de la maladie, toutefois le rôle de l'hérédité dans la forme sporadique de la maladie d'Alzheimer n'est pas défini et fait toujours l'objet de nombreuses recherches.
- 2. Forme familiale** : Selon les études, un faible pourcentage de personnes atteintes de la maladie ont la « forme familiale » ou la « forme précoce » de la maladie d'Alzheimer. Cette forme est presque identique à la « forme sporadique » mais elle est largement due à l'héritage de certains gènes (qui ont subi une mutation) et qui rendent les membres d'une même famille susceptibles de développer la maladie. Dans certains cas, la forme familiale est transmise directement d'une génération à l'autre par l'intermédiaire d'un gène à caractère dominant. Cette forme de la maladie d'Alzheimer est généralement associée à son apparition précoce.

Les fonctions cognitives ou fonctions intellectuelles

- 1. Cognition** : Ensemble des grandes fonctions permettant à l'organisme d'interagir avec le milieu (perception, mémoire, intelligence, etc.). Ces fonctions complexes incluent autant l'ensemble des connaissances (maths, langage, musique, etc.) que les processus qui

permettent leur apprentissage et leur manipulation (association, traitement de l'information).

3. **Déficit cognitif ou détérioration intellectuelle** : diminution quantitative et qualitative de l'efficacité cognitive qui s'exprime par un comportement modifié et inadéquat par rapport à ce qu'il était avant l'atteinte neurologique. De ce déficit résulte une diminution de l'autonomie fonctionnelle.
4. **Mémoire ou mémorisation** : Activité biologique et psychique qui permet d'emmagasiner, de conserver et de restituer des informations. La mémorisation est le processus qui permet la formation et l'organisation des traces mnésiques.
5. **Mémoire immédiate ou mémoire de fixation** : Première étape du système de mémoire où il y a fixation de l'information sélectionnée afin de retenir cette information, de l'enregistrer et de finalement la « stocker ». Ce type de mémoire a une capacité limitée et de stockage (quelques millisecondes) avant d'être transférée dans un stockage plus permanent. En l'absence de répétition volontaire, l'information est perdue.
6. **Mémoire à court terme ou mémoire de travail** : Également baptisée mémoire de travail (MT), nous la sollicitons en permanence; c'est une mémoire immédiate qui nous offre la capacité de retenir, pendant une durée comprise de quelques dizaines de secondes, jusqu'à 7 éléments d'information (en moyenne). On la définit aussi comme étant l'espace-tampon dans le système de mémoire où l'information est retenue. Elle est un peu plus durable que la mémoire immédiate (20, 30 secondes).
7. **Mémoire à moyen terme ou mémoire récente**: Elle retient les informations sur une période allant de quelques heures à quelques semaines.
8. **Mémoire à long terme ou mémoire ancienne** : La mémoire à long terme ou mémoire explicite se définit comme étant le rappel conscient d'expériences antérieures, de faits, d'informations à propos d'événements ou d'un matériel préalablement appris. Ces informations dites anciennes datent de quelques mois à quelques semaines. La mémoire se divise en mémoire déclarative (savoir) ou épisodique (savoir-faire). La

mémoire déclarative fait référence à des faits alors que la mémoire épisodique réfère plutôt à des événements personnellement vécus.

9. **Mémoire de procédures ou procédurale** : Ce type de mémoire porte sur les habiletés motrices, le savoir-faire et les gestes habituels. C'est grâce à elle qu'on peut se souvenir comment exécuter une séquence de gestes; elle correspond au savoir-faire. Elle est très fiable et conserve ses souvenirs même s'ils ne sont pas utilisés pendant plusieurs années. La mémoire procédurale est activée dans les actions que nous menons quotidiennement comme : manger, se brosser les dents, s'habiller, démarrer et conduire la voiture... C'est une mémoire d'exécution et est dite sur-apprise.
10. **Mémoire prospective** : Mémoire qui est orientée vers l'avenir qui se traduit par la capacité de se rappeler des choses que l'on doit faire à un moment donné.
11. **Mémoire sensorielle** : La mémoire sensorielle ou affective engage l'individu à travers le souvenir de l'émotion et de la sensation. Ce système de mémoire permet l'entrée de l'information par les sens. Les plus connues étant la :
 - la mémoire iconique : entrée visuelle dans le système d'info en vue d'un stockage;
 - la mémoire échoïque : entrée auditive dans le système de mémoire en vue d'un stockage.Un déficit à ce niveau traduit plutôt un trouble de perception qu'un trouble de la mémoire.
Ce type de mémoire n'est pas affecté par la maladie d'Alzheimer; la mémoire sensorielle est bien au contraire très présente chez la personne atteinte de la maladie et il est important de la stimuler. Bien que la maladie entraîne des changements, elle ne modifie pas la capacité de la personne à éprouver des sentiments comme la joie, la colère, la peur, l'amour ou la tristesse, et à réagir à ces sentiments.
12. **Mémoire affective ou mémoire émotive** : mémoire liée à des événements ou des personnes qui contiennent une charge émotive.
13. **Effet de primauté** : rappel plus aisé des premiers mots en tête de liste, des premiers éléments d'une liste, de personnes, etc.

14. Effet de récence : tendance au rappel aisé des derniers mots d'une liste, etc.

La désorientation

La désorientation est une altération de la faculté de se repérer dans le temps et dans l'espace; c'est le résultat d'un changement total des perceptions par le cerveau qui permettent habituellement à un individu de se situer à un moment précis.

La maladie d'Alzheimer est une atteinte chronique d'évolution progressive d'une partie du cerveau. Il en résulte une dégénérescence nerveuse due à la diminution du nombre de neurones, l'atrophie du cerveau et la présence de « plaques séniles ». Cela engendre des pertes cognitives sévères qui occasionnent la désorientation chez la personne à différents niveaux.

On distingue plusieurs types de désorientation :

- 1. La désorientation spatiale :** la personne atteinte éprouve de grandes difficultés à identifier l'espace géographique et la topographie des lieux, ou à se situer et s'orienter dans un lieu déterminé. Toutefois, les deux formes de désorientation spatiale ne sont pas nécessairement inhérentes et une personne peut ne plus être orientée tout en demeurant capable de s'orienter. « Je ne sais pas où on est? » est différent au niveau de l'orientation à « Je ne sais pas comment aller à ma chambre? » Le premier exemple suppose que la personne ne reconnaît plus un lieu alors que le second exemple suppose que la personne ne sait plus comment se déplacer et s'orienter dans l'espace et cela trouble davantage son autonomie.
- 2. La désorientation temporelle :** la personne éprouve de grandes difficultés à identifier la date ou l'heure. Les symptômes de cette affection neurologique sont avant tout les troubles de la mémoire où la personne n'arrive plus à distinguer les faits anciens aux faits récents; par exemple, la personne est dans l'impossibilité de donner la date du jour ou les dates passées, ainsi que certaines adresses. De plus, il lui est impossible de fixer les informations qu'elle vient d'acquérir récemment et elle considère son passé comme des événements récents ou présents. Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la désorientation dans le temps est sou-

vent combinée à la désorientation dans l'espace, qu'on nomme désorientation spatio-temporelle. Par exemple, il arrive qu'une personne ait de la peine à lire l'heure sur une montre analogique, parce que sa perception spatiale est perturbée, mais il peut encore souvent lire les chiffres et pourrait fort possiblement s'orienter à l'aide d'une montre digitale.

Concentration vs attention

Chez la personne atteinte d'Alzheimer, le niveau de concentration est grandement affecté; la concentration exige davantage au niveau rationnel et nécessite l'utilisation de la mémoire à court terme et des fonctions supérieures du cerveau qui sont généralement déficientes chez l'individu atteint de la maladie. Comme l'attention fait davantage appel au niveau émotif, il est possible d'obtenir l'attention de la personne, mais peu probable, à un certain stade de la maladie, d'obtenir un niveau de concentration chez la personne atteinte.

Capacité d'abstraction et fonctions symboliques

En psychologie, la « **pensée abstraite** », dite aussi « **capacité d'abstraction** », désigne la capacité de l'esprit à générer et utiliser des concepts dans le raisonnement. La capacité d'abstraction appartient à la catégorie supérieure de nos aptitudes cognitives et nécessite la reconnaissance de schémas mentaux profonds; c'est par conséquent une des premières fonctions touchées chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

L'**abstraction de concepts**, à partir d'un ensemble d'objets spécifiques, fait elle-même appel à une capacité de généralisation. Cette capacité permet de s'affranchir des propriétés individuelles des objets pour ne retenir que l'information pertinente qui les unit et les différencie des autres objets.

Exemples de troubles au niveau des fonctions symboliques

- La personne qui conduit une voiture ne décode plus le signe rouge de la lumière comme un arrêt obligatoire et n'a pas l'impression de commettre une infraction ou d'être imprudent si elle n'arrête pas au feu de circulation lorsqu'il est rouge.

- La personne ne voit plus les liens entre les vêtements et leur utilisation corporelle, par exemple : une personne peut tenter d'enfiler son gilet par les pieds ou enfiler ses sous-vêtements par-dessus la tête pour couvrir le corps.
- La personne qui ne comprend plus la valeur et/ou la symbolique de l'argent ou la compréhension de l'heure en utilisant une horloge avec aiguilles.

Les troubles du langage et de la gestuelle

1. **Agnosie**: trouble de la reconnaissance (objets, visages, images). L'agnosie est un trouble cognitif qui se manifeste par un déficit de la capacité de reconnaissance. L'agnosie, principalement visuelle, auditive ou tactile, induit une incapacité à reconnaître des objets normaux, usuels, alors que les organes perceptifs sont intacts. L'origine de cette déficience se trouve dans une perturbation des centres nerveux supérieurs qui se produit chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
 - **L'agnosie visuelle perceptive** : où la personne ne peut pas nommer l'objet qui lui est présenté puisqu'il ne le reconnaît plus.
 - **L'agnosie des visages ou prosopagnosie** : correspond à un trouble de la reconnaissance de la physiologie.
 - **L'agnosie des sons verbaux ou surdité verbale pure** : Il s'agit d'une agnosie limitée à l'identification des symboles sonores du langage; la personne a l'impression d'écouter une langue étrangère. Toutefois, les autres champs du langage sont préservés.
2. **Aphasie** : Ensemble des difficultés d'expression et/ou de compréhension du langage. Trouble de la parole, de la capacité à communiquer la pensée par des mots. L'aphasie est d'abord un trouble du langage auquel s'ajoutent souvent des difficultés de la parole; elle entraîne des perturbations tant dans l'expression que dans la compréhension du langage. Plusieurs formes du langage peuvent être touchées : la conversation, la lecture, l'écriture, etc. Souvent, la personne aphasique n'arrive plus à nommer des objets, ne retrouve

plus le nom des personnes qu'elle connaît; il se peut même qu'elle ne puisse répondre clairement par oui ou par non.

L'aphasie se manifeste à un degré diff rent chez chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

3. **Apraxie** : Impossibilité d'exécuter une action voulue, mais qui ne résulte pas d'un trouble de compréhension, de paralysie ou de faiblesse. Apraxie de la marche, des gestes, de l'habillement. L'apraxie est un signe clinique qui décrit une incapacité à effectuer un mouvement ou une série de mouvements sur consigne. Ce ou ces mouvements sont par ailleurs bien exécutés spontanément. C'est un déficit neurologique qui se situe au niveau de la conceptualisation et de l'exécution programm e d'un mouvement.

Il y a plusieurs formes d'apraxie présentes chez la personne atteinte d'Alzheimer; il y a l'**apraxie de l'habillement**, qui correspond à un désordre visuo-spatial et où la personne éprouve de grandes difficultés à enfiler un vêtement sur son corps. Il y a également l'**apraxie de la marche** qui correspond à une impossibilité pour la personne à disposer convenablement de ses jambes pour marcher, sans qu'il y ait de troubles moteurs ou kinesthésiques. Puis il y a l'**apraxie bucco-linguofaciale** qui est marquée par l'impossibilité de siffler, souffler, claquer la langue ou faire un baiser sur commande.

- **Apraxie idéatoire** : Incapacité ou difficulté à réaliser ou à décrire la séquence des actions nécessaire à l'atteinte d'un but. Incapacité d'établir un plan nécessaire à la réalisation d'une action. Ex : quoi faire pour construire une maison, faire une recette, etc.
- **Parapraxie** : exécution d'un geste diff rent du geste voulu.

Processus de la pensée

1. **Conceptualisation** : représentation mentale générale et abstraite d'un objet. L'idée que l'on se fait de quelque chose.
2. **Capacité d'abstraction** : capacité de voir les qualités ou les relations entre les stimuli, plutôt que de

s'arrêter à des caractéristiques physiques ou élémentaires. Étape de pensée nécessaire à la généralisation.

3. **Réflexion** : retour de la pensée sur elle-même en vue d'examiner plus à fond une idée, une situation, un problème, et qui nécessite une bonne capacité d'autocritique et d'autocontrôle.
4. **Jugement** : capacité de réfléchir avec discernement, perspicacité, finesse et bon sens, sur des choses qui ne font pas l'objet d'une connaissance immédiate certaine, ni d'une démonstration rigoureuse. (ex : les accommodements raisonnables).

Troubles perceptuels

Les troubles de la perception sont également fréquents chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le champ de vision est plus étroit et la personne aura plus de difficulté à percevoir les objets et les personnes qui ne se situent pas à l'intérieur d'un certain périmètre; il faut alors porter une attention particulière à se positionner face à la personne lorsqu'on s'adresse à elle et éviter les positions latérales.

Les troubles de la perception peuvent engendrer également des hallucinations visuelles ou auditives; par exemple, face à un carrelage de plancher en damier, la personne peut percevoir la tuile noire comme un trou béant et éprouvera beaucoup d'angoisse à avancer de peur de tomber dans le vide; un long pli dans un couvre-lit peut être perçu comme un serpent et provoquer un état de panique chez la personne.

1. **Illusions** : interprétation erronée de stimuli externes.
2. **Hallucinations** : peuvent être causées par carences sensorielles, nutritionnelles, manque de sommeil, intoxication médicamenteuse.
3. **Liliputienne** : perception subjective de petits objets, de personnages minuscules, de petits animaux (insectes, souris, serpents, araignées, etc.).
4. **Proprioception** : schéma corporel.

Fonctions non-cognitives

1. **Humeur** : disposition de l'état émotionnel qui peut être spécifique ou oscillant. Fait référence au senti-

ment subjectif interne. L'humeur peut être gaie, optimiste, triste, irritable, colérique, mélancolique, abattue.

2. **Affect** : expression extériorisée de l'humeur, c'est-à-dire réactivité ou insensibilité face aux stimuli.
3. **Changement de personnalité** : souvent propre au syndrome frontal : désinhibition, agitation, apathie. Surtout par rapport à l'état antérieur. Exagération de la réponse émotionnelle qui se traduit euphorie, désinhibition sociale, etc.
4. **Réaction catastrophique** : réaction affective intense avec augmentation du niveau d'anxiété, à l'opposé de l'indifférence. Réponse due à l'incapacité de s'adapter à une situation.
5. **« Belle indifférence », apathie**: insensibilité affective, incapacité à s'émouvoir, désintéressement et insouciance face aux événements, à ses déficits ou encore à l'avenir. Manque de considération pour autrui.
6. **Dépression situationnelle** : état dépressif secondaire à la frustration, au sentiment de perte, au changement radical de style de vie.
7. **Infantilisme** : présentation de comportements rappelant plus ou moins celui d'un enfant au plan intellectuel et affectif (atteintes frontales). Instabilité émotionnelle, intolérance à un agent extérieur (bruit, lumière), ou réaction excessive face à la contrariété, à la frustration.
8. **Impulsivité** : action spontanée, irréfléchie et sous l'influence des impulsions. Tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte sans réfléchir à ses conséquences, à sa pertinence.
9. **Labilité émotionnelle** : changement rapide et important de l'humeur qui peut être suscité facilement et disparaître rapidement. Rires et pleurs sans objet déclencheur.

Fonctions exécutives

1. **Planification** : nécessite une motivation et une incitation à l'action dans l'établissement d'un but et des actes nécessaires pour y arriver.

2. **Organisation et séquence** : conceptualisation des étapes successives essentielles à la réalisation du projet.
3. **Souplesse mentale ou flexibilité mentale** : capacité de modifier son organisation, le cours de sa pensée ou son comportement pour s'adapter aux besoins changeants de l'environnement en tout temps.
4. **Persévération** : répétition d'une action ou d'une séquence d'activité ou répétition de la même réponse

Pour plus d'information concernant la formation sur l'approche Carpe Diem ou pour joindre l'équipe NP consultants, visitez le www.nicolepoirierconsultants.com

ou d'une réponse similaire à diverses questions, tâches ou situations. Incapacité à inhiber l'activité en cours.

5. **Ralentissement psychomoteur** : exagération anormale des temps de réaction ou des temps d'exécution, en l'absence de tout trouble moteur élémentaire.

L'approche développée par Nicole Poirier : Carpe Diem

Par sa philosophie et ses méthodes d'accompagnement, l'approche Carpe Diem souhaite modifier le regard posé sur les personnes atteintes d'une maladie cognitive apparentée à l'Alzheimer, lutter contre les préjugés entourant la maladie et, en bout de ligne, soutenir un changement positif dans les pratiques auprès des personnes en perte d'autonomie cognitive. Voici quelques uns des principes qui sous-tendent l'approche Carpe Diem :

- la personne est considérée avant sa maladie;
- les accompagnements ne sont pas orientés sur les déficits, mais sur les ressources et les capacités des gens;
- tous les comportements ont un sens et constituent un message qui nous est adressé; et que nous nous efforçons de comprendre;
- c'est à nous, comme intervenants, de trouver les voies d'accès à l'univers de l'autre, et non pas à la personne atteinte d'arriver à comprendre notre réalité;
- la structure et les services s'ajustent à la personne et à ses besoins, et non l'inverse, d'où la variété des réponses que nous apportons;
- la médication n'est pas utilisée comme un moyen de contrôle des comportements et ne sert pas à remplacer des accompagnements humains ou à combler des lacunes organisationnelles;

- les étiquettes sont invalidantes : elles autorisent implicitement à transposer la totalité du problème ou du comportement sur la personne et son état. Dépassant ces étiquettes, nous nous questionnons sur notre rôle et notre part de responsabilité lors des comportements difficiles;

Certains mots sont lourds de sens et de conséquences et sont exclus de notre langage. Leur utilisation peut, sans que nous en ayons conscience, modifier et altérer les perceptions, les attitudes, les relations et la qualité des services.

**« Un regard différent,
une approche différente »**

La philosophie

L'approche Carpe Diem accorde la priorité à la relation humaine, à l'écoute des personnes et à la compréhension de leurs besoins spécifiques. Cette approche mise sur leurs forces et leurs capacités.

Cette philosophie s'inspire de la psychologie humaniste existentielle de Carl Rogers. C'est une approche qui est centrée sur la personne et qui mise sur la relation de confiance entre l'aidant et l'aidé. La relation de confiance

est une relation dans laquelle une personne fournit à une autre les conditions nécessaires à la satisfaction de ses besoins fondamentaux et à la mise en place d'un climat favorable à sa réalisation personnelle. Malgré des atteintes intellectuelles graves, la personne affectée par la maladie d'Alzheimer demeure en relation affective intense avec son entourage. Elle doit par ailleurs, avoir la possibilité de se sentir utile, acceptée, ce qui lui permettra de vivre un sentiment de satisfaction à travers des interactions sociales, une maximisation de son autonomie. Pour ce faire, la personne doit pouvoir compter sur l'acceptation inconditionnelle, la compréhension empathique et la considération positive de son entourage, qui sont toutes au cœur de l'accompagnement proposé par Carpe Diem.

Les principes directeurs de l'approche Carpe Diem

« Carpe Diem » signifie « Saisir le jour » ou « Mettre à profit le jour présent ». Cette expression latine illustre bien la philosophie d'accompagnement préconisée et qui repose sur quatre grands principes :

- favoriser la création de relations de confiance entre la personne atteinte et les personnes qui l'accompagnent;
- viser le maintien de l'autonomie et de l'estime de soi en favorisant un cadre souple permettant à la personne de décider de son horaire et de ses activités et en lui offrant de multiples occasions de se sentir utile en participant aux tâches domestiques selon ses goûts et intérêts;
- respecter les liens de la personne avec son entourage et favoriser l'implication de la famille dans le quotidien de son parent, sans contrainte d'horaire;
- créer une réponse unique en fonction de la situation, en offrant des services adaptés à chaque personne et à chaque famille tout au long de sa maladie.

L'approche au quotidien

Concrètement, l'organisation de la vie s'articule autour du respect du rythme de chacun, de son droit à l'intimité

et de la cohésion nécessaire à une vie en collectivité. L'essence de l'approche Carpe Diem consiste à envisager toutes les stimulations que proposent les sources d'intervention. C'est aussi en participant à la vie quotidienne que la personne atteinte conservera un sentiment d'utilité, le sens des responsabilités et la conviction d'appartenir à part entière à une collectivité. Les réparations et l'entretien de la maison, l'aménagement paysager, le ménage et le repassage, les courses ainsi que plusieurs autres tâches sont effectués par les personnes atteintes, aidées des intervenants. Des activités de tous genres sont organisées chaque jour à Carpe Diem : des activités sportives, des ateliers d'arts, des marches dans le quartier, des après-midis de musique, des rencontres avec des enfants de l'école voisine, des sorties culturelles, etc.

Nous croyons que l'estime de soi et le sentiment d'utilité se préservent à travers des gestes quotidiens. C'est en laissant à la personne la possibilité de se laver, de manger et de se vêtir elle-même qu'elle maintiendra son autonomie et une forte estime d'elle-même. Les soins d'hygiène ne sont pas régis par un horaire préétabli, les gens sont accompagnés quotidiennement selon leurs besoins, au moment où ils en ont besoin.

Le défi est quotidien, car il n'y a pas d'heure fixée pour le coucher, le lever ou le déjeuner. Les habitudes de vie de chacun sont respectées et, pour certains, les soirées se prolongent jusqu'à une heure avancée. Les repas du midi et du soir constituent cependant des moments privilégiés partagés par tous, intervenants compris, autour de la grande table de la cuisine et dans la salle à manger. Certaines personnes peuvent parfois décider de manger seules ou au salon avec des invités. De la même façon, les gens peuvent très bien satisfaire une fringale à toute heure du jour ou de la nuit.

Nous souhaitons que le quotidien des gens qui vivent à Carpe Diem ressemble le plus possible à ce qu'il a toujours été. C'est pourquoi nous évitons d'imposer des règles contraignantes dans le fonctionnement de la maison.