

Université d'Angers
2014-2015

UFR Lettres et Sciences Humaines
Département de Psychologie

Master 1 Sciences Humaines
Mention Psychologie

Laboratoire de Psychologie Des Pays de la Loire **LPPL**
EA 4638 UNAM

Du Néant au Né en

Le choix du Lien

Morgane GÉRARD

Sous la direction de Mme le Professeur
Aubeline VINAY

Soutenu publiquement :
MAI 2015



Université d'Angers
2014-2015

UFR Lettres et Sciences Humaines
Département de Psychologie

Master 1 Sciences Humaines
Mention Psychologie

Laboratoire de Psychologie Des Pays de la Loire **LPPL**
EA 4638 UNAM

Du Néant au Né en Le choix du Lien

Morgane GÉRARD

Sous la direction de Mme le Professeur 
Aubeline VINAY

Soutenu publiquement :
MAI 2015



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



A Mme Victoria, Mme Louise, Mr Auguste, Mr Marius et Mr Benoit.

Je tiens tout particulièrement à remercier *Mme Aubeline Vinay*, Professeur à l'Université d'Angers, pour son écoute, pour sa disponibilité et pour son souci de transmettre. Je tiens à lui rappeler l'assurance de ma gratitude.

Je remercie *Mme Lydie Dubois, Mme Isabelle Dupont et Mme Laura Mottier* pour m'avoir montré ce que « être au chevet du Sujet » veut dire.

Je remercie *Mr Christophe Moreau* qui, par les temps proposés d'analyse de la pratique, m'a donné à penser mon positionnement de psychologue stagiaire.

Enfin, à cet « *environnement suffisamment bon* » qui m'entoure, pour leur confiance et leur soutien inébranlables.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE I : DE « L'ÊTRE AU MONDE » AU SUJET	3
11. Introduction	3
12. De l'environnement-individu à l'individu singulier : les éléments constitutifs	3
13. Résumé	10
PARTIE II : LE STADE SÉVÈRE DE LA DÉMENCE ALZHEIMER	11
11. Introduction	11
12. Les conceptions étiopathogéniques	12
13. « Je veux redevenir moi-même » (Witt, 2007, p.46) : Pertes et points de rupture	13
14. Résumé	19
PARTIE III : PROBLÉMATISATION ET HYPOTHÈSES	20
PARTIE IV : AU CHEVET DU SUJET	22
11. Outils usités : Entre observation clinique et entretien clinique	22
12. Présentation des Sujets rencontrés	23
13. Présentation de 7 vignettes cliniques	25
DISCUSSION	36
CONCLUSION GÉNÉRALE	43
BIBLIOGRAPHIE	45
TABLE DES MATIÈRES	49

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au cours de notre *cursus* universitaire, nous avons pu nous interroger sur l'articulation nécessaire entre la théorie et la pratique. Les concepts théoriques annoncés ont nourri les prémisses de notre réflexion. Rencontrer les personnes, les patients, les résidents, les usagers dans chaque institution a soulevé d'autres interrogations qui ne pouvaient que s'articuler à celles rencontrées à l'Université. La question du positionnement professionnel et de la place du psychologue dans chaque institution a renforcé celle de l'éthique et de la déontologie. Enfin, la reconnaissance et la rencontre du Sujet s'inscrivent, pour nous, dans le *continuum* de notre réflexion élaborée au cours de notre apprentissage.

Pour introduire notre recherche, il nous a semblé pertinent d'évoquer la rencontre et la situation à l'origine de notre réflexion : les portraits de Mme Victoria.

Mme Victoria investit depuis un an l'Accueil de Jour. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade très avancé. Elle ne parle presque plus, ne participe plus aux activités et refuse de manger. Elle nous apparaît effacée, presque inexistante dans le groupe formé. Un matin, la psychologue est venue avec deux portraits d'elle pris quelques jours auparavant. L'un des membres du groupe s'exclame ô combien elle est jolie sur ces photos. Devant le manque de réaction de Mme Victoria et y voyant l'occasion d'entrer en relation avec elle, nous lui demandons si elle se reconnaît. En s'observant, elle nous annonce en haussant les épaules : « *pas la moindre idée. Je ne la connais pas cette fille.* » Nous lui montrons alors le second portrait. Nous percevons avec surprise un changement chez Mme Victoria : ses épaules s'affaissent, son corps se recroqueville et d'une voix enfantine, elle nous répond : « *C'est ma maaa.... maaa maman.* » Puis, elle ferme ses yeux me signifiant la fin de notre échange. En évoquant notre rencontre avec Mme Victoria, la soignante nous explique que « *la seule chose à faire avec elle est de respecter son besoin de dormir et de la laisser tranquille.* »

Cet événement a fait naître plusieurs questions de recherche : ne pas se reconnaître est-il caractéristique de la maladie d’Alzheimer sévère ? Y a t-il un lien entre la reconnaissance de Soi et la question de l’identité ? Comment un Sujet qui ne se reconnaît pas peut-il être reconnu par l’Autre ? Le « *laisser tranquille* » est-il la réponse thérapeutique la plus adaptée ? De ces interrogations, comment en faire un objet de recherche ? Bien qu’affaibli et dissimulé derrière la mouvance dépersonnalisante qu’engendre le stade sévère de la maladie d’Alzheimer, nous supposons que le Sujet peut encore faire subsister le sentiment d’être lui-même, unique et singulier. Autrement dit, la question n’est pas d’évoquer le Sujet vu uniquement sous l’angle de sa maladie mais du comment l’aborder, le rencontrer et le reconnaître face aux pertes qu’engendent cette maladie et qui tendent à gommer sa subjectivité.

Ce mémoire a voulu rendre compte de la réflexion que nous a offert cette expérience. Nous essaierons de mettre en lien, dans la première partie, les éléments constitutifs de notre singularité et de notre identité et les pertes massives qu’engendre l’état sévère de cette pathologie neurodégénérative sous une approche psychanalytique, phénoménologique et neuropsychologique.

A travers 7 vignettes cliniques, nous chercherons à percevoir si le *lien intersubjectif fait surgir le Sujet dissimulé derrière le stade sévère de la maladie d’Alzheimer* (H1) et si *maintenir le lien intersubjectif, l’expression et l’affirmation de Soi permet de soutenir la pulsion de vie contre la progression de la pulsion de mort* (H2). De cette perception, d’autres questions se posent, interrogeant sur les limites possibles de la pratique du psychologue clinicien.

PARTIE I : DE « L'ÊTRE AU MONDE » AU SUJET

11. Introduction

Comment passons-nous du statut d'Humain au statut de Sujet ? Quels sont les éléments jalonnant les processus de singularisation et d'individuation ? Par quelles étapes passe le nourrisson pour qu'un jour il devienne capable de s'affirmer, capable de se dessaisir de son modèle de référence, capable d'atteindre la réalisation de Soi dans l'interaction constante avec autrui ? La thématique est vaste et les concepts qui lui sont associés font encore débat. Il nous a donc semblé indiqué de nous placer dans un courant théorique particulier, celui porté par Winnicott (1958). Ce pédopsychiatre et psychanalyste anglais nous suggère de comprendre l'individu comme le résultat d'une évolution et non d'un point de départ. Il y aurait un « parcours de l'identité » (Ricoeur, 2004). On naît Humain et on devient Sujet.

Aussi, dans cette perspective winnicienne, nous exposerons les différentes étapes fondamentales par lesquelles le nourrisson passe pour devenir un individu singulier. Précisons que notre réflexion se portera exclusivement dans l'optique d'un développement typique.

12. De l'environnement-individu à l'individu singulier : les éléments constitutifs

A sa naissance, le nourrisson est un embryon d'être humain mais n'est pas encore un individu (Winnicott, 1958). En effet, le nouveau-né a un potentiel inné caractérisé par sa tendance à la croissance et au développement. Winnicott (1958) le considère comme le *self* central et authentique de l'Être ayant un rythme psychique personnel et un schéma corporel en devenir. Ainsi, l'enfant, à sa naissance, a une constitution, une tendance innée au développement, une motricité et une sensibilité (*op.cit*, 1958). Pour que ce potentiel inné devienne un sentiment continu d'exister (*continuity of being*), il doit être couplé aux soins environnementaux. C'est pourquoi, dans le stade le plus précoce de sa vie, le bébé connaît une dépendance totale à son environnement. Elle est « si complète que penser un nouvel être humain individuel comme à une unité n'a pas de valeur. A ce stade, l'unité est celle de l'installation environnement-individu » (*op.cit*, 1958, p.171). Progressivement, la dépendance absolue deviendra relative pour advenir à l'indépendance de l'enfant grâce aux acquisitions permises durant son développement (*op.cit*, 1958). La qualité de l'environnement est donc extrêmement importante. Aulagnier (1975, p.20) soulignait d'ailleurs que « le propre de l'être vivant est sa situation de rencontre continue avec le milieu physico-psychique qui l'entoure. »

De là, émerge le concept de la « bonne mère ordinaire », état très spécifique défini par une préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1958). La « mère suffisamment bonne » s'adapte aux besoins de son bébé et répond à son omnipotence. Cette période dans la vie de l'enfant, le stade de « maintien » (*holding*), lui permet d'acquérir ce sentiment de continuité d'existence. Ce dernier est traversé par des mécanismes d'incorporation, d'identification et d'introjection et, est marqué par l'auto-érotisme et le narcissisme primaire. Or, « la première organisation du Moi provient du vécu des menaces d'annihilation qui n'entraînent pas l'annihilation et dont on se remet à chaque fois » (*op.cit*, 1958, p.290). En effet, le nourrisson, dans les premiers moments de sa vie, est assailli par une angoisse de désintégration. Peu à peu, grâce à un « environnement qui maintient », il devient capable de revivre des états non intégrés. Ces expériences d'auto-guérison établissent peu à peu un état d'unité. D'un état de fusion complète à la mère, le bébé passe à un état de différenciation ; la mère est considérée comme une personne séparée et « non-moi. » A l'âge d'un an, la plupart des nourrissons a atteint l'état d'Individu.

Ainsi, le Moi passe d'un état non intégré à une intégration structurée. Dès lors, la psyché et le soma se constituent. C'est, d'ailleurs, « à partir de l'élaboration imaginative du fonctionnement corporel que la psyché se forge » (Winnicott, 1958, p.73). Nous nous sommes donc intéressées au corrélât résidant entre le corps et l'acquisition de l'individualité et de la subjectivation chez l'être humain.

Grâce aux soins environnementaux et aux stimulations tactiles qui en résultent, l'*infans* va peu à peu acquérir le sentiment d'une peau enveloppante. Celle-ci, figuration du moi-peau (Anzieu, 1985), recouvre deux dimensions : le schéma corporel et l'image du corps (Dolto, 1984 ; Lacan cité par Dor, 1985). Ainsi, le Moi du bébé se sert de sa peau, durant son développement, pour se construire lui-même comme Moi par l'expérience de la surface de son corps (Anzieu, 1985). Le moi-peau assure neuf fonctions essentielles : la maintenance et la contenance du psychisme, une fonction de pare-excitation et d'individuation de soi, l'intersensorialité, une surface de soutien de l'excitation sexuelle et une recharge libidinale, la fonction d'autodestruction et enfin, l'inscription des traces sensorielles tactiles.

C'est donc par l'identification primaire au corps de la mère dans le fantasme d'une peau commune et par l'intériorisation de l'interface séparant son corps de celui de la mère que le moi-peau du bébé émerge (Anzieu, 1985). L'image du corps, quant à elle, surgit grâce à une seconde identification : celle de l'enfant, qui vers 12 mois, est confronté au spectacle de son image dans le miroir et vient reconnaître le reflet qui lui est renvoyé comme étant son image propre. Dès lors, « l'identification primordiale de l'enfant à cette image va promouvoir la structuration du 'Je' » (Dor, 1985, p.99), unifiant son corps morcelé en une totalité personnelle. L'image du corps est

donc « propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire » (Dolto, 1984, p.22). Cette dernière, synthèse de toutes nos expériences émotionnelles, s'incarne dans l'inconscient du sujet « avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom personnel « Je », sache dire « Je » (*op.cit*, 1984, p.22).

Trois temps fondamentaux organisent son émergence. L'image du corps est, tout d'abord, perçue comme celle d'un être réel que l'*infans* s'efforce d'appréhender. Cette première expérience témoigne d'une confusion première entre soi et l'autre. Puis, l'enfant découvre que l'autre perçu dans le miroir est seulement une image. Enfin, il acquiert la conviction que cette image est la sienne (Lacan, cité par Dor, 1985). Selon Dolto (1984), l'image du corps se distinguerait sous quatre types d'image : « l'image de base » assurant au sujet la mémérité d'être, « l'image fonctionnelle » visant l'accomplissement du désir du sujet, « l'image érogène » se focalisant sur le plaisir-déplaisir érotisant la relation à l'autre et « l'image dynamique » ayant la fonction de relier les trois premières images (*op.cit*, 1984, p.231).

Le schéma corporel, troisième dimension corporelle dans la constitution du sujet, « spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit » (Dolto, 1984, p.22). Il y a donc un caractère universel à l'espèce humaine. Selon Lacan (cité par Dor, 1985), l'avénement du schéma corporel n'est possible que lorsque l'image du corps est constituée chez l'*infans*. Alors que Dolto (1984) suggère de le considérer comme le socle primitif, lieu de formation des pulsions, sur lequel se développera secondairement l'image du corps, espace de représentations.

Le corps, figuration du moi-peau, de l'image du corps et du schéma corporel de l'enfant est donc une « enveloppe surmesure [achevant] d'individualiser le bébé » (Anzieu, 1985, p.84). Il va « fournir au moi une enveloppe narcissique et, à l'appareil psychique, un bien-être de base » (*op.cit*, 1985, p.119). L'auteur introduit d'ailleurs un concept freudien fondamental : le narcissisme. En effet, grâce à l'éprouvé de bonnes expériences dans la relation avec sa mère, l'enfant va prendre son propre corps comme objet d'amour ; il s'agit du narcissisme primaire. Ce dernier va permettre au nourrisson d'investir son corps.

Ainsi, en « re-connaissant » et en se représentant sa peau et l'image de son corps, l'enfant acquiert un moi-peau et fait naître les prémisses du « Je. » Autrement dit, l'origine de l'appareil psychique débute avec la naissance de la représentation lors de la première rencontre corporelle de l'*infans* avec le monde (Aulagnier, 1975). L'appriboisement et la connaissance de son corps engendrent un sentiment de mémérité d'être et donc d'identité. D'ailleurs, le conte de Caroll (1869), *Alice aux pays des merveilles*, illustre cette corrélation. En effet, quand la chenille demande inlassablement à la jeune fille « Qui es-tu ? », elle se trouve incapable de lui répondre étant données les nombreuses métamorphoses - différents changements de taille - qu'elle a connu. La reconnaissance de son corps est donc fondamentale dans le passage de l'être humain à l'individu, du nourrisson au Sujet. D'ailleurs, Winnicott (1958) accorde à ce qu'il nomme « psyché-soma » la fonction constitutive et essentielle du *self*. Consécutif à un sentiment de continuité d'existence stable et à son étayage corporel, le moi-peau devient moi-pensant. En effet, « c'est à partir du matériel de l'élaboration imaginative du fonctionnement corporel que la psyché se forge » (*op.cit*, 1958, p.73).

Le nourrisson, fort d'une continuité narcissique et corporelle nouvellement acquise, va consolider son appareil psychique. La tâche première de cet appareil est l'activité de représentation, « l'équivalent psychique du travail de métabolisation propre à l'activité organique » (Aulagnier, 1975, p.26). Dès lors, nous allons présenter succinctement les éléments fondateurs de la psyché établis par Freud (1923) et Aulagnier (1975).

Tout d'abord, Freud (1923) formule, dans sa première topique, trois systèmes composant la psyché : l'inconscient, le pré-conscient et le conscient tandis qu'Aulagnier (1975) lui repère trois modes de fonctionnement : le processus originaire, primaire et secondaire. Le système inconscient est constitué de tous les contenus refoulés et non-mentalisaibles qui se sont vus refuser l'accès au système préconscient-conscient. Le système pré-conscient est séparé de l'inconscient et du conscient par des censures et, est constitué de contenus rattachés au Moi et au Surmoi échappant à la conscience actuelle. Le conscient est situé à la périphérie de l'appareil psychique et reconnaît des règles de temporalité et de logique (Freud, 1923). L'originaire est, quant à lui, une phase brève coexistante de la naissance de la représentation alors que le primaire qui fait suite, correspond à la différenciation d'un autre corps et donc d'un autre espace. Enfin, le secondaire est l'avénement du « Je » et des représentations idéiques (Aulagnier, 1975).

La seconde topique de Freud (1923) met en évidence trois instances constitutives de l'appareil psychique : le Ça, le Moi et le Surmoi. Le Ça désigne le pôle pulsionnel de la personnalité et c'est, d'un point de vue économique, le réservoir premier de l'énergie psychique. Il est en conflit avec le Moi - pôle défensif de la personnalité - et le Surmoi - héritier du complexe d'Oedipe et constitué de l'intériorisation des exigences et interdits parentaux. Toutefois, le Moi et le

Ça ne sont pas nettement séparés. Le Moi fusionne avec le Ça dans sa partie inférieure. « Le moi représente ce qu'on peut nommer raison et bon sens, par opposition au ça qui a pour contenu les passions » (Freud, 1923, p.237). L'auteur ajoute que le Moi se forme essentiellement d'identifications primaires et secondaires, remplaçant des investissements abandonnés par le Ça. Ainsi, l'Idéal du Moi prend naissance dans « la plus importante identification de l'individu : l'identification au père de la préhistoire personnelle » (Freud, 1923, p.243).

L'appareil psychique est traversé par deux grandes catégories de pulsions : la pulsion de vie - *Eros* - et la pulsion de mort - *Thanatos*. La première « veille sur le destin de ces organismes élémentaires survivant à l'individu, qui assurent leur sécurité tant qu'ils sont sans défense contre les excitations du monde extérieur » (Freud, 1923, p.85). Elle recouvre tant les pulsions sexuelles que les pulsions d'auto-conservations. Enfin, la pulsion de mort vise la réduction complète des tensions - le principe de Nirvana - et peut tendre à l'autodestruction de l'individu mais aussi, secondairement, être dirigée vers l'extérieur. Aulagnier (1975) précise que celle-ci aura tendance à fuir l'objet, fuite dont l'expression la plus pure est le désinvestissement.

Ainsi, la psyché est une unité fondamentale du sujet. Elle va faire naître chez le nourrisson la possibilité de se différencier de sa mère et d'acquérir un vrai *self*. Le développement de son appareil psychique, traversé par des stades pré-génitaux et génitaux, lui permet donc d'être un Moi pensant et corporel, un Moi uniifié. De plus, l'association psyché-soma va faire éclore l'appareil intellectuel et cognitif de l'individu. Il est à distinguer de la psyché en tant que telle. En effet, « les phénomènes intellectuels dépendent de l'existence et du fonctionnement des parties du cerveau qui se développent à un stade plus avancé que celles qui concernent la psyché primitive » (Winnicott, 1958, p.314). Dès lors, nous nous sommes intéressées à deux champs cognitifs spécifiques : le langage et la mémoire dans les liens qu'ils entretiennent avec l'éclosion de la conscience de Soi.

Tout d'abord, les recherches sur le langage ont démontré que l'acquisition de la signification sémantique nécessite l'établissement des limites entre le Moi et le non-Moi (Sptiz, 1957). La communication sémantique permet de passer du domaine privé des relations objectales archaïques au domaine plus large des relations sociales. Ricoeur (2004) fait, d'ailleurs, de « l'autodésignation » le trait distinctif de la singularité du Sujet et de notre humanité. Capacité réflexive fondamentale, « l'autodésignation » nous permet de nous désigner nous-même comme celui qui parle, comme celui qui agit, comme celui qui se raconte. C'est ainsi que le « Non » contribue à l'approfondissement de la différenciation entre l'enfant et l'autre mais aussi à objectiver le propre Soi de l'enfant (Sptiz, 1957). Le « Non » est donc le signe d'un nouveau niveau d'autonomie faisant dominer peu à peu le principe de réalité sur le principe de plaisir. C'est aussi une « étape capitale [qui] introduit la possibilité de remplacer l'attaque par la discussion, réalisation qui ne se rencontre

que chez les êtres humains » (Spitz, 1957, p.99). Ainsi, cette autonomie acquise conduit à la conscience naissante de Soi. Lors du processus secondaire, le « Je » se constitue par des éléments du langage (Aulagnier, 1975). Eustache (2013) envisage le Soi comme « l'être des métamorphoses, » en mutation perpétuelle. Pour Spitz (1957, p.90), « il s'agit de la conscience du sujet d'être une entité sentante et agissante, séparée et distincte des objets de l'entourage ».

Le développement de la mémoire chez l'enfant jouerait, de plus, un rôle majeur dans l'émergence de la conscience de Soi. Cette dernière est une « conscience mnésique continue. » Le sujet évolue dans un *continuum* de conscience sous-tendu par le développement de la mémoire (Eustache, 2013). Cette « conscience mémoire » accompagne le sujet à tout instant. C'est grâce à celle-ci que le sujet se régule selon un temps qui est sien, le définissant par un avant, un présent et un après. La mémoire est ce qui nous permet d'avoir ce passé qui nous personnifie. Dans cette perspective, Devreux (2009, p.55) suggérait de : « modifier le mot de Descartes *cogito ergo sum* et [de] dire : je pense afin de m'assurer que je continue d'exister à travers le temps. Un être qui manquerait totalement de mémoire se sentirait comme un nouveau-né à chaque instant. » La construction de Soi dépend donc de l'interaction des mémoires épisodiques - liées aux événements, - sémantiques - liées aux connaissances générales - et la mémoire de travail. En résulte la mémoire autobiographique, mémoire des souvenirs passés et des connaissances acquises avec le temps. Elle semblerait être la pierre angulaire de la conscience de Soi et du sentiment d'identité personnelle. Mais, plus que le rappel du passé et la possibilité de mise à jour de Soi, « elle est également une mémoire du futur où le sujet serait capable de se projeter et de se rappeler ce qu'il aurait prévu d'être » (Eustache, 2013, p.5). La mémoire serait aussi sélective : l'oubli du superflu, dans une dimension consciente, nous permettrait de sélectionner les éléments qui définissent le Soi. Nous nous construisons aussi par la sélection des souvenirs que nous jugeons les plus importants pour nous définir.

Ainsi, mémoire, langage et conscience de Soi s'entremêlent et se forgent ensemble. Par le développement de l'appareil cognitif, l'*infans* devenu enfant est passé d'un sentiment continu d'exister à une conscience de Soi. Peu à peu, l'« Être au monde » s'individualise et se singularise ; il traverse des phénomènes de différenciation et d'identification. Cette mouvance fait naître le sentiment d'identité, atteignant son point culminant à l'adolescence. Qui suis-je ? Qui vais-je devenir ? Cette période particulière, face à ces maniements et remaniements identitaires, est créatrice de Sujet. Nous allons alors chercher à rendre compte des éléments définissant l'identité, concept vaste et encore débattu.

En abordant la question de la mémoire dans l'éclosion de la conscience de Soi, cette cognition laisse suggérer la dimension temporelle constituante de l'identité profonde. « Avoir une identité suppose une durée, une stabilité minimale qui se construit » (Benmakhoul 2011, p.159). Selon Ricoeur (1990), le Sujet aurait à sa disposition deux modèles de permanence dans le temps : le « caractère » et la « parole tenue. » Le caractère est « l'ensemble des marques distinctives qui permettent de réidentifier un individu humain comme étant le même » (Ricoeur, 1990, p.144). Il caractérise le pôle « identité-*idem* », du « soi sous les apparences de la mémété » (Ricoeur, 1990, p. 118) alors que la parole tenue ou promesse, est constitutive du pôle « identité-*ipse*. » Elle est liée à la posture étique du Soi face aux variations de la personnalité, à la fidélité et au maintien de Soi : quand bien même je changerais, je tiendrais parole !

Dès lors, cette dialectique « ipséité-mémété » désignant l'identité profonde d'un individu interagirait avec son identité narrative (Ricoeur, 1990). Chaque sujet tire sa singularité de l'histoire qui est la sienne et lui permet de se distinguer d'autrui. « C'est l'identité de l'histoire qui fait l'identité du personnage » (*op.cit*, 1990, p.175). Pouvoir rendre compte de l'identité personnelle d'une personne nécessiterait dans cette perspective une investigation narrative. Néanmoins, Ricoeur (1990), en prenant en compte les travaux freudiens révisera cette affirmation en réinvoquant la dimension inconsciente constitutive du sujet plus que sa dimension consciente étayée par les souvenirs conscients qui peuplent notre mémoire.

De plus, l'ipséité, la promesse, se révèle à travers l'autre. L'altérité est constitutive du Soi. C'est en m'adressant à autrui que je lui reconnaissais sa propre capacité à s'autodésigner, me permettant de me reconnaître à mon tour comme autre que lui : quand je te dis « tu », tu penses « je » pour toi-même. Il y aurait donc, associées à l'identité narrative et à l'identité profonde, une identité sociale. Elle se distingue par sa fonction d'instaurer du lien social, par nos responsabilités morales fondatrices de la justice dans notre société et par notre aspiration originelle d'être reconnu par l'Autre (Ricoeur, 2004). Le sujet social développe sa capacité à subvenir à ses propres besoins et son autonomie nécessaire pour accéder aux processus d'intégration et d'insertion sociale tout en assurant son indépendance.

Ainsi, le sentiment d'identité, soutenu par des processus identificatoires, se révèle être pluriel. Sa dimension profonde est constituée d'un pôle *idem* et d'un pôle *ipse* - le caractère et la parole tenue. Sa dimension narrative fait de l'histoire de vie un accès à la singularité du Sujet. Sa dimension sociale suggère d'observer l'altérité comme fondatrice du Sujet. A ce propos, Benmakhlof (2011) voit derrière le nom et le prénom tant une convention linguistique à laquelle on peut lui prêter un caractère magique - Socrate, par exemple, estimait digne du soin paternel de donner un beau nom aux enfants - qu'un moyen permettant d'abréger en lui-même une forme d'identité.

13. Résumé

Le nouveau-né en arrivant au monde possède un *self* par essence et un potentiel inné qui cherche à se développer. Un « environnement suffisamment bon » en est la condition. Ce dernier va permettre au nourrisson d'appréhender ses angoisses d'annihilation et ainsi faire naître un sentiment continu d'exister de plus en plus stable. L'*infans* va peu à peu acquérir une image corporelle lui assurant un sentiment de mémérité d'être plus solide. Cet étayage corporel va engendrer les prémisses du Moi du bébé et va permettre à la psyché de se développer et de se consolider ; lui donnant une unité fondamentale et la capacité de se différencier de l'objet primaire. Peu à peu, la dialectique psyché-soma va engendrer l'appareil intellectuel et cognitif de l'individu, lui permettant ainsi, par le langage et la mémoire, d'acquérir une conscience de Soi. Dès lors, le sujet possède un sentiment d'identité personnelle, elle-même constituée de trois dimensions : profonde, narrative et sociale. C'est donc par le développement de l'appareil psychique, corporel et intellectuel et par la présence d'un « environnement suffisamment bon » que l'« Être au monde » devient Sujet, que le nourrisson devient un individu unifié et singulier.

PARTIE II : LE STADE SÉVÈRE DE LA DÉMENCE ALZHEIMER

11. Introduction

Le mot ‘démence’ a connu une réelle évolution conceptuelle. Initialement, ce terme, issu du mot latin *dementia* (de *de-* privatif et *mens-* esprit, intelligence) n’était pas spécifiquement rattaché au champ de la vieillesse mais plutôt à la folie en général. La maladie d’Alzheimer fut décrite pour la première fois en 1906 par Alzheimer. Mais il faudra attendre les travaux de Kraepelin dans les années 1910 pour la concevoir comme une démence présénile et ceux de Katzman, dans les années 1980, pour l’estimer comme représentant deux tiers des cas de démence sénile justifiée (Davous *et al.*, 1999). Les origines de la démence de type Alzheimer et la compréhension des symptômes sont encore aujourd’hui sujets de recherche. Néanmoins, chacun s’accorde à dire que la progression des lésions cérébrales et des remaniements psychiques sont corollaires à l’évolution de la maladie. La sémiologie neuropsychologique lui distingue trois stades (Davous *et al.*, 1999) : léger (I), modéré (II) et sévère (III). Le Gouès (2000), quant à lui, donne cinq états dans le processus de vieillissement : l’adulte vieillissant, l’adulte vieux, le vieillard, le vieillard malade et enfin le « psycholysé » (le dément). Dès lors, notre réflexion portera sur les derniers temps de la maladie d’Alzheimer : l’état démentiel profond et sévère.

Avant d’évoquer notre réflexion, il nous semble important de préciser dans quelle perspective nous comprenons et inscrivons notre démarche théorique.

Ploton (2009) envisage le fonctionnement psychique sous quatre registres différents. Le premier est le registre psycho-biologique et concerne l’ensemble des régulations d’origine centrale relatives aux équilibres biologiques - régulations hormonales, défenses immunitaires, régulations génétiques, *etc.* Le second, l’appareil cognitif, est le lieu des compétences psychomotrices et des opérations mentales au sens intellectuel - langage, mémoire, praxie, gnosies, catégorisation, *etc.* Le registre psycho-dynamique est l’appareil psychique au sens freudien assurant la régulation entre vie psychique consciente et inconsciente, au moyen des opérations de défense du Moi. Enfin, l’appareil affectif concerne la question du plaisir émotionnel et corporel. Nous y ajoutons le registre social comprenant les éléments résultant de l’interaction interpersonnelle - le lien, les attitudes et les conduites, la communication. L’auteur compare ces registres à des couleurs primaires dont leur association permet d’obtenir une image polychrome.

Aussi, nous exposerons succinctement les causes de la maladie d'Alzheimer envisagées dans la littérature scientifique. Puis, nous accorderons une attention particulière aux pertes biologiques, psychologiques, comportementales et cognitives massives que la stade sévère de la démence Alzheimer engendre. Pour illustrer notre présentation sémiologique, nous nous appuierons sur des citations du livre *La plume du silence : toi et moi... et Alzheimer* de Witt (2007), philosophe et témoin de la maladie d'Alzheimer de sa femme.

12. Les conceptions étiopathogéniques

D'un point de vue neurologique, la maladie d'Alzheimer est le prototype des démences d'origine dégénérative touchant le système nerveux central. Elle se manifeste par une atrophie cérébrale. Deux types de lésions cérébrales la caractérisent : les plaques séniles - des dépôts extracellulaires - et la dégénérescence neurofibrillaire des neurones (Davous *et al.*, 1999). Les régions touchées sont le cortex entorhinal à la face interne du lobe temporal, l'hippocampe - un des centres majeurs de la mémoire et du repérage dans l'espace - les aires frontales et cingulaires et les aires associatives nécessaires au langage, à la réalisation de mouvement volontaire et à la reconnaissance des formes (Backine *et al.*, 2007). Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer demeure encore un sujet de controverse puisque celui-ci ne peut être confirmé que par une autopsie, *post-mortem* (Lechowski *et al.*, 2004).

La démence Alzheimer, à la différence des démences vasculaires, aurait aussi une psychogenèse. Pirlot *et al.* (2012) relèvent certaines hypothèses psychanalytiques comme celle de Grosclaude *et al.* (1984) qui considèrent la maladie comme étant fondée sur une mauvaise intérriorisation de l'image maternelle en tant que bon objet. Quant à Le Gouès (2000), il pense l'origine de la démence comme résultant de l'effacement de l'objet interne en tant que référence structurante et durable et du deuil impossible chez des sujet mal mentalisés. De plus, les blessures narcissiques liées au processus de vieillissement et la perte des liens d'attachements auraient un impact traumatique chez les sujets âgés. Enfin, Maisondieu (2011) nomme « thanatose » l'ensemble des conduites psychopathologiques liées à l'angoisse de mort, une fuite du sujet dans la démence : « ils ne voulaient pas se voir pour ne pas voir la mort » (*op.cit*, 2011, p.111).

13. « Je veux redevenir moi-même » (Witt, 2007, p.46) : Pertes et points de rupture

131. « Je suis ‘Madame rien du tout’ » (Witt, 2007, p.198) : la perte identitaire

« *La maladie d’Alzheimer ne fait pas souffrir. Ce qui est souffrant c’est la perte d’identité.* »
(Mr M.)

Au stade sévère de la maladie d’Alzheimer, le maintien des identités semble être extrêmement fragile. Cependant, peu d’études se sont intéressées à la question dans le stade avancé de la démence. Une des raisons possibles est le manque d’outils adaptés pour saisir l’identité ou le sentiment d’identité d’un patient en proie à de graves troubles de communication. Fargeau *et al.* (2010) démontrent que le *self* social, correspondant à l’identité sociale décrite par Ricoeur (1990), serait le plus touché. L’apathie, le repli, l’agressivité, les pertes cognitives sont autant de facteurs explicatifs conduisant même certains patients vers une rupture totale de l’intention sociale. L’interaction avec l’autre n’est plus recherchée ou n’est plus possible. L’identité narrative, quant à elle, est meurtrie par la perte de la mémoire, des souvenirs et de l’histoire de vie. « Janine Gillot, d’Auvilliers, voilà ce qu’elle sait encore de son histoire, quand je l’aide un peu » (Witt, 2007, p. 101). Qui sommes-nous quand nous devenons captifs du présent ou d’un passé lointain ? Qui sommes-nous quand notre histoire de vie se résume à des moments passés et reculés de notre enfance ?

Selon Gil *et al.* (2011), nous assistons, dès lors, à la destruction de l’identité-ipséité. Selon Eustache (2013), il y aurait d’ailleurs des problèmes de mise à jour de l’identité. Cette mise à jour déficitaire serait corrélée avec « une conscience d’eux-mêmes non adaptée à leur temps » (Eustache, 2013, p.145). Qu’en est-il de l’identité quand les patients pensent être plus jeunes qu’ils ne le sont vraiment ? La conscience de soi ne serait donc pas inexistante mais seulement mal ajustée. Leur idée d’eux-même est restée présente et fidèle à ce qu’ils sont. Dès lors, nous pouvons faire l’hypothèse que, face à la perte de l’identité narrative et sociale, l’identité profonde, bien que menacée, est toujours effective. « Je suis ‘Madame rien du tout’ » historiquement et socialement peut être, mais je reste « Madame. »

Ainsi, à un stade très avancé de la maladie, les identités sont mises à mal, fragilisées et presque invisibles. Or, précédemment, nous avons démontré que celles-ci résultaient de l’interaction entre le développement de l’appareil cognitif et l’émergence de la conscience de Soi. A un état sévère, la conscience de Soi peut-elle encore prendre appui sur la mémoire et le langage ? La cognition est-elle assez préservée pour assurer sa fonction d’étayage ?

132. « Je suis une idiote dans un lit. Voilà ce que je suis. » (Witt, 2007, p.204) : la perte cognitive

« J’ai des cris dans la bouche » (Witt, 2007, p.49).

Le stade avancé de la maladie d’Alzheimer est marqué par une diminution massive du langage oral vers un mutisme total. Lorsque ce dernier est encore préservé, les capacités de répétition seraient encore opérantes, conduisant dans certains cas à des phénomènes d’écholalie (Eustache, 1993). De plus, Quadéri (2003) observe que le malade Alzheimer serait surtout dépendant des énoncés de son locuteur. Par exemple, lorsque nous lui proposons de partir se promener, il va répondre « oui se promener. » Mais lorsque nous le questionnons sur l’endroit où il veut aller, le sujet Alzheimer sévère reste silencieux. C’est parce que nous lui proposons alors d’aller dans le jardin qu’il va pouvoir répondre : « oui, se promener dans le jardin. » Quadéri (2003) propose donc ne plus parler de « trouble du langage », trop excluant, mais de « troubles des énoncés », rendant compte de la complexité de la communication mais non son impossibilité théorique. Lorsque la détérioration de la parole chez le sujet Alzheimer sévère devient prédominante, le cri devient la seule expression possible de la voix. Pris dans une inéluctable dérive démentielle, le cri serait, selon Bonnet *et al.* (2014), le témoin d’un excès d’excitation pulsionnelle envahissant le corps, incontrôlable et hémorragique. Seule l’intervention d’un autre viendrait permettre au dément d’exister sans crier.

« Mais petit à petit, surtout après la sixième année, les souvenirs tombaient dans l'oubli de sa mémoire trouée » (Witt, 2007, p.170).

En terme de représentation sociale, la maladie d'Alzheimer est la « maladie de la mémoire ». Elle est le modèle dominant du déficit mnésique affectant les personnes de plus de 60 ans (Rozotte, 2001). En effet, chez le sujet Alzheimer sévère, le déficit mnésique est global. Les mémoires antérogrades - mémorisation des informations sur le long terme - rétrogrades - mémorisation sur le court terme - et autobiographique sont touchées. Cette dernière est, d'ailleurs, souvent considérée comme la mémoire du *self* (Piolino, 2007). Ces pertes vont entraîner des atteintes mnésiques épisodiques - liées aux événements - et sémantiques - liées aux connaissances générales (Lechowski *et al.*, 2004). Selon Piolino (2007), à partir du moment où le déficit atteint de façon importante aussi bien le versant épisodique que sémantique de la mémoire autobiographique - déficit prédominant au stade sévère de la démence Alzheimer - la perte d'identité devient massive. Néanmoins, la mémoire implicite semble être la mieux préservée au stade avancé. Feldman *et al.* (2006) nous donnent l'exemple de patients ignorant le jour et l'heure et n'ayant aucun souvenir de la veille sachant encore fort bien s'ils aiment ou n'aiment pas telle ou telle personne.

Ainsi, l'appareil cognitif, menacé par les lésions cérébrales, perd son autonomie. Le langage et la mémoire ne peuvent plus assurer l'étayage de la conscience de Soi, acquise par le développement de la psyché. Le Gouès (2000) considère, d'ailleurs, ces trous de mémoire comme des « trous de pensée. » Se pose alors la question du maintien de l'appareil psychique chez le malade Alzheimer à un stade sévère. Les structures et instances psychiques survivent-elles face à l'accroissement des pertes chez le malade Alzheimer sévère ?

133. « Il manque quelque chose là-dedans. Et tu pointais l'index sur le front. » (Witt, 2007, p.140) : La perte psychique

Nous évoquions précédemment le terme de « psycholysé », élaboré par Le Gouès (2000), désignant le dément. Il dérive de l'action de la « psycholyse », c'est-à-dire de « la destruction de l'appareil à penser » (Le Gouès, 2000, p.147). Selon lui, la démence engendrerait une désorganisation mentale faisant disparaître les acquisitions psychiques les plus récentes. Ainsi, « sur le plan conscient, les données cognitives s'effacent et sur le plan inconscient les lignées narcissiques et objectales se déconstruisent » (*op.cit*, 2000, p.130). On assisterait aussi à la survenue « d'une porosité du préconscient, » instance qui garantissait le lien entre les représentations de choses et les représentations de mots (Linx, 2007). Dès lors, la psyché du dément va « se replier sur elle-même » (Le Gouès, 2000, p.136) et va perdre peu à peu son aptitude à la symbolisation (Linx, 2007). Toutefois, des fluctuations de la conscience du sujet Alzheimer sont opérantes, marquées par l'irruption de moments de lucidité étonnantes.

De plus, « la maladie d'Alzheimer, par ses atteintes identitaires, altère profondément la structure du Moi » (Pierron-Robinet, 2012, p.25). Cette instance perd peu à peu sa fonction de pare-excitation, ne permettant plus de protéger le sujet d'une surcharge pulsionnelle et des angoisses d'intrusion. « Dès lors, les objets extérieurs considérés comme mauvais, hostiles, ou dangereux, [peuvent] désormais pénétrer et faire irruption à l'intérieur de son Moi » (Pierron-Robinet, 2012, p. 22). Le Moi subit alors des remaniements défensifs. Pour pallier à ce déséquilibre pulsionnel, le sujet va trouver une voie de décharge : la voie hallucinatoire. Toutefois, une partie des pulsions libidinales reportée sur le Moi persisterait à l'état brut formant « une stase de libido au sein du Moi » (Pierron-Robinet, 2012, p.22), c'est à dire une fixation pulsionnelle liée à l'arrêt de circulation de la libido dans la psyché. Ce gel pulsionnel va faire perdre l'efficacité défensive de l'appareil psychique. Dès lors, le Sujet va avoir recours à des défenses archaïques comme le déni de la maladie et le clivage d'un Soi en bonne santé et d'un Soi touché par la maladie. « Le Moi se mue peu à peu en un Moi-gigogne, formé d'un emboîtement d'identités, » de fragments de Moi et d'images partielles (Pierron-Robinet, 2012, p.24).

Confrontée à la « psycholyse, » la pensée du dément Alzheimer sévère devient « post-figurative » (Le Gouès, 2000). La Maladie d'Alzheimer brise la liaison entre les contenus et les conteneants de la pensée (Linx, 2007). Déliée, elle ne contient plus de représentations et, est au plus près du corporel. L'auteur nous donne l'exemple d'une patiente lui disant : « J'ai froid » et qui reste pourtant debout, interdite, incapable de lier son ressenti à l'action nécessaire pour répondre à son

besoin auto-conservateur. Cette pensée « post-figurative » est le dernier degré de « démentalisation. » Pierron-Robinet (2012) précise que cette pensée visuelle et perceptive serait comme un « objet-support » du Moi, lui permettant de mobiliser des pulsions réparatrices. En effet, ces dernières tentent, de plus en plus difficilement, de restaurer la fonction contenante du Moi endommagé et la stabilité de son enveloppe sensorielle, garante de son sentiment de sécurité intérieure. Ainsi, « la pellicule sensorielle » que forme cette pensée post-figurative est à comprendre comme une membrane protectrice autour de son Moi contre les excitations extérieures (Pierron-Robinet, 2012).

Ainsi, face aux pertes identitaires, le dément Alzheimer sévère connaît de profonds remaniements psychiques. Pris dans cette « déconfiture mentale » (Péruchon, 2001), le Moi émaillé du « psycholysé » va engager, dans un mouvement réparateur, des modifications massives du système défensif tels l'hallucination, le clivage, le déni, la régression de la pensée devenant « post-figurative », visuelle et déliée. Ce vide de la pensée est le fruit des effets délétères de la pulsion de mort (Péruchon, 2011). Le remaniement de la vie psychique libère, en effet, une activité souterraine de *Thanatos* (Linx, 2007). Se pose alors la question du corps, support du Moi et du sentiment de mémétre d'être. La fragilité du Moi résulterait-elle aussi d'un étayage corporel trop faible ? Les fonctions du moi-peau assurent-elles toujours le maintien de l'appareil psychique ?

134. « Je suis un bout de viande qui tourne. » (Witt, 2007, p.26) : la perte corporelle

Charazac (2009) a étudié la représentation du corps chez le patient Alzheimer sous l'angle du schéma corporel et de l'image du corps. Il distingue trois étapes. Au début de sa maladie, le sujet reconnaît la transformation de Soi sans pour autant remettre en cause l'investissement de Soi. Secondairement, la perte d'autonomie blesse son narcissisme. Le schéma corporel et l'image de Soi lui apparaissent comme diminués mais sans pour autant remettre encore en cause l'identité. Enfin, lorsque la maladie est avancée, le sujet connaît la perte du sentiment de soi « qui est au moi corporel ce que l'aliénation est au moi psychique » (Charazac, 2009, p.171). En effet, cela sous-tend une incapacité à s'investir soi-même comme sujet unifié et séparé de l'objet. Ainsi, l'atteinte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer n'a pas uniquement lieu dans la pensée mais aussi dans le corps. Il nous a alors semblé intéressant d'orienter notre recherche sur le moi-peau chez le dément Alzheimer sévère.

Le moi-peau, évoqué dans notre première partie, est, nous le rappelons, un concept développé par Anzieu (1985). Cette enveloppe permet, entre autre, d'individualiser le bébé. Or, le sentiment d'intégrité corporelle diminue face au vieillissement et qui plus est, face à la maladie d'Alzheimer. La dégradation de l'audition et de la vue, la perte de la sensibilité tactile et la perte de l'autonomie motrice occasionnent chez le sujet vieillissant et Alzheimer une fragilité dans la reconnaissance de son corps comme étant le sien. L'action de l'âge menace le moi-peau. On assisterait dès lors à l'effondrement de ses fonctions (Péruchon, 2001). Les fonctions de maintenance et de contenance sont elles aussi défaillantes. Les limites dedans-dehors deviennent floues, pouvant, de ce fait, générer des angoisses de vides. L'incapacité du sujet Alzheimer à mémoriser les informations témoigne de l'invalidité de la fonction d'inscription alors que les angoisses d'intrusion illustrent celle de pare-excitation. Face au désinvestissement mortifère, la fonction d'autodestruction prend le pas sur les fonctions de recharge libidinale et de soutien de l'excitation sexuelle. Péruchon (2001, p.48) souligne que « la fonction d'individuation du soi [...] ne peut plus également se maintenir. » Enfin, le *holding* n'est plus garanti entraînant chez certains sujets une dépendance à l'environnement totale et une angoisse de perte de l'objet-support.

Ainsi, après la perte identitaire, cognitive et psychique, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé fait face à un moi-peau endommagé et à une image du corps méconnaissable. Le sentiment d'identité a disparu mais qu'en est-il du sentiment de mémérité d'être lorsque le Moi et le corps, garants des primats du processus de différenciation avec l'objet primaire, sont menacés, attaqués et blessés ? De plus, si la fonction de *holding* qu'assurait seul le moi-peau est déficiente, se pose alors la question de la dépendance chez le sujet Alzheimer sévère. Ne reste-t-il que l'environnement pour assurer le *holding* nécessaire à la vie humaine ?

135. « Ne m'abandonne pas » (Witt, 2007, p.50) : l'effet des pertes sur les liens intersubjectifs

Confronté à toutes les pertes provoquées par la maladie, le dément sévère perd peu à peu toute son autonomie, qu'elle soit psychique ou physique. Physiquement, son corps est vieillissant mais la maladie d'Alzheimer n'entraîne pas automatiquement une dépendance. En revanche, elle endommage massivement l'autonomie psychique. L'appareil cognitif et psychique défaillant ne laisse plus au dément la capacité à répondre à ses besoins d'autoconservation. Peu à peu, la dépendance devient absolue, totale (Péruchon, 2001).

Malgré cet état de dépendance, les liens intersubjectifs semblent être particulièrement menacés et effractés par les nombreuses pertes que connaît le sujet Alzheimer. Eiguer (2008) propose quatre aspects caractérisant le lien : le « respect » supposant une attitude de non-jugement, la « reconnaissance » de la différence de l'autre, la « responsabilité » pour la souffrance de l'autre et pour son destin et la « réciprocité » des investissements dans une intersubjectivité créatrice. Or, la maladie d'Alzheimer, au stade sévère, pourrait s'exprimer comme une carapace, une cuirasse rendant le sujet insensible aux stimulations extérieures, ignorant l'autre, comme plongé et au prise avec sa néo-réalité, comme éloigné de la scène sociale en faveur de son intérieur (Péruchon, 2011).

L'étude de Rozotte (2001) vient confirmer la présence de ces difficultés relationnelles dont elle donne comme origine les représentations sociales rattachées à la démence de type Alzheimer. Ces dernières reposent sur l'impossibilité de saisir l'existence d'un quelconque contenu de pensée et de ressenti chez le patient. Les aidants parlent de « mort psychique. » Celle-ci semble s'étayer sur le phénomène de non-reconnaissance du dément de lui-même et du proche, sur le présupposé de son indifférence affective et sur son identité comme faisant désormais figure d'objet perdu. De plus, la notion d'inintelligibilité de l'échange caractérisée par une communication extrêmement pauvre et dépourvue d'intentionnalité, symboliseraient le « vide psychique » du dément Alzheimer sévère. Les phénomènes de non-reconnaissance du dément - de lui-même et du proche - cette indifférence affective, cette identité désormais figure d'objet perdu, l'inintelligibilité des échanges liée à un langage lacunaire, autant d'éléments venant symboliser un « vide psychique » et causant le démantèlement du lien intersubjectif.

14. Résumé

L'étiologie de la maladie d'Alzheimer fait encore débat. Il y aurait, associée aux causes neurologiques indiscutables, une causalité psychique.

La maladie d'Alzheimer sévère s'inscrit dans une dynamique de pertes et de ruptures profondes. On assiste à un étirement identitaire causé, notamment, par la détérioration massive de la mémoire et du langage et par une conscience de Soi menacée face à l'étayage lacunaire de l'appareil psychique et corporel, eux-mêmes en perdition. Cette décadence fonctionnelle serait d'ailleurs le témoignage des effets délétères de la pulsion de mort.

Cette perte d'autonomie psychique et physique provoquerait plusieurs conséquences sur les liens intersubjectifs. Il y aurait un retour vers une dépendance absolue à son environnement. Paradoxalement, cette dépendance psychique - plus que physique - va faire éclore de nombreuses représentations sociales se caractérisant par l'idée d'une « mort psychique » à l'œuvre chez le sujet Alzheimer sévère. Ce constat causerait alors l'altération des liens intersubjectifs.

PARTIE III : PROBLÉMATISATION ET HYPOTHÈSES

L'« Être au monde » devient Sujet en se différenciant de l'objet primaire, en reconnaissant son corps comme étant le sien, en acquérant une intégration structurée du Moi, en développant ses capacités intellectuelles et en se constituant une identité profonde, narrative et sociale. Ainsi, il passe d'un « sentiment continu d'exister » à une conscience de Soi, d'un sentiment de méméte d'être à un sentiment d'identité. Mais qu'en est-il chez le dément Alzheimer sévère, quand tous ces fondements essentiels disparaissent ? Quelle sont les conséquences de l'ensemble de ces déficits sur l'expression des symptômes, des affects et de la subjectivité du psycholysé ? Parler de Sujet chez le dément Alzheimer sévère ne va pas de soi. Ce constat a fait naître de nombreux questionnements.

La maladie d'Alzheimer annihile t-elle le Sujet ? Est-il « mort psychiquement » (Rozotte, 2001) ? Le stade sévère de cette démence n'est-il que la manifestation d'un appareil psychique détruit, démentalisé (Le Gouès, 2000) ? Cette neurodégénérescence mettrait-elle ainsi en scène le renvoi du Sujet à l'« Être au monde » ? Serions-nous alors à nouveau confronté au *self* authentique de l'être, à son « potentiel inné » ? Sommes-nous dans la configuration « environnement-individu » qu'évoquait Winnicott (1958) ? Ou, pouvons-nous encore parler de Sujet chez le malade Alzheimer sévère bien que ce dernier soit menacé par l'emprise grandissante de la pulsion de mort ? Le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer sévère peut-il encore maintenir ce qu'il reste de sa singularité malgré le mutisme de plus en plus fort du Soi ?

Reconnaitre et rencontrer le Sujet derrière le stade sévère de la maladie d'Alzheimer apparaît donc laborieux. Or, comment maintenir un lien social et affectif sans Sujet ? Nous rappelons que le lien intersubjectif s'élabore sur quatre fondements : le « respect » de l'autre, sa « reconnaissance, » le sentiment de « responsabilité » envers sa souffrance et son destin et le sentiment de « reciprocité » (Eiguer, 2008). Mais, comment aborder le Sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère quand il nous apparaît « mort psychiquement » (Rozotte, 2001) ? Peut-on le reconnaître malgré ses pertes ? Peut-on « se sentir responsable » de sa souffrance presque imperceptible et de son destin arrivant à sa fin ? Maintenir le lien dans la perspective d'Eiguer (2008) semble difficile.

Mais, finalement, quelle est la demande du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère ? De manière manifeste ou latente, veut-il encore interagir ou devons-nous le « *laisser tranquille* » ? Le respect du Sujet doit-il se traduire par « *respecter son besoin de dormir* » ? Une des soignantes nous faisait part de son point de vue : « *A sa place, je voudrais que l'on me fiche la paix. Le pauvre... Obligé de venir.* » Au delà, devons-nous comprendre ce repli comme une mise à l'abri, une protection ? La maladie d'Alzheimer, qui plus est, au stade sévère, semble donc venir

interroger les contours de l'éthique et de la déontologie inhérentes à notre pratique. Face à cette « non-demande » éventuelle, quel positionnement choisir ? Devons-nous nous résoudre à la dimension palliative du soin ? Auquel cas, considérer la personne atteinte de la démence Alzheimer sévère comme un objet de soins viendrait-il limiter et défavoriser l'expression de Soi ?

Cependant, si « *laisser tranquille* » la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, ne pas entretenir et soutenir le lien devient la seule réponse qui lui est faite, quelles en seront les conséquences ? En considérant le lien intersubjectif comme étant l'un des trois piliers du psychisme humain (Kaës, 2007), si « le sujet, être humain, est profondément social et ne trouve sa raison d'être, la confirmation de lui-même que dans le regard des autres » (Keller, 2007, p.167), provoquer la rupture du lien pourrait être délétère.

A la lumière des éléments théoriques évoqués précédemment et à ce stade de notre recherche, nous supposons que, bien qu'affaibli et dissimulé derrière la mouvance dépersonnalisante qu'engendre le stade sévère de la maladie d'Alzheimer, le Sujet peut encore faire subsister le sentiment d'être lui-même, unique et singulier. Nous précisons à nouveau que la question n'est pas d'évoquer le Sujet vu uniquement sous l'angle de sa maladie mais du comment l'aborder, le rencontrer et le reconnaître face aux pertes qu'engendrent cette maladie qui tendent à gommer sa subjectivité.

Ainsi, à partir de sept vignettes cliniques, nous posons deux hypothèses :

H1 *Le lien intersubjectif fait surgir le Sujet dissimulé derrière le stade sévère de la maladie d'Alzheimer.*

Nous suggérons de considérer la réponse de l'environnement et l'investissement du lien intersubjectif comme un levier de renforcement et de rétablissement de la conscience de Soi menacée par la pathologie neurodégénérative.

H2 *Maintenir le lien intersubjectif, l'expression et l'affirmation de Soi permet de soutenir la pulsion de vie du Sujet contre la progression de la pulsion de mort.*

Dans cette perspective, nous suggérons que favoriser une forme de déliaison sociale et la perte de l'investissement libidinal du lien induirait la perte du Sujet et le triomphe de *Thanatos*, pulsion de mort. Autrement dit, nous supposons qu'envisager le « Je », oublié et troublé par la démence Alzheimer sévère, en un « Nous », contenant et cohérent, serait un outil thérapeutique adapté contre les angoisses de désintégration que génère la dépersonnalisation.

PARTIE IV : AU CHEVET DU SUJET

C'est dans ce contexte particulier que nous tenterons de dégager la singularité de chaque rencontre clinique, témoin du Sujet débusqué derrière la démence, sous l'action de l'Autre comme un « Autre-révélateur. »

11. Outils usités : Entre observation clinique et entretien clinique

L'outil choisi pour cette étude est à mi-chemin entre l'observation clinique et l'entretien clinique.

Rappelons, tout d'abord, ce qu'est l'observation clinique. Elle vise l'observation de la subjectivité à travers des symptômes, des signes, un discours verbal et non-verbal, un dessin, des interactions, un rêve. Notre choix s'est porté plus spécifiquement sur l'observation psychanalytique et non expérimentale. Celle-ci repose « sur un cadre créant un espace d'émergence potentielle d'un inattendu » (Ciccone, 1988, p.28). A la différence de l'observation expérimentale, l'observation psychanalytique ne suppose pas d'intentionnalité en soi. Son objet est l'étude même de l'intentionnalité - consciente et inconsciente - du sujet observé.

Ici, l'observation des sujets atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère implique de considérer les expériences physiques et corporelles comme l'expression d'un état psychique. Elle engage une « attitude psychanalytique » nécessitant une sensibilité aiguë à la vie émotionnelle et affective du sujet (Ciccone, 1988). Cette attitude spécifique inclut aussi bien « une capacité à tolérer l'angoisse, l'incertitude, l'inconfort, l'impuissance, une capacité à contenir dans un espace mental les expériences confuses, les pensées primitives, sous une forme rudimentaire, jusqu'à ce que leur sens se clarifie » (*op.cit*, 1988, p.52). Elle engage donc une visée implicative. Ciccone (1988) considère l'implication comme la voie d'accès au sens. L'analyse du contre-transfert est alors entendu comme un mode de renseignement sur les éléments psychiques observés. Rappelons que le contre-transfert désigne la totalité des sentiments que le psychologue éprouve envers son patient, sa propre subjectivité (Chiland, 1983). L'observation clinique conduit à l'interprétation, dans l'après-coup, de l'événement observé. Cette interprétation dégage le sens potentiel de celui-ci et nécessite un travail d'élaboration (Ciccone, 1988).

L'entretien clinique désigne deux personnes dont le dialogue est primordial. Ce dernier implique le clinicien comme un interlocuteur vivant et bienveillant mais dont sa propre problématique est absente (Chiland, 1983). Le but de l'entretien est de laisser parler le sujet face à nous, de respecter cette liberté de parole en interférant le moins possible avec ce discours tel qu'il l'organise spontanément. Elle implique une neutralité bienveillante du clinicien. A nouveau, le travail d'interprétation et d'élaboration ainsi que l'analyse du contre-transfert sont à l'oeuvre.

Toutefois, l'entretien clinique prend parfois la forme de l'observation clinique. Et inversement. En effet, les mots absents ou rares laissent place au langage non verbal. Le corps est observé, interprété. La gestuelle, la posture, l'utilisation de l'espace, le silence deviennent porteurs de la pensée du sujet. Par exemple, le regard assure l'établissement et le maintien du contact avec l'autre. Il « joue un rôle important, comme véhicule et pierre de touche privilégiée de la réciprocité de la communication » (Chiland, 1983, p.76). Quant à la mimique, elle exprime les émotions et les affects. Elle « est sans doute le moyen de communication le plus archaïque, le premier sans doute qui soit utilisé de façon intentionnelle avec la voix et le cri » (*op.cit*, 1983, p.76). Communiquer non verbalement implique de considérer avec attention le contexte dans lequel les signes corporels apparaissent.

La retranscription des observations et des entretiens se caractérise par plusieurs éléments : les mots soulignés en *italique* seront à comprendre comme le discours verbal et non verbal du sujet atteint de la maladie Alzheimer sévère et les mots encadrés par une puce (•) viendront indiquer des aspects de notre contre-transfert

12. Présentation des Sujets rencontrés

Les personnes présentées dans cette étude font l'objet de plusieurs rencontres cliniques durant des ateliers ayant eu lieu soit dans le cadre d'un stage en UPAD (Unité pour Personnes Agées Désorientées) soit dans celui en Accueil de Jour pour personnes âgées ayant des troubles cognitifs et des démences diagnostiquées. La population choisie pour cette recherche est composée de cinq sujets âgés atteints de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. Nous avons eu l'occasion de rencontrer la famille de deux patients : le mari et la femme de Mme Victoria et la femme de Mr Benoit.

La présentation de ces cinq personnes rend compte d'une synthèse des observations que nous avons pu faire, assorties de celles des intervenants dans les deux structures - ces dernières seront indiquées comme venant de l'équipe, du médecin, de la psychologue, *etc.*

Mr Marius, âgé de 85 ans, ancien militaire, veuf.

En perte d'autonomie psychique et physique totale, il est en UPAD depuis deux ans. Il est plongé dans un mutisme profond sans en avoir perdu le désir, semble t-il, de communiquer. Son regard est vigilant et expressif et son visage est marqué d'un sourire fréquent. Il semble prendre plaisir à participer aux différentes activités proposées par l'Institution. Nous nous sommes rencontrées à plusieurs reprises.

Mr Auguste, âgé de 90 ans, ancien artisan boulanger, veuf.

Il est en UPAD depuis trois ans. Il est dans une dépendance absolue depuis plus d'un an. Il reste immobile dans son fauteuil-coquille, les yeux fermés, la bouche ouverte. Sa maigreur est extrême. Nous l'avons rencontré quatre fois.

Mme Louise, âgée de 82 ans, ancienne couturière, veuve.

Elle est en UPAD depuis deux semaines. Très souriante, elle semble apprécier les personnes qui partagent son quotidien. Elle ne parle presque plus et dort durant les activités. Nous ne nous sommes rencontrées qu'une fois.

Mme Victoria, âgée de 86 ans, ancienne secrétaire, mariée.

Elle investissait l'Accueil de Jour depuis un an à raison de quatre fois par semaine et est entrée en UPAD depuis peu. Elle communique très peu ou de manière écholalique. Durant les premières semaines de notre rencontre, elle semble occuper une place particulière vis à vis du groupe : Mme Victoria est celle « *qui rouspète tout le temps.* » Elle ne participe plus aux activités et garde les yeux fermés la plupart du temps. Lors des repas, elle refuse de s'alimenter. Elle est aussi extrêmement sensible au bruit. La rencontre avec sa fille avait pour objet certains de ces questionnements : « « Dois-je dire à ma mère que sa soeur est décédée puisqu'elle ne comprend plus rien ? » ; « Dois-je l'emmener à la sépulture ? » Nous nous sommes rencontrées à plusieurs reprises.

Mr Benoit, âgé de 84 ans, ancien ébéniste, marié.

Il est resté 7 mois à l'Accueil de Jour à raison de deux fois par semaine. Très agité, il déambule sans discontinuité dans la pièce, ce qui rend son intégration au groupe difficile. Ses mains et ses poches sont toujours remplies de cuillères et de morceaux de bois. Il répète inlassablement « *Viens-y viens-y* » et tire sur notre bras pour qu'on le suive. Lors des repas, un soignant mange individuellement avec lui. En effet, il demande une attention soutenue du fait d'une alimentation compulsive. De plus, sa capacité de compréhension semble troublée. Nous avons rencontré sa femme à l'occasion d'un entretien ayant pour objet la fin de son accueil.

13. Présentation de 7 vignettes cliniques

(H1) « *Le lien intersubjectif fait surgir le Sujet dissimulé derrière le stade sévère de la maladie d'Alzheimer* » constitue notre première hypothèse. Cette dernière sera étayée par la présentation de quatre vignettes cliniques.

131. Le corps, narrateur du sujet

1311. Mr Auguste, 90 ans, ancien artisan boulanger

Première rencontre :

En apercevant pour la première fois Mr Auguste dans la salle de vie, je m'approche de lui pour me présenter. Il entrouvre *les yeux légèrement, puis les referme. La bouche ouverte, les yeux fermés, Mr Auguste est recroquevillé dans son fauteuil-coquille.*

- Dans ce silence et cette immobilité, Mr Auguste ressemble à un cadavre. Je ressens un sentiment d'impuissance et d'inutilité. Que puis-je et que dois-je faire ? Je n'ose lui parler pour ne pas rompre le silence, pour ne pas brusquer cette temporalité étirée, guettant le moindre mouvement. •

Silence. Je me présente alors dans un murmure, mal à l'aise. *Il reste à nouveau immobile, impassible.* Puis je le salue et le quitte.

- Pendant plusieurs minutes, je reste déroutée et sidérée par cette rencontre, au prise à un sentiment de vide et d'impuissance. •

L'atelier cuisine :

Mr Auguste, amené dans la salle, est dans son fauteuil-coquille, les yeux ouverts, lointains et fixes, la bouche ouverte. Une fois le gâteau préparé, la psychologue me propose de donner un morceau à Mr Auguste.

- Mon corps réagit : mes bras se crispent. Prétextant l'absence de serviette, je pars dans l'arrière-cuisine pour me reprendre. L'idée de lui donner à manger me semble extrêmement intrusif. Comment allais-je savoir quand lui donner ? Allait-il entrer en lien avec moi ? Les serviettes trouvées, je m'efforce de mettre à distance mes questions et mes ressentis, de retrouver une contenance et une neutralité bienveillante. •

De retour dans la salle, je m'approche donc de Mr Auguste. « Voulez-vous un morceau de gâteau au chocolat ? » *Il entrouvre les paupières. Silence.* Je crois comprendre un « Oui » mais cette

interprétation me semble incertaine. Avec un semblant d'humour, je lui demande : « Comment résister à cette odeur de chocolat n'est ce pas ? Qui plus est, vous qui étiez artisan boulanger ! »

- J'attends un léger signe d'approbation ou de refus, n'importe quel mouvement m'autorisant ou non à porter le gâteau à sa bouche. •

Il me regarde, les yeux lointains et entrouvre légèrement la bouche. J'y insère alors délicatement le gâteau. Son regard me fixe. Il commence à sourire, les yeux grands ouverts. Sa respiration se fait plus rapide et plus forte. Il ouvre puis referme sa bouche, l'air de dire : « Encore ! » Je m'empresse de lui redonner un morceau. « Je suis contente de voir que vous aimez notre création culinaire ! Nous avons tous cuisiné. » Mr Auguste observe derrière mon épaule. Le gâteau terminé, il passe plusieurs minutes à regarder autour de lui puis referme les yeux.

1312. Mr Marius, 85 ans, ancien militaire

Première rencontre :

La première fois que j'aperçois Mr Marius, il est assis dans son fauteuil roulant, le journal dans les mains. En m'approchant, Mr Marius me regarde et sourit. Je me présente. Il hoche la tête et me serre la main. Nous commençons à échanger, lui par son regard, son sourire et ses hochements de tête, moi par mon regard, mon sourire et mes mots. Je le quitte après une dizaine de minutes.

- Malgré son mutisme, j'ai le sentiment que nous avons communiqué. J'étais étonnée de voir avec quelle facilité nous étions entrés en relation, malgré le stade sévère de la maladie. •

Les pieds nus de Mr Marius :

Lors d'un après-midi particulièrement ensoleillé, je rencontre Mr Marius, assis face à la baie vitrée donnant sur la terrasse, seul. Venant à sa rencontre, je remarque son regard plus lointain qu'à l'habitude.

- Il me semble morose. • A la réunion de transmission, une infirmière évoquait d'ailleurs son inquiétude à propos de Mr Marius : « il est plus triste et plus distant depuis quelques jours. »

Je lui demande alors s'il souhaite sortir sur la terrasse. Il hoche la tête et sourit légèrement. Une fois dehors, il tend la main vers les pots de fleurs et commence à toucher les feuilles. Je propose à Mr Marius d'arroser les plantes. Nouvel hochement de la tête, un sourire aux lèvres, les yeux plus vigilants. Je rapproche son fauteuil et lui met dans les mains la poignée du tuyau d'arrosage. Par un jeu de questions et de hochements de tête, il m'apprend qu'il avait un jardin avec des arbres fruitiers et qu'il aimait entretenir son potager. Une fois les plantes arrosées, je

m'aperçois que ses chaussures sont mouillées. Je lui propose de changer de paire. *Il me sourit les yeux rieurs.* Cette situation semblait l'amuser. Une des soignantes qui m'avait entendu me rapporte de nouvelles chaussettes et chaussures. Je m'apprêtais à lui mettre l'une des chaussettes quand je me suis aperçue *qu'il riait, les yeux grands ouverts. Il regardait ses pieds nus au soleil et riait.* « Si j'avais su ! Vos pieds ont l'air d'apprécier le soleil eux aussi. » *Il me regarde, les mains s'agitent sur son fauteuil et hoche frénétiquement la tête. Après quelques minutes il me fait signe qu'il est temps de rentrer.* Chaussettes et chaussures remises, nous revenons dans la salle de vie. *En me quittant, Mr Marius me serre la main en souriant.*

1313. Le corps, narrateur du Sujet : commentaire

Les rencontres de Mr Marius et *a fortiori* de Mr Auguste mettent en relief l'omniprésence du corps sur la scène du lien intersubjectif. Le regard et la respiration, les mouvements de tête et le sourire deviennent les ambassadeurs de la vie psychique du Sujet. Le mutisme du verbal se déplace vers l'expression corporelle ; la communication redevient prélangagière. Elle demande une observation soutenue des moindres indices laissés par le résident. Une fois perçus, il reste à les interpréter pour les comprendre et y répondre, au risque d'une « violence primaire » inévitable. Aulagnier (1975, p.40) la définit comme étant « l'action psychique par laquelle on impose à la psyché d'un autre un choix, une pensée ou une action qui sont motivés par le désir de celui qui l'impose mais qui s'étayent sur un objet qui répond pour l'autre à la catégorie du nécessaire. » A travers nos mots, nous mettons peu à peu en sens les éprouvés sensoriels.

Face à ce langage délié et cette parole éteinte, Mr Auguste semble s'être retiré du monde, comme plongé dans une phase autistique. C'est en le rencontrant plusieurs fois et en apprenant à le connaître que son code de communication si restreint nous devient de plus en plus familier. Cela nécessite pour l'interlocuteur d'ajuster son propre code au sien. La temporalité dans laquelle Mr Auguste s'inscrit est exclusivement le présent. Le cœur de nos « échanges » prend la forme de sollicitations corporelles et de la mise en mots des ressentis vécus dans l'instant présent. Mr Marius est plus expressif, moins retiré du monde extérieur : ses messages corporels nous sont plus familiers. Mr Marius nous permet plus aisément de le connaître du fait d'une temporalité plus souple : l'accès aux souvenirs, notamment, est encore possible (ici : le jardinage).

1321. Mme Victoria, 86 ans, ancienne secrétaire

Première rencontre :

Lors de mon premier jour à l'Accueil de Jour, la psychologue me présente Mme Victoria. *Elle est assise dans un grand siège, les yeux fermés et les sourcils froncés. En nous voyant arriver, le froncement de ses sourcils s'accentue.* Je lui tends la main et me présente. *Tout en parlant, Mme Victoria regarde ma main, puis la pousse en me disant « Non ! »*

- Je ressens de l'étonnement. C'était la première fois, pour moi, qu'un sujet Alzheimer voire même une personne âgée en général, formulait un choix aussi clairement. •

Je retire ma main en souriant : « C'est d'accord. » *Elle me fixe et commence à rire. Son regard, que je rentrerai très souvent par la suite, exprime ce que j'interprète comme une forme de malice joyeuse.* La soignante me prend alors le bras en m'expliquant : « Ne t'inquiète pas, Mme Victoria est de mauvaise humeur aujourd'hui. » Sur ce, un résident rétorque : « Elle est toujours de mauvaise humeur... »

L'opposition de Mme Victoria :

Je me retrouve seule à l'Accueil de Jour avec Mme Victoria durant une vingtaine de minutes. *Elle me regarde.*

« Est-ce que quelque chose vous ferait plaisir ?

- *Non, me dit-elle en haussant les épaules.*
- Voulez-vous faire quelque chose en particulier ? Discuter ?
- *(silence, sourire) Non.*
- Mmmh, voulez-vous faire un jeu ?
- *Non, me dit-elle en riant.*
- Non. Mmmh. Voulez-vous lire un magazine ?
- *Non.*
- Voulez-vous que je vous laisse tranquille ?
- *Non, me dit-elle les yeux rieurs.*
- Non. Bon. Je vois... Voulez-vous écouter de la musique ?
- *Non.*
- Voulez-vous passer le balai ?

- *Non, me dit-elle.*
 - *Voulez-vous chanter ?*
 - *Non.*
 - *Voulez-vous vous promener ?*
 - *(silence, le sourire devient discret) Oui.*
 - *Vous voulez vous promener ? C'est d'accord. Où voulez-vous aller ?*
 - *(silence, regard absent)*
 - *Mmmh, nous pouvons aller dehors ou rester dans le couloir. Qu'est ce que vous préférez ?*
 - *(silence)*
 - *(silence) Mme Victoria, lui dis-je en me rapprochant, avez-vous envie de vous promener avec moi ?*
 - *(elle me regarde à nouveau, puis recommence à rire) Non. »*
- C'est alors qu'elle ferme les yeux brusquement.*

- Déroutée par ce revirement, je me tais. Je comprends alors que l'entretien est terminé. •

En me déplaçant pour prendre le pichet d'eau, je surprends *son regard amusé. En me voyant la regarder, elle referme prestement ses yeux en souriant. Puis les ouvre quand j'ai le dos tourné. Ce « jeu » d'évitement du regard dure quelques minutes, puis elle ferme les yeux et s'endort.*

1322. Je, Te, dis Non : commentaire

Cet échange semble l'avoir divertie comme si le « *Non* » et la négation du regard à la fin deviennent un objet ludique. Alors que de notre côté, cet entretien nous a décontenancé pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, nous avons constaté à plusieurs reprises que lors des ateliers proposés par l'Accueil de Jour, le groupe passe le tour de parole de Mme Victoria ne l'incitant pas à participer. L'une des soignantes m'explique que : « *ça ne sert à rien, elle refuse toujours. Maintenant, on a compris, on ne lui demande plus.* » Pourtant, bien qu'effectivement elle semble endormie durant l'activité, quand son tour vient il lui arrive d'ouvrir les yeux. Peut-on supposer que Mme Victoria souhaite encore participer, s'exprimer et interagir mais qu'elle n'en a pas l'occasion : on passe son tour ? Ainsi, en se retrouvant seules avec elle, nous voyons la possibilité de créer cette occasion. Or, face à tous ces « *non* », nous constatons que la soignante a raison sur un point : elle refuse... Toujours ?

C'est dans l'après-coup que nous réalisons que cet entretien, bien qu'improductif dans l'action, a offert à Mme Victoria un espace où ses choix peuvent s'exprimer. Nous repensons alors à l'importance qu'accordait Sptiz (1957) à cette étape qu'est le « Non » dans le développement du Sujet. Ce dernier est l'expression totale d'un Soi autonome et différencié de l'objet. Lui permettre de s'opposer à nous viendrait donc laisser à Mme Victoria la place de s'affirmer, soutenant ainsi sa conscience de Soi. « *Maintenant on a compris, on ne lui demande plus* » exprime t-il ce même sentiment d'impuissance et d'inutilité ressenti lors de cet entretien ? Cette succession de « Non » réintroduit pourtant la question du choix. Ainsi, lui demander encore de choisir malgré ses refus permettrait à Mme Victoria de faire prévaloir le Sujet sur la maladie.

Que veut dire ce seul et unique « *Oui* » durant l'entretien ? Que représente, pour elle, la possibilité d'une promenade ? Son regard absent, son silence, la fin de son sourire, tout son corps semble s'être figé à l'idée de sortir. Ce « *oui* » est-il lié à un désir de rentrer chez elle enfin exprimé ? Vient-il raviver l'angoisse, gelant ainsi son regard et son sourire ? Ou bien l'évocation de la promenade l'a t-elle renvoyé dans des souvenirs passés ? Pourquoi finit-elle par refuser ?

133. Je c'est Nous ; le jeu c'est Je et Nous

1331. Mme Victoria, 86 ans, ancienne secrétaire

Durant un après-midi, Mme M. et Mme N., deux résidentes de l'Accueil de Jour me font part de l'envie de jouer au « Triomino® », jeu de domino dont les pièces n'ont plus deux chiffres mais trois et où chacun joue l'un contre l'autre. En préparant le jeu de société, nous nous installons à côté de Mme Victoria. *Je la vois peu à peu scruter avec attention les pions.*

« Voulez-vous jouer avec moi ?

- *Bah ! S'esclaffe t-elle en haussant les épaules.*
- C'est vous qui voyez ! Nous pouvons jouer ensemble.
- *Oui oui oui oui, me répète t-elle avec une prosodie automatique voire mécanique »*

Le jeu commence. Je place les pions devant Mme Victoria et moi. Quand vient notre tour, *Mme Victoria me regarde, attentive.*

« C'est à nous de jouer. Alors... Qu'allons nous bien pouvoir faire ?

- *Bah 'pô pô pô', me dit-elle en riant. A nous ! »*

La partie se poursuit, Mme N. sollicite mon aide. Puis vient notre tour. A nouveau, je signifie à Mme Victoria que c'est à « Nous. » *Mme Victoria émet alors des « Pô pô pô pô » de plus en plus fort en riant.* Le jeu continuera ainsi durant plusieurs minutes, alternant les actions de Mme M. et Mme N., les « c'est à Nous » et les sons de Mme Victoria. Arrive alors le moment où nous devons piocher.

« Nous sommes en mauvaise posture... Mme N. et Mme M. n'ont plus que deux pions alors qu'il nous en reste cinq. Mme Victoria voulez-vous piocher ? Avec le peu de chance que j'ai... lui dis-je en lui tendant le couvercle contenant les pièces.

- *Oh là là. Oh. dit-elle la main au-dessus des pièces, les yeux grands ouverts. »*

Comme submergée par la quantité de pièces, elle pose sa main dessus, les bouge, les tape puis les caresse. La bouche ouverte, les yeux comme étonnés, elle en saisit deux, me regarde, et...

« De toute façon, ça sert à rien de lui demander. Elle comprend rien à ce que vous lui dites. Elle n'est pas capable de piocher, » me dit Mme M.

- Je reste alors stupéfaite durant plusieurs secondes. •

Quant à Mme Victoria, elle a retiré sa main et lâché les pièces. Elle ne regarde plus personne. Son dos, jusqu'alors avancé vers nous, se tend en arrière vers le dossier du siège. Puis elle ferme les yeux et ne les ouvrira plus avant son départ.

• La neutralité bienveillante... J'essaye de remettre à distance mon étonnement teinté d'agacement envers Mme M., qui en quelques mots venait de réduire et rompre tout lien entre nous et Mme Victoria. •

« Vous savez Mme M., je pense que Mme Victoria vous comprend parfaitement.

- Mmmh. (silence, le regard tourné vers Mme Victoria) C'est à vous de jouer Mme N. ! »

1332. Le Je c'est Nous ; le jeu c'est Je et Nous : commentaire

Mme Victoria, pourtant passive habituellement, s'est révélée éveillée et semble prendre plaisir au contact du jeu. C'est en retranscrivant cette situation dans notre journal de bord que nous remarquons avec quel élan nous utilisons le « Nous. » Dans l'après-coup, nous réalisons que ce qui sous-tend notre relation transféro-contre-transférentielle, dans cet instant, est la volonté de faire partie de la même équipe, faire « Nous, » faire un, faire corps. Les « pô pô pô » de Mme Victoria énoncés avant ou après le mot « Nous » pourraient finalement être écrits « peau peau peau. » Faire partie de la même équipe serait-ce finalement faire partie de la même enveloppe psychique ?

Mme M., en intervenant, est d'ailleurs venue remettre du tiers dans cette dualité instable. Notre ressenti intrusif face à son intervention nous conforte dans l'idée que le « Nous » répété n'est pas dû au hasard du langage mais vient exprimer dans quel type de relation nous nous inscrivons avec Mme Victoria. Mme M. semble par ailleurs avoir déstabilisé l'équilibre fragile de ce lien, entraînant le repli de Mme Victoria, un retour en son intérieur.

(H2) « *Maintenir le lien intersubjectif, l'expression et l'affirmation de Soi permet de soutenir la pulsion de vie du Sujet contre la progression de la pulsion de mort* » est notre seconde hypothèse. Cette dernière s'étayera sur la présentation de trois vignettes cliniques.

134. Mme Louise, âgée de 82 ans, ancienne couturière

Première rencontre :

Nous nous rencontrons lors d'un atelier à visée cognitive. L'animatrice fait chercher aux Résidents des mots associés au thème de la nature. Lorsque je me suis présentée à Mme Louise, ce sont *de nombreux sourires qui m'accueillent*. En lui demandant *comment se passait son entrée en Institution*, elle me répond, là encore, par des sourires et des hochements de tête. Elle ne me semble pas manifester de signes d'angoisse et de souffrance manifestes. Durant les transmissions, les soignants ont décrit, d'ailleurs, Mme Louise, comme étant plutôt de bonne humeur, sans difficulté apparente.

Durant l'activité, elle ferme les yeux et s'endort plusieurs minutes. Puis, soudainement, elle se réveille, les yeux écarquillés :

« *Un rat ! Un rat, s'exclame t-elle la main tendue vers le pot de fleur.*

- Vous avez vu un rat ? Bah ! Moi je ne vois rien... Vous êtes sûre de vous ? Lui demande l'animatrice en riant.
- *Un rat, dans les fleurs, qui me regarde !* reprend Mme Louise, les sourcils froncés.
- Je ne vois rien, vous voyez quelque chose ? poursuit l'animatrice en s'adressant au groupe. Y aurait-il un rat qui viendrait sans être invité ? Ce serait un comble quand même... »

Le reste du groupe commence à rire en signifiant qu'il n'a rien vu. *Mme Louise se met alors à rire, en haussant les épaules* : « *Bah non !* » Elle se réinstalle dans son fauteuil et ferme les yeux.

- Je suis alors surprise de la voir passer de la frayeur au rire, pour se rendormir calmement. Néanmoins, il me semble important de rester vigilante à l'égard de Mme Louise. •

Au cours de l'atelier, elle se réveille à nouveau, regarde le pot de fleur, les sourcils froncés. Puis referme immédiatement les yeux. Plusieurs minutes s'écoulent et dans un sursaut, Mme Louise ouvre à nouveau les yeux figés sur le pot de fleur. J'approche ma main, cherchant son regard. Elle regarde ma main, approche la sienne, puis me regarde en riant :

« Non non hein ?

- Non ? lui demandais-je.
- *Le rat, non hein ? me dit-elle en souriant et extrêmement attentive.*
- Non [Mme Louise], il n'y a pas de rat, lui répondis-je en lui mettant ma main sur la sienne.
- *Pas de rat, rat, rat... me dit-elle en regardant les fleurs et en tirant sur mes doigts. »*

Elle referme les yeux et libère ma main. Au cours de l'activité, elle se réveille plusieurs fois, toujours en regardant le pot de fleur, le groupe, puis moi. Son regard semble me demander à chaque fois « le rat, non hein ? » Puis elle referme les yeux.

135. Mr Benoit, âgé de 84 ans, ancien artisan

Première rencontre :

Lorsque je me présente à Mr Benoit, il me regarde, me tire le bras et me dit : « Viens-y viens-y » en m'emmenant devant la porte donnant sur le jardin. Je l'ouvre. Mr Benoit se place alors devant la barrière et nettoie, gratte et élimine méthodiquement chaque mousse et feuille avec une cuillère qu'il avait dans la poche. Les soignants me le présente comme étant quelqu'un de difficile par ses obsessions et compulsions.

Son dernier jour à l'Accueil de Jour :

Durant l'atelier animé par la psychologue, le groupe s'agace de voir Mr Benoit tourner inlassablement derrière eux en demandant à qui va « Viens-y viens-y. » C'est lorsqu'il met un morceau de bois dans la bouche de Mme Victoria, que je m'approche de Mr Benoit et l'éloigne de l'activité en cours.

- C'est la première fois que je me retrouve seule avec lui. Entrer en lien avec Mr Benoit a toujours été difficile. Il me semble être au prise à une agitation perpétuelle, psychique comme physique. L'espace de rencontre s'en trouve réduit. •

Mr Benoit se rapproche à nouveau du groupe créant des levées d'injures. J'essaye de contenir Mr Benoit, de l'entraîner dans la petite salle de détente.

- Impuissante et mal à l'aise, je ne me sens plus stagiaire psychologue mais surveillante et gendarme. Le Sujet me semble introuvable. •

A nouveau Mr Benoit veut revenir vers le groupe. C'est alors que je me souviens qu'il travaillait, plus jeune, le bois. Deux dessous de plat en bois et en mosaïque sont sur la table.

« Mr Benoit avez-vous vu les deux dessous de plat ? Ils sont en bois ! » *Pour la première fois je le vois s'arrêter. Il les regarde.*

« Vous les trouvez comment ? Je crois que ce sont les Résidents qui les ont fabriqués, lui dis-je en cherchant son regard.

- *Oui pas mal, me dit-il en grimaçant.*
- Moi je les trouve plutôt jolis mais la surface n'est pas assez lisse.
- *Non non non, répète t-il en glissant son doigt contre la surface d'un des dessous de plat. »*

C'est alors qu'il le prend à pleine main, le caresse, le scrute, le gratté, les sourcils froncés. Puis le repose, et se tourne vers le groupe. A nouveau, il me tire le bras en me disant « Viens-y viens-y. »

- Que veut-il me dire ? Et si ce comportement suggérait de l'angoisse, tout comme son alimentation compulsive, ses objets multiples dans les poches ? •

« Mr Benoit, où voulez-vous m'emmener ?

- *Là, là, me signifie t-il en regardant dehors. »*

Plus je tente de me faire porte-parole de ses actions menées, plus *Mr Benoit semble se calmer et tenir le contact visuel. Nous nous mettons à marcher et à « échanger »* : je décris chaque mouvement que nous faisons, *lui me regarde à chaque phrase énoncée, tourne la tête vers moi, touche les objets de sa main. A la fin de l'atelier, il s'assoit à côté d'une résidente, et s'endort, événement rare aux dires du groupe.*

- Est-ce le résultat de ce temps passé ensemble ? Au delà d'avoir verbalisé les actions que nous menions, aurais-je été, aussi, le porte-parole de son ressenti au sens d'Aulagnier (1975) ? L'agitation, les mouvements multiples, les gestes obsessionnels, la phrase répétée « *viens-y, viens-y, »* ses aller et retour continus entre le groupe et l'autre pièce, le fait de ramasser de multiples objets et de les conserver dans ses poches viennent-ils dire de son angoisse ? •

La seule observation posée est qu'il s'est endormi après ce temps passé ensemble. Dans le même temps, le comportement du groupe se modifie aussi à son égard. « *Tiens il s'est endormi* » ; « *il faut faire attention à son cou* » ; « *c'est agréable de le voir comme ça.* »

136. Mme Victoria, 86 ans, ancienne secrétaire

Au fur et à mesure de nos rencontres, plusieurs signes chez Mme Victoria semblent traduire une angoisse profonde : son refus de changer de pièce, son refus de monter dans une voiture ou de descendre des marches, une hypersensibilité au bruit, son agressivité exprimée par ses mains qui repoussent avec force ou qui tapent la table en criant, sa serviette de table qu'elle met autour d'elle semblant former une limite entre elle et les autres, le refus de se nourrir, etc.

Lors d'un après-midi, Mme Victoria semble morose et pourtant attentive, moins repliée sur elle-même qu'à l'accoutumé. « Comment allez-vous ? » lui demandais-je en me rapprochant d'elle. Elle me sourit, fronce les sourcils et prend ma main.

« J'ai une bosse là, me dit-elle en posant ma main sur son front dans un murmure. Non un trou. Oh j'ai un trou. »

- Je suis étonnée de voir avec quelle clarté elle s'exprime. •

Elle presse de plus en plus fort ma main sur son front, puis elle délaisse ma main pour presser son front contre mon épaule. En me mettant à la hauteur de son regard, elle pose alors sa tête contre ma joue en poussant et en répétant « un trou » puis elle m'embrasse sur la joue en me souriant. Mme Victoria se rassoit alors dans son siège, me regarde, regarde Mme R. en souriant, et s'endort.

137. Commentaire

Par la présentation de ces trois dernières vignettes cliniques, nous souhaitions relever tout d'abord les traces d'une angoisse à l'oeuvre chez les sujets rencontrés, atteint de la maladie d'Alzheimer sévère. Précisons que dans cette pathologie, l'angoisse n'est que rarement formulée de manière manifeste, engendrant d'ailleurs la représentation du dément Alzheimer comme ne souffrant ni de sa maladie, ni de son vieillissement, ni du quotidien. Et pourtant, que ce soit l'hallucination du rat de Mme Louise, les déambulations de Mr Benoit ou le « trou » de Mme Victoria, il nous semble important de les envisager comme des signes d'une angoisse sous-jacente. Cette dernière semble s'exprimer sur la scène du lien intersubjectif. Il semble qu'elle soit apaisée, pour un instant, par la liaison. Nous pouvons d'ailleurs remarquer que chaque situation se clôt par un repli intérieur qu'évoque leur endormissement.

Rappelons que *Thanatos* recherche l'acte de désinvestissement de tout objet qui pourrait susciter toute forme de tension. La fuite de l'objet en est son expression première. Nos « échanges », bien qu'entrecoupés d'endormissement, viendraient alors soutenir l'investissement de son environnement, de l'expression de Soi et de sa reconnaissance, autrement dit *Eros*.

DISCUSSION

Rappelons que l'« Être au monde » devient un Sujet en s'individualisant et en se personnifiant (Winnicott, 1958). Pour se faire, plusieurs éléments sont nécessaires : les interactions environnementales, l'étayage corporel, le développement de l'appareil psychique et de ses instances, l'accroissement des capacités cognitives. Le Sujet entreprend un réel parcours de l'identité (Ricoeur, 1990), de la conscience et du maintien de Soi. Lorsque celui-ci est atteint de la maladie d'Alzheimer, *a fortiori* à son stade sévère, l'ensemble des déficits engendrés induisent de profonds bouleversements sur la subjectivité du dément. Tatossian (1994, cité par Quadéri, 2007, p. 214) va jusqu'à parler d'une « implosion de la subjectivité. » Les représentations sociales observées par Rozotte (2001) s'inscrivent, elles aussi, dans l'allégorie de la « mort psychique » et « du vide psychique » menant à l'altération des liens intersubjectifs. La pathologie Alzheimer est, selon Maisondieu (2011, p.75) « une tempête existentielle de nature à briser les cerveaux les moins résistants. » Où est alors le Sujet ? Qui est la personne derrière le stade sévère de la maladie d'Alzheimer ? Un cerveau brisé, dépsychisé, vide ? Un objet de soins que l'on doit « *laisser tranquille* » dans le respect de son sommeil (propos d'une soignante de l'Accueil de Jour) ? Une personne à qui on saute le tour dans un atelier ? Une personne à qui on ne doit plus demander de piocher dans un jeu de Triomino® ?

De ce suivi au long-court de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère, la clinique qui en résulte prend, en effet, la forme d'une clinique de l'archaïque, une « clinique de l'extrême de la relation humaine » (Quadéri, 2003). Notre pratique clinique résidait d'abord sur le pari de la persistance de la vie psychique chez le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer sévère intégrant l'idée que l'appareil psychique se maintient dans la rencontre avec l'Autre. Notre hypothèse suppose que le Sujet, bien qu'assailli, menacé et submergé par l'ensemble des pertes constitutives de la subjectivité, subsiste et reste en quête d'interlocuteur.

C'est ainsi que nous avons, tout d'abord, suggéré de concevoir le lien intersubjectif comme un levier soulevant et soutenant la conscience, le maintien et l'affirmation du Sujet dissimulé derrière le stade sévère de la maladie d'Alzheimer (H1).

Le corps nous est apparu comme le témoin du Sujet. Non seulement il devient le support d'un langage devenu le plus souvent pré-verbal, mais il prend aussi la forme d'une clé ouvrant sur une rencontre comme verrouillée par la démence. Mr Marius que nous avons rencontré à plusieurs reprises semble utiliser son corps pour narrer sa pensée et ses affects. Plus il l'investissait pour s'exprimer, plus nos échanges duraient. C'est ainsi qu'en lui proposant d'arroser les plantes, il nous a fait part de ses souvenirs de jardinage. Mr Benoit nous apparaissait comme un Sujet silencieux derrière ses déambulations et ses « *viens-y* » répétés. Le rencontrer a été difficile. Et pourtant, parler de la texture du bois semble avoir été notre clé relationnelle. En effet, glisser ses doigts sur la surface du dessous de plat semble lui avoir permis de poser sa conscience de Soi, un instant, sur l'agitation psychique et physique dans laquelle il était, mettant à l'arrêt ses déambulations.

La pensée, devenue une « pellicule sensorielle » chez le psycholysé (Pierron-Robinet, 2012) fait intervenir l'interlocuteur comme un support perceptif. Le goût, la vue, le toucher et l'ouïe sont stimulés par la relation, créant peu à peu une enveloppe sonore et sensitive. A l'instar du nourrisson, les interactions environnementales vont permettre au sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère de retrouver un sentiment d'intégrité corporelle, nécessaire à la conscience de Soi. Plus qu'un « Être au monde », Mr Marius et Mr Benoit semblent pourtant avoir exprimé des affects en regardant un jardin, en caressant du bois. Or, Mr Marius aimait, plus jeune, jardiner et Mr Benoit était un ancien ébéniste. Sommes-nous alors devant une pensée totalement sensorielle, déliée de tout contenu ou sommes-nous face au retour du Sujet, rappelé par des éléments constitutifs de son identité passée ?

De même, pouvoir s'opposer à son interlocuteur traduit-il le maintien du Sujet malgré les conséquences de cette maladie neurodégénérative ? En effet, Mme Victoria nous a fait part à de nombreuses reprises de ses « *non* » rieurs, volontaires, ou jubilatoires. Refuser de serrer notre main nous laisse à penser que Mme Victoria a encore la capacité de s'affirmer et de maintenir son Soi. Le « *non* » vient traduire, selon Spitz (1957), d'une certaine autonomie psychique marquée de la différenciation Moi-non-Moi. Cependant, au stade sévère de la maladie d'Alzheimer, le sujet manifeste des répétitions de mots dont le sens lui échappe. Etait-ce ici une manifestation écholalique ? Le fait est que Mme Victoria a soudainement alterné ses « *non* » par un « *oui* » nous laisse penser qu'il y réside une part intentionnelle.

A nouveau, « faire partie de la même équipe » et « jouer avec l'autre » semblent avoir permis à Mme Victoria de venir affirmer sa subjectivité. Revenons sur le choix des pions proposés. Sa main tendue vers la pioche nous témoigne d'une « tension vers », fondatrice du Sujet (Fromage *et al*, 2006). Un autre élément nous suggère la présence d'une conscience de Soi toujours à l'oeuvre malgré le stade sévère de la démence Alzheimer. En effet, lorsque Mme M. annonce : « *de toute façon, ça sert à rien de lui demander. Elle comprend rien à ce que vous lui dites. Elle n'est pas capable de piocher* » la réaction de Mme Victoria nous interroge. A nouveau, elle semble s'être repliée sur elle-même, fermant les yeux comme pour s'effacer : de l'élan qu'elle exprimait avec sa main tendue, « la tension vers » semble s'arrêter à la remarque de l'autre joueuse. Souffre t-elle de la remarque de Mme M. ? Cette remarque vient-elle réveiller les blessures narcissiques auxquelles les sujets déments et/ou vieillissants doivent faire face ? Le repli de Mme Victoria vient-il témoigner d'un Sujet touché et conscient de la situation ? Malgré la « déconfiture mentale » qu'évoquait Péruchon (2001), le Sujet dissimulé derrière le stade sévère de la maladie d'Alzheimer s'est-il, ici, affirmé ?

Dans un second temps, nous suggérions de comprendre l'affirmation de Soi, exprimée par le lien intersubjectif, comme le support d'une pulsion de vie subordonnée devant la progression massive de la pulsion de mort chez le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer sévère (H2).

Le remaniement de la vie psychique dans le processus démentiel « libère une activité souterraine de la pulsion de mort » (Linx, 2007, p.38). La perte de l'investissement du lien, le repli sur Soi, la sensibilité aux bruits, l'angoisse du changement, l'agressivité, les déambulations, l'hallucination du rat, la compulsion alimentaire viennent, selon nous, témoigner d'un *Thanatos* prédominant. A l'instar du nourrisson, le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer sévère semblerait faire face à des angoisses d'annihilation, de vide, de chute et « ferait appel à un Autre secourable, (...) Autre vers lequel le sujet dément est incessamment en quête » (Deboves, 2014, p.6) : Mme Louise quand elle évoque le rat et qui s'apaise à notre main posée sur la sienne, Mme Victoria comme faisant face à une hémorragie psychique devant son front troué et qui prend notre main comme pour colmater la blessure, Mr Benoit qui s'endort après ses déambulations que nous avons accompagnées.

Tous semblent avoir exprimé et signifié le besoin du lien archaïque de protection. Nous supposons que ces différentes expériences d'angoisse voire d'agonie psychique (Winnicott, 1958) peuvent être contenues par les manifestations environnementales. L'Autre devient le garant de leur existence : je te vois, je te parle, je te touche donc tu existes. Dès lors, le corps et la psyché du Sujet réveillés par le regard de l'Autre engendrent ces instants, souvent rares, où la vie semble renaitre. De ces rencontres, nous retenons donc avec quelle singularité *Eros* semble reprendre ses droits : un gâteau au chocolat et un pied dénudé, un « Nous » et un « Non, » un regard rassurant et une main posée sur un front.

Dans ce sens, nous souhaitons revenir sur notre rencontre avec Mr Auguste. Faire le pari de la vie psychique chez lui, d'un Sujet toujours conscient de Soi, a été mis à rude épreuve. En effet, Mr Auguste est le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade le plus avancé dans la démence que nous ayons rencontré. Le ressenti que nous avions d'être face à « un cadavre » nous a questionné sur le positionnement que nous pouvions avoir. Quant est-il du Sujet ? Où est le Sujet quand il ne perçoit pas - au vue des signes observés - notre rencontre ? Comment faire naître un lien devant ce repli presque absolu ? Comment peut-on alors penser le Sujet sans parole ? Peut-on encore faire le pari d'une quête d'interlocuteur toujours latente chez lui (Deboves, 2014) ?

Autrement dit, quelle est la demande du Sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère ? Y a-t-il une demande ?

Si nous reprenons nos hypothèses qui font du lien intersubjectif un facteur d'expression et de l'affirmation de Soi, un levier de subjectivité et un support de pulsion de vie face à cette pulsion de mort qui progresse chez le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère, nous pouvons nous interroger sur les limites de sa dimension thérapeutique.

Parler d'une « clinique de l'extrême de la relation humaine » (Quadéri, 2003) a pris ici tout son sens. Rappelons que la clé trouvée pour rencontrer Mr Auguste est un gâteau au chocolat. Or, ce dernier est un ancien artisan boulanger dont la confection des pâtisseries a fait parti de son quotidien. Il me signifiait son désir de reprendre du gâteau. Sommes-nous ici devant le rappel du Sujet par les souvenirs passés ? Ou est-ce l'expression d'une jubilation née du plaisir gustatif qu'offre le chocolat ?

Mr Auguste nous apparaît comme une énigme. Il est peut être celui qui vient infirmer notre hypothèse selon laquelle le Sujet subsiste toujours malgré la progression de la démence Alzheimer. Peut-on encore parler d'une quête de l'Autre pour Mr Auguste ? Peut-on évoquer des zones limites dans lesquelles on perd le Sujet ? Sur ce postulat énoncé, comment penser la pratique du psychologue ?

Etre l'interlocuteur d'un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère, c'est prendre la figure de l'archéologue psychique. Par le lien intersubjectif, nous partons peu à peu en quête d'éléments et d'événements biographiques à reconstituer et à réécrire pour donner sens à un Sujet parfois absent de sa propre histoire. L'Autre devient par la même occasion le conteur d'une histoire oubliée ou lointaine. Rappeler les vestiges du passé permettrait au Sujet de retrouver un sentiment d'identité afin qu'il ne se sente pas « comme un nouveau-né à chaque instant » (Devreux, 2009, p.55)¹. Maintenir l'expérience de l'Altérité c'est aussi « contenir tout un flot d'images, d'affects désordonnés et confus, afin de stopper des hémorragies de pensées envahissant la vie psychique du sujet » (Linx, 2007, p.40). L'interlocuteur devient, dans cette perspective, porteur de mémoire et porteur de sensorialité, porteur de communication et porteur d'*Eros*, porte-parole et interprète, archéologue de l'identité narrative et couturier d'une conscience de Soi effilée.

Ajoutons que reconnaître le « psycholysé, » non comme un objet de soins mais comme un Sujet, est exigeant. La situation de rencontre est, ici, envisagée et repose sur le concept du don-contre-don maussien. L'échange interactionnel n'est alors ni égalitaire ni nécessairement concomitant (Bourgeon, 2007). Ainsi, notre pratique reposera sur la volonté de maintenir vivante l'expérience de l'Altérité qui pour le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer sévère deviendrait impossible à entreprendre seul.

L'Autre est donc à comprendre comme un Moi-Auxiliaire, contenant, maintenant et soutenant le Moi effracté du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer tel l' « environnement suffisamment bon » décrit par Winnicott (1958). Cet environnement doit donc survivre à l'expérience de la rencontre d'une psyché psycholysée tandis que le dément fait l'expérience d'un environnement survivant à sa propre destruction et à l'effondrement. Ainsi, le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère s'inscrirait, comme le nourrisson, dans le paradoxe winnicottien de l'objet trouvé-créé. En résistant à sa destructivité, il va pouvoir nous reconnaître comme un objet séparé de lui et faire naître un sentiment de continuité d'exister. C'est ainsi que l'alliance thérapeutique que nous avons essayé de créer renvoie à l'établissement d'un sentiment de sécurité de base chez le Sujet.

¹ Citation complète p. 7

Mais alors, que ce passerait-il si l’Autre s’absentait peu à peu au risque que le sujet atteint de la maladie d’Alzheimer au stade sévère devienne un objet de soins plus qu’un sujet de soins ? Serait-ce sans conséquence ? *Laisser tranquille* le Sujet ne reviendrait-il pas à le laisser devant « l’aphanisis », angoisse de l’extinction radicale de la parole et du désir, antichambre de la mort (Linx, 2007) ? Qu’il soit Sujet ou « Être au monde », le sujet atteint de la démence Alzheimer ne doit-il pas, comme pour le nourrisson, rester lié à un « environnement suffisamment bon » (Winnicott, 1958) gardant en mémoire son identité passée ? Ne plus exister dans l’énoncé de l’Autre ne reviendrait-il pas à le laisser devenir mort-vivant dans une présence absente à soi-même et aux autres ?

Lourde tâche incombée à l’interlocuteur… L’expérience du « Nous, » fusion du « Je » et du « Tu », que met en scène la relation engagée avec Mme Victoria, nous offre un autre regard critique de l’approche présentée. En effet, établir une relation de don-contre-don et devenir un Moi-auxiliaire, c’est prendre le risque d’engager sa propre identité devant celle, dépersonnalisée, du sujet atteint de la maladie d’Alzheimer sévère. Son Moi effracté peut alors prendre la forme d’une identité adhésive recherchant le collage, la fusion, l’agrippement violent à celui du soignant, du conjoint, de l’environnement. Bick (1968, cité par Jean-Strochlic, 2006) émet l’hypothèse d’une position adhésive dans la forme la plus primitive de la personnalité : le nourrisson a le sentiment d’être collé à sa mère et a le fantasme de faire peau commune (Anzieu, 1985). Rappelons que la clinique présentée dans cette étude est une clinique de l’archaïque. Créer, par exemple, un lien intersubjectif avec Mme Victoria c’est symboliquement prendre le risque de voir notre main et notre joue colmater le trou de son front. Le tissu relationnel peut devenir adhésif.

Entrer en lien avec un sujet atteint de la maladie d’Alzheimer sévère pourrait donc prendre une dimension délétère venant expliquer la distanciation physique et psychique de certains membres de son environnement. Se séparer de lui viendrait répondre à un besoin d’auto-conservation : la survie psychique et identitaire. Considérer le sujet malade Alzheimer comme un objet de soins sans élément identificatoire pourrait être entendu comme l’instauration d’une séparation vitale pour protéger notre Moi et conserver une homéostasie psychique. La sidération et l’effroi que nous avons ressentis lors de notre première rencontre avec Mr Auguste en est un autre exemple. Reconnaître le Sujet derrière la démence Alzheimer c’est donc contenir ses angoisses d’annihilation, risquer l’identification mortifère et adhésive, survivre à la crainte de l’effondrement winnicottien.

On ne peut reconnaître l’Autre que lorsque l’on se reconnaît Soi-même (Ricoeur, 1990). Offrir un temps d’analyse de la pratique pour les soignants prend alors tout son sens. Il semble essentiel dans le travail de reconnaissance du Sujet. Ainsi, le psychologue peut intervenir dans une dimension plus institutionnelle en proposant un temps de supervision et un temps d’élaboration, invitant les soignants à identifier ce qui se joue lorsque l’on devient un Moi-auxiliaire. Ce temps permettrait à ces derniers de mieux cerner les représentations associées au sujet atteint de la maladie d’Alzheimer et comment celles-ci influencent la pratique. Ce serait aussi mettre en mot leurs expériences de gel de la pensée et leur sentiment d’impuissance : « *c'est vrai que parfois... je me demande à quoi je sers* » me disait l’une des soignantes de l’Accueil de Jour. Plus encore, ce temps viendrait réinvoquer une pulsion de vie quelquefois fragilisée : « *mais c'est vrai que quand nous même on ne va pas bien... Je ne vois pas comment on peut donner du bien être* » concluait un jour une soignante.

Ces mêmes temps d’analyse de la pratique proposés par l’Université et destinés aux stagiaires psychologues, ont d’ailleurs été essentiels durant ces expériences pré-professionnelles.

Comprendre la dynamique de groupe et offrir un temps d’écoute aux résidants vivant quotidiennement ou ponctuellement avec des sujets atteint de la maladie d’Alzheimer semblent aussi nécessaires : « *Si c'est pour finir comme ça, autant mourir tout de suite* » (Mr D.) ; « *perdre ma mémoire c'est mourir, c'est devenir... Ça hein !* » (Mme R.).

De même, notre expérience à Montréal au sein d’une association spécialisée dans la formation et l’accompagnement en faveur des proches-aidants spécifiques à la maladie d’Alzheimer est venue nourrir notre réflexion. Le « Parcours-Aidant » est offert aux proches ayant un conjoint, un ami, un parent atteint de cette démence. Ces groupes de parole leur permettent de « *voir que l'on n'est pas toute seule* » (Mme A.) ; « *trouver du soutien lorsque l'on est épuisé, à deux doigts de faire une bêtise* » (Mr L.) et « *continuer à l'aimer et à s'aimer* » (Mme M.).

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce mémoire a voulu rendre compte des tenants d'une réflexion étayée par nos rencontres, par notre pratique et par la lecture de théories psychanalytiques, phénoménologiques et neuropsychologiques. Nous avons, dans un premier temps, cherché à mettre en lien les jalons de ce « parcours de l'identité » guidant notre passage d'« Être au monde » à celui de Sujet avec les pertes massives et délétères que connaît le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. Quand est-il du Sujet ? Quelle est la demande du sujet atteint de la démence Alzheimer à ce stade ? Mais aussi, comment aborder, rencontrer, reconnaître, penser le Sujet sans parole ?

Nous avons alors supposé que, bien qu'affaibli et dissimulé derrière la mouvance dépersonnalisante qu'engendre le stade sévère de la maladie d'Alzheimer, le Sujet peut encore faire subsister le sentiment d'être lui-même, unique et singulier. La présentation des sept vignettes cliniques cherchait à percevoir deux éléments :

- le lien intersubjectif permet de faire surgir le Sujet dissimulé derrière le stade sévère de la maladie d'Alzheimer,
- maintenir le lien intersubjectif, l'expression et l'affirmation de Soi permet de soutenir la pulsion de vie contre la progression de la pulsion de mort.

Le travail de liaison et de reconnaissance du Sujet menacé par la maladie sous-tend un travail de couture de la conscience altérée de son Soi. Autrement dit, entrer en lien avec Mr Auguste, Mr Marius, Mr Benoit, Mme Louise et Mme Victoria c'est devenir un Moi-auxiliaire, porteur d'*Eros* et de pensée, c'est devenir un « environnement suffisamment bon » pour que le Sujet reprenne ses droits sur la pathologie. A travers un langage pré-verbal et verbal, l'investissement du lien intersubjectif s'établit : un regard, un « *non* », un rire... Peu à peu, chacun s'affirme et se fait connaître.

Malgré tout, nous avons pu constater une zone limite dans laquelle on pourrait perdre le Sujet, qui interroge cette question de la « clinique de l'extrême de la relation humaine » qu'évoquait Quadéri (2003). Dans ce sens, la question du positionnement professionnel du psychologue reste posée. Au cours de ce cheminement, force a été de constater que ce travail de reconnaissance doit être étayé par un temps de parole et d'échange, par un temps d'analyse et de soutien pour chaque acteur qui fait « environnement. » Entre objet de soins et sujet de soins, la spécificité du clinicien vient tenir et soutenir l'investissement du lien et de la parole du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer mais aussi de son environnement.

Ainsi, ce mémoire, s'il a rendu compte des possibles nécessaires pour maintenir un lien intersubjectif permettant la rencontre du Sujet, des limites sont apparues dans la pratique possible du clinicien.

Sans nul doute, la dimension éthique du soin gériatrique reste toujours questionnée, travaillée et élaborée. Le positionnement du psychologue clinicien est encore à interroger tant dans sa dimension individuelle que dans ce qui peut être offert à l'environnement du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer. Offrir un espace clinique aux proches-aidants permettrait-il d'en faire des « partenaires de soin » soutenus ?

Dans cette clinique de l'extrême où la relation humaine semble souvent émaillée, nous avons pu mesurer le lien possible avec Mr Auguste au travers du plaisir gustatif partagé. La psychologue de l'UPAD qui finalisait son intervention conclut en s'adressant à nous :

« Ça y est, tu as rencontré Mr Auguste ! »

BIBLIOGRAPHIE

Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.

Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris : Dunod.

Backine, S. et al. (2007). Classification des démences : aspects nosologiques, *Médecine Nucléaire*, 31, 278-293.

Benmakhoul, A. (2011). *L'identité. Une fable philosophique*. Paris : PUF.

Bonnet, A. et al. (2014). Réaction verbale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer face à leur environnement. Du moi topique au moi corps, *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 14, 102-106.

Bourgeon, D. (2007). Le don et la relation de soin : historique et perspectives..., *Recherche en soins infirmiers*, 89, 4-14.

Charazac, P.-M. (2009). Point de vue psychanalytique sur le perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer, *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 7, 3, 169-174.

Caroll, L. (1869). *Alice aux pays des merveilles*. Paris : Gallimard, 2005.

Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris : PUF, 2004.

Ciccone, A. (1988). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.

Davous, P. et al. (1999). Maladie d'Alzheimer, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 17-056-A-10, 1-15.

Deboves, P. (2014). Le cri dans la maladie d'Alzheimer à un stade sévère : vers une découverte du primitif, *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10, 1-8.

Devreux, G. (2009). *La renonciation à l'identité. Défense contre l'anéantissement*. Paris : Payot & Rivage.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil.

Dor, J. (1985). *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris : Editions Denoël, 2002.

Eiguer, A. (2008). *Jamais moi sans toi*. Paris : Dunod.

Eustache, F. (1993). Langage, vieillissement et démences. Dans F. Eustache et B. Lechevalier (dir.), *Langage et aphasic. Séminaire Jean-Louis Signoret*. Bruxelles : De Boeck.

Eustache, M.-L. (2013). *Conscience, mémoire et identité*. Paris : Dunod.

Fargeau, M.-N. *et al.* (2010). Alzheimer's disease and impairment of the Self, *Consciousness and Cognition*, 19, 969-976.

Feldman, H. *et al.* (2006). Maladie d'Alzheimer au stade avancé : approche clinique, *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 8, 3, 4-9.

Freud, S. (1923). *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1989.

Fromage, B. *et al.* (2006). La question du sujet dans la maladie d'Alzheimer, *L'information psychiatrique*, 82, 397-404.

Gil, R. *et al.* (2011). Conscience de Soi, maintien et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer, *Annales médico-psychologiques*, 169, 7, 416-419.

Jean-Strochlic, C. (2006). Ne pas avoir de peau, *Revue française de psychosomatique*, 29, 67-82.

Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris : Dunod.

Keller, J.-C. (2007). *Le paradoxe dans la communication. Actualisation théorique, perspectives thérapeutiques*. Paris : L'Harmattan.

Lechowski, L. *et al.* (2004). Démarche diagnostique devant un syndrome démentiel, *La Revue de médecine interne*, 25, 363-375.

Le Gouès, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir*. Paris : Dunod.

Linx, P. (2007). Rencontre avec le sujet dans la Maladie d'Alzheimer. Pari d'un ultime transfert, *Le Journal des psychologues*, 250, 37-41.

Maisondieu, J. (2011). *Le crépuscule de la raison. La maladie d'Alzheimer en question*. Montrouge : Bayard.

Péruchon, M. (2001). Du moi-peau : applications à la gérontologie et à la ritualité, *Psychologie clinique et projective*, 7, 45-54.

Péruchon, M. (2011). Créations picturales ou graphiques dans la maladie d'Alzheimer et dans la schizophrénie. Point de vue psychanalytique, *Gérontologie et société*, 137, 131-150.

Pierron-Robinet, G. (2012). Les intrusions au sein du Moi : psychopathologie de l'exil intérieur de la maladie d'Alzheimer, *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19, 19-27.

Piolino, P. (2007). A la recherche du self : théorie et pratique de la mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer, *L'Encéphale*, 33, 2, 33-44.

Pirlot, G. (2012). Les démences. Dans G. Pirlot et D. Cupa (dir.), *Approche psychanalytiques des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin.

Ploton, L. (2009). Les bases affectives de la vie psychique, ce que nous apprend la maladie d'Alzheimer, *Annales de Gérontologie*, 2, 3, 151-155.

Quadéri, A. (2003). La psychanalyse au risque de la démence. Le pari pascalien dans la clinique du dément, *Cliniques méditerranéennes*, 67, 33-52.

Quadéri, A. (2007). Mémoire et souvenir dans la clinique dément, *Psychothérapie*, 27, 213-219.

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Editions du Seuil.

Rozotte, C. (2001). Les concept de conscience au coeur des représentations sociales de la maladie d'Alzheimer. Etudes des théories subjectives de l'intériorité psychique du patient, *Gérontologie et société*, 97, 159-174.

Sptiz, R.-A. (1957). *Le non et le oui. La genèse de la communication humaine*. Paris : PUF, 1962.

Winnicott, D.-M. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Les éditions Payot.

Witt, J. (2007). *La plume du Silence. Toi et moi... et Alzheimer*. Paris : Presse de la Renaissance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE I : DE « L'ÊTRE AU MONDE » AU SUJET	3
11. Introduction	3
12. De l'environnement-individu à l'individu singulier : les éléments constitutifs	3
13. Résumé	10
PARTIE II : LE STADE SÉVÈRE DE LA DÉMENCE ALZHEIMER	11
11. Introduction	11
12. Les conceptions étiopathogéniques	12
13. « Je veux redevenir moi-même » (Witt, 2007, p.46) : Pertes et points de rupture	13
131. « Je suis ‘Madame rien du tout’ » (Witt, 2007, p.198) : la perte identitaire	13
132. « Je suis une idiote dans un lit. Voilà ce que je suis. » (Witt, 2007, p.204) : la perte cognitive	14
133. « Il manque quelque chose là-dedans. Et tu pointais l’index sur le front. » (Witt, 2007, p. 140) : La perte psychiqu	16
134. « Je suis un bout de viande qui tourne.» (Witt, 2007, p. 26) : la perte corporelle	17
135. « Ne m’abandonne pas » (Witt, 2007, p.50) : l’effet des pertes sur les liens intersubjectifs	18
14. Résumé	19
PARTIE III : PROBLÉMATISATION ET HYPOTHÈSES	20
PARTIE IV : AU CHEVET DU SUJET	22
11. Outils usités : Entre observation clinique et entretien clinique...	22
12. Présentation des Sujets rencontrés	23
13. Présentation de 7 vignettes cliniques	25
131. Le corps, narrateur du sujet	25
<i>1311. Mr Auguste, 90 ans, ancien artisan boulanger</i>	25
<i>1312. Mr Marius, 85 ans, ancien militaire</i>	26
<i>1313. Le corps, narrateur du Sujet : commentaire</i>	27
132. Je, Te, dis Non !	28
<i>1321. Mme Victoria, 86 ans, ancienne secrétaire</i>	28
<i>1322. Je, Te, dis Non : commentaire</i>	29
133. Je c'est Nous ; le jeu c'est Je et Nous	30
<i>1331. Mme Victoria, 86 ans, ancienne secrétaire</i>	30
<i>1332. Le Je c'est Nous ; le jeu c'est Je et Nous : commentaire</i>	31
134. Mme Louise, âgée de 82 ans, ancienne couturière	32
135. Mr Benoit, âgé de 84 ans, ancien artisan	33
136. Mme Victoria, 86 ans, ancienne secrétaire	35
137. Commentaire	35
DISCUSSION	36
CONCLUSION GÉNÉRALE	43
BIBLIOGRAPHIE	45
TABLE DES MATIÈRES	49

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Morgane GÉRARD
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **07 / 05 / 2015**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



RÉSUMÉ :

Quelles sont les incidences délétères du stade sévère de la maladie d'Alzheimer sur l'expression du Sujet, de son individualité et de son unicité ? Quelle est la demande manifeste et/ou latente de ce dernier ? L'investissement du lien intersubjectif est-il encore possible ?

Ce travail de recherche clinique s'inscrit dans un cadre universitaire et se destine à rendre compte de la singularité de sept fragments cliniques venus étayer notre réflexion. Il tend à répondre à ces questionnements nés de notre *cursus* universitaire et de nos expériences pré-professionnelles interrogeant par la même, les notions de l'éthique et de la déontologie inhérentes à la pratique du psychologue clinicien. De cette clinique considérée comme une clinique de l'extrême de la relation humaine, nous mesurerons le rôle du lien intersubjectif sur le maintien et l'expression du Sujet menacé par cette « tempête existentielle de nature à briser les cerveaux les moins résistants. »

Mots-clés :

Sujet - Stade sévère de la maladie d'Alzheimer - Lien intersubjectif - Reconnaissance - Corps - Environnement suffisamment bon

ABSTRACT :

What is the deleterious impact of severe Alzheimer's disease on the subjectivity and individuality's person ? What is the obvious and/or latent demand of this one ? Is the investment of the intersubjective link still possible ?

This university research tries to report the singularity of seven clinical fragments. It tends to answer theses questionings arisen from our university formation and from our preprofessional experiences, questioning, by the same, the professional ethics inherent to the practice of the psychologist clinician. In this specific clinical practice considered, we will measure the role of the intersubjective link on the preservation and the expression of the person, threatened by this « existential storm likely to break the least resistant brains. »

Keywords :

Subject - Severe Alzheimer's disease - Intersubjective link - Recognition - Body - The good-enough environment