Université de Lille
Laboratoire de psychologie PSITEC
« Psychologie : Interactions, Temps, Emotions, Cognition »
École doctorale sciences de l'homme et de la société

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LILLE

Discipline : PSYCHOLOGIE

Présentée et soutenue par

Baptiste LE DIAGON

le 31 mars 2026

Psychopathologie de la maladie d'Alzheimer : une approche clinique de la mémoire démentielle

Thèse dirigée par Rosa Caron

Membres du jury

Rosa Caron	MCF-HDR émérite, Université de Lille	*Directrice de recherche*
Benoit Verdon	Professeur des universités, Université Paris Cité	
Laurent Combres	MCF-HDR, Université Toulouse 2 Jean Jaurès	*Rapporteurs*
François Puisieux	Professeur des universités, CHU de Lille,	*Président*
Marion Villez	MCF, Université Paris Est Créteil	*Examinatrice*
Michèle Grosclaude	Professeure, ancienne responsable de master, Université de Strasbourg	*Invitée*

Laboratoire de Psychologie PSITEC
Domaine universitaire du Pont de Bois, Rue du barreau
59650 Villeneuve d'Ascq

Remerciements

Un jour comme un autre, face au concert décharné d'un vieillard dont l'accord peinait à rencontrer mon oreille, j'ai décidé d'entreprendre un changement de tablature, d'affiner mon écoute, à défaut de pouvoir accorder mon interlocuteur et d'écrire une symphonie.

Rosa Caron me proposa les premiers instruments pour débuter, m'apprit à les accorder… puis à les réaccorder… et à les réaccorder encore. Elle me permit également de trouver un espace de répétition et ce, depuis des années. Je lui en suis profondément reconnaissant.

Mes collègues doctorants m'ont offert des résidences pour peaufiner mon œuvre, l'étudier et me faire entendre quelque chose de leur pensée, notamment Paul Poulain, dont l'oreille affûtée m'a conduit à écouter ma propre musique, à y percevoir ce qu'il y entendait, puis à la béatifier. Je les en remercie.

Ma conjointe, Axelle Villain, au plus près de mon expérience intellectuelle et affective, a toujours écouté mon chant, qu'il sonne faux ou qu'il nous emporte ailleurs, avec une attention au sens le plus large du terme : celle qui veille à ce qu'il ne me trahisse pas et ne m'engloutisse pas dans ce que je ne saurais supporter. Pour son amour et sa bienveillance, je la remercie.

Mes parents, Odile et Yves Le Diagon, ainsi que ma sœur Marie-Aude Corson, furent la condition même de l'existence de cette oreille, sur les plans matériel, affectif et intellectuel. Pour leur passion, leur amour et leur héritage, je les remercie.

Je souhaite adresser un remerciement tout particulier à Jean-Luc Villain pour ses relectures, corrections et conseils concernant la qualité de mon solfège.

Je remercie également l'ensemble de mes collègues soignants, parfois entrevus dans ce travail, qui participent à l'élaboration d'une tablature originale sur laquelle la musique Alzheimer pourrait s'entendre plus distinctement.

Je remercie l'ensemble des membres du jury pour l'honneur qu'ils me font d'étudier ma partition et de me laisser entendre leur propre version musicale.

Et puis, il y a ceux dont la simple présence inspire une nouvelle manière d'entendre la musique : Clément Delabarre, Nicolas Christie, Tom Binet, Thibault Le Page et Guillaume Debuff en font partie. Je les remercie d'être devenus des êtres aussi inspirants.

Je remercie l’école doctorale et le laboratoire PSITEC d’avoir permis la mise en place des conditions matérielles et des conditions de formation nécessaires à cette symphonie.

Et bien entendu, je remercie les participants de cette étude, qui furent, sont et seront toujours les premières notes de ma pensée.

Psychopathologie de la maladie d'Alzheimer : une approche clinique de la mémoire démentielle

RESUME

Cette thèse, intitulée *Psychopathologie de la maladie d'Alzheimer : une approche clinique de la mémoire démentielle*, prend pour point de départ l'expérience d'une rencontre avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Elle cherche à comprendre ce que cette clinique singulière vient interroger dans notre manière de penser la mémoire, mais aussi dans notre position de clinicien. Loin de réduire la maladie à une défaillance des fonctions cognitives, elle propose d'envisager la mémoire comme un espace psychique en mouvement, où s'articulent présence et perte, inscription et effacement, dans une dynamique toujours relationnelle.

La recherche s'appuie sur une méthodologie fondée sur l'élaboration de cas issus de suivis psychologiques au long cours. Ces cas cliniques ont pour visée de rendre compte du travail de mise en pensée qui se déploie dans la rencontre, en tant qu'il engage pour le patient comme pour le clinicien une dynamique de remémoration, de transformation et de mobilisation psychique.

Les résultats de cette élaboration montrent l'intérêt de concevoir la mémoire non pas comme une faculté interne et individuelle, mais comme un espace partagé, traversé par des objets mnésiques extériorisés. L'attention portée à ces objets flottants, qui participent du champ analytique de la rencontre, ouvre la possibilité d'un autre rapport au souvenir et à l'oubli. En retour, le clinicien est amené à interroger sa propre mémoire du suivi, dans une éthique de la présence et de la reprise, où la mémoire se fait acte et non simple rétention du passé.

Mots clés : Alzheimer, mémoire, démence, subjectivité, psychopathologie, souvenirs, rêve.

Psychopathology of Alzheimer's Disease: A Clinical Approach to Demential Memory

ABSTRACT

This dissertation, entitled *Psychopathology of Alzheimer's Disease: A Clinical Approach to Demented Memory*, takes as its point of departure the experience of encountering patients living with Alzheimer's disease. It seeks to examine how this singular clinical field challenges our ways of thinking about memory, as well as our position as clinicians. Rather than reducing the illness to a deficit in cognitive functions, the study proposes to understand memory as a psychic space in motion, where presence and loss, inscription and erasure, are continuously interwoven within a fundamentally relational dynamic.

The research is grounded in a methodology based on the elaboration of case studies drawn from long-term psychological follow-ups. These clinical cases aim to articulate the work of "thinking-into-being" that unfolds within the encounter, insofar as it engages both patient and clinician in a process of recollection, transformation, and psychic mobilization.

The findings of this elaboration highlight the value of approaching memory not as an internal, individual faculty, but as a shared space traversed by externalized mnemonic objects. Attending to these floating objects—elements that shape the analytical field of the encounter—opens the possibility of a different relationship to remembering and forgetting. In turn, the clinician is invited to question their own memory of the therapeutic process, within an ethics of presence and revisiting, where memory becomes an act rather than a mere retention of the past.

Keywords: Alzheimer's disease, memory, dementia, subjectivity, psychopathology, memories, dream.

TABLE DES MATIERES

Introduction générale 15

CADRE THÉORIQUE 18

Vieillesse, les errances d'un concept : éléments d'histoire 19

Introduction 19

I. La vieillesse à travers les âges 23

I.1 Le vieillard sacré des temps anciens (-1000 av. J.C – -400 av. J.C) 23

I.1.1 Figures de longévité biblique 24

I.1.2 La vieillesse plurielle du philosophe 25

I.2 Attaque politique et esthétique de la vieillesse dans l'Empire romain (-400 av. J.C – IV^{ème} siècle) 26

I.2.1 Affaiblissement du rôle des anciens dans la cité 26

I.2.2 Dévalorisation dramaturgique 26

I.2.3 Essentialisation médicale 27

I.3 La longévité honorifique du Haut Moyen-Âge (IV^{ème} - XI^{ème} siècle) 27

I.3.1 Figure de longévité historique 27

I.3.2 Prémices d'une assistance sociale 28

I.4 Le bas Moyen-Âge isolement et assistanat (Xi^{ème} siècle – XV^{ème} siècle) 29

I.4.1 Isolement démographique en temps de paix 29

I.4.2 Repli familial et gérontocratie en période trouble 29

I.5 La révolution esthétique de la Renaissance 30

I.5.1 Faire de l'ombre à la jeunesse 30

I.5.2 La vieillesse comme figure de misère 31

I.6 Le XVIII^{ème} siècle et ses lumières 32

I.6.1 La vieillesse comme question existentielle 33

I.6.2 La vieillesse citoyenne dans une république naissante 33

I.7 Le XIX^{ème} siècle et l'éclatement familial 35

I.7.1 La vieillesse comme problème médical 35

I.7.2 Disqualification sociale naissante 36

I.7.3 Une assistance spécifique aux plus âgés 37

I.7.4 Une littérature témoin de la vieillesse 38

I.8 Les populations vieillissantes du XX^{ème} siècle 38

I.8.1 Naissance de lourdes préoccupations démographiques 38
I.8.2 La mise en péril du modèle social 39
I.8.3 Développement d'une politique d'assistance 40
I.8.4 Institutionnalisation de la vieillesse 40
I.8.5 Scission de la vieillesse et naissance du grand âge 41
I.8.6 Isolement et dépendance comme nouveaux marqueurs du grand âge 42

II. Le XXI[ème] siècle, crise et régulation sociale de la vieillesse 44

II.1 Une démographie d'un « mal qui vient » 44

II.2 La question de l'hébergement 45

II.2.1 Innovations et alternatives d'hébergement 45

II.3 Figures modernes de la vieillesse 47

II.3.1 La figure dépendante du grand âge 47
II.3.2 Le nouvel arc de la « jeune retraite » 48
II.3.3 La jeunesse comme espoir d'une population vieillissante 48
II.3.4 La révolution mnémotechnique 50

Conclusion 51

Alzheimer, une maladie à double vie 52

Introduction 52

I. Alzheimer : une histoire des sciences 56

I.1 Alois Alzheimer 56

I.1.1 Parcours d'un psychiatre allemand 56
I.1.2 Premières recherches cliniques à Francfort-sur-le-Main 57
I.1.3 L'artériosclérose et la démence sénile 58

I.2 Alzheimer : du nom au concept 59

I.2.1 Frau Auguste D : la concrétisation clinique 59
I.2.2 Élaboration d'un corpus et difficultés diagnostiques 60
I.2.3 Héritage et tentative de clarification du concept 61
I.2.4 La fusion des concepts de démence et de sénilité 62

II. Alzheimer : une histoire sociologique 64

Introduction 64

II.1 Exploration médicale et politique de soin 65

II.1.1 La révolution de l'imagerie et le regain organiciste 65
II.1.2 Le développement d'une expertise gériatrique 66
II.1.3 L'extrapolation conceptuelle de la maladie 67

II.1.4 L'étude précoce dans la Mild Cognitive Impairment 70
II.1.5 D'une maladie de la vieillesse à une vieillesse malade 71
II.1.6 Du traitement de la démence au traitement de la vieillesse 72

II.2 La disqualification sociale par la maladie 74
II.2.1 La neutralisation de la vieillesse 74
II.2.2 Une position sociale dévalorisante 76
II.2.3 Répercussions cliniques 77

II.3 Les acteurs de la politique de soin 78
II.3.1 L'arc associatif 78
II.3.2 L'impact sur les politiques publiques 79
II.3.3 L'arc lobbyiste 81
II.3.4 La parole aux malades 84

II.4 Une régulation sociale de la maladie d'Alzheimer 86
II.4.1 Des logiques d'hébergement en tension 86
II.4.2 Habitats prescrits vs habitats inclusifs 87

***Conclusion* 89**

Quand l'Alzheimer rencontre la psychanalyse 90

***Introduction* 90**

***I. Premières considérations psychanalytiques sur la vieillesse* 93**

I.1 L'approche entropique de Freud. 93
I.1.1 Un champ disciplinaire loin des problématiques de la vieillesse 93
I.1.2 La vieillesse contre-indiquée 94
I.1.3 Une approche entropique 95

I.2 Ferenczi : une proposition naturaliste 97
I.2.1 Une étude psychologique de la paralysie générale 97
I.2.2 La psychonévrose du retour d'âge 98
I.2.3 Premiers jalons psychanalytiques de la démence sénile 100
I.2.4 La théorisation d'une vieillesse humiliée 101

I.3 Abraham : le temps ne fait rien à l'affaire 102
I.3.1 Problèmes éthiques d'une contre-indication freudienne 102
I.3.2 La névrose n'a pas d'âge 103
I.3.3 Naissance de l'opposition théorique 104

I.4 Réagir à une sexualité vieillissante : Michael Balint 105
I.4.1 Le vieillard et l'autre 105
I.4.2 La régression comme voie de recours 107

I.4.3 La persistance des représentations humiliantes de la vieillesse 108
I.4.4 Inspirations sociologiques 109

II. Naissance d'une psychanalyse du vieillissement 111

II.1 Claude Balier : régression narcissique et vieillissement 111
II.1.1 Rappels sur le narcissisme 111
II.1.2 Le travail du vieillir 113
II.1.3 Nouveau rapport au corps, à l'espace et au temps 113
II.1.4 Un narcisse menacé 114
II.1.5 De la névrose actuelle à la démence 115
II.1.6 Le visage de la vieillesse sur la démence 116

II.2 Paul Laurent Assoun : problèmes épistémiques d'une psychanalyse du vieillissement 118
II.2.1 Le discours de la psychanalyse sur le vieillissement 118
II.2.2 Le vieillissement comme découverte psychanalytique 119
II.2.3 Le vieillissement comme champ d'analyse 119
II.2.4 La question du vieillissement de la libido 120
II.2.5 L'impact du vieillissement sur la relation d'objet 122

III. Approches étiologiques contemporaines de la démence 125

III.1 Jean Maisondieu : Vers une sociogenèse de la démence 125
III.1.1 Expressions cliniques de l'autruicide 125
III.1.2 La fonction intersubjective de la maladie d'Alzheimer 127
III.1.3 La maladie comme objet d'identification 129

III.2 Gérard Le Goues : la démentalisation 130
III.2.1 Le processus de symbolisation chez Freud 130
III.2.2 La démence comme rejet de la vieillesse 131
III.2.3 Une lecture dégénérative de la régression 132
III.2.4 La dépendance à l'objet 133
III.2.5 Un Moi vulnérable 133

III.3 Marion Péruchon : naturalisme neuropsychanalytique 135
III.3.1 La démentalisation comme forme dégénérative de la régression 135
III.3.2 Une neuropsychanalyse de la démence 137
III.3.3 La prédominance du somatique 138

III.4 Jack Messy : Miroir hideux, miroir brisé 139
III.4.1 La décompensation démentielle 139
III.4.2 Le miroir brisé 140

III.5 Louis Ploton : position hystérique de la démence 142

III.5.1 La fonction du symptôme démentiel 142
III.5.2 Logique défensive de la régression 143
III.5.3 Transformation de l'objet 145

III.6 Michèle Grosclaude : le sujet perdu de la démence 146

Conclusion 149

Mnésis et hypomnésis : pour étendre le concept de mémoire 151

Introduction 151

I. Le lieu où réside la mémoire 152

I.1 L'étude des aphasies 152

I.1.1 Critique du localisme 153
I.1.2 La fonction de la représentation 154

I.2 Les études sur l'hystérie, comprendre le normal par le pathologique 156

I.2.1 La fonction mnémonique du symptôme 157
I.2.2 La sensorialité du souvenir 158
I.2.3 Le symptôme comme élément thérapeutique 159

I.3 L'esquisse : mettre en forme l'appareil freudien 159

I.3.1 De la gestion de l'excitation à la construction du souvenir 159
I.3.2 Les limites de la conscience 161
I.3.3 La nécessité du refoulement 162
I.3.4 Le pilotage par le Moi 162

II. La construction de l'appareil psychique freudien 164

II.1 Le pas de côté : l'interprétation des rêves 164

II.1.1 Ce qu'exprime le rêve. 165
II.1.2 Le travail du rêve 167
II.1.3 Les instances psychiques qui président au rêve 168
II.1.4 La généralisation de la théorie du rêve 170

II.2 Essais de psychanalyse et seconde topique 172

II.2.1 La fonction traumatique 172
II.2.2 Naissance de la seconde topique 175
II.2.3 Refonte du concept de mémoire 177

III. La mémoire freudienne comme mémoire scripturale 179

III.1 Le bloc-notes magique 179

III.2 La métaphore scripturale comme symbolisation de la théorie freudienne 181

III.3 La différence comme marque originaire 182
III.3.1 La sémantique du rêve 184
III.3.2 Le retard du symbole 185
Conclusion* *188
Conclusion générale et problématisation 189
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE *193*
INTRODUCTION* *194
I. Lieu d'exercice* *194
I.1 Historique 194
I.2 Architecture 195
I.3 Encadrement professionnel 196
II. Supports cliniques de la recherche* *197
II.1 Typologie des résidents 197
II.2 Demande de suivi psychologique 197
II.3 Terminologie 197
II.4 Participants 198
III. Fondements épistémologiques : construire une recherche en psychanalyse* *199
III.1 L'épistémologie freudienne 199
III.1.1 Un vitalisme conceptuel 200
III.1.2 Une science herméneutique originale 201
III.1.3 D'une performativité par le langage 202
III.1.4 Un praticien/chercheur pluriel 203
III.1.5 Transformer par la clinique 205
III.2 Winnicott en « Squiggle game » 207
III.2.1 L'aire de jeu 207
III.2.2 Le Squiggle game 208
III.3 Fondements de l'épistémologie bionnienne 210
III.3.1 La transformation de l'expérience émotionnelle 210
III.3.2 Le selected fact 211
IV. La démarche clinique* *215
IV.1 L'entretien clinique en psychanalyse 215

IV.2 Spécificités de nos entretiens 216

IV.3 Les thérapies non médicamenteuses 217

V. Le recueil des données cliniques *218*

VI. L'analyse des données cliniques *219*

VII. La rédaction des données cliniques *219*

VII.1 Définition et exigences de l'écriture du cas 219

VII.2 Une écriture scientifique originale 220

VII.2.1 Au-delà du récit de cas 220

VII.2.2 La consistance du cas 222

VIII. Interrogations éthiques et déontologiques *223*

VIII.1 Le consentement 223

VIII.2 Respect de l'anonymat 224

Conclusion *225*

DIALOGUE CLINICO-THÉORIQUE *226*

Le devoir de mémoire *227*

Une histoire par procuration Erreur ! Signet non défini.

D'un sexuel comme étiologie du symptôme 240

La construction de l'objet sexuel 248

Le deuil où on ne l'attend pas 256

Conclusion 261

Traverser Alzheimer : parcours d'une clinique orientée par la psychanalyse *262*

Une rencontre taboue 262

D'une relation « qui a du chien » 271

Le cadavre humiliant 282

Analyse des rêves et arrimage historique 290

Quelle maman pour Jeanne ? 295

Conclusion 301

Constellation et fragments : l'objet démentiel _____ *302*

Élire domicile _____ **302**

S'inviter chez Aude _____ **308**

Un domicile pour un foyer _____ **318**

Là où le corps élit domicile _____ **331**

Là où s'invite l'objet _____ **337**

Conclusion _____ **341**

DISCUSSION ET CONCLUSION _____ **342**

I. La fonction des éléments mnésiques _____ *343*

I.1 L'accroche scripturale _____ **343**

I.2 La question de l'hypomnèse _____ **345**

I.3 Le réveil et le mal d'archive _____ **347**

II. Le lieu où réside le rêve _____ *352*

II.1 Les instruments de la pensée _____ **352**

II.2 Le rapport au rêve _____ **354**

II.3 Le champ analytique et sa projection clinique _____ **356**

III. Perspectives cliniques _____ *359*

Bibliographie _____ **362**

Annexes _____ **383**

Annexe 1 : exposé du cas « Auguste D » par Aloïs Alzheimer tel que relaté par Maurer __ **383**

Annexe 2 : Journal clinique reconstitué par Herlant à partir de l'ouvrage de Maurer. ___ **385**

Annexe 3 : Description de la maladie d'Alzheimer par Kraepelin _____ **390**

Introduction générale

« Donc j'ai peur des fantômes et je les aide à exprimer leurs émotions peut-être,

même si c'est ce qu'on était avant de sortir ensemble. »

(Jean-François Gleyze, Exquises requêtes)

Une bonne partie de la pratique psychanalytique repose sur une figure de style chère à la poésie : la métaphore. Ses qualités polysémiques ainsi que son sens esthétique en font un des outils majeurs de « connexion » à l'inconscient. La métaphore cherche alors à nous séduire, à nous toucher ou à nous effrayer. Á l'instar du rêve, elle dissimule ce qu'elle doit dire, tout en le dévoilant tout de même. Véritable catfish[1] de la psyché humaine, elle construit des figures autoritaires, amoureuses ou monstrueuses qui parlent à la place d'un autre et formalise le monde tel qu'il est ressenti et représenté par le sujet. Freud utilisera la métaphore en psychanalyse pour remonter le temps et suivre le chemin du souvenir jusqu'à ses origines sensibles et traumatiques. Il veut cheminer vers l'archaïque, l'archéologie de la pensée humaine et de l'histoire de ses patients, quitte à en construire une science biblique avec la violence comme genèse et l'érotisme comme destin (Freud, 1913). Ce qui compte, c'est de faire tenir une pensée de la métaphore inédite, où l'ambiguïté devient une mécanique structurante et non pas une gageure rationnelle. Une pensée qui parle de la pensée qui rêve, où chaque totem a ses tabous.

Mais le langage Alzheimer ne remonte pas le temps, il le rabat sur lui-même, l'inclut dans l'espace, le corporifie dans un discours poétique suffisamment intense et proche de la folie pour saturer nos propres capacités à l'entendre. Ce travail de thèse cherche à nous montrer que ce langage ne s'entend pas comme « texte » mais comme « hypertexte » dont la compréhension ne réside pas dans la suite logique du discours mais dans le réseau qui se déploie via la métaphore de l'hyperlien. Et, par-là, il nous rappelle la complexité de la mémoire, de la psyché

[1] Se dit d'une pratique d'arnaque sur internet où un individu se fait passer pour un personnage fictif, construit à partir des données d'un autre utilisateur, pour extorquer de l'argent à la victime. Le catfish est donc un véritable individu, mais son identité est utilisée par un autre à des fins qui dépassent sa volonté.

et de la pratique de la psychanalyse qui cherche dans la métaphore des dires de son patient, non pas une histoire, mais une construction psychique. Á ce titre, le langage Alzheimer semble exprimer presque littéralement la complexité du langage derrière le langage. Il est le paradoxe d'une métaphore au premier degré, un élément lexical qui n'existe pas encore, si ce n'est dans le symptôme.

Or, si une écoute orientée par la psychanalyse peut être sensible à cet hypertexte du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, alors les éléments cliniques nous permettront, à la fois, de comprendre ce que l'on appelle « la mémoire », et comment, à partir de cette compréhension, réélaborer notre approche de ces patients et de leur langage.

Pour mener ce travail, nous nous appuierons sur trois grandes parties qui viendront structurer un cadre méthodologique qui nous semble être le plus rigoureux possible tout en laissant une place suffisante à la créativité comme vectrice d'une pensée scientifique.

La première partie s'élabore comme une mise en perspective de l'univers qui entoure notre travail de théorisation. L'objectif est d'appréhender notre objet d'étude d'une manière globale et d'entrevoir les déterminismes théoriques qui pourraient cloisonner notre pensée clinique. Cette première partie aboutit ainsi à la définition d'une problématique de recherche et à la formalisation de l'organe conceptuel qui fera le cadre de notre théorisation. Dans cette partie, nous développerons en premier lieu des éléments d'histoire du concept de « vieillesse » pour mettre en perspective son inscription sociologique actuelle. Puis, nous analyserons l'histoire scientifique et sociologique de la maladie d'Alzheimer elle-même pour appréhender les tenants et aboutissants de ce diagnostic et son incidence clinique dans le soin auprès des personnes âgées et, plus spécifiquement, de celles souffrant de troubles cognitifs. Nous analyserons ensuite comment la psychanalyse s'est intéressée progressivement à la question de la vieillesse puis à celle de la démence. Les éléments épistémiques qui surgiront de cette analyse constitueront les prémices de notre champ conceptuel. Enfin, nous tâcherons de reconstruire le concept de « mémoire » à partir du rêve tel que la définit Freud et des conceptions de Derrida. Ce dernier point étant une tentative d'élargir notre pensée et notre accueil des phénomènes langagiers qui se présentent à nous.

Une seconde partie présentera notre méthodologie de recherche basée sur un travail de théorisation à partir de cas cliniques. Y sera défini notre cadre épistémique inspiré des travaux de Freud et de Bion ainsi que notre méthode d'analyse du cas clinique qui demande rigueur, écoute clinique et créativité de la part du psychologue chercheur. Enfin, une description du contexte clinique dans lequel se déroule la recherche complétera cette seconde partie.

La troisième et dernière partie du manuscrit se base sur la rédaction et l'analyse des cas cliniques à partir d'allers et retours clinico-théoriques. L'objectif n'est pas d'expliciter le matériel clinique mais de l'élargir dans son rapport à la théorie, voire de proposer de nouvelles pistes théoriques**.** Suivant la visée épistémique de Bion, il s'agira, dans cette partie, de trouver des formes de symbolisation de la clinique par la théorie et de la théorie par la clinique. Y seront décrits les mouvements affectifs et représentationnels de l'ensemble des protagonistes du cas clinique[2] et leur tentative de symbolisation par la théorie, l'institution ou l'entretien clinique. Une analyse « après-coup » nous permettra en outre de mettre à l'épreuve le matériel théorique à partir des mouvements cliniques ainsi décrits.

[2] Entendons par là, le clinicien, le résident et l'équipe soignante.

Cadre théorique

« Le temps a laissé son manteau. »

(Charles d'Orléans)

Vieillesse, les errances d'un concept : éléments d'histoire

« Le problème ici, je vous le dis, c'est qu'il n'y a que des vieux ! »

(Julia 92 ans, résidente en EHPAD)

INTRODUCTION

Définir la vieillesse est une entreprise plus complexe qu'il n'y parait**,** empruntée comme elle l'est, tantôt par le dramaturge ou le poète, tantôt par le médecin ou le politique. Sa définition erre au fil des âges, des discours et de l'organisation des sociétés. Cette notion est aussi large, complexe et ramifiée que ce qu'elle représente. Sa racine latine est pourtant assez simple. En recoupant les données du Trésor de la langue Française (TLF, s.d.), des contributions du Wiktionnaire (s.d.) et du site de traduction en ligne Gaffiot (s.d.), on retrouve une racine latine à partir du mot *vetulus.* Le mot se construit à partir du mot *vetus* et du suffixe *-ulus.* Le terme *vetus* est défini comme ceci : *« Qui a des années, vieux, qui n'est pas jeune »,* ou, *« de vieille date, qui remonte loin, qui n'est pas nouveau* », ou encore, *« d'autrefois, des temps antérieurs, du temps passé, ancien. »* (Gaffiot, s.d.). La notion de « vieux » renverrait donc à la situation d'une personne ou d'un objet qui a suffisamment d'années à son actif pour faire partie d'une époque jugée passée ou ancienne. Le suffixe diminutif *-ulus* permet d'en dégager le caractère plus radical. *Vetulus* est donc défini par la communauté du Wiktionnaire comme *« D'un certain âge »* (Wiktionnaire, s.d.). Il renvoie donc davantage à une expression courante qu'à une définition précise de la vieillesse. Les caractéristiques de ce « certain âge » restent floues mais il semble s'apparenter, par sa racine latine, à un âge très avancé. Le TLF nous apporte, quant à lui, des définitions beaucoup plus explicites et orientées. Il définit la vieillesse d'abord comme une : *« Période de la vie succédant à l'âge mûr que l'on situe actuellement chez l'homme à partir de l'âge de soixante-cinq, soixante-dix ans »* puis comme le *« fait d'être âgé, d'avoir*

atteint un âge avancé. » et enfin comme *« l'ensemble des personnes âgées, les vieilles gens. »* (Trésor de la langue française, s.d.) L'introduction d'une donnée numéraire est ici très intéressante car elle permet d'y discriminer tout un pan de la population regroupé dans la troisième définition sous l'égide de « personnes âgées » qui y représenterait une classe sociale spécifique. En revanche, si l'on observe la liste de synonymes associée au mot « vieillesse » on relève des éléments de langage relativement pessimistes. Le TLF place en effet en premier synonyme le terme de « sénescence » qui associe ainsi la vieillesse à un vocabulaire médical involutionniste. La sénescence est ainsi associée à *« un ralentissement de l'activité vitale », « une diminution et une modification des tissus »* ou encore *« un état de dégénérescence cellulaire pouvant entraîner la mort des organismes. »* (Trésor de la langue française, s.d.) La dimension de finitude, de diminution de l'élan vital et de fin de vie est ainsi inscrite en arrière-plan de la définition. Viennent ensuite par ordre décroissant d'utilisation les termes hautement péjoratifs de « décadence », de « déclin » et de « décrépitude ». L'écart entre la définition et les synonymes proposés est assez intrigant. Si nous voulions en faire la synthèse, le terme de vieillesse concernerait ainsi une population ciblée, marquée par son âge avancé, dont la caractéristique serait une forme de décrépitude. Á ce titre, la définition du Littré est bien plus explicite : en premier lieu, elle décrit la vieillesse comme : *« Le dernier âge de la vie, ou période de la vie humaine, dont on fixe le commencement à la soixantième année, mais qui peut être plus ou moins retardée ou avancée, suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule d'autres circonstances.* » (Littré, s.d.) Mais encore : *« Chez les animaux, dernière période de la vie, pendant laquelle ils perdent graduellement leurs forces physiques et leur résistance à la fatigue. »* puis *« En parlant des choses, vétusté, ancienneté. »* Et enfin : « *Collectivement. Les vieilles gens. »* (Littré, s.d.) Les définitions se recoupent, bien que la question de la déchéance et de la finitude soit plus présente dans ce dernier dictionnaire. Globalement on décrit ainsi par vieillesse un ensemble de gens marqués par les effets de l'âge et appartenant à une époque passée bien que leur présence effective soit manifeste.

Les définitions laissent donc un espace flou, ouvert à l'interprétation. Seulement, le caractère péjoratif que le concept de vieillesse déploie devant lui rend difficile son attribution à telle ou telle personne sans effets discriminants ou accusateurs, qu'ils soient ressentis ou attribués. Cet état de fait rend l'étude épidémiologique complexe. En effet, comment peut-on dire de quelqu'un qu'il est vieux ? Est-ce une dénomination qui appartient à l'individu lui-même, dès lors, seul à charge de nommer sa propre vieillesse ? Est-ce un concept médical appartenant au médecin visant à moduler son diagnostic et peaufiner sa prise en charge ? Est-

ce un concept sociologique permettant de définir une classe sociale marquée par l'âge ? Mais dans tous les cas, sur quels critères devra reposer ce concept ? Sur l'âge ? L'état somatique ? La biologie ? Le comportement ? La mise à la retraite ?

Le débat reste aujourd'hui très ouvert et chaque corps de science semble s'approprier un concept qui lui est propre. Mais un autre élément de définition peut aiguiller notre recherche. Cet élément s'appuie sur les représentations communes associées à la vieillesse. Un sondage Ipsos de 2019 relayé par *Les petits frères des pauvres* (2019) montre ainsi que, globalement, en France, on estime que l'on peut considérer « vieux » quelqu'un de plus de 69 ans, ce qui est assez âgé par rapport à d'autres pays, notamment sur le continent asiatique.[3] Cette donnée est assez proche des classifications médicales qui considèrent comme « senior » un individu de plus de 70 ans.[4] En revanche le milieu de l'entreprise a tendance à réserver cette appellation aux plus de 45 ans. Dans certains sports professionnels comme le football et la boxe, on considère un individu comme senior à partir de 23 ans. Le terme vieux renvoie ainsi à des synonymes d'une très grande polysémie. Le terme « senior », plus généralement emprunté dans les classifications, se définit de manière radicalement différente en fonction des dimensions sociales dans lesquelles il émerge.

Auprès des plus de 60 ans, le sentiment d'appartenir à la catégorie des seniors diffère. D'après un autre sondage TNS Sofres de 2016, ce sentiment d'appartenance s'observe chez 39 % des 61-65 ans, 64% des 66-70 ans et chez 73 % des 71-75ans. Á nouveau, on observe d'un point de vue épidémiologique un effet de palier autour de 70 ans. Pour conceptualiser ces données hétérogènes, le milieu gériatrique a tendance à classer l'âge en trois catégories, à savoir l'âge social, celui que les autres nous donnent, l'âge réel, celui de l'état civil et l'âge ressenti par l'individu. Or d'après un sondage CSA/Silver Alliance de mars 2019 (Petits frères des pauvres, 2019), si les changements sociaux et l'âge de l'état civil ont un impact sur le sentiment d'appartenance à la catégorie des seniors, c'est surtout les problèmes de santé qui marquent, pour une majorité de l'échantillon, le passage à cette catégorie. La vieillesse commencerait donc, en partie, par des changements radicaux dans la sphère sociale, mais aussi et surtout par un état de « mauvaise santé » qui en serait la caractéristique principale. Enfin, selon l'OMS, une personne de plus de 60 ans est considérée comme senior, ce qui correspond à l'âge

[3] 56 ans pour la Malaisie, 66 ans pour le Japon, 55 ans pour l'Arabie Saoudite si l'on ne retient qu'eux.
[4] Ces classifications médicales sont partagées entre l'HAS et des ouvrages américains comme le manuel Merck, l'AGS et le NIA.

d'admissibilité en EHPAD. Ce critère des 60 ans est donc déterminant dans les politiques de soin et le suivi médical des individus de cette tranche d'âge**.**

Ces sondages, loin de s'apparenter à une définition précise de la vieillesse ou encore d'exprimer le caractère existentiel de cette définition, nous apportent tout de même une idée assez précise des représentations qui entourent la vieillesse, notamment en termes de classifications des individus. D'après ces données, dans le champ des représentations sociales, la vieillesse débuterait donc entre 60 et 70 ans. La dimension numéraire de l'âge dans la définition de la vieillesse a des effets politiques importants car il représente le critère d'admissibilité en EHPAD. Il représente également un élément diagnostique important et oriente la prise en charge, voire l'institutionnalisation d'un individu. Á titre d'exemple, une personne vivant en foyer de vie, ou séjournant en hôpital psychiatrique, se verra proposer une entrée en EHPAD passé 60 ans. La dimension médicale est également présente dans les représentations consensuelles de la vieillesse. Le sentiment d'appartenance à une catégorie sociale dite « vieille » débuterait, en effet, en grande partie par une altération de l'état de santé. Ces systèmes de classifications et de représentations s'inscrivent plus largement dans l'univers sémantique de la vieillesse marqué par la décrépitude et l'involution. D'une certaine manière, la vieillesse débuterait au moment où on commence à en souffrir. Au moment où la nature brutale de la décrépitude commence à préfigurer un destin « sénescent » difficilement valorisable. Il est également remarquable que le caractère péjoratif de la vieillesse ne s'exprime que par association sémantique et non pas explicitement dans sa définition, comme si la vieillesse traînait avec elle une décadence qu'elle s'emploie à dissimuler.

Face à ces éléments de définition qui représentent aujourd'hui un marqueur sociologique important, semble se déployer un pessimisme radical autour de cette position de « vieillard ». Cet état de fait s'exprimerait dans une dimension naturaliste, biologisante qui semble fixer la vieillesse dans un état d'involution marquant son principe de réalité. Mais bien entendu, comme chaque concept, cette fixation de la vieillesse dans un horizon péjoratif appartient davantage à son histoire qu'à ses caractéristiques propres. Ainsi, pour enrichir notre propos et introduire ce travail de thèse, nous développerons la façon dont s'est construite la vieillesse au cours de l'Histoire.

I. LA VIEILLESSE A TRAVERS LES AGES

Pour développer ce travail historiographique, nous nous appuierons en grande partie sur l'ouvrage de Bois (1989) qui fait référence en la matière pour sa revue historique large allant de l'Antiquité au XX^{ème} siècle. Les auteurs comme Galien (II^{ème} siècle), Euripide (431 av. J.-C.) ou Shakespeare (1606) qui apparaissent dans l'ouvrage en question viendront, bien évidemment, enrichir la démonstration. Enfin, d'autres historiens comme Soboul (1981) et Batard (2022) viendront apporter des précisions sur des périodes précises, notamment postmodernes.

Précisons ainsi que l'ouvrage de Bois (1989) exprime une histoire de la vieillesse marquée par l'histoire du patriarcat et des mouvements démographiques. Il s'agit d'une position historiographique bien précise qui n'est évidemment pas exhaustive. De plus, l'ouvrage se centre spécifiquement sur l'histoire française et européenne de la vieillesse. Cependant, dans le cadre de notre propos, l'ouvrage permet une mise en perspective et nous amène à entrevoir la particularité de la vieillesse à l'époque contemporaine.

I.1 LE VIEILLARD SACRE DES TEMPS ANCIENS (-1000 AV. J.C – -400 AV. J.C)

Dans son ouvrage, Bois souligne que, globalement, le vieillard traverse les âges sur un mode relativement binaire, il est soit idéalisé, soit disqualifié :

> *La vieillesse a toujours engendré des réactions tranchées, opposées. Quel que soit le discours dominant d'une époque, il repose sur deux thèmes antinomiques mais sans doute complémentaires, sagesse et folie, joies et tristesses, beauté et laideur, vertus et corruption de l'âge et des personnes âgées, qui expriment deux aspirations, la tentation d'une vie longue et le refus des faiblesses classiques de l'âge.* (Bois, 1989, p. 4)

On voit dès cet extrait les problématiques fondamentales que soulève la vieillesse, à la fois sociologiques et existentielles.

I.1.1 Figures de longévité biblique

Les données historiographiques les plus anciennes sont issues, pour la plupart, des textes bibliques et ne permettent qu'une étude théologique de la vieillesse. Pour autant, ces éléments amènent des données mythologiques éloquentes. La Bible invite ainsi la vieillesse à s'habiller du rêve perdu des humains de la Genèse : celui de l'éternité. Les textes bibliques affichent effectivement des figures mystiques marquées par leur longévité : Mathusalem a vécu plus de 800 ans, Moïse avait plus de 300 ans avant de mourir tout près de la terre sainte, Gilgamesh a fait hésiter les dieux quant à la possibilité même, pour un homme, d'accéder à l'immortalité. C'est le déluge qui a mis fin à une lignée biblique d'êtres immortels. La longévité s'associe donc à un rapport particulier au divin et permet de sacraliser des éléments politiques. Ainsi au fondement des civilisations réside souvent un mythe fondateur marqué par une longévité extraordinaire qui vient affirmer le caractère sacré de la civilisation susdite. Cette longévité comme fondement mystique est d'autant plus importante à une époque du Néolithique et du Paléolithique où la durée de vie n'excédait pas 30 ans. Dans ce contexte, la vieillesse s'apparente à un don divin qui accorde au vieillard une longévité rare, récompense d'une conduite vertueuse : *« Dans le Deutéronome, la vieillesse parait être, dans les temps anciens, une faveur accordée à ceux qui ont mené une belle et longue vie. Elle justifie que les patriarches soient les chefs naturels des premiers groupes humains »* (Bois, 1989, p. 10). La société s'organisait donc autour d'une méritocratie patriarcale dans laquelle l'âge était sacralisé. Politiquement, même si le pouvoir ne se constituait pas d'une gérontocratie stricte, le conseil des anciens était une instance fondamentale dans les décisions de l'État.

Le statut des vieillards se dégrade brutalement sous le règne de Roboam, roi d'Israël vers 932 av. J.C. Ce dernier s'engagea, en effet, dans une dévalorisation systématique du conseil des sages et se débarrassa des vieux conseillers du règne précédent. La société sous le règne de ce jeune roi devient plus élaborée et les nouvelles administrations tendent à réduire considérablement la place des anciens dans les sphères du pouvoir. Le livre de Job écrit autour de 400 av. J.C raconte les railleries auxquelles est soumis le vieillard dans les sociétés qui suivent le règne de Roboam. Cette politique agressive aurait alors remodelé les représentations du vieillard, puis de la vieillesse dans la société civile :

> *Au terme de cette évolution, au 1er siècle av. J.C, dans le Livre de la Sagesse, la vieillesse se trouve dissociée de l'âge. Elle est désormais un idéal symbolique, qui permet, artificiellement, de retrouver les anciennes correspondances*

mythiques : le vrai vieillard n'est pas celui qui a vécu longtemps, mais celui qui fait preuve de sagesse. (Bois, 1989, p. 13)

D'une certaine manière, les vertus de la vieillesse sont ainsi arrachées au vieillard.

I.1.2 La vieillesse plurielle du philosophe

La mythologie grecque affiche une position plus pessimiste vis-à-vis de la vieillesse. Aristote (IVe siècle av. J.-C.), en vertu de l'union de l'âme et du corps, affiche une vieillesse marquée par un flétrissement de l'âme à mesure que le corps dégénère. Il décrit un vieillard égoïste, timoré et radoteur (Aristote, IVe siècle av. J.-C.). Le philosophe reste cependant prudent et indique que la vieillesse peut également être une phase d'accomplissement de soi dans des vertus intellectuelles telles que la sagesse (Aristote, IVe siècle av. J.-C.). Euripide (431 av. J.-C.) est plus incisif et met en scène, dans ses pièces, des vieillards parfois débiles et socialement inutiles. Dans *Les troyennes* (Euripide (431 av. J.-C.), la vieillesse est décrite comme une phase de la vie marquée par la souffrance et la résignation. Et dans sa laideur du vieillissement du corps, ce qui constituait autrefois la passion de la jeunesse devient un vice. Mais en dehors du théâtre, la Grèce antique possède ses marques de vieillesse dans les héros mondains. Á titre d'exemple, dans l'épopée si connue de Troie, c'est Agamemnon qui dirige et Achille qui se bat. L'éternité est également un bien acquis après un combat héroïque. Longévité et bravoure peuvent donc être associées. Certains éléments divins peuvent également être associés aux caractéristiques physiques de la vieillesse. La fameuse barbe de Zeus est ainsi le signe d'une forte autorité et d'un pouvoir immense. Plus généralement les dieux et les titans ne vieillissent pas, ils sont éternels.

Plus tard, vers 500 av. J.C, Œdipe, célèbre personnage de Sophocle, se voit affublé d'une vieillesse au destin tragique marqué à la fois par la souffrance et la déchéance (Sophocle, 441–401 av. J.-C.).

I.2 ATTAQUE POLITIQUE ET ESTHETIQUE DE LA VIEILLESSE DANS L'EMPIRE ROMAIN (-400 AV. J.C – IV^{EME} SIECLE)

I.2.1 Affaiblissement du rôle des anciens dans la cité

Les VI^{ème}, V^{ème} et IV^{ème} siècle av. J.-C. marquent une dévalorisation progressive du statut politique des vieillards au sein de la Grèce antique. Le conseil des sages perdant peu à peu de son pouvoir jusqu'à être relégué à un statut simplement honorifique sans pouvoir décisionnel. Seul Spartes maintient un système hautement gérontocratique. Sous l'Empire romain, on observe un cycle identique. La vieillesse est plutôt valorisée dans les premiers temps de l'Empire puis assez rapidement disqualifiée par la suite. De manière générale, le statut des vieillards, dans l'ouvrage de Bois, suit les mouvements démographiques et s'articule à la position du patriarcat dans l'évolution des cultures :

> *Á partir du 1er siècle, le vieil homme en famille est progressivement dépouillé de ses prérogatives. C'est d'abord la réglementation restrictive du droit de vie et de mort qu'il exerce ; puis au 2ème siècle, l'obligation de pourvoir à l'entretien des membres de la famille. Au 3ème siècle, la personnalité juridique du fils est reconnue. Au 4ème siècle sous Constantin, les biens acquis par le fils à la succession de sa mère forment un lot à part, et il peut conserver le profit de l'exercice de ses charges. Sous une autre forme, l'individu s'impose contre l'autorité du père de famille.* (Bois, 1989, p. 21)

I.2.2 Dévalorisation dramaturgique

Cette évolution s'accompagne d'une dévalorisation du vieillard sur le plan esthétique. Le théâtre romain du II^{ème} et I^{er} siècle av. J.C représente le vieillard comme âne bâté, fou, idiot, vicieux et obstiné. Dans les pièces de Plaute (IIIe–IIe siècle av. J.-C.) par exemple, est mis régulièrement en scène un vieillard incapable de rivaliser avec les jeunes générations, cherchant en vain à affirmer avec ridicule son autorité qu'il ne peut plus assumer de par son âge avancé. L'avarice devient également un trait caricatural marquant. La satire du théâtre romain s'accompagne d'une révolte de plus en plus explicite contre les avantages des plus âgés. On accuse leur pouvoir d'antan et on moque leurs difficultés actuelles.

I.2.3 Essentialisation médicale

Ces critiques, d'abord d'ordre dramaturgique, deviennent des interrogations philosophiques, psychologiques puis médicales. Le stoïcisme qui accorde pourtant une place particulière à ce temps de la vie propice à la méditation, estime qu'il y a un temps où il faut mourir lorsque la vie devient trop dure, le suicide est admis et reconnu au sein de la société romaine. Dans le champ de la médecine, raconte Bois, un consensus apparaît au sujet de la vieillesse :

> *Hippocrate chez les Grecs et Galien chez les Romains (...) réduisent le vieillissement au système des 4 humeurs, dont l'équilibre assure la santé et qui se trouvent en correspondance avec un système cosmique. Á la terre, le feu, l'air et l'eau, répondent le sang, la bile noire, la bile jaune et le flegme dont les propriétés respectives sont un jeu entre le chaud, l'humide, le froid et le sec. Les deux premières propriétés assurent l'énergie vitale, les deux autres annoncent le vieillissement et la mort.* (Bois, 1989, p. 23)

Si pour Hippocrate (Ve siècle av. J.-C) la vieillesse tient d'un phénomène naturel, pour Galien (II^{ème} siècle), elle rentre dans la perspective d'une maladie incurable. Les deux auteurs s'accordent en revanche sur un vieillissement comme perte d'élan vital due à des phénomènes naturels. Le vieillissement est également un repère symbolique associé à un mauvais pronostic en fonction de la régulation des humeurs.

Se structure ainsi, dans les époques les plus lointaines, une définition de la vieillesse dans une triade politique, esthétique et médicale. C'est donc par ces biais-là qu'elle semble se structurer et exprimer sa position au sein de la société. Les conséquences de ces définitions de la vieillesse sur les vieillards eux-mêmes sont très importantes. La seconde moitié de l'Empire romain a vu ainsi émerger dans ses rues des vieillards malades, désargentés et miséreux.

I.3 LA LONGEVITE HONORIFIQUE DU HAUT MOYEN-AGE (IV^{EME} - XI^{EME} SIECLE)

I.3.1 Figure de longévité historique

L'ouvrage de Bois décrit ensuite un haut Moyen-Âge marqué par la fin d'un empire romain millénaire, qui voit ressurgir une période de troubles, marquée par les guerres et les maladies, qui impose un double mouvement : une modification démographique importante

(rares sont les hommes à survivre à des âges canoniques) ainsi qu'une résurgence des mythes. La religion chrétienne s'impose en Europe et valorise la condition de l'homme sans distinction des âges. On voit réémerger dans les mythes des héros à la longévité légendaire qui permettent de légitimer le statut et l'ancrage historique d'une civilisation. Mais cette fois les vieillards ne sont plus des hommes proches des dieux, mais des héros dans l'histoire. La longévité devient une marque honorifique : *« L'homme médiéval ne découpe pas sa vie par des évènements tels que l'âge de la majorité ou celui de la retraite (…). La vie adulte commence tôt et se termine lorsque l'homme est trop perclus pour guerroyer ou moissonner. (…) Alors commence la vieillesse vécue, le temps où manquent les forces »* (Bois, 1989, p. 27-28). La dimension de l'âge ne présente ici qu'une faible importance. C'est surtout le vécu du vieillard, tant physiologique qu'honorifique, qui servira de distinction. Le devenir du vieillard est un devenir de l'honneur. On honore ses exploits passés. Les dimensions de la mémoire et de l'héritage, dans une société marquée par une forte prégnance du religieux, servent de valeurs fondamentales. La longévité se vit alors comme la possibilité de faire ses preuves.

La dimension numéraire de la vieillesse tend ainsi à se fondre dans cette conception héroïque de la longévité. De toute façon, ayant mis fin au système d'encadrement romain, notamment aux classifications démographiques, la plupart des individus ne connaissent tout simplement pas leur âge.

I.3.2 Prémices d'une assistance sociale

Élément remarquable, les premières institutions pour personnes âgées émergent au sein du clergé. En effet, dans la religion chrétienne, Bois souligne que le rapport au temps est marqué par l'éternité et la reprise cyclique de la vie des âmes. De la même manière, prêtres, moines et nonnes ayant rompu avec une vie familiale ne s'inscrivent pas dans un rapport au temps marqué par le lignage et le renouvellement des générations. Dans la société moyenâgeuse, les clercs et prêtres vivent généralement plus âgés, ils sont protégés des guerres et des famines par leur statut et des épidémies par leur isolement. Pour toutes ces raisons, les vieillards sont de plus en plus nombreux au sein de l'église. Certains prêtres sont contraints d'abandonner leur ministère :

> *Des hospices pour prêtres âgés apparaissent au 13ème siècle. Le premier en date semble être celui de Tournai, ouvert par Walter de Marvis, dans lequel les prêtres retirés sont occupés à des petits travaux de ménage ou d'entretien. Il y a là l'ébauche d'un statut de la retraite dans un corps social particulier. (Bois, 1989, p. 29)*

I.4 Le bas Moyen Âge isolement et assistanat (X^IEME siecle – XV^EME siecle)

I.4.1 Isolement démographique en temps de paix

Les progrès techniques qui accompagnent le X^Ième siècle, notamment en agriculture, permettent de réduire considérablement le taux de mortalité et d'engager une transition démographique moins profitable au vieillard. Les bouleversements techniques et économiques permettent d'occuper et d'exploiter de nouvelles terres dans les campagnes. Les enfants se déplacent ainsi loin de leur lieu d'enfance pour travailler des terres qui ne sont pas celles de leurs parents. La famille se recentre sur le mode conjugal, souvent éloigné des grands-parents et de leurs préoccupations. Cette nouvelle configuration familiale et l'avancée technologique impliquent que leur rôle dans la famille et dans la société s'amoindrit considérablement. Les personnes vieillissantes se trouvent ainsi de plus en plus isolées : *« Les vieux ne s'y trouvent plus comme des anciens intégrés au noyau familial mais comme une charge plus ou moins parasitaire »* (Bois, 1989, p. 32). Leur situation dépendra de la capacité de leurs enfants à les accueillir.

En revanche, selon Bois, la tradition honorifique du vieillard se maintient dans une culture où la transmission orale reste de mise. La mémoire du vieillard reste ainsi un élément de civilisation important. La mise en place, entre le XI^ème et le XIII^ème siècle, des noms de famille dans un contexte de déchéance de la puissance patriarcale, marque bien les ambiguïtés de la position du vieillard de cette époque : à la fois honoré sur le plan esthétique, et disqualifié sur le plan social. Dans ce contexte, les veufs et surtout les veuves se retrouvent très gravement isolés. Des systèmes sociaux spécifiques aux vieillards émergent au XIII^ème siècle. Les plus pauvres sont recueillis dans des unités spécifiques de monastères ou des asiles spécialisés. Dans les riches régions de Flandre et en Italie du Nord, on reçoit dans les maisons des vieillards de bonne mœurs pour des petits travaux d'entretien en échange du logis.

I.4.2 Repli familial et gérontocratie en période trouble

La période du XIII^ème et du XV^ème siècle est frappée, nous dit Bois, par la peste noire et la réémergence de guerres incessantes et meurtrières en Europe. Un tournant démographique majeur va considérablement modifier la situation des vieilles gens. La peste de 1348 affiche une mortalité sélective plutôt favorable aux personnes âgées mais très délétère pour les plus

jeunes enfants. On observe une augmentation de la proportion de vieillards dans la population. La vieillesse incarne alors la durée et la permanence dans un monde tumultueux. Les éléments du pouvoir se concentrent ainsi entre les mains des vieillards qui résistent le mieux à l'épidémie. L'autorité politique et la possibilité d'accumuler un capital font des plus âgés les personnalités les plus riches et les plus puissantes. De plus, les ménages désintégrés durant la peste noire permettent le retour à des regroupements de familles élargies au sein desquelles le vieux père prend une place importante, il incarne l'identité du groupe : *« Ainsi existent au XV^{ème} siècle des îlots de gérontocratie qui peuvent devenir des gérontocraties municipales voire des gérontocraties dans l'Etat »* (Bois, 1989, p. 35). Les mariages ont également un autre visage, il n'est plus rare de voir un vieil homme marié à une jeune femme. Cette caractéristique sera violemment accusée plus tard, notamment dans la littérature : *« Alors que tant d'hommes âgés monopolisent les jeunes beautés, le thème du mari trompé ou impuissant monopolise toutes les rancœurs d'une génération contre une autre »* (Bois, 1989, p. 36).

I.5 LA REVOLUTION ESTHETIQUE DE LA RENAISSANCE

I.5.1 Faire de l'ombre à la jeunesse

La Renaissance se présente en Europe comme une époque d'accalmie, de baisse de la mortalité et d'accroissement de la longévité**.** Des figures de jeunes hommes puissants émergent : Henri 8, François 1er et Charles Quint au premier plan. L'accent, selon Bois, est mis sur une glorification de la jeunesse, notamment par sa beauté dont les mythes reprennent les anciens héros grecs. Le système politique change également. La monarchie étatique remplace l'ancien système féodal. Le culte de la jeunesse belle et entreprenante bat son plein. La vieillesse reprend alors ses préjugés d'antan : déclin, décrépitude, cupidité, mélancolie du passé, voire vice et lubricité.

La vieillesse de la Renaissance, dit Bois, est associée à une figure de laideur qui fait de la jeunesse une entité esthétique éphémère : *« Erasme dans « Éloge de la folie, » (…) donne aux vieillards une place de choix dans la galerie des fous après avoir déploré dans son poème sur la vieillesse cette « immense maladie », qui détruit tout ce que la jeunesse avait amené, beauté, intelligence, force et vivacité »* (Bois, 1989, p. 43). Les vieilles femmes sont particulièrement touchées, le critère esthétique devenant critère moral à la Renaissance, elles sont accusées de vices en tout genre et souvent reléguées à une basse société miséreuse. Ici encore, la vieillesse n'est pas une affaire d'âge. Les générations se distinguent par des

caractéristiques de personnalités, entre un état d'esprit ou un état de fait qui fait qu'un homme ou une femme brille d'une jeunesse belle et entreprenante, ou s'obscurcit d'une vieillesse laide et assistée qui préfigure le destin de tous. La littérature et le théâtre, chez Montaigne (1580) et Shakespeare (1606) notamment, accusent la vieillesse dans ce qu'elle nous renvoie de notre propre finitude et dans ce qu'elle nous rapproche de la mort, dans une époque où la mort épique s'estompe au profit d'une vie dont il faut jouir, enfin. Le vieillard accuse alors sur les planches du théâtre moderne une grande partie des problèmes sociaux associés à une faible moralité et un sens esthétique déplorable. La renaissance est l'époque de la vieillesse comme frustration par excellence. Là où les conflits intergénérationnels des siècles précédents représentaient plutôt des enjeux de pouvoir, ici, c'est l'idéologie qui touche le vieillard dans sa forme existentielle. La médecine, avec les outils d'époque, cherche non plus seulement à définir et expliquer la vieillesse, mais aussi à la prévenir et l'apaiser. Depuis les découvertes de Thomas Harvey (1628), on cherche à enrayer la mécanique de la vieillesse pour maintenir, autant que faire se peut, un corps en pleine jeunesse.

En famille, selon Bois, l'autorité du vieillard n'est pas pour autant remise en question. Les lois maintiennent des petites monarchies paternelles. L'homme ou la femme la plus âgé(e) reste chef(fe) de la maison. Ils font autorité sur le mariage qui reste une forme de négociation et une alliance d'intérêts conduite par les anciens. Les grands-parents sont également les premiers pédagogues des jeunes enfants et assurent les prémices de leur éducation.

I.5.2 La vieillesse comme figure de misère

Le retour brutal de la guerre jusqu'au milieu du XVII^{ème} siècle, sous le règne de Louis XIV amène une société dont les plus faibles sont victimes d'une profonde misère. Les phénomènes sociaux de la modernité voient apparaître dans les rues les miséreux et les déclassés. L'image du vieillard pauvre, misérable et isolé construit alors, selon Bois, l'amalgame dans une époque qui ne fait plus de l'âge le critère premier de la vieillesse :

> *Solitude, maladie, misère, la trilogie constitutive d'une confusion historique est en place. Le premier malheur du vieillard est la perte de son âge, et une identification nouvelle qui ne se fait en raison que de secours dont il est désormais dépendant. Dans le monde infini de la misère dépendante et secourue, il est mélangé aux enfants abandonnés, aux estropiés qui hantent les tableaux*

> *de Brueghel, aux contagieux et aux filles perdues. Là est la déchéance irrévocable.* (Bois, 1989, p. 45-46)

Les hôpitaux et autres établissements de santé accueillent les vieillards comme les autres miséreux : *« En 1601, la grande Loi des pauvres en Angleterre (Poor Lax), qui crée les moyens d'une assistance réelle, classe les vieillards dans la catégorie générale des infirmes incapables de travailler avec les estropiés et les aveugles »* (Bois, 1989, p. 48). La France aussi voit apparaître cette solution d'assistance par enfermement où sont accueillis sans différences les pauvres et les vieux. Ce sera une des composantes de *l'Edit* de 1656 qui fonde l'hôpital général de Paris :

> *Dès lors que la vieillesse n'est pas capable de se prendre en charge ou de se reposer sur sa famille, la vieillesse est une forme aggravée et pitoyable d'indigence et d'impotence. La mise à l'écart de l'âge répond, avec une certaine logique, à l'abstraction des représentations et aux imprécisions des sens des mots. La vieillesse comme telle n'existe pas encore au 17ème siècle.* (Bois, 1989, p. 51)

La vieillesse impie et laide des représentations s'exprime alors clairement dans la rue et à l'Asile, autant par une misère sociale réelle que par une conceptualisation des politiques de soin qui associent sans l'exprimer vieillesse et indigence.

I.6 LE XVIII^EME SIECLE ET SES LUMIERES

Bois décrit un XVIII^ème qui apporte avec lui, en France notamment, des modifications radicales et profondes du modèle social et des valeurs culturelles. La Révolution française ne marque pas seulement un changement politique majeur, elle invite aussi « le siècle des Lumières » à théoriser ce qu'est un individu dans un corps social. On découvre alors l'enfance et le vieillard sous d'autres hospices : *« Voici que l'on s'intéresse à l'âge moins en termes de dépendance, de richesse ou de détresse que comme facteur nouveau d'identification d'une personne dont la qualité est particulière, les besoins spécifiques et la dignité éminente »* (Bois, 1989, p. 57). La société s'organise moins par des systèmes hiérarchiques que par un réseau complexe d'individualités que la philosophie politique cherche à étudier.

I.6.1 La vieillesse comme question existentielle

D'après Bois, l'époque est marquée par un recensement de la population beaucoup plus détaillé qui nous permet une étude démographique plus précise. Les estimations sur le nombre de vieillards commencent au milieu du siècle avec un seuil d'âge de soixante ans. Elles montrent une proportion de sept à dix pour cent des plus de soixante ans en Europe, ils deviennent une composante non négligeable de la population. Selon Soboul (1981), la problématisation de la vieillesse n'aborde plus alors l'ancienne question spéculative : « Comment devenir vieux ? » mais l'organisation politique d'une société en pleine réinvention qui se demande : « Quelle est la place des vieux ? »

Les représentations de la vieillesse sont bien plus positives et associées aux vertus philosophiques du savoir, à l'expérience acquise de la vie mais aussi à celles de la tolérance et de la justice. L'époque observe également, selon Bois, un basculement esthétique brutal :

> *Le 18ème siècle crée un « bon vieillard », comme il a créé un « bon sauvage » et aux vertus maintenant attribuées à l'âge, superpose les vertus attribuées à l'état naturel. En plein attendrissement devant les rides et les cheveux blancs, les philosophes estiment qu'ils suffisent à effacer les défauts et les errances de la jeunesse.* (Soboul, 1981, p. 67)

Le XVIIIème siècle offre donc une perspective optimiste sur l'avenir : il est possible de bien vieillir à partir d'une position morale et savante vertueuse que propose la vieillesse.

I.6.2 La vieillesse citoyenne dans une république naissante

La sphère politique est également plus tolérante vis-à-vis des vieillards. Sans gérontocratie affichée, les sphères de l'État se constituent en grande majorité de personnes âgées. L'autorité patriarcale reste de mise au sein de la famille. La position des femmes et des grands-mères évolue vers une plus grande concertation de leurs avis sur les décisions familiales. Les vieillesses aristocratiques ou bourgeoises maintiennent un statut autoritaire. Selon Soboul, le vieillard s'inscrit, de façon générale, dans une tension entre modernité et tradition caractéristique des politiques post-révolution (Soboul, 1981). Les vieillesses pauvres, problématiques ou miséreuses, selon Bois, vont également préfigurer la constitution de véritables institutions d'accueil : *« Il existe désormais une politique d'assistance publique ou privée dans la plupart des pays européens dont l'objectif est de lutter contre ce déclassement par l'âge dont les étapes sont trop connues : l'errance et la mendicité, le vol et la*

maréchaussée » (Soboul, 1981, p. 71). Des mesures légales sont mises en place pour forcer l'assistance aux plus pauvres. Les hôpitaux accueillent volontiers les plus âgés, ils peuvent s'y installer avec quelques biens personnels. La Salpêtrière propose des locaux prévus exclusivement à l'accueil des vieillards, l'hôpital remplit désormais une fonction sociale. (Soboul, 1981). Vers 1770, la Hollande met en place un système de redistribution permettant de financer des pensions pour les plus âgés ayant besoin d'être institutionnalisés. En 1776, nous rappelle Batard, Louis XVI met en place des pensions de récompenses militaires qui seront les premiers systèmes de retraite (Batard, 2022). D'autres modèles suivent en France avec des administrations comme la *Ferme Générale*, *La Poste* ou la *Régie Générale* qui mettent en place un système analogue. L'Europe suit rapidement le modèle de la France : *« Mais aucun système n'a eu l'envergure du système français grâce auquel fut constitué dans le paysage social le type du retraité, vieux, inactif, honorable et honoré. Avec la pension, même modeste, il accède à l'indépendance, à la dignité puis à l'estime. Il faut souligner le rôle décisif de l'armée dans ce progrès social. »* (Bois, 1989, p. 74)

Dans le prolongement des Lumières, la Révolution française a vu émerger une véritable exaltation de la vieillesse. La loi du 22 août 1790 prévoit l'extension de la pension de retraite à l'ensemble des serviteurs civils et militaires de l'État. Elle ne sera pourtant jamais appliquée. Pour autant, nous dit Bois, c'est bien la jeunesse qui est surreprésentée au sein de l'État révolutionnaire avec des dirigeants qui ont généralement entre trente et quarante ans. Les hautes fonctions militaires sont également attribuées à de jeunes hommes, ce qui tend à rompre avec la tradition. La révolution est marquée par une prise de pouvoir d'une jeune génération protégée d'une mortalité infantile, par les progrès de la science et par une période de relative accalmie en Europe. La position philosophique plutôt favorable aux vieillards de l'époque contraste avec une législation de plus en plus défavorable à la vieillesse :

> *La législation nouvelle met un terme définitif à l'autorité ancestrale du père de famille. En fixant la majorité à 21 ans et en déclarant que la puissance paternelle cesse à la majorité, les Législateurs révolutionnent le système social ; les Conventionnels qui maintiennent le système, peuvent honorer les vieillards : ils ne risquent plus d'être dangereux.* (Bois, 1989, p. 74)

L'apaisement des tensions marque aussi une réduction de la puissance gérontocratique au sein de la société civile. Dans le mouvement de la révolution, le pouvoir est désormais entre les mains des fils.

I.7 LE XIX^{EME} SIECLE ET L'ECLATEMENT FAMILIAL

I.7.1 La vieillesse comme problème médical

Presque à contre-courant du siècle précédent, Bois nous décrit un XIX^{ème} siècle qui voit se maintenir au pouvoir une jeunesse révolutionnaire vieillissante. Les différentes sphères de l'État restent aux mains d'une gérontocratie largement dominante dans tous les pays européens. Les progrès de recensement de la population montrent un accroissement considérable de la population européenne avec une proportion non négligeable de vieillards. La cause des vieillards est prise en compte, étudiée et engage des politiques publiques de plus en plus spécifiées : *« Pour la première fois, la vieillesse est exactement comprise comme un problème de société, et non plus comme une simple destinée de l'individu »* (Bois, 1989, p. 71). La médecine s'intéresse désormais de près à l'étude du vieillissement :

> *Les premières recherches sur les maladies des vieillards sont ouvertes par les travaux de Pinel (1745-1826) qui signale en 1815 l'importance de leur étude. Elles sont illustrées par les travaux de Canstatt à Erlangen, Geist à Nuremberg, Mettenheimer à Francfort ou Prus à Berlin, dont « Les recherches sur les maladies de la vieillesse » sont présentées à l'Académie de médecine en 1840, puis par Durand-Fardel à Paris qui publie en 1854 un « Traité clinique des maladies des vieillards ». Ces travaux ont en commun de rattacher les particularités des maladies de l'âge aux modifications anatomiques ou physiologiques subies par l'organisme.* (Bois, 1989, p. 72)

Charcot écrira en 1867 un ouvrage de référence sur la question du vieillissement où il décrit avec précision les différentes causes du vieillissement ainsi que les maladies qui lui sont associées. Il y développe très précisément les différentes dimensions de la sénilité à l'instar des changements physiologiques inévitables liés à l'âge, notamment au niveau des organes, des vaisseaux sanguins et du système nerveux (Charcot, 1867). Charcot met également un accent particulier sur des maladies apparaissant généralement à un âge avancé. Parmi elles, la paralysie agitante, ancêtre de la maladie de Parkinson ainsi que certains types de démences séniles. Il examine également l'évolution cardiovasculaire et la vulnérabilité des personnes âgées vis-à-vis de maladies comme l'artériosclérose (Charcot, 1867). Charcot s'inscrit dans un champ médical en plein essor, notamment sur les questions liées à la vieillesse. Les préoccupations

liées à la démence sénile marqueront l'émergence d'auteurs de renom comme Morel, Griesinger, Ribot ou encore celui dont le nom traversera l'Histoire : Alzheimer.

I.7.2 Disqualification sociale naissante

L'ère industrielle, selon Bois, a profondément modifié les structures sociales et familiales, notamment dans les campagnes. L'époque voit apparaître un exode rural très important qui laisse livrés à eux-mêmes un grand nombre de vieillards restés en campagne. Les règles de l'héritage connurent également des réformes non négligeables qui attribuent une place plus importante aux enfants dans les décisions familiales :

> *Pour l'ensemble de l'Europe, près de la moitié des couples âgés dans les campagnes vivent seuls dans la seconde moitié du siècle, ce qui est considérable. Pour les autres, la co-résidence des générations n'est pas toujours heureuse. La question des biens reste la clef du destin individuel de la vieillesse rurale. Ceux qui n'ont pas épargné de quoi être à l'abri sont à la merci de leurs enfants qui souhaitent mettre la main sur l'héritage. Une fois privé de ses biens, le vieillard est privé d'autorité et court le risque d'être rejeté.* (Bois, 1989, p. 83)

Selon Bois, le pouvoir des plus âgés, s'il persiste dans les sphères de l'État et dans les grandes familles bourgeoises, s'épuise rapidement et de manière structurale dans les différentes sphères de la société, particulièrement dans les campagnes et les milieux populaires. Les relations verticales au sein de la famille sont rompues. Dans les zones minières qui nécessitent une population jeune et vigoureuse, nombre de vieillards sont rejetés et finissent dans la misère. Le modèle de la famille nucléaire ne protège plus les plus âgés de leur condition sociale. Les écarts sociaux se creusent dans toutes les couches de la société. La vieillesse n'est pas épargnée. Dans le monde ouvrier et paysan, on observe généralement une rupture avec les grands-parents. Dans la basse bourgeoisie, la rupture est moins nette mais le vieillard se trouve déclassé, son savoir est caduc par rapport aux nouvelles technologies et sa transmission au sein de la famille est remise en cause**.** Le développement de l'école réduit également drastiquement leur rôle d'éducateur des jeunes enfants. Globalement, le vieillard subit de plein fouet la libéralisation du modèle social. Il n'est plus protégé par sa famille. Á l'inverse, dans la haute bourgeoisie sont maintenues des valeurs de l'Ancien Régime où la famille devient un idéal bourgeois proche des

structures aristocratiques pyramidales dominées par les plus anciens. Le vieillard est le fondateur d'une dynastie et l'ancêtre d'un lignage fier. [5]

I.7.3 Une assistance spécifique aux plus âgés

Dans le même temps, les anciens modèles d'assistance ne suffisent plus à contenir la misère dans laquelle est plongée la classe des plus âgés. C'est à cette époque, selon Bois, que de nouvelles institutions voient le jour, se spécifiant de plus en plus dans la prise en charge des personnes âgées :

> *La charité privée reçoit dans le siècle une dimension exceptionnelle, avec en exemple, l'œuvre remarquable de Jeanne Jugan (1792-1879), en religion sœur Marie de la Croix, fondatrice des Petites Sœurs des Pauvres, dévouées au service des vieillards, recueillis, nourris et vêtus, entourés et soignés. Á partir de sa maison de Saint-Servan qui abrite 26 vieilles femmes en 1842, Jeanne Jugan répand son œuvre dans toute la France.* (Bois, 1989, p. 84)

Puis dans toute l'Europe : on relève à la fin du siècle plus d'une centaine de maisons dans vingt pays différents exclusivement alimentées par des dons et des quêtes. Les établissements hospitaliers se développent également : *« Les workhouses en Angleterre, anciennes, confondent toujours les vieillards et les autres pauvres. Il n'en est plus de même en France, où l'assistance hospitalière, avec un seuil d'âge à 70 ans pour justifier des secours, connaît pourtant des limites »* (Bois, 1989, p. 85). Á Paris, des établissements publics émergent pour porter assistance aux vieillards sans condition restrictive (la Salpêtrière pour les femmes, Bicêtre pour les hommes surtout). On voit apparaître également, précise Batard, des assurances préventives et les prémices d'un système de retraite généralisé et plus spécifique à une profession définie (Batard, 2022). Bismarck en Allemagne élabore même le système tripartite qui sera le cœur du futur système des retraites :

> *Le progrès définitif est indiqué par Bismarck pour l'Allemagne. La loi de 1881, qui impose aux ouvriers gagnant moins de 2000 marks une assurance obligatoire administrée pour leur compte par l'Empire et garantissant une pension en cas d'invalidité, puis la Loi de 1889 sur l'invalidité et la vieillesse,*

[5] A l'image des grandes dynasties des affaires comme les familles Rothschild et Mulier en France au sein desquels le patriarche, détenteur de l'entreprise, dirige et coordonne les différentes sphères familials au sein de ses affaires

> *donnent un modèle de nouvel équilibre social : les cotisations sont versées conjointement par l'employeur, l'employé et l'État et assurent une pension de vieillesse à partir de l'âge de 65 ans.* (Bois, 1989, p. 85)

Le système inaugure les premières caisses nationales des retraites qui émergent en France au début du siècle suivant fondées sur le seul critère de l'âge, dissociant une fois pour toutes l'âge du handicap et de l'indigence.

I.7.4 Une littérature témoin de la vieillesse

Enfin, la littérature connaît un tournant à l'image des mouvements sociaux dans lesquels elle s'inscrit. Moins idéologique, elle voit apparaître des récits et des témoignages d'auteurs vieillissants encore très connus à ce jour à l'instar des *Mémoires d'outre-tombe* de Chateaubriand, des *Contemplations* de Victor Hugo ou encore des *Correspondances tardives* de Flaubert. D'une manière générale, le réalisme qui gagne les milieux culturels montre une profonde rationalisation de la vieillesse dans toutes les sphères de la société, devenue désormais un problème politique, économique et médical.

I.8 LES POPULATIONS VIEILLISSANTES DU XX^{EME} SIECLE

Le XX^{ème} siècle est marqué par une démographie chaotique qui débouche, in fine, sur des records de longévité et un vieillissement global de la population dans tout l'Occident. Les ravages des deux guerres mondiales en Europe, puis le baby-boom et les déplacements de populations viennent marquer une profonde transition démographique. La part des plus âgés augmente et ils sont de plus en plus âgés. Les progrès en termes d'agriculture, en termes sanitaires ainsi que la rencontre heureuse de la médecine et de la chimie, déjà amorcée au siècle précédent, permettent des records de longévité et une réduction drastique de la mortalité.

I.8.1 Naissance de lourdes préoccupations démographiques

Comme l'indique Armengaud, ce qui marque le début du siècle, c'est l'évolution significative de l'espérance de vie des plus âgés qui s'améliore avec les progrès de la médecine alors que les plus jeunes meurent à la guerre et que la natalité continue de baisser (Armengaud,

1980). S'exprime alors un malthusianisme[6] pessimiste et de véritables préoccupations quant au futur démographique des sociétés occidentales qui en sont à un point de non-renouvellement des générations. Les notions de troisième et quatrième âge apparaissent, marquant une nouvelle classe sociale caractérisée par un âge très avancé : *« Á l'équilibre ancien haute natalité/haute mortalité/faible croissance de la population a succédé un équilibre faible natalité/faible mortalité/faible croissance de la population, dont le corollaire est le vieillissement »* (Bois, 1989, p. 94). Á titre indicatif, l'espérance de vie à la naissance en Europe était de 47 ans en 1900 et de 66 ans en 1950. L'espérance de vie à 60 ans, quant à elle, passe de 14 à 17 ans (INED, 2021).

I.8.2 La mise en péril du modèle social

Le baby-boom ne vient que pallier de manière éphémère à une transition démographique déjà bien installée. Les années 1960 voient ainsi émerger, comme le souligne Bois : *« L'arrivée à l'âge adulte et sur la scène politique d'une classe d'âge nombreuse, intacte et sans perspectives de guerre, instruite par des études longues dans une société qui accède globalement à l'aisance et dont la croissance du niveau de vie devient l'une des préoccupations majeures »* (Bois, 1989, p. 92). Une classe d'âge qui préfigure elle aussi, un futur vieillissement exponentiel de la population et un devenir « vieux » désormais possible mais plus qu'incertain. Le mot d'ordre est devenu : « Comment vieillir en bonne santé et avec un niveau de vie correct ? » ou encore « Comment accueillir et prendre en charge ces futurs vieux ? » La problématique de la vieillesse n'est plus d'ordre littéraire, esthétique ou idéologique, elle devient une question de survie pour l'ensemble de la population :

> *Le temps est révolu où les vieillards pouvaient n'être que des sujets de descriptions littéraires, et le grand âge objet de réflexions philosophiques (…) Politiques et gestionnaires, économistes et médecins, sociologues et gérontologues se penchent désormais sur les vieux avec le souci de comprendre leur nécessité et leur dignité.* (Bois, 1989, p. 101)

[6] Thomas Robert Malthus pensait en effet que les efforts humains pour améliorer les conditions de vie seraient toujours dépassés par la pression démographique, conduisant à une situation de stagnation ou de crise. Ses idées trouvèrent au début du XXème siècle, un certain écho dans les sociétés Occidentales (Malthus, 1789).

I.8.3 Développement d'une politique d'assistance

La vieillesse devient ainsi une affaire existentielle, les très âgés une nouvelle classe sociale à part entière :

> *Á cet égard le fait essentiel se produit en 1962 lorsque Pierre Laroque, vrai créateur de l'expression « Politique de la vieillesse » (...) jette un cri d'alarme qui va entraîner des efforts significatifs de la part des pouvoirs publics et de toutes les parties prenantes, y compris les familles et les vieillards eux-mêmes.* (Bois, 1989, p. 101)

Le rapport Laroque, rédigé par le conseiller d'État Pierre Laroque, fut un moment marquant dans l'histoire contemporaine de la vieillesse en France. Comme nous le rappelle Grand, il a posé les bases du système gériatrique tel que nous le connaissons aujourd'hui : *« Véritable « cri d'alarme », il a permis de dresser le constat de la paupérisation d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées en France »* (Grand, 2016, p. 16). Pauvreté, mal-logement et isolement social caractérisaient alors la population âgée de l'époque, exclue à la fois du modèle économique et du système de protection sociale : *« La priorité était clairement accordée au « maintien au domicile », avec une approche « moderniste » de la vieillesse, conçue comme un « 3e âge actif, autonome et participant » »* (Grand, 2016, p. 16). Les mesures mises en place ont concerné la revalorisation des retraites et du minimum vieillesse, l'amélioration de l'habitat par des soutiens financiers (allocation logement) et des dispositifs de rénovation et d'adaptation de l'habitat, mais aussi la multiplication des services de « maintien au domicile » et la diffusion, sur l'ensemble du territoire, des clubs du troisième âge et de dispositifs d'information, destinés à rompre l'isolement.

I.8.4 Institutionnalisation de la vieillesse

Le rapport Laroque met également en place un véritable système institutionnel visant à canaliser les problématiques à la fois médicales et d'hébergement. Comme le souligne Grand :

Parallèlement à ces mesures de « maintien à domicile », la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, actait une évolution importante dans le domaine des institutions d'hébergement pour personnes âgées (alors appelées « maisons de retraite » ou « hospices »). (Grand, 2016, p. 17)

L'objectif étant d'établir une distinction claire entre établissements d'hébergement et services de longs séjours hospitaliers. Dans le même temps, le rapport prévoit l'instauration de sections de cure médicale dans les établissements d'hébergement : « *Ainsi s'instaurait, en matière d'hébergement, une gradation selon le niveau de médicalisation des établissements. La loi abordait, pour la première fois, la question de l'accompagnement de la personne handicapée et renforçait la participation à la vie collective et sociale »* (Grand, 2016, p. 17). Le dispositif proposé par le rapport Laroque véhicule ainsi une politique de soin encore au goût du jour et témoigne de l'importance de la question de la vieillesse dans les politiques publiques dès le début des années soixante.

I.8.5 Scission de la vieillesse et naissance du grand âge

Médiatisée, problématisée et médicalisée, la vieillesse s'inscrit comme préoccupation majeure d'un siècle de longévité qui a bien du mal à envisager un avenir pour lui-même. Le système des retraites permet l'émergence d'une classe de sexagénaires définie par la possibilité d'accès aux loisirs, crée une nouvelle population de consommateurs (Batard, 2022) Le retraité, comme l'indique Mousli, peut alors s'inscrire dans un système économique qui dépasse le simple assistanat (Mousli, 2008). Ce temps particulier entre la vie active et la grande vieillesse, marqué par une libération de l'individu vis-à-vis du travail, est très médiatisé dans les sociétés occidentales. Il tend à réduire l'écart entre les soixantenaires et les plus jeunes, alors que les individus de la grande vieillesse se voient attribuer des caractéristiques et des représentations très différentes des « jeunes retraités ». Le XX^{ème} siècle scinde le problème de la vieillesse en deux et adopte une grande vieillesse sous le label de la dépendance qui se construit médicalement là où la vieillesse des siècles précédents, restait une problématique sociale marquée par la misère et l'indigence. Dans le même mouvement, l'hôpital tend à évacuer de plus en plus son modèle d'accueil et d'assistance, au profit d'un modèle qui se spécialise dans le soin médical. La proposition de l'EHPAD, qui émerge à la fin du siècle à partir d'un modèle appelé « gériatrie » apparu au début du siècle, vient chercher à articuler une prise en charge globale de la vie intime aussi bien médicale que sociale.[7]

[7] Voir la Circulaire du 27 octobre 1997 et la Loi du 24 janvier 1997 sur la maîtrise des dépenses de santé (plan Juppé)

I.8.6 Isolement et dépendance comme nouveaux marqueurs du grand âge

Ces mouvements sociétaux ne viennent pas seulement répondre à une démographie vieillissante, ils cherchent à répondre également aux modes de vie que le modèle industriel et libéral déploie devant lui. Ce dernier tend, en effet, à réduire la famille à la sphère conjugale et à chercher l'émancipation des enfants vis-à-vis des parents. De plus, la mobilité nouvelle qu'assurent les nouvelles techniques de locomotion et de communication et l'organisation du travail qui suit tendent à séparer géographiquement les familles dont les enfants vont aller chercher à se développer professionnellement dans les grandes métropoles (Villez, 2007). La marque de la vieillesse reste ainsi l'isolement. Au bonheur du grand-parent, cède rapidement les difficultés du spectre de la dépendance qui produit des individualités immobiles dans une société qui ne peut plus se passer d'une mobilité constante. L'aide sociale généralisée à l'ensemble des personnes âgées vient finalement marquer une fois pour toutes l'émergence d'une classe sociale définie par son âge, là où la vieillesse, « la vraie », n'est plus celle de l'âge avancé mais de la dépendance à l'autre dans chacun des actes de la vie quotidienne avec son lot d'humiliation et de relations conflictuelles. Le vieillard sort ainsi, comme l'indique Bois, peu à peu de sa famille :

> *D'une part, en s'engageant dans le principe à assurer la sécurité et l'aide sociale aux personnes âgées, la société prend le relais de la famille ; d'autre part, alors que celle-ci atteint les quatre générations, elle se révèle de plus en plus fragile : divorces, concubinages, familles monoparentales garantissent la rupture des relations verticales. Pour beaucoup de vieillards dépendants, le premier mal est la solitude, et en réponse, l'aide sociale, à domicile ou en institution.* (Bois, 1989, p. 115)

Émerge ainsi à la fin du siècle une vieillesse qui vient mettre en mouvement des problématiques médicales et sociales inspirant des mesures de régulation sociale et de classification diagnostique des maladies de la vieillesse. La réapparition, la prolifération puis la médiatisation de la maladie d'Alzheimer au cours du XX^{ème} siècle, comme l'a décrit Ngatcha-Ribert, va engager la société vers une médicalisation globale de la vieillesse basée sur le critère de la dépendance (Ngatcha-Ribert, 2012). Apparaît en toile de fond et très rapidement, une dimension du bien vieillir qui consiste à ne pas habiller le costume de la dépendance dans une vieillesse qui parvient à maintenir, à minima, son autonomie. La vieillesse devient une catégorie sociale disqualifiée de par sa dimension de « charge » pour le reste de la société, la famille en premier lieu. Bien vieillir, c'est vieillir en maintenant ses possibilités d'être seul. La logique

symptomatologique de la maladie d'Alzheimer, a contrario, oriente l'intéressé dans une dimension de l'agir pathologique ou « trouble du comportement » dans laquelle il ne peut rester seul ne serait-ce que quelques heures au risque de se mettre en danger. La dynamique de la surveillance très coûteuse, qu'elle implique dans sa prise en charge, est associée à la dimension d'un mal vieillir, hautement pathologique, pris en charge par un biomédical encore très autoritaire. La vieillesse a trouvé sa maladie, en d'autres termes, de quoi nourrir l'intérêt de celui qui examine (Maisondieu, 2011). En effet, à partir des années 1970, de nombreuses disciplines s'intéressent aux maladies de la vieillesse, en cherchant à y repérer ce que celles-ci nous indiquent de l'expérience du vieillissement. La psychologie, l'ergonomie et la sociologie s'invitent alors dans les préoccupations gérontologiques et cherchent à mobiliser une activité de recherche catalysée par les mystérieuses émanations de la maladie d'Alzheimer. Le vieillard malade devient captivant autant que problématique. Vieillesse et maladie d'Alzheimer engagent un rapprochement anxiogène jusqu'à l'indifférenciation dans un grand nombre d'ouvrages scientifiques qui ne cherchent plus à différencier une entité de l'autre (Ngatcha-Ribert, 2012). On classifie ainsi dans les manuels, la vieillesse et la vieillesse pathologique, l'une difficile à vivre mais autonome qui n'a besoin que d'une prise en charge mineure souvent associée à un manque de tonus musculaire ou un risque de chute, l'autre terrible, dépendante, où les manifestations psychopathologiques nécessitent une surveillance de tous les instants, presque paranoïaque, et mobilisent une activité de soin d'une tout autre importance. Au crépuscule du XX^{ème} siècle, vieillesse et démence semblent cohabiter dans les représentations certes, mais aussi dans des établissements adaptés qui tendent à accueillir ces deux notions au sein d'une même institution. La démence, en effet, pousse la maison de retraite vers l'EHPAD. Désormais, le vieillard impatient de voir si la maladie lui tombera dessus anticipe, se prépare, s'organise « au cas où » du jour au lendemain il viendrait à perdre la tête.

II. LE XXI[EME] SIECLE, CRISE ET REGULATION SOCIALE DE LA VIEILLESSE

« Il est interdit de vieillir. Nous sommes tous des enfants transgressant l'interdit. »

(Claude Olivenstein)

II.1 UNE DEMOGRAPHIE D'UN « MAL QUI VIENT »

Le XXIème siècle s'ouvre sur une concrétisation des préoccupations du XX[ème] siècle concernant le devenir des plus âgés, malades, seuls et dépendants. La crise sociale de la vieillesse préfigure une généralisation inquiétante tant le nombre des plus de 65 ans risque d'exploser dans les prochaines années. Le haut-commissariat au plan publie, dans un article de 2023, des chiffres qui préfigurent une démographie inédite dans l'histoire :

> *Le vieillissement de la population française se mesure en chiffres simples : dans les dix prochaines années, le nombre des Français, au féminin et au masculin, âgés de 75 à 84 ans, va augmenter de 50 % entre 2020 et 2030, passant de 4,1 millions à 6,1 millions. Par la suite, fort logiquement, dans la décennie suivante, c'est la population des plus de 85 ans qui va connaître une véritable explosion, avec un taux de croissance supérieur même à 50 %.* (Haut-commissariat au plan, 2023)

Cette évolution n'est pas typiquement française ni « occidentale », nous rappelle à juste titre Puisieux, elle s'organise comme un phénomène global : « *Le vieillissement de la population a longtemps été considéré comme une problématique propre aux pays les plus riches. Désormais, il concerne la planète entière »* (Puisieux, 2021). À ce titre, plusieurs travaux de recherche, au niveau local, mettent en évidence de graves insuffisances dans les capacités de prise en charge des personnes âgées, tant au niveau des infrastructures et des financements que de la formation du personnel (Defebvre et al., 2007). Selon le rapport du Haut-Commissariat au Plan, des actions politiques urgentes doivent être mises en œuvre :

> *D'ici 2050, 1 personne sur 6 dans le monde aura plus de 65 ans (16 % de la population mondiale) contre 1 sur 11 en 2019 (soit 9 %). Le vieillissement de la population mondiale est un fait établi de même que celui de la population*

> *française. Les plus de 65 ans, qui représentent un cinquième de la population française en 2020, représenteront un quart de la population en 2040, puis près de 30 % à partir de 2050. Les moins de 20 ans représenteront seulement 21 % de la population à cette même date. Notre paysage démographique sera donc bouleversé. Il s'agit d'un changement de société, donc probablement aussi de civilisation, dont nous n'avons pas encore pris la mesure et qui constitue l'un des objets de la présente note.* (Haut-commissariat au plan, 2023)

Le taux de natalité restant très bas, le problème du renouvellement des générations se pose ainsi que celui de la prise en charge collective des besoins des plus âgés. Le vieillissement à l'aube du siècle est un phénomène de société inédit dans son ampleur qui mobilise tous les acteurs de la nation et nécessite de repenser profondément le modèle de civilisation, notamment en termes de répartition des richesses, de modèle de soin et d'urbanisme.

II.2 LA QUESTION DE L'HEBERGEMENT

Le logement reste la problématique principale qui centralise la plupart des préoccupations sociales de la vieillesse. Le modèle binaire d'habitat, soit à domicile, soit à l'EHPAD apparu à la fin du siècle dernier, reste de mise. En 2017, 80% des personnes âgées vivant en institutions résident en EHPAD. Le modèle d'accompagnement le plus valorisé reste l'aide à domicile,[8] qui, malgré ses contraintes et ses limites, permet à la personne de ne pas avoir à se reconstruire un « chez-soi ». L'EHPAD reste toujours une solution par défaut qui, dans la grande majorité des cas, vise à accompagner les comportements dangereux associés à des pathologies d'ordre démentiel.[9] Le Haut-commissariat au plan propose dans cette perspective, un rapprochement radical de la psychiatrie et de la gériatrie. Cette dernière reste encore aujourd'hui une branche relativement désertée de la médecine.

II.2.1 Innovations et alternatives d'hébergement

Pour autant, la tendance à partir de 2010 s'oriente vers une ramification et une spécialisation des établissements qui accueillent les personnes âgées. De nombreux modes

[8] D'après le baromètre sur le secteur du grand âge IFOP pour France Alzheimer en 2024, 81% des personnes interrogées souhaiteraient pour ses proches, âgés, un maintien à domicile. 11% seulement y préfèrent un placement en résidence adaptée.

[9] D'après le même sondage, seul 7% des personnes interrogées souhaiterait un placement en EHPAD pour ses proches âgées.

d'habitats alternatifs cherchent leur chemin dans la logique d'un modèle audacieux, proposé en 1977 par Georges Caussannel, celui du Cantou qui vise à accueillir les personnes jugées « désorientées », toutes catégories confondues, au sein d'un environnement alternatif, organisé en îlots, qui se veut un compromis entre le domicile et l'hospitalisation (Vanderheyden, 2017). D'autres exemples font figure de références à la fin du siècle dernier comme le relève Villez : *« Parmi les initiatives pionnières (…) évoquons le « domicile collectif » de Grenoble créé en 1981 par l'équipe de maintien à domicile du centre médico-social de l'Abbaye ; la résidence de la Jonquière dans le 17ème arrondissement de Paris créée en 1979 par l'association Les Petits Frères des Pauvres »* (Villez, 2023, p. 97). Si ces dispositifs restent encore en marge des politiques publiques à la fin du siècle dernier, ils inspirent les différents « plans vieillesse » des gouvernements du début du XXIème siècle en France :

> *La loi du 24 janvier 1997, afin d'homogénéiser et d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les établissements, crée le statut juridique d'EHPAD, organisant la première réforme de la tarification des établissements, par laquelle les ressources des établissements se voient désormais allouées en fonction de l'état de dépendance des résidents et non du statut de l'établissement.* (Villez, 2023, p. 100)

Le niveau de dépendance organisant désormais la dotation des établissements, l'EHPAD se transforme afin de répondre aux exigences des autorités de santé pour y inclure un accueil spécialisé pour les personnes qui présentent des troubles cognitifs.[10] Entre 2001 et 2012 notamment, dans la lignée des trois plans nationaux « Alzheimer », on voit se développer au sein des EHPAD des « unités spécifiques Alzheimer » dont les caractéristiques dépendront de la politique interne de l'établissement (Rocher & Lavallart, 2009). Puis, ces unités se labellisent en PASA[11] ou UHR[12] proposant ainsi un accueil plus large à des degrés différents d'autonomie. Les EHPADs se voient ainsi se sectoriser et faire vivre sans se côtoyer véritablement une population vieillissante sur un mode dit « normal » ou « pathologique ». Dans le même temps, des projets d'habitats alternatifs voient le jour en fonction des problématiques de vieillissement. Les résidences séniores et les résidences autonomie visent à briser l'isolement des plus âgés et à proposer une architecture plus adaptée aux troubles de la marche. Des projets de colocations

[10] Appellation préférée à celle de démences au début des années 2000.
[11] Pôle d'activités et de soins adaptés, accueillant des personnes souffrant de troubles cognitifs légers et moyens et dans lesquels sont proposées des activités associées à la vie quotidienne et à la remédiation cognitive.
[12] Unité d'hébergement renforcé qui propose une surveillance plus étroite et des activités adaptées à une population lourdement touchée par la démence.

intergénérationnelles voient également le jour (Familles solidaires, s.d.) ou encore des dispositifs de colocation (Familles solidaires, s.d.) pour les personnes présentant une maladie d'Alzheimer. Plus récemment, des perspectives locales cherchent à rendre la ville plus inclusive pour les personnes qui présentent des troubles cognitifs (Ngatcha-Ribert, 2018). Globalement, l'hébergement des personnes âgées s'enrichit à partir des impératifs de la maladie d'Alzheimer et tend à repenser le modèle d'accompagnement des sociétés pour leurs aînés.

II.3 FIGURES MODERNES DE LA VIEILLESSE

II.3.1 La figure dépendante du grand âge

Du point de vue des représentations, la vieillesse relève toujours d'un pessimisme important qui s'invite volontiers dans des préoccupations graves vis-à-vis de l'avenir écologique de la planète. Les jeunes générations tendent à intégrer le fantasme d'un « mal qui vient » pour reprendre les propos de Pierre-Henry Castel (2018), contre lequel il s'agit de se préparer. Le caractère déchéant, sale et laid du vieillard est toujours de mise, bien qu'il n'atteigne pas vraiment les sphères de la moralité ou de l'esthétisme, mais bien plutôt celui de l'enjeu économique. Le poids démographique tend, selon Puisieux, à lisser les modèles culturels même de la vieillesse dans des logiques économiques plus structurelles :

> *Dans les civilisations africaines traditionnelles, les personnes âgées, ont de tout temps occupé une place de choix. Cependant des problèmes nouveaux comme l'épidémie de sida ou l'urbanisation rapide, ont affaibli ces solidarités familiales. Elles ne suffiront pas à faire face aux besoins des personnes âgées, si elles ne sont pas soutenues et accompagnées par des politiques sociales fortes.* (Puisieux, 2021)

Les difficultés de prise en charge, notamment dans les établissements de soin, mobilisent également des représentations disqualifiantes de la vieillesse qui tendent, selon Diodore, à dégrader la relation de soin : *« Dès lors, l'image dégradée des résidents devient la métaphore d'un travail vécu comme disqualifié. La perte de sens, la mécanisation de leurs missions font craindre aux soignants d'être maltraitants et entrainent disqualification de soi et des autres »* (Diodore et al., 2019, p. 464). C'est donc les conditions matérielles d'abord, qui conditionnent le rapport entretenu avec la personne âgée.

Plus qu'à toute autre période de l'histoire, le vieillard du XXI^{e} siècle apparaît comme une charge, disqualifié socialement parce que perçu comme étant en dette vis-à-vis d'une société qui finance une survie jugée improductive, coûteuse pour lui-même comme pour ses proches. L'aidant familial se trouve souvent rapidement replongé, à la faveur d'un "accident de la vieillesse", dans des problématiques familiales réactivées et exacerbées par la prise en charge de son parent. Cette prise en charge est fréquemment jugée usante et très difficile à vivre sur le plan émotionnel, comme le rappelle Schonenburg : *« L'usure vécue auprès des malades, l'impossibilité de laisser seul le malade à domicile, le temps journalier consacré au malade, la solitude de l'aidant et le poids de la culpabilité constituent les difficultés les plus souvent rencontrées »* (Schoenenburg, 2016, p. 28). La dimension de « charge » associée à la vieillesse est ainsi profondément inscrite culturellement et largement présente dans les discours des accompagnants comme des personnes accompagnées.

II.3.2 Le nouvel arc de la « jeune retraite »

Viriot Durandal décrit une catégorie sociale qui continue d'émerger, celle que l'on nomme les « retraités actifs » (Viriot Durandal, 2003). Ces derniers investissent le milieu associatif de manière importante, sont surreprésentés au suffrage universel ainsi qu'au sein des mandats politiques et utilisent un pouvoir d'achat supérieur à la moyenne pour investir un marché du loisir ou du « bien vieillir » très en vogue (Viriot Durandal, 2003). Nombreuses sont les parts de marchés investies d'outils d'une grande sophistication qui visent à prévenir ou retarder le vieillissement physique, psychologique voire comportemental. C'est aussi cette classe de population qui milite le plus farouchement pour la cause des plus âgés, notamment au travers des lobbys américains du *Grey Power.*[13]

II.3.3 La jeunesse comme espoir d'une population vieillissante

Le culte de la jeunesse reste important dans les sociétés marquées récemment par des mouvements progressistes qui cherchent à mettre au ban et dénoncer les abus d'un patriarcat encore tenace.[14] L'héritage des mouvements de pop culture américains des années soixante-dix,

[13] Mouvement social impulsé par des associations comme l'AARP très influent dans les coulisses de l'état et très fortement mobilisé dans la défense des droits des personnes âgées.

[14] Les prises de positions vis-à-vis de la mise en accusation de Gerard Depardieu témoignent parfaitement de l'écart des points de vue : d'un côté vu comme le grand ponte du cinéma qui vivait pleinement la liberté sexuelle de son temps ; de l'autre comme le vieillard lubrique, agressif et grossier qui profite de sa position dominante.

marque également un fossé générationnel entre une jeunesse qu'il s'agit de vivre intensément avant que les exigences de la maturité puis le vieillissement, viennent marquer des points de frustration insupportables dans une société en pleine accélération depuis plus de cent ans et qui tend à mondialiser son modèle culturel.[15] Très récemment, la jeunesse comme solution à une démographie anxiogène a émergé brutalement dans le discours politique à travers les vœux du président Emmanuel Macron pour 2024, qui furent ceux de « réarmer » la France grâce à une jeunesse productive et novatrice (Macron, 2024). Suite à cette annonce, on retrouve très rapidement ce même intérêt pour la jeunesse dans les discours et les listes des élections au parlement européen. La jeunesse est toujours synonyme d'avenir, dans un monde qui doit, dit-on, réparer les erreurs financières et écologiques des baby-boomers. De la même manière, le Haut-Commissariat au Plan lui-même alarme sur les difficultés des plus de cinquante ans à retrouver un travail, évoquant ainsi une discrimination de l'accès à l'emploi sur le seul critère de l'âge (Haut-commissariat au plan, 2023). Le caractère improductif et traditionaliste des « seniors » des milieux professionnels reste des représentations qui ont la peau dure. A contrario, la conceptualisation hasardeuse d'une « génération Z » qui serait en profond rejet des valeurs du travail tend à remettre partiellement sur le devant de la scène les qualités traditionnelles des plus expérimentés.

La vieillesse se déploie ainsi au XXI^{ème} siècle dans les profondes préoccupations sociales et démographiques qui marquent l'époque. Les rapports et les luttes entre les générations ne se déploient plus sur un mode esthétique ou moral, mais sur des conceptions fiscales et budgétaires très rationalisées. Dans le champ des représentations, cette dimension de la « charge sociale » qu'impose la vieillesse s'exprime de façon dissimulée au travers notamment d'une discipline individuelle marquée par le « bien vieillir » saisie par certains milieux marketing (Tournay, 2021). D'une manière générale, il ne s'agit pas de rester jeune, mais de vieillir de manière discrète, sans éveiller les soupçons, ni demander assistance à sa famille. La dimension humiliante du vieillir de la Renaissance semble intériorisée, individualisée et structurée dans une division de la société dont le vieillard est disqualifié. Le savoir est désormais du côté de la jeunesse plus à même à suivre l'extrême variabilité des mouvements techniques et des phénomènes de mode.

[15] A ce titre la figure du « club des 27 » qui répertorie les artistes célèbre morts à 27 ans a permis de véhiculer un ensemble de théories qui viennent mettre en avant que cet âge marque le début de la vieillesse chez des artistes qui ne peuvent pas se permettre d'être « vieux » sans modifier profondément leur image.

II.3.4 La révolution mnémotechnique

Peu inspirées par la dimension virtuelle et le système d'interface, les personnes âgées sont généralement considérées comme très en marge des nouveaux outils numériques devenus en très peu de temps les fondamentaux de la communication entre individus (Pitaud & Deschamps, 2021). Les seniors d'aujourd'hui constituent pourtant une génération ayant connu un essor technologique important qui s'est accéléré à partir des années soixante. Essor technologique qui a permis une transformation radicale des modes de communication et des possibilités de mobilités des individus entraînant des revirements socio-économiques majeurs (Noailles-Siméon & Bachelot, 2017). Mais l'expérience de fiction-réalité qui constitue l'ère numérique semble nécessiter un rapport au sensible qui contraste radicalement avec les autres formes de médias de communication (Stiegler, 2013). Ce rapport sensible à la technique nécessite, en effet, un apprentissage précoce et une immersion longue pour comprendre puis intérioriser les tenants et aboutissants de son usage et, d'une certaine manière, faire corps avec l'interface. Ce retard ainsi institué avec les nouveaux médias de communication a pu modifier la dynamique intergénérationnelle et participer à la disqualification sociale des plus âgés (Pitaud & Deschamps, 2021). Michel Serres montre, à ce titre, comment s'est élaborée, par ces nouvelles technosciences, une position dominante dans le champ du savoir des plus jeunes générations, devenues les utilisateurs les plus aguerris d'internet et, pour des raisons d'inscription sociale, devant se faire les enseignants de leurs parents (Serres, 2012). Le terme « boomer » intervient ainsi sur ces mêmes plateformes, dominées par les plus jeunes, pour désigner une catégorie sociale répondant aux tensions générationnelles. Cette catégorie s'illustre par une maîtrise imparfaite de la technologie et l'élaboration d'un savoir naïf, souvent piégé par des manœuvres publicitaires ou des fausses informations en ligne.

Pour autant, si la vieillesse semble avoir raté l'avènement des nouvelles technologies, elle n'en est pas exclue. Au contraire, la centralisation de plus en plus élaborée des démarches administratives en ligne engage les personnes âgées à s'appuyer, voire à dépendre, du savoir des plus jeunes pour gérer leurs biens, leurs rendez-vous médicaux, leur fiscalité, leurs dépenses, etc. (Pitaud & Deschamps, 2021). Plus encore, la communication avec les autres, famille comprise, devient plus complexe dans une culture communicationnelle marquée par les « smart technologies » (Picon, 2013). Celles-ci orientent et déterminent la façon dont les individus s'échangent des informations. Ainsi, en difficulté pour s'inscrire dans telle ou telle discussion de groupe en ligne, les plus âgés peuvent se trouver exclus de petits cercles familiaux qui s'échangent des informations via les plateformes de communication numérique. Cet aspect

des choses est d'autant plus manifeste dans une société mobile et connectée qui cherche à rompre la distance géographique avec ses membres en perfectionnant une proximité numérique entre les utilisateurs. Enfin, l'absence de maîtrise des outils numériques se complétant avec une distance très importante vis-à-vis de la culture web expose les personnes âgées à des « arnaques » en ligne parfois gravissimes dont ils sont d'ailleurs les cibles privilégiées (France info, 2024). Cela accentue le caractère vulnérable et le besoin de sécurisation déjà très implanté dans les représentations associées au grand âge.

CONCLUSION

La vieillesse traverse ainsi les âges avec des positions sociales vacillantes qui peuvent tendre dangereusement vers la disqualification et l'humiliation. Cette tendance est d'autant plus dangereuse qu'elle s'appuie sur des logiques à la fois politiques, esthétiques et médicales. L'essentialisation de la vieillesse dans des traits de personnalité qui lui seraient propres est ainsi à mettre historiquement en lien avec des logiques sociologiques et politiques plus larges. Le rapport conflictuel qu'elle entretient avec la jeunesse s'inscrit dans des luttes pour le pouvoir autant au niveau de l'État qu'au niveau familial. Le XX^{ème} siècle a ceci de particulier qu'il tend à automatiser et « standardiser » l'isolement des plus âgés dans son mode de fonctionnement économique même. L'industrialisation, le tournant libéral et les nouvelles formes de rapport au travail tendent à réduire la fonction des anciens au sein du modèle social. Si les jeunes retraités peuvent s'inscrire comme consommateurs de loisirs et accompagnent encore l'éducation des petits-enfants, le grand âge nouvellement institué comme classe sociale à part entière devient peu à peu une charge sociale dont l'assistance nécessite un effort de solidarité important. Cet état de fait laisse planer le retour du vieillard historique, dévalorisé dans son essence même. Le statut de « charge » devient alors le mot d'ordre d'une organisation soignante qui déploie « la perte d'autonomie » comme symptôme paradigmatique de la vieillesse. Enfin, l'écart générationnel observé vis-à-vis des nouvelles techniques d'information et de communication tend à concrétiser une discrimination sur le critère de l'âge et à inverser les rapports de pouvoir entre les générations. Le savoir est désormais du côté des jeunes.

Mais la vieillesse « moderne », qui se construit au XX^{ème} siècle, doit également faire face à un modèle neuropathologique qui détermine à la fois son objet d'étude, son critère normatif et sa menace la plus sérieuse. Il s'agit de la maladie d'Alzheimer dont l'histoire particulière intéresse désormais notre propos.

Alzheimer, une maladie à double vie

« — Si vous achetez six œufs à sept pfennigs la pièce, ça fait combien ?

— On les fait pocher. »

(Auguste D répondant à Alzheimer)

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer a une histoire bien singulière, presque aussi mouvante que l'époque dans laquelle elle est née. Car, en effet, le contexte psychiatrique de sa naissance est tout à fait particulier et s'est inscrit dans une des politiques les plus brutales que l'histoire occidentale ait connues. Les théories de Charles Darwin qui ont marqué au fer rouge le XIX^{ème} siècle ont inscrit durablement en Europe une nouvelle manière de penser l'humain selon son rapport à sa propre espèce. La loi de la sélection naturelle, basée sur des rapports de force, propose une lecture des facultés physiques et psychiques de l'Homme en fonction de sa propension à la survie. Cette structure généalogique de l'espèce va s'inscrire durablement dans la pensée médicale de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle. Á ce titre, commence à se poser la question de l'état de la sélection naturelle dans la société et s'élabore avec Francis Galton, cousin de Charles Darwin, la proposition de fondation d'un corps de science appelé « eugénisme » qui se définit comme suit : *« Science de l'amélioration de la lignée, qui ne se borne nullement aux questions d'union judicieuse, mais qui, particulièrement dans le cas de l'homme, s'occupe de toutes les influences susceptibles de donner aux races les mieux douées un plus grand nombre de chances de prévaloir sur les races moins bonnes »* (Galton, 1883,

p.23). L'idée d'une amélioration de l'espèce humaine à partir des théories darwiniennes s'invite dans une psychiatrie qui cherche à étudier les profils les plus aptes et les moins aptes à la sélection naturelle. Ce travail de classification émerge dans la nouvelle tendance psychiatrique de l'époque, marquée par un concept qui nous est très familier, celui de la dégénérescence. Ce terme est issu des travaux de Bénédicte Augustin Morel, fervent créationniste qui cherche à comprendre les comportements irrationnels d'un humain sensé être en phase avec son créateur. Il théorise la dégénérescence comme un processus héréditaire de déviation de l'homme de son état parfait du début des temps. Les aspects pathologiques de l'humanité seraient le fruit de déviations sur plusieurs générations d'un état normal et originel marqué par l'œuvre de Dieu (Morel, 1857). Si l'aspect religieux ne sera pas toujours repris, cette façon de penser le normal et le pathologique va s'inviter à de nombreuses reprises dans le champ psychiatrique pour expliquer autant les maladies mentales que les comportements déviants. Cette pensée de la dégénérescence va accompagner le tournant naturaliste de la psychiatrie. Darwin lui-même s'inspire des travaux de Galton :

> *Chez les sauvages, les individus faibles de corps et d'esprit sont promptement éliminés. Aussi, les survivants se font ordinairement remarquer par leur vigoureux état de santé. Tandis que chez les hommes civilisés, tous les efforts sont faits pour arrêter la marche de l'élimination nous construisons des hôpitaux pour les idiots, les infirmes et les malades ; nous faisons des lois pour venir en aide aux indigents. Les membres débiles des sociétés civilisées peuvent donc se reproduire indéfiniment. Or, quiconque s'est occupé de la reproduction des animaux domestiques sait, à n'en pas douter, combien cette perpétuation des êtres débiles doit être nuisible à la race humaine (...) Á l'exception de l'homme lui-même, personne n'est assez ignorant ou assez maladroit pour permettre aux animaux débiles de se reproduire.* (Darwin, 1871, p. 85)

Darwin affiche clairement un rapport entre sa théorie et un problème sociétal qu'il s'agirait de réparer. Il reviendra par la suite sur ces propos en exprimant l'importance d'une certaine empathie envers ses semblables, qui désigne un caractère, justement, très humain. Mais la plupart des penseurs de l'eugénisme prôneront plutôt le courage face à toute forme de « sensiblerie » et chercheront à construire une politique du darwinisme social, qui retirerait toute aide aux « dégénérés », voire des politiques plus agressives d'épuration ou de stérilisation des malades mentaux (Ternon, 2005). Certains États des États-Unis signent dès 1907 des lois de stérilisation et d'annulation des mariages entre individus classés comme « idiots » (Ternon,

2005). En Allemagne, l'eugénisme s'inspire de logiques raciales et cherche à promouvoir une domination des races nordiques jugées plus aptes à la sélection naturelle. Très vite, on se met à compter ce que coûtent les malades mentaux au contribuable et l'eugénisme s'invite également dans des politiques économiques très abîmées par la crise financière de 1929. En France, Edouard Toulouse prône un eugénisme plus doux, marqué par une étude des comportements et des habitudes morbides. L'auteur affirme qu'en améliorant certains comportements individuels, on pourra réduire la propension de dégénérés et prévenir les comportements pathogènes (Toulouse, 1924). C'est une des premières associations de l'eugénisme à l'hygiénisme qui peut s'inscrire alors pleinement dans une politique médicale. Émerge ainsi un travail de classification d'une part des affections chroniques liées à un état dégénéré, d'autre part des affections aigües, curables, liées à un ensemble de mauvais comportements. Á l'opposé, Alexis Carrel va jusqu'à formaliser des établissements euthanasiques dans lesquels on pourrait éliminer de manière douce, grâce à des gaz, les individus dangereux (Carrel, 1935).

L'impact de l'eugénisme en Allemagne va connaître un essor important après l'humiliation de la Première Guerre mondiale qui permettra aux théories nazies d'instaurer dans la société un sentiment de persécution par les puissances dites « judéo-capitalistes » et un devoir d'épuration d'une race allemande qui a vu ses meilleurs éléments mourir sur le front.

Les psychiatres les plus influents s'invitent volontiers dans ce contexte idéologique. Emil Kraepelin exprimera à ce titre ses inquiétudes dans l'introduction de son huitième traité des maladies mentales à propos de : « *Cette civilisation qui maintient en vie les inférieurs mentaux et les malades et leur permet le cas échéant de se reproduire »* (Kraepelin, 1883–1915, p. 204). Il conceptualisera à ce titre le terme *« Entartung »* proche du terme dégénérescence, qui désigne un ensemble de particularités héréditaires qui empêchent le développement normal de la vie. Eugen Bleuler affiche également librement ses propositions politiques : *« La stérilisation pourra bientôt être utilisée à assez grande échelle pour des motifs d'hygiène raciale, ici comme chez les porteurs d'une prédisposition pathologique en état de coïter »* (Bleuler, 1911, p. 67).

Les positions psychiatriques du début du siècle dernier sont donc radicalement différentes des préoccupations actuelles. Il s'agissait de préserver l'individu sain du dégénéré. Les tentatives de classification de ses auteurs, pourtant fondateurs de la psychiatrie moderne, s'impliquaient dans un immense travail de catégorisation des humains en fonction d'un certain nombre de caractéristiques physiques et comportementales. L'idée étant d'éradiquer les pathogènes héréditaires. L'idéologie pangermanique s'est très vite approprié les théories

d'hygiène raciale pour légitimer sa vision politique. Alfred Ploetz fonde en 1905 la Société Allemande d'Hygiène Raciale qui cherche à construire des principes hygiénistes basés sur le darwinisme social en s'appuyant sur la supériorité de la race nordique dont est issue la race aryenne (Ternon, 2005). Alois Alzheimer et Emil Kraepelin adhèrent rapidement à cette société. Ploetz ne cachera pas sa fierté à voir Hitler reprendre, en pratique, ses théories. Ernst Rudin, son disciple et beau-frère, reprendra le flambeau en 1933, il sera membre du parti nazi et participera à l'élaboration des lois de stérilisation. Les travaux de Rudin et Ploetz sur l'hérédité vont permettre, entre autres choses, d'asseoir la légitimité des théories racistes et antisémites de l'époque (Ternon, 2005). Les politiques hitlériennes ne sont donc pas portées par un seul homme, Hitler s'assoit sur une validation scientifique pour faire passer ses projets. Les premiers mouvements de l'Aktion T4[16] se voient opposer très peu de résistance d'une part parce que le parti nazi s'est empressé de supprimer ou d'exclure les psychiatres gênants, d'autre part parce qu'une bonne partie d'entre eux, notamment en Bavière, soutenaient ces efforts d'hygiène raciale.

Ainsi, les motivations politiques des « pères » de la maladie d'Alzheimer vont être imprégnées par une théorisation génétique à partir du concept de dégénérescence qui vise à asseoir un modèle culturel et politique utopique. La dégénérescence ainsi étudiée, vise un travail de hiérarchisation des individus naturalisée dans un corps de science médicale. Le rêve histopathologique de Kraepelin et d'Alzheimer cherche ainsi, en partie, à répondre aux convictions politiques du darwinisme social.

Si la dimension raciale semble avoir disparu dans l'élaboration de la maladie d'Alzheimer, le caractère eugénique motivant sa classification est encore aujourd'hui décrié par des auteurs décrivant cette affectation comme un diagnostic d'exclusion et de violence à l'égard des plus âgés, motivé par des préoccupations eugéniques concernant le vieillissement de la population (Maisondieu, 2011). Combattre la maladie d'Alzheimer, c'est appliquer une bonne conduite motivée par des éléments socio-économiques. Cette impression eugénique dans la construction de la maladie n'est peut-être pas encore mise en demeure et tendrait à intégrer un problème tout à fait inédit, celui du vieillissement de la population.

Au regard de ce contexte historique et des traces qu'il pourrait laisser dans la théorisation de la maladie d'Alzheimer, il nous paraît nécessaire d'étudier plus en détail le déploiement de cette classification médicale. Nous mènerons ce travail dans une double

[16] Programme nazi de purification et d'extermination des malades mentaux chroniques.

perspective historique : l'histoire médicale de la maladie d'Alzheimer d'une part ; son histoire sociologique d'autre part. Nous chercherons ainsi à éclaircir ce concept au regard de son contexte et des enjeux de société dans lesquels il est impliqué. Nous pensons en effet que ces éléments impactent la clinique psychologique des sujets atteints par la maladie d'Alzheimer. Cette dernière s'inscrit dans un contexte historique particulier qui détermine en partie son intervention. Nous pensons également que la dimension sociologique associée à ce contexte peut avoir des effets dans l'expression clinique elle-même des sujets atteints par la maladie, cherchant, comme tout un chacun, à observer et utiliser les codes sociaux de leur nouvelle condition d'existence au regard de la société. Pour ces deux raisons, nous pensons que ce travail historiographique s'inscrit véritablement dans une dimension psychopathologique. Nous retracerons ainsi le cheminement du concept de maladie d'Alzheimer, de sa naissance à son expansion marquée par une triple valence scientifique, médiatique et sociologique.

I. ALZHEIMER : UNE HISTOIRE DES SCIENCES

I.1 ALOIS ALZHEIMER

I.1.1 Parcours d'un psychiatre allemand

Cette histoire porte le nom d'un homme. Alois Alzheimer est un médecin spécialisé dans les sciences vivantes. Étudiant brillant, il s'aventure dans l'étude d'une grande partie des champs disciplinaires de la médecine à l'exception de la psychiatrie. Ulrich et Konrad Maurer (1999) relatent le parcours particulier d'un médecin fasciné par les sciences vivantes qui cherche à articuler ses connaissances avec une culture familiale catholique. C'est ce qui l'aurait rapproché de la psychiatrie. Alzheimer a accompagné, à titre de médecin personnel, une dame souffrant de troubles mentaux durant un voyage de cinq mois. C'est à ce retour de voyage, en 1888, qu'il décide de répondre à une annonce pour un poste de psychiatre à l'asile de Francfort-sur-le-Main. Le jeune Alois peut mettre en avant dans son profil ses travaux auprès de l'histologiste allemand Albert von Kölliker et l'utilisation du microscope pour l'analyse des tissus nerveux. La psychiatrie à la fin du XIX^{ème} siècle cherche à se spécifier en se structurant autour de deux champs théoriques distincts qui opposent les psychistes aux organicistes (Shorter, 1998). Si les premiers cherchent l'étiologie des troubles mentaux dans l'étude des

fonctions psychiques, les seconds se basent sur l'étude des lésions cérébrales. Emil Kraepelin aura tendance à s'orienter vers cette seconde épistémè en permettant à son ami Alzheimer, dès lors, de bénéficier de toute son influence (Maurer et al., 1999). Le courant dit psychiste sera surtout porté par Freud et ses travaux auprès de Charcot, Bernheim et Breuer (Shorter, 1998). Alzheimer se situe explicitement du côté des organicistes, bien que de rares articles véhiculent des pensées proches des théories psychanalytiques.[17]

I.1.2 Premières recherches cliniques à Francfort-Sur-le-Main

Comme le montre Maurer, à Francfort-sur-le-Main, Alzheimer va pouvoir faire fructifier ses techniques histopathologiques dans un véritable cadre psychiatrique. L'asile cherche à promouvoir une doctrine d'institutionnalisation sans contrainte qui lui assurera une sérieuse réputation dans le milieu intellectuel allemand. Shorter et Maurer décrivent un établissement qui privilégie les grandes salles communes plutôt que les chambres individuelles pour une meilleure surveillance et une action efficace en cas d'agitations (Shorter, 1998). Il cherche également des outils de canalisations à travers des activités de la vie quotidienne, des activités créatives, la mise en place d'une relation de confiance, des techniques de communication et surtout, une technique de balnéothérapie très en vogue à l'époque. L'asile bénéficie en outre de grands espaces verts que les résidents entretiennent et utilisent pour des promenades[18]. D'après Maurer, l'évaluation d'Alzheimer s'élabore sur plusieurs consultations et demande au psychiatre des compétences relationnelles et des techniques de conduite de l'entretien clinique. Il aurait affiché dans cet exercice des qualités certaines qui favorisent son diagnostic. L'accès à la morgue lui permet une recherche étiologique directement sur le tissu cérébral de patients décédés dont il a établi le diagnostic. Il rencontre en 1889 Franz Nissl nouvellement recruté, qui lui présente ce qui deviendra la très célèbre coloration de Nissl et qui consiste à appliquer des colorants comme le violet de crésyl ou le bleu de méthylène sur les tissus nerveux (Maurer et al., 1999). Cette méthode permet d'observer en détail la cytoarchitectonie[19] des tissus nerveux. Cette technique de coloration associée à l'utilisation du microscope permet à Alzheimer de réaliser des schémas très précis des circuits cérébraux. Il est désormais capable

[17] De nature visiblement curieuse, Alzheimer s'est effectivement exercé à la théorie freudienne en 1904 peu de temps après la publication de sa thèse en prononçant un exposé sur « les maladies mentales hystériques ».
[18] Il est à noter ici que ces éléments institutionnels visent davantage à évaluer les compétences sociales des aliénés et leur utilité publique, plus qu'à favoriser une politique d'inclusion. Pour les cas les plus graves de démence, le soin était généralement secondaire, ce qui importe, c'est de trouver l'origine des troubles pour éviter leur propagation dans les générations futures.
[19] C'est-à-dire la composition cellulaire des tissus.

de mettre en évidence la structure cellulaire des tissus. Cette évolution technique s'inscrit, d'après Shorter, dans un essor très important de la neuroanatomie, ou l'étude des sillons et des circonvolutions du système nerveux qui permettait d'avoir une idée de la circulation sanguine, se couple à une étude de la distribution des neurones et de leur fonctionnement (Shorter, 1998).

I.1.3 L'artériosclérose et la démence sénile

Alzheimer publie ensuite des travaux importants sur l'artériosclérose présentée comme seconde cause de paralysie évolutive après la syphilis.[20] C'est avec ces découvertes qu'il se rapproche de la démence sénile. Son intervention à Dresde en 1894 devant l'association des médecins aliénistes allemands relatée dans l'ouvrage de Maurer (1999) présente une douzaine de cas de paralysie évolutive pour lesquels la syphilis ne peut pas être mise en cause. Il souligne aussi le caractère particulier de l'artériosclérose qui, contrairement à la paralysie dégénérative, seule explication anatomique des maladies mentales, observe une dégénérescence d'ordre grégaire (Maurer et al., 1999). La paralysie évolutive se diffuse dans le cerveau alors que l'artériosclérose exprime le surgissement de nombreuses thromboses à plusieurs endroits du cortex. L'avancée est majeure mais pose un problème de taille. Les cas présentés, bien que plus jeunes, expriment des formes cliniques de la démence sénile : *« Je pense également que mes cas sont très proches de la démence sénile et qu'on les attribue à tort à une paralysie progressive qui se distingue nettement de la dementia senilis praecox ».*[21] Ne pouvant, pour le moment, dissocier ses recherches d'un processus de vieillissement classique, Alzheimer permet tout de même de formuler les prémices d'une théorie qui associe les maladies mentales évolutives à une dégénérescence complexe du cerveau. Cette dégénérescence serait marquée non pas par une lésion qui évolue et se répand sur la surface corticale, mais par des lésions diffuses qui, en se rejoignant, provoquent des pertes neuronales sévères. Cette dynamique histopathologique nécessite donc une autre approche diagnostique qu'il cherchera à formuler.

Selon Maurer, Alzheimer va ensuite mettre à profit ses théories de la dégénérescence dans le cadre d'expertises judiciaires et dans l'étude des psychoses, ce qui viendra asseoir sa position dans le milieu intellectuel allemand. Il parvient même à produire des images mentales chez cinq de ses patients par pression sur le globe oculaire (Maurer et al., 1999). Il réussit

[20] A ce titre, le courant organiciste a connu un grand rebond en 1913 lorsque Hideyo Noguchi présenta un cas de paralysie progressive due à la syphilis. Associé au fameux test de Wasserman, les années 1910 ont montré que la grande majorité des aliénés souffraient en fait d'un stade avancé de la Syphilis.

[21] Discours d'Aloïs Alzheimer repris dans l'ouvrage de Maurer (1999).

également à mettre en avant trois cas de psychoses d'épuisement associées à des changements neurologiques majeurs. Il ne parvient pas, en revanche, à répondre à une problématique majeure de l'époque qui cherchait à dissocier, au niveau histopathologique, la schizophrénie de la maniaco-dépression (Maurer et al., 1999). Ces travaux lui permettront une belle reconnaissance et une expertise dans le domaine. Emil Kraepelin lui propose de travailler à ses côtés au sein de l'université de Munich. Il collabore ainsi à l'immense œuvre de classification des maladies mentales du célèbre psychiatre allemand en fonction de leur origine, de leur mode d'apparition et de leur évolution (Kraepelin, 1883–1915). L'objectif étant de créer une clinique des pathologies mentales basée sur l'étude de l'anatomie du système nerveux central.

Leurs travaux se confrontent d'ailleurs à un grand nombre de difficultés. L'étude localiste du cerveau s'avère peu pertinente. L'appareil cérébral est si complexe qu'une même lésion peut produire des phénomènes cliniques très différents. Si Kraepelin pense pouvoir surmonter ces difficultés en différenciant les pathologies à partir de similarités cliniques, Alzheimer cherche à s'extraire d'une position localiste en s'appuyant sur la diversification des tissus malades et leurs liens. Ces deux méthodes ont tout de même tendance à buter sur des formes d'évolution histologiques très diverses mettant à mal la classification (Maurer et al., 1999).

I.2 ALZHEIMER : DU NOM AU CONCEPT

I.2.1 Frau Auguste D : la concrétisation clinique

Comme décrit dans l'ouvrage de Maurer, alors qu'Alzheimer et Kraepelin poursuivent leur construction nosographique et étiologique et que le rêve d'une psychiatrie histopathologique butte sur des déterminismes cliniques, Alzheimer aurait appris que sa patiente Frau Auguste Deter, rencontrée à Francfort-sur-le-Main, est décédée. Il demande à ce qu'on lui envoie son cerveau pour étude (Maurer et al., 1999). Après analyse, il y retrouve effectivement les plaques séniles qu'il a décrites précédemment et qu'il peut mettre désormais en lien avec une partie de ses observations cliniques. L'analyse histopathologique du cas est complète**.** Cette rencontre avec le cas dit « Auguste D », telle que décrite par Maurer, est devenue très célèbre. On la considère aujourd'hui comme le point de départ clinique de la maladie d'Alzheimer. Comme si Auguste D venait confirmer une fois pour toutes les intuitions du Dr Alzheimer. Cependant, Maurer décrit le cas d'Auguste D comme faisant partie d'un ensemble de cas de dégénérescences atypiques qu'Alzheimer a pu étudier durant sa carrière et

qu'il ne parvenait pas à associer à une autre affection mentale ou aux théories sur l'artériosclérose (Maurer et al., 1999). En vérité le cas d'Auguste D ne serait pas le plus flagrant pour une association théorico-clinique permettant d'exprimer une nouvelle forme de pathologie présénile marquée par l'artériosclérose. En revanche, c'est de loin le cas le plus proche des éléments cliniques que nous observons aujourd'hui.[22] Alzheimer y découvre à l'examen du cerveau des éléments typiques de la démence sénile dans des proportions excessives à un âge bien trop précoce. Il présente ses résultats à la 37ème rencontre des médecins aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne réunis à Tübingen dans une indifférence générale (Maurer et al., 1999). Le débat est en effet tourné vers les nouvelles conclusions d'un certain Freud sur la sexualité infantile qui ont la fâcheuse tendance à déchaîner les passions, plutôt hostiles, de la société scientifique allemande.

I.2.2 Élaboration d'un corpus et difficultés diagnostiques

Alzheimer et son assistant Gaetano Perusini vont parvenir ensuite à regrouper quatre cas associés à ces formes cliniques et vont les publier. D'autres auteurs vont également transmettre à Alzheimer des cas similaires de démence présénile qu'il publiera dans sa revue de psychiatrie (Maurer et al., 1999). Un corpus commence à se créer autour de cette mystérieuse affection. Kraepelin publiera lui-même une description très précise de cette maladie qu'il nommera « maladie d'Alzheimer ».[23] On peut y lire à la fin d'un paragraphe :

> *L'interprétation clinique de cette « maladie d'Alzheimer » n'est pas claire pour l'instant. Les signes anatomiques semblent indiquer une forme aiguë de démence sénile, mais le fait qu'elle débute vers la fin de la quarantaine va, dans une certaine mesure, à l'encontre de cette définition. Il semblerait que l'on puisse parler plutôt de Senium praecox du moins s'il s'agit bien d'un processus pathologique plus ou moins en rapport avec l'âge. Par ses troubles particulièrement marqués de la parole, ses phénomènes moteurs, ses crises, cette maladie se distingue pourtant nettement de la presbyophrénie qui accompagne la véritable démence sénile. Il existe peut-être quelques rapports avec certains traits des affections préséniles.* (Kraepelin, 1883–1915, p. 125)

[22] Voir Annexe 1 et 2.
[23] Voir annexe 3 P 215

La maladie que décrira Alzheimer y reste donc une affection rare et difficile à catégoriser. Les travaux d'Alzheimer tentent tout de même d'y apporter une distinction clinique particulière par rapport aux autres pathologies à partir de ses analyses histologiques. On tend à la catégoriser comme démence présénile avec un fort caractère dégénératif. Alzheimer adopte une position très prudente vis-à-vis de ses découvertes : *« Il reste encore à savoir si les curieux cas que j'ai observés, constituent des symptômes caractéristiques du point de vue clinique et histologique se démarquant de la démence sénile ou s'ils doivent être attribués à celle-ci. »*[24] C'est précisément ce point qui sera au cœur des futurs débats autour de la maladie. Á la mort d'Alzheimer, le concept reste flou. L'auteur lui-même doute d'une séparation possible entre démence sénile et démence présénile, la première étant marquée par un processus dégénératif typique du vieillissement, l'autre par un processus dégénératif bien plus grave et précoce. Une forme de vieillissement atypique marquée par la prolifération anormale et mystérieuse de plaques séniles.

I.2.3 Héritage et tentative de clarification du concept

Dans les années qui suivirent le décès du Dr Alzheimer, en 1916, le nom de cette affection n'est mentionné que partiellement. Sterz publiera en 1919 : « *Á propos de la maladie d'Alzheimer* » (Sterz.G. 1921), article paru dans la revue Générale de Psychiatrie 1921-1922 et qui présente une vingtaine de cas qui appuient les théories de Kraepelin :

> *La démence présénile est bien une maladie en soi, à laquelle on donne le nom d'Alzheimer qui la découvrit. Ce nom fut attribué en hommage à ses travaux anatomiques et cliniques et cette maladie suscita par la suite un grand intérêt, sans pour autant que tous les problèmes qu'elle implique soient résolus.* (Sterz.G. 1921)

En 1925, Kleist[25] présente en vidéo le cas de madame « MA », qui sera le premier cas filmé de maladie d'Alzheimer (Kleist & Herz, 1925). En 1925, toujours, Grünthal, après l'étude anatomique de 14 cerveaux diagnostiqués « maladie d'Alzheimer » par Kraepelin, fait sensation : *« Pour l'instant du moins, il n'est pas possible de distinguer la démence sénile de la maladie d'Alzheimer sur les images histopathologiques obtenues par nos études »* (Grünthal,

[24] Discours d'Alzheimer cité dans l'ouvrage de Maurer (1999).
[25] Kleist. K et Herz. K, « Die Alzheimersche Krankheit » in , *Programme der Medizinischen Filmwoche V/ 18*, 1925/ 1926.

1926). Il réitère ce point de vue dans un autre article un an plus tard en précisant que la différence au niveau clinique est faible (Grünthal, 1927). Seuls les troubles du langage qui apparaissent précocement dans les cas de la maladie d'Alzheimer permettent un distinguo, ils sont assez rares dans les cas de démence sénile. Ces difficultés étiologico-cliniques vont se maintenir dans les observations suivantes. En 1961, Albert, élève de Kleist fait une présentation en congrès de médecine qui porte le titre : « *Démence sénile et maladie d'Alzheimer, expression du même processus pathologique »* (Albert, 1965). L'auteur n'y établit pas de signes distinctifs entre ces deux maladies comme le précisait Alzheimer. Il décrit toutefois une évolution plus abrupte de la dégénérescence du cas de la maladie d'Alzheimer. Il propose ainsi le terme d'Alzheimérisation quand l'affection, au processus plus rapide, vient se greffer sur une démence sénile déjà existante. C'est la première fois que la maladie d'Alzheimer aborde une forme théorique proche de la décompensation. Elle serait l'émergence, dans le processus de sénilité, d'une réaction démentielle dont l'origine reste inconnue.

I.2.4 La fusion des concepts de démence et de sénilité

Les auteurs se rapprochent d'une association qu'Alzheimer a cherchée à dissocier, celle de la sénilité et de la démence. De ce fait, que la maladie d'Alzheimer soit sénile ou présénile, elle fait désormais partie du décor théorique de la vieillesse qui en porte une notion pathologique démentielle et incurable. La population mondiale vieillissant, les cas de démences avec un impact dégénératif marqué se font de plus en plus nombreux. Les théories d'Alzheimer sont également de moins en moins vérifiables. Jellinger, par exemple, montre que les symptômes ainsi décrits s'expriment en très grande majorité chez des sujets très âgés (Jellinger, 2022). La distinction entre démence sénile et démence présénile tend à se dissiper. Ce que les auteurs cherchent désormais à distinguer, c'est la différence entre un vieillissement normal et un vieillissement pathologique marqué par un processus démentiel que représente la maladie d'Alzheimer. Maurer montre qu'au fur et à mesure des travaux la notion de démence sénile tend à disparaître, permettant au concept d'Alzheimer de prendre la place vacante (Maurer et al., 1999). Si les thèses de l'auteur semblent obsolètes, son concept trouve un pragmatisme certain qui permet d'observer une forme pathologique du processus de vieillissement. Un problème étiologique majeur devient donc une opportunité : la démence sénile est une maladie d'Alzheimer. Le consensus s'effectuera au congrès international de Lausanne de 1967 qui titre : « *La démence sénile, aspects cliniques et thérapeutiques* » et se conclut comme suit, *« En accord avec d'autres médecins, nous considérons que la démence sénile et la maladie*

d'Alzheimer ne constituent qu'une seule maladie et ne se distinguent que par l'âge auquel elle se manifeste. Nous proposons donc de la dénommer « démence Alzheimer ». » Meyer & Lauter, 1968). Le consensus scientifique ne statue donc pas sur la proposition d'Alzheimer d'utiliser ses découvertes pour construire une nouvelle forme pathologique. Il préfère inscrire ses travaux dans l'exploration des phénomènes séniles en construisant dès lors une forme particulière du « vieillir », celle qui évolue vers la perte brutale et irrémédiable de ses facultés cognitives et de ses propres processus de pensées**.** Ce consensus, qui formalise ainsi une intuition clinique pour certains, un échec scientifique pour d'autres, modifie les représentations associées à la vieillesse en y faisant planer le risque d'une vieillesse « ratée » dont la sanction serait immédiate et redoutable (Maisondieu, 2011). La faiblesse étiologique de l'affection ainsi désignée ne permet pas pour autant d'entrevoir les comportements ou techniques médicales qui permettraient de l'éviter. La maladie d'Alzheimer devient une angoisse générale. Une épée de Damoclès qui s'amuse à planer au-dessus des plus âgés, voire, pour certains auteurs, une décision qui vient mettre en place une parfaite pathologisation de la vieillesse et permettre à la gériatrie de s'assurer un cadre théorique pertinent (Maisondieu, 2011).

II. ALZHEIMER : UNE HISTOIRE SOCIOLOGIQUE

« *Et les gens m'aiment parce que je suis triste*

Et que je meure à leur place en quelque sorte. »

(Mano Solo)

INTRODUCTION

Mano Solo ne portait pas de chapeau en concert, au contraire, les stigmates du VIH sur son corps étaient mis en scène dans une musique plaintive et des textes désespérés. Son œuvre ne cache rien dans ses métaphores, elle montre le besoin de cet homme à s'exprimer et à s'identifier à ce nouveau statut de « mourant » qui transperce désormais son œuvre. On ne sait plus s'il chante ou s'il crie. On ne sait plus si c'est l'artiste qui parle, ou son œuvre. Les derniers albums de Mano Solo sont intimement liés à son diagnostic. Dans le même temps, en France, des locaux de laboratoires de recherche sont pris d'assaut par des collectifs militants accusant le manque de moyens alloués à la lutte contre les MST (Le Monde, 2004). Quelques dizaines d'années plus tard, l'artiste Stromae exprimera publiquement le mal dont il souffre et le mettra en scène dans des chansons qui symbolisent le caractère clivé de l'humeur maniaco-dépressive. Très récemment, dans *Goupil ou Face* Lou Lubie relate en bande dessinée son quotidien avec un trouble de l'humeur cyclothymique en mettant sur papier la misère de son parcours psychiatrique chaotique (Lubie, 2016). Aujourd'hui, la maladie mentale est médiatisée. Elle ne l'est plus comme jadis, à travers des reportages chocs en hôpital psychiatrique, elle l'est dans le témoignage de célébrités, d'idoles et de personnalités publiques parfois très influentes. Sur ce point, la maladie d'Alzheimer fit une apparition spectaculaire dans le champ médiatique seulement quelques années après sa théorisation. Dans les années 1970, Yasmina Aga Khan, fille de la célèbre actrice américaine Rita Hayworth, déclare publiquement que sa mère souffre d'une maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années et qu'elle doit s'occuper d'elle dans la vie quotidienne (Yasmin Aga Khan, 2009). Elle sera une des fondatrices de l'association *Alzheimer Disease International* (ADI). En 1994, Ronald Reagan rédige une lettre à la nation dans laquelle il évoque qu'il souffre d'une maladie d'Alzheimer qui s'est déclarée durant son mandat.[26]

Ronald et Nancy Reagan seront des mécènes influents de l'Association Alzheimer. Margaret Thatcher, sans exprimer publiquement sa maladie, sera à l'origine d'une vague massive de projets de recherche contre la maladie d'Alzheimer. Ce lien étroit entre médiatisation, investisseurs influents et communauté scientifique sera le fil conducteur de la construction sociale de la maladie qu'un corpus récent de sociologues cherche à étudier. L'histoire de la maladie d'Alzheimer, nous le verrons, est également l'histoire d'une maladie contemporaine.

Nous développerons ainsi dans ce chapitre la façon dont la maladie d'Alzheimer se déploie dans un champ scientifique gérontologique qui implique un rapprochement avec la vieillesse en tant qu'essence existentielle. Nous verrons ensuite comment cet état de fait tend à encourager, voire à systématiser une disqualification sociale de la vieillesse. Puis, nous aborderons la façon dont les différents acteurs politiques de la maladie d'Alzheimer cherchent à lui apporter un regain de visibilité, de sensibilisation et à encourager la démarche de recherche. Enfin, nous aborderons les modes de régulations sociales de la maladie d'Alzheimer au travers de logiques d'habitat spécifiques.

II.1 EXPLORATION MEDICALE ET POLITIQUE DE SOIN

II.1.1 La révolution de l'imagerie et le regain organiciste

Après le décès d'Alzheimer, son héritage connaît une certaine période de latence durant laquelle d'autres travaux viennent alimenter ses théories, mais dans un espace très marginalisé. Les années 1930 ont vu, en effet, émerger un intérêt accru pour la psychanalyse qui permettait un travail clinique auprès de patients traumatisés et pouvait soutenir théoriquement, selon Castel, une volonté d'inscription de la psychologie dans une dynamique libérale et individualiste, notamment au travers de la conceptualisation de la notion de sujet (Reagan, 1994). Jusqu'aux années 1960, les psychiatres américains s'orientent davantage vers une étude des facteurs psychosociaux dans l'étiologie de la démence (Shorter, 1998). Dans ce champ théorique, est privilégiée une interprétation des troubles mentaux dans une dynamique de liens entre neuropathologie et environnement social. Le caractère naturaliste de la maladie d'Alzheimer ne parvient que difficilement à y trouver sa place. Globalement, comme le montre Ngatcha-Ribert, la question psychodynamique domine le discours :

> *Des facteurs tels que des traumatismes émotionnels, des ruptures au niveau du soutien familial et l'isolement social sont alors considérés comme jouant un rôle au moins aussi important dans l'explication de la démence que les processus biologiques qui produisent plaques et dégénérescences. La maladie d'Alzheimer et la démence sénile étaient ainsi considérées par un certain nombre de psychiatres américains de cette période, non comme des troubles cognitifs produits par des processus biologiques à l'intérieur du cerveau, mais comme des maladies mentales produites par des processus psychodynamiques se déroulant entre l'individu vieillissant et la société.* (Ngatcha-Ribert, 2012, p.111)

Dès lors apparaissent les premières critiques du courant organiciste, notamment la non-congruence des signes cliniques avec la nature et la localisation des lésions neurologiques ainsi que la présence de lésions sans répercussions comportementales.

C'est seulement dans le courant des années 1970 que va se développer la structure neuroanatomique de la maladie que nous connaissons aujourd'hui. Selon Shorter, un tournant neurologiste en psychiatrie est impulsé par des progrès techniques majeurs en imagerie cérébrale permettant une étude beaucoup plus détaillée et simplifiée des cellules nerveuses (Shorter, 1998). L'étude au microscope du début du siècle, qu'utilisait Alzheimer, permettait certes de produire des schémas très précis des circuits nerveux, mais seulement à un état post-mortem. L'interprétation du chercheur impliquait donc un laps de temps relativement long entre la description des signes cliniques et leur corrélat histologique. On ne pouvait ni observer l'évolution de la maladie, ni décrire minutieusement la corrélation entre les symptômes cliniques et leur étiologie neuronale. En d'autres termes, on étudiait des phénomènes mouvants sur un cerveau statique. L'imagerie cérébrale permet au contraire un aperçu de l'état du cerveau *in vivo,* de sa structure et de ses mouvements neuronaux. On peut donc désormais mener des campagnes de dépistage beaucoup plus précoces et réaliser des études longitudinales pour observer l'évolution de la maladie. L'imagerie par résonance magnétique puis, plus tard, par émission de positons furent les outils qui accompagnèrent le tournant organiciste de l'ensemble de la médecine à partir des années 1970 (Shorter, 1998).

II.1.2 Le développement d'une expertise gériatrique

Alors qu'émerge et se précise une ingénierie médicale de plus en plus performante, le besoin de mettre en place un projet gérontologique d'ampleur, aux États-Unis notamment, se

fait de plus en plus ressentir. Les modifications culturelles qu'implique le virage libéral induisent, selon Villez, de profonds changements dans la structure familiale qui auront tendance à isoler les personnes âgées (Villez, 2007). La démographie chaotique du début du siècle, marquée par une explosion des naissances après-guerre, implique d'appréhender un futur proche marqué par un vieillissement global de la population. La longévité atteint des records et la mortalité infantile est au plus bas. Il s'agit alors de mettre en place sur le long terme une prise en charge à la fois socio-économique et médicale des personnes vieillissantes.

Dans les intérêts croisés de la politique gérontologique encore naissante et de l'ingénierie médicale en pleine expansion, la maladie d'Alzheimer semble y retrouver une place de premier choix. Si les techniques d'imageries permettent de dépasser certaines impasses méthodologiques, les préoccupations politiques associées à la vieillesse peuvent désormais s'appuyer sur un modèle diagnostique directement associé à l'âge du patient. Le premier colloque international sur la maladie d'Alzheimer se tient ainsi à Londres en 1969. L'objectif étant de poser les bases d'une collaboration internationale sur cette affection en plein essor. Par la suite, comme le rappelle Ngatcha-Ribert, se développent dans le courant des années 1970 plusieurs colloques importants qui ont permis de définir plus précisément les contours diagnostiques de la maladie et son indépendance vis-à-vis des autres formes de démences. Les colloques d'Amsterdam en 1970 et de Copenhague en 1979 en sont des exemples éloquents. Les techniques d'imageries, comme le rappelle Desrouesné, permettent désormais de discriminer l'état de dégénérescence des cellules nerveuses et d'y inférer la présence ou non d'une maladie d'Alzheimer, voire même d'y définir des stades d'évolution de la dégénérescence (Desrouesné, 2018).

II.1.3 L'extrapolation conceptuelle de la maladie

Le rêve diagnostique de Kraepelin semble toucher à son but. Pourtant l'étiologie de la maladie d'Alzheimer, longtemps spéculée, ne s'observe toujours pas. La revue de littérature qu'opère Giannakopoulos, par exemple, montre que les données issues de la recherche sont très hétérogènes et buttent sur les mêmes déterminismes structuraux qu'à l'époque (Giannakopoulos et al., 2003). Si on peut désormais voir l'évolution des plaques séniles, on ne peut pas en comprendre l'origine, le mode de propagation ni exposer un pronostic fiable. Quant aux tentatives pharmacothérapeutiques, elles sont systématiquement mises en échec et secouent la gériatrie de scandales médiatiques (Whitehouse et al., 2009). En revanche, et c'est une nouveauté, le critère présénile ne tient plus, ou du moins, dans de rares cas. Il y a, en effet, un

ensemble des lésions observées à la fois dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence sénile. Mieux, les études statistiques présentent l'âge du patient comme le critère principal d'aggravation des troubles et de prédispositions à la maladie (Desrouesné, 2018). Pour autant, la prévalence de la maladie chez des sujets jeunes reste importante et mystérieuse, y compris chez des sujets sans affections cardiaques ou antécédents psychiatriques. Deux choix s'offrent alors à la communauté scientifique : faut-il abandonner les théories d'Alzheimer et reconsidérer les contours de la démence sénile ? Ou, au contraire, faut-il considérer les théories du psychiatre comme lacunaires et les développer davantage ? Au sein de ces données confuses, émerge peu à peu un consensus médical visant à dissocier la maladie d'Alzheimer de sa définition « présénile » et à l'étendre à toutes les manifestations démentielles liées au grand âge :

> *Prenant appui sur le fait que les lésions principales, c'est-à-dire les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires, ne différenciaient pas véritablement les sujets séniles des sujets préséniles, on se mit à parler progressivement de « démence sénile de type Alzheimer » (DSTA), puis de « démence de type Alzheimer » (DTA) et enfin aujourd'hui de « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées » pour rassembler un vaste ensemble de démences diverses.* (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 115)

En supprimant le caractère présénile de la maladie, c'est-à-dire un de ses fondamentaux, le modèle conceptuel permet de dépasser ses propres contradictions et la maladie d'Alzheimer appartient désormais au vieillard. Son appellation, comme on le voit dans la citation, est venue se substituer au terme sénile, puis le terme de « démence » s'efface au profit de celui de « maladie » venant appuyer le caractère organiciste de l'affection.

Par la suite, la biologie, si proche de la médecine depuis le début du XX^{ème} siècle, cherche à mettre en évidence une structure protéique typique de la maladie. Á cet égard, bien que les théories d'Alzheimer soient jugées trop faibles sur le plan diagnostique, l'étude des plaques séniles, c'est-à-dire le substrat purement neurologique de ses théories, se poursuit. En 1986, Glenner et Wong (1984) parviennent à isoler un peptide appelé *bêta-amyloïde*, considérée comme la composante principale des plaques séniles. Plus tard, en Belgique, Brion (2006) isole une protéine appelée « TAU »[27], qui serait responsable de la prolifération des neurofibrilles dans le cortex cérébral. La maladie trouve alors une substance scientifique suffisamment solide

[27] Pour *tubulin associated unite*

pour se développer dans le champ médical. Cette assise théorique peut également permettre l'essor d'une gériatrie en pleine ébauche de sa politique de soin.

Ainsi instituée, la maladie d'Alzheimer apparaît très rapidement et de manière exponentielle sur le plan médiatique et concerne désormais tout un pan de la population. L'éditorial de Katzman en 1976 vient apporter le substrat scientifique à l'amalgame désormais scientifisé entre vieillesse et maladie d'Alzheimer :

> *The argument that Alzheimer disease is a major killer rests on an assumption that Alzheimer disease and senile dementia are a single process and should, therefore, be considered a single disease. (Traduction libre : L'argument selon lequel la maladie d'Alzheimer est une cause majeure de mortalité repose sur l'hypothèse que la maladie d'Alzheimer et la démence sénile constituent un seul et même processus et devraient donc être considérées comme une seule et même maladie.)* (Katzman, 1976, p. 2)

L'article, à l'époque, fait sensation aux États-Unis. Dans une époque marquée par une vague de sensibilisation aux problématiques du vieillissement, le terme provocant de « major killer » apporte son lot de gravité à une maladie encore peu connue. La maladie d'Alzheimer devient brutalement aux États-Unis, un problème majeur de santé publique. De ce fait, dans le courant des années 1970, le nombre de cas de maladie d'Alzheimer augmente de manière exponentielle, certes, parce que la maladie se propage et que la population vieillit, mais aussi et surtout parce que sa définition s'élargit :

> *D'une part, la vieillesse et la « sénilité » furent conceptuellement séparées, conduisant la sénilité à être appréhendée depuis lors comme le produit spécifique d'une pathologie « comme les autres », au même titre que le cancer ou le sida. D'autre part, la maladie d'Alzheimer a été en quelque sorte « désâgisée », au sens où les catégories d'âge qui organisaient la différence entre maladie d'Alzheimer et démences séniles ont été rendues caduques. Dans le même temps, ce regroupement conduisit à une expansion spectaculaire de cette catégorie diagnostique en y incluant une grande partie de ceux qui, au-delà de 65 ans, étaient autrefois étiquetés comme « déments séniles » au sens général du terme.* (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 8)

C'est ainsi que la maladie d'Alzheimer récupère, sous une étiquette neurobiologique, des éléments diagnostiques de plus en plus larges.

II.1.4 L'étude précoce dans la Mild Cognitive Impairement

Alors que les symptômes ne sont toujours pas expliqués, la communauté scientifique peut désormais s'asseoir sur une formation théorique dense et va chercher à développer ses systèmes d'observation. Comme le décrit Ngatcha-Ribert, on cherche les signes de la maladie dans les expressions symptomatiques des plus âgés (Ngatcha-Ribert, 2012) Les troubles phasiques et mnésiques, même les plus légers, sont alors inspectés, mesurés, testés et classés. Mais le principal intérêt du diagnostic réside dans une identification beaucoup plus précoce de la maladie. Se déploie en effet aux États-Unis, un modèle conceptuel théorisé dans les années 1980 qui regroupe sous l'acronyme MCI (Mild Cognitive Impairement) un ensemble de symptômes prodromiques de la maladie d'Alzheimer. Cette théorie est impulsée entre autres par le psychiatre américain Ronald Petersen (2016), de la Mayo Clinic dans le Minnesota. Il propose d'instituer le MCI comme étape précoce de la maladie d'Alzheimer. Ce critère diagnostique resterait en revanche, ouvert à des évolutions vers d'autres formes de démences. Dans ses recherches, il a montré que les personnes âgées présentant des déficits cognitifs modestes, en particulier de la mémoire, ne remplissaient pas les critères de la démence, mais avaient des risques accrus de développer une maladie neurodégénérative plus grave (Petersen, 2016). Dans les années 1990, la définition du MCI s'est affinée et a été largement adoptée. La classification a établi que les individus qui souffrent de cette affection présentent une altération cognitive significative, souvent de la mémoire, mais pas suffisamment sévère pour interférer avec leur vie quotidienne (Petersen, 2016). Les critères diagnostiques ont évolué pour inclure des tests cognitifs standardisés, tels que des évaluations de la mémoire et des fonctions exécutives, afin de mieux identifier le trouble. Au début des années 2000, les recherches sur le MCI ont révélé que cette condition pouvait être un facteur de risque important pour la démence, particulièrement la maladie d'Alzheimer. L'introduction de ce concept modifie ainsi par extension le cadre diagnostique de la maladie :

> *La maladie d'Alzheimer est redéfinie comme un « syndrome clinico-biologique », permettant de poser un diagnostic beaucoup plus précoce. Ainsi la présence d'une démence avérée ne serait plus nécessaire : les patients doivent présenter des troubles épisodiques de la mémoire (comme la difficulté d'apprentissage d'une liste de mots, même avec des indices) ainsi que des signes biologiques (au moins un biomarqueur positif, visible par IRM (imagerie en résonance magnétique), PET (neuro-imagerie par émission de positrons) ou LCR (analyse du liquide céphalorachidien). L'intérêt de ces nouveaux critères*

> *se situe au niveau de l'application en termes d'essais cliniques : des individus non symptomatiques à risque de maladie d'Alzheimer ou bien pré-symptomatiques (porteurs de mutations génétiques) de même que les patients au stade prodromal, c'est-à-dire en phase prédémentielle, pourront intégrer ces essais.* (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 122)

L'idée ici est de définir une phase « prédémentielle » d'expression morbide lors de laquelle les techniques de prévention s'avèrent encore efficaces. Il s'agit alors de ralentir le caractère dégénératif et d'organiser la vie quotidienne à venir. Il est remarquable de constater, dans ce « moment » MCI, le retour à un mouvement théorique opéré par Alzheimer lui-même. Pour des raisons qui divergent, le présénile d'hier devient le prédémentiel d'aujourd'hui. Si le premier cherche à comprendre des comportements séniles à un âge précoce, le modèle MCI cherche le pronostic et la prévention. Si le début de XX^{ème} siècle rêve de curatif, il semblerait que sur ce point, la fin du siècle, plus anxieuse, cherche le préventif.

Les systèmes de prévention « MCI » alors mis en place aux États-Unis puis en Europe viendront étendre encore davantage le champ d'expertise de la maladie d'Alzheimer. Les signes du vieillissement cognitif, marqué par des oublis, des difficultés à trouver le mot ou encore un ralentissement du cours de la pensée, sont ainsi systématiquement évalués sous l'égide de la démence. La vieillesse devient un syndrome d'exclusion, existant seulement lorsque la démence est rejetée. Cette démarche de prévention, dans un champ médiatique en forte intensité, a pu imprégner très profondément les couches de la société (Ngatcha-Ribert, 2007). Au point de positionner la maladie d'Alzheimer comme « major killer » angoissant.

II.1.5 D'une maladie de la vieillesse à une vieillesse malade

Ngatcha-Ribert décrit ainsi l'émergence d'une vieillesse pathologique se constituant dans une approche biopsychosociale, sous l'égide de la démence et qui projette devant elle une vieillesse normale exempte de phénomènes « alzheimeriens » :

> *L'afflux de vieux dans cette catégorie a provoqué son « vieillissement » et a construit la figure du malade d'Alzheimer comme figure archétype de la vieillesse « qui va mal ». C'est pourquoi cette affection s'inscrit dans le contexte de ce qui a été qualifié « d'Alzheimérisation de la grande vieillesse ». Ainsi, ce mot « Alzheimer » a longtemps servi à catégoriser et à stigmatiser une population âgée dépendante considérée tout à la fois comme un « fardeau » pour*

son entourage immédiat et pour la société en général. (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 7)

Cette approche reconnaît que les pathologies liées à l'âge ne sont pas seulement d'ordre biologique, mais aussi psychologique et social (Petersen, 2016). Y sont inclus désormais des aspects comme l'isolement social, la dépression, et les troubles cognitifs, qui sont reconnus comme des éléments pouvant contribuer à une vieillesse pathologique. De même, des études sur les facteurs de risques modifiables (comme l'alimentation, l'exercice et la gestion du stress) commencent à influencer la manière dont la médecine prévient la pathologie du vieillissement (Dik et al., 2003). Le vieillissement pathologique est désormais perçu comme étant influencé par des facteurs environnementaux, sociaux et comportementaux. Dans une logique hygiéniste moderne, la tendance à la gériatrie préventive (Stone, 2014) se veut depuis le début des années 2000 de plus en plus influente. Dans ce rapprochement du médical et de la vie quotidienne se déploie très rapidement une dimension culturelle du « bien vieillir » (National Institut of Aging, 2020). Ce dernier prône l'espoir d'une vieillesse sans troubles démentiels à partir d'un schéma comportemental étudié, vérifié et processualisé au profit d'un vieillissement actif et « réussi », où l'individu fait face aux défis de l'âge avec une approche positive et proactive.

II.1.6 Du traitement de la démence au traitement de la vieillesse

La lutte contre la démence se déguise donc peu à peu en lutte contre la vieillesse. Á partir des années 2000, la tangente à ce travail de prévention réside dans un système de traitement particulier marqué par des techniques de stimulation cognitive visant à ralentir les effets déficitaires de la maladie et à booster les capacités cérébrales pour prévenir la maladie. Les espoirs se portent désormais sur l'identification précoce de la maladie à partir, notamment, de biomarqueurs exprimant une désorganisation protéique avant l'apparition des premiers symptômes (Dubois et al., 2014). Les tests psychométriques comme le test de l'horloge ou le MMSE sont également largement mobilisés dans l'élaboration du diagnostic et la cotation des actes de soins. C'est à partir de cette identification précoce que peut se déployer une formation thérapeutique neurocognitive.

Á partir des années 2010, en effet, plusieurs auteurs, dont Nyberg (2012) et Stern (2012), cherchent à fonder une clinique dite de la « réserve cognitive » qui vise à solliciter la plasticité cérébrale. Leur théorie se base sur la capacité du cortex cérébral à compenser les pertes subies par la maladie d'Alzheimer par de nouvelles connexions. Cela implique, en amont, une « réserve cognitive » suffisamment riche et solide pour permettre d'établir des associations

cognitives créatives et plurielles. En d'autres termes, un individu ayant « pris soin » de son cerveau tout au long de sa vie, ayant stimulé ses fonctions cérébrales, aura moins de difficultés à compenser les pertes subies par les plaques séniles. Cette réserve cognitive se veut donc une puissance associative permettant de limiter les effets de la démence. Á partir des connaissances neuropsychologiques, les exercices de stimulation vont alors se diversifier en cherchant à produire des souvenirs « mixtes » qui croisent plusieurs sens. On cherche à associer une information à un son, à un toucher ou à une odeur pour mettre en lien mémoire affective et mémoire procédurale. De nombreuses études encouragent dans le même temps les plus âgés à stimuler leurs fonctions cognitives par des exercices simples ou par une hygiène de vie qui se voudrait l'inverse des facteurs de prédispositions :

> *Au sein de ces logiques professionnelles, il est notable de relever le glissement du chronique vers le préventif qui constitue l'une des caractéristiques de l'épidémiologie. Cette dernière a pour but de formuler des hypothèses sur l'étiologie des maladies et de découvrir des variables déterminantes qui puissent être ouvertes à une intervention clinique ou sociale, comme des facteurs de risque ou de protection.* (Nyberg et al., 2012, p. 7)

L'analyse de ces facteurs de risques permet de développer une théorie hygiéniste scientifisée qui constitue alors un corpus de recherche très important. La théorie encourage ainsi les personnes vieillissantes à s'inscrire dans un milieu social riche (Fratiglioni, 2004), à éviter les substances toxiques ou nociceptives (Durazzo, 2014), à adapter leur régime alimentaire (Morris, 2015) ou à s'inclure dans des activités intellectuelles stimulante (Stern, 2012). Pour se protéger de la démence, il s'agit ainsi de préparer sa vieillesse en luttant contre ses effets dégénératifs : *« Des approches multimodales en la matière sont à présent mises en œuvre, comme dans l'étude finlandaise FINGER, qui combine la promotion de l'exercice physique, la stimulation cognitive, la prévention cardiovasculaire et une meilleure alimentation »* Ngatcha-Ribert, 2023, p. 78).

Une théorie biopsychosociale en voie d'élaboration cherche à promouvoir une assise scientifique à des recommandations médicales et paramédicales. En rapprochant la maladie d'Alzheimer et la vieillesse, cette dernière semble y récupérer le caractère hygiéniste qui détermine la pensée psychiatrique du début du siècle dernier. Mais plus encore, c'est le fait même de vieillir, en tant qu'étape existentielle qui demande maintenant une certaine discipline dictée par la médecine, et ce, dans les espaces les plus intimes de la vie.

II.2 LA DISQUALIFICATION SOCIALE PAR LA MALADIE

II.2.1 La neutralisation de la vieillesse

L'essor sans précédent de la maladie d'Alzheimer dans l'espace public n'est pas sans conséquences. Selon Whitehouse, cette affection porte en elle le fondement même d'une forme de disqualification de la vieillesse, et ce, à plusieurs niveaux. Elle viserait à alimenter les fantasmes d'une société incapable d'accueillir les éléments qui émanent du vieillissement et de la sénilité (Whitehouse, 2009). Whitehouse décrira la nécessité économique et idéologique de pathologiser le vieillissement en remplaçant le concept de sénilité par celui de maladie d'Alzheimer et, de ce fait, inclure dans le champ de la médecine et exclure de la vie sociale les éléments sémiologiques en désaccord avec le modèle dominant. De ce point de vue, la neurologie propose une approche évaluative en accord avec ce modèle et qui accroît le caractère « déshumanisé » et incurable de la symptomatologie. Whitehouse cherche à décrire, en exposant, au passage, les intérêts lobbystes de l'industrie pharmaceutique, une construction sociale qui cherche à exclure l'insupportable de la vieillesse dans la société moderne (Whitehouse, 2009). Dans cette mesure, l'EHPAD comme « cour des miracles » serait le produit institutionnel d'une tentative de mise à l'écart du vieillard. Celui-ci ne coïncide plus avec l'idéal de performance d'une société régie par une économie de la croissance exponentielle. La maladie d'Alzheimer pour Whitehouse est une construction imaginaire qui terrifie les personnes vieillissantes et humilie celles qui présentent des troubles séniles. Il légitime le caractère terrifié et les mécanismes de dissimulation des troubles que la médecine observe chez les sujets au diagnostic de maladie d'Alzheimer. L'anosognosie ne serait pas alors un signe neuropathologique, mais une réponse psychologique adaptée d'un sujet qui constate avec effroi qu'il fait désormais partie d'une classe sociale marginalisée.

La critique est ferme mais s'appuie sur des arguments solides. La sociologie a en effet pu entreprendre un travail très pertinent de mise en lumière des pressions sociales qui s'exercent sur les sujets qui souffrent de la maladie d'Alzheimer : « *Alzheimer est une maladie jugée plus taboue que les autres pathologies « modernes » avec pour preuve que l'accès aux médias a semblé, au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, plus difficile et plus restreint* » (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 82). La projection de la maladie d'Alzheimer dans l'espace public s'exprime ainsi, selon Ngatcha-Ribert, comme une mise en garde des risques de l'expansion de la vieillesse dans la société :

> *Substituer à la sénilité la maladie d'Alzheimer, désigner celle-ci comme pathologique, et constater son importance croissante dans notre culture sont des faits révélateurs de ce que notre culture apprécie et place au plus haut point d'une part, et de ce qu'elle déteste ou méprise le plus d'autre part.* (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 59)

Les représentations sociales associées à la vieillesse feraient ainsi office de pivot des directions sociologiques prises par la maladie d'Alzheimer. Pour le dire autrement, elles chercheraient à structurer une neutralisation des phénomènes anxiogènes associés au vieillissement, dans une société qui le combat :

> *Le niveau d'appréciation des troubles dépend étroitement d'un seuil de tolérance culturelle. En ce sens, les sociétés occidentales, et leur orientation « hypercognitive », accordent peu de valeur aux personnes ayant des handicaps cognitifs, valorisant au contraire l'autonomie sous toutes ses formes.* (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 59)

C'est ainsi que se ferme la boucle disqualifiante qui, à la fois, se protège d'un vieillissement « dépendant » et insupportable qu'elle a elle-même créé et à la fois tend à isoler dans ce vieillissement des formes pathologiques qui lui permettent de l'étudier et de le dominer. Mais c'est bien par le biais de cette étude, de cette scientifisation du vieillissement par le modèle de la dépendance qu'elle le diabolise. Des figures horrifiques se pérennisent alors dans une dégénérescence qui n'est pas une transition vers la mort, qui pourrait habiller de romantisme le vieillissement, mais une transition vers une forme déshumanisée d'existence (Ngatcha-Ribert, 2012). La volonté scientifique de neutralisation tend alors à dissimuler les représentations qui concourent à leur exercice :

> *À un niveau symbolique, ce processus pathologique a pour principale fonction de remettre en cause le principe de dignité de la personne humaine qui repose avant tout sur le concept de conscience. L'émergence de la notion de mort psychique est sans doute un des éléments les plus saillants des représentations de la maladie d'Alzheimer.* (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 60)

L'émergence d'une fonction morale dans la dynamique de classification n'apparaît donc que grâce à une étude approfondie des motivations qui animent son élaboration.

II.2.2 Une position sociale dévalorisante

Ngatcha-Ribert évoque alors à ce sujet un parallèle tout à fait pertinent entre le statut des vieillards « déments » et le concept de disqualification sociale développé par Paugam (2016) qu'il utilise pour expliquer les réactions des individus dans une situation de précarité ou de chômage. Il décrit précisément les chemins qui mènent à l'identification d'un statut « d'assisté » étroitement lié à un sentiment de stigmatisation. La disqualification sociale organise ainsi, dans un premier temps, une fragilisation des liens. Les personnes en situation de précarité voient leurs relations sociales se détériorer à cause des représentations dévalorisantes auxquelles elles sont identifiées :

> *Pour les personnes dépendantes des services sociaux, le fait même d'être assistées les assigne à une carrière spécifique, altère leur identité préalable et devient un stigmate marquant l'ensemble de leurs rapports avec autrui. Lorsque la pauvreté est combattue et jugée intolérable par la collectivité dans son ensemble, son statut social ne peut être que dévalorisé.* (Paugam, 2016, p. 21)

Cet état de fait organise un principe d'exclusion intériorisé par l'individu lui-même qui se sent isolé du reste de la société. Cette seconde étape de perte de reconnaissance sociale est un marqueur d'isolement fondamental :

> *Les pauvres sont, par conséquent, plus ou moins contraints de vivre leur situation dans l'isolement. Ils cherchent à dissimuler l'infériorité de leur statut dans leur entourage et entretiennent des relations distantes avec ceux qui sont proches de leur condition. L'humiliation les empêche de développer tout sentiment d'appartenance à une classe sociale.* (Paugam, 2016, p. 21)

Paugam évoque ainsi les mécaniques sociopsychologiques qui président au maintien des individus dans une situation de précarité encouragée par une disqualification sociale frappée d'humiliation et d'isolement. Cette disqualification n'est pas un processus d'exclusion car l'individu fait encore partie de la société dont il constitue en quelque sorte la dernière strate, celle qui a nécessité la mise en place d'un système économique d'assistance. L'identité dévaluée de ce statut a de graves conséquences sur la vie relationnelle et l'estime de soi des personnes qui s'y identifient. Outre les problèmes économiques, c'est tout un mécanisme de dévaluation de soi qui se met en marche, autant au niveau social, familial qu'amical. L'isolement et la dévalorisation qui accompagnent cette disqualification participent grandement au repli de l'individu qui voit ses perspectives d'intégration dans la société mises en branle.

Cette conceptualisation fait effectivement écho aux difficultés que rencontre le vieillard qui se voit isolé du reste de la société civile. L'absence de statut social spécifique et valorisant l'engage vers la voie d'un statut « d'assisté » en raison de ses problématiques de santé et de ses difficultés mnésiques. C'est, la plupart du temps, au sein de la famille d'abord que se développe une relation de « prise en charge » qui est très souvent vécue sur le mode de l'humiliation pour le vieillard et de l'épuisement pour l'aidant. On remarque d'ailleurs à quel point le sentiment de culpabilité qui se joue dans la relation met en scène le drame de la disqualification avec des protagonistes qui luttent pour maintenir, souvent dans le déni, une relation d'antan, ou qui, à contrario, fuient en avant dans une parentification pleine de l'enfant et une infantilisation du parent (Maisondieu, 2011). L'un dans l'autre, les signes d'autoritarisme et les privations de liberté sont légion. La dissimulation des troubles viserait ainsi à maintenir un statut social cohérent avec son mode de vie malgré la mise à la retraite, la délégation de la gestion des finances voire l'institutionnalisation qu'implique l'émergence des troubles cognitifs. Nombre de résidents d'EHPAD évoquent en effet l'humiliation ressentie face à la réponse apaisante d'un soignant trop aimable pour être honnête et qui montre ainsi la différence de statut qui existe entre eux ou encore face à la convocation des enfants dans des affaires qui ne les concernent pas.[28]

II.2.3 Répercussions cliniques

De ce point de vue, un ensemble de symptômes ou d'expressions comportementales associés à la maladie d'Alzheimer pourrait être directement corrélé à cet aspect sociologique de la maladie : *« À cet égard, la « terreur » et « l'effroi » parfois ressentis par les personnes atteintes de l'affection ou par leur entourage constitueraient une création culturelle, sociale et politique »* (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 45). La façon dont ils peuvent se reconnaître dans l'autre est alors médiatisée par la façon dont ils sont pensés par l'autre :

> *Par exemple, les médecins américains qui prennent en charge des personnes démentes décrivent leurs patients comme « terrifiés ». Au contraire, là où la maladie d'Alzheimer n'est culturellement pas politisée ou posée comme un enjeu de recherche et un enjeu financier important, et peut-être même pas nécessairement étiquetée « maladie d'Alzheimer », cette conception rend*

[28] A ce sujet un problème éthique est souvent soulevé en gériatrie à propos du partage des informations médicales entre le médecin et l'aidant familial.

possible son intégration à la vie quotidienne comme un phénomène qui advient naturellement à de nombreuses personnes âgées. (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 45).

L'émergence scientifique et médiatique de la maladie d'Alzheimer possède ainsi un revers sociologique très délétère pour les personnes qui en souffrent. Ce revers, en s'associant aux représentations et affects qui animent la figure contemporaine de la vieillesse, tend à disqualifier tout un pan de la population qui se trouve isolé et humilié dans des productions psychiques et comportementales que le modèle social tend à neutraliser.

II.3 LES ACTEURS DE LA POLITIQUE DE SOIN

La maladie d'Alzheimer, nouveau porte-étendard de la vieillesse pathologique, ne subit pas un traitement médiatique unilatéral cherchant sa « gérontalisation ». L'espace médiatique « Alzheimer » voit émerger des acteurs différents qui s'organisent et cherchent à lutter contre la maladie et ses représentations.

II.3.1 L'arc associatif

Les associations ont joué un rôle extrêmement important dans la médiatisation de la maladie d'Alzheimer et l'institutionnalisation de sa politique de soin. La plupart de ces associations naissent d'un regroupement de familles de malades qui élabore une action politique marquée par des campagnes de sensibilisation, des outils de formation et la mise en place de fondations de recherche. La pression associative est efficace et permet d'appuyer des actions publiques : « *La presse française a par exemple relaté comment les associations américaines ont mobilisé, en 1986, le Congrès américain pour obtenir la mise sur le marché de la Tacrine, lequel, à son tour, a mobilisé le National Institute of Aging (NIA) puis la Food and Drugs Administration (FDA) »* (Ngatcha-Ribert, 2007, p. 236). Ce mouvement émerge en France dans le courant des années 1980 par le biais notamment de *France Alzheimer*, acteur jugé encore aujourd'hui incontournable dans les politiques de soin. Il regroupe à ses débuts des familles de patients qui cherchent à coordonner et financer les recherches biomédicales en la matière et à déployer la médiatisation de la maladie *: « La mobilisation des retraités en général et des malades et familles de malades en particulier y constitue de véritables entreprises professionnalisées qui se donnent les moyens de leurs objectifs par une politique très active de communication et de pression »* (Ngatcha-Ribert, 2023, p. 80). Les associations deviennent rapidement, dans un système gériatrique peu préparé, un médiateur important entre le patient,

sa famille, les professionnels de santé et les pouvoirs publics. Dans les années 1990, le travail de sensibilisation se développe à grande échelle et les associations se rapprochent du milieu scientifique et médical (Ngatcha-Ribert, 2023). Des fondations de recherche émergent pour financer des travaux en cours sur la maladie. Les fonds de ces associations sont issus en très grande partie de dons ou de legs d'un public large. Il n'est pas rare qu'elles perçoivent des assurances-vie ou des biens immobiliers par des particuliers.[29] Elles collaborent également avec de grandes entreprises ou bénéficient de mécénats avantageux.[30] Les fonds publics ne représentent qu'une petite partie de la trésorerie des associations.

II.3.2 L'impact sur les politiques publiques

Dans les années 2000 en France, les associations montent en puissance sur la scène politique et commencent à obtenir une attention médiatique très importante. Le premier plan Alzheimer qui débute en 2001 voit émerger une étroite collaboration entre le milieu associatif et les politiques publiques (Rocher, 2009). Il permet également d'accroître la visibilité de ces associations et de favoriser l'émergence d'initiatives locales. L'arbre associatif français se ramifie :

> *En réunissant les familles de malades, des associations comme France Alzheimer ont participé à la construction d'une identité collective autour de la maladie d'Alzheimer. Ce pôle associatif a constitué une ressource déterminante pour faire valoir les intérêts des acteurs de ce champ émergent, acquérir une meilleure visibilité sociale et inscrire Alzheimer sur l'agenda politique.* (Ngatcha-Ribert, 2007, p. 232)

Cette collaboration se montrera encore plus étroite à l'occasion du plan Neurodégénératif débuté en 1994 qui voit émerger, entre autres, la journée mondiale Alzheimer dans le calendrier.

Le pouvoir de ces associations témoigne de la médiatisation des pathologies de masse dans un contexte de libéralisation de la société et d'une économie de marché marquée par la course à la communication et la captation des consciences. Á ce titre, l'investissement important de ces associations dans leur communication et leur médiatisation les positionne en première

---

[29] Voir en guise d'exemple les financements de France Alzheimer : https://www.francealzheimer.org/association/nos-ressources/ et de la fondation Vaincre Alzheimer : https://www.vaincrealzheimer.org/la-fondation/nos-missions/financer/

[30] Bill Gates, par exemple, a investi personnellement dans la *Dementia Discovery Fund.*

ligne sur l'espace public. La dépendance à des fonds privés et des donations encourage les acteurs associatifs à accroître leur visibilité et à favoriser les actions de sensibilisation. La maladie d'Alzheimer évolue ainsi de manière concomitante sur l'espace médiatique et sur l'espace scientifique (Ngatcha-Ribert, 2012). Chaque avancée médicale est ainsi relayée dans la presse grand public. Alzheimer devient en très peu de temps une maladie connue du grand public, y compris dans ses spécificités les plus fines (Ngatcha-Ribert, 2007). Dans cette mesure, d'un point de vue sociologique, elle se trouve bien plus proche des grandes maladies infectieuses des années 1990 comme le SIDA que d'autres maladies mentales avec qui elle partage des éléments sémiologiques. C'est effectivement une concurrence en matière de communication qui émerge entre les différentes associations. Cette anecdote relatée par Ngatcha-Ribert est, sur ce sujet, tout à fait éloquente :

Il n'est pas inutile de souligner que l'apparition du sida, au début des années 1980, est concomitante de la création de France Alzheimer (1985). De manière récurrente, dans ce champ fortement concurrentiel, nombre de nos interlocuteurs ont émis l'hypothèse que la médiatisation dont le sida, mais aussi le cancer ou les myopathies, ont été l'objet a pu retarder ou occulter l'émergence et la montée en visibilité de la maladie d'Alzheimer en tant que pathologie à part entière. (Ngatcha-Ribert, 2012, p. 86)

On peut aisément imaginer la détermination des acteurs associatifs à mettre en avant une maladie qui concerne, de près ou de loin, la plupart d'entre eux. La concurrence se montrera ainsi intense et utilisera les outils à sa disposition pour prendre le pas sur les autres. Les cabinets de conseils et les agences marketing sont ainsi sollicités pour former les associations à des logiques de captation de l'attention médiatique :

Lors du congrès national de France Alzheimer en septembre 2004, le président de l'agence de publicité Saatchi & Saatchi™ mettant en œuvre leur campagne de sensibilisation soulignait un peu abruptement : « Comme Coca-Cola a des concurrents, vous avez des concurrents. (...) D'autres sont mieux armés symboliquement » et de détailler les « atouts symboliques » de chacun vis-à-vis de l'Alzheimer. (Ngatcha-Ribert, 2007, p. 235).

Les acteurs associatifs s'habillent ainsi d'une logique de communication qui implique un investissement plus poussé dans les sphères privées pour accroître leur réseau de communication et leur influence politique :

Á titre d'illustration, le processus conduisant au parrainage de France Alzheimer s'était révélé laborieux. Parallèlement, des médecins, sous la houlette de psychiatres puis de

gériatres et enfin de neurologues, ont investi le champ des troubles cognitifs de la personne âgée par leur lobbying. (Ngatcha-Ribert, 2007, p. 235)

La maladie d'Alzheimer, dans les concurrences médiatiques qu'elle entraîne avec elle, se veut véritable maladie contemporaine prise en charge par des mouvements associatifs qui exercent une pression sur les pouvoirs publics et sur la communauté scientifique. La dimension marketing encourage un déploiement extrêmement rapide des éléments de langage de ce corpus au sein de la société civile. L'impact de la maladie d'Alzheimer sur les consciences collectives est très important au début des années 2000, non seulement par la multiplication des personnes touchées par la maladie,[31] mais aussi par l'organisation collective de sa politique de soin au sein même de l'espace public.

II.3.3 L'arc lobbyiste

Les années 2000 ont ainsi acté en France, la prise en considération de la maladie d'Alzheimer comme une problématique politique de grande ampleur :

> *Après plusieurs rapports et programmes d'actions publiques à partir de la fin des années quatre-vingt-dix, la lutte contre la maladie était décrétée « grande cause nationale 2007 » à l'occasion de la « Journée mondiale Alzheimer » le 21 septembre 2006.* (Ngatcha-Ribert, 2007, p. 229)

Cette montée en puissance en France trouve ses racines outre-Atlantique avec les éléments conceptuels que nous avons abordés et qui ont favorisé une surenchère médicaliste de la vieillesse sous l'égide de la maladie d'Alzheimer. Mais il faut bien comprendre que l'histoire de cette maladie se révèle tout à fait unique tant l'état de dépendance entre le médiatique et le scientifique fut important. Au moment où Katzmann révèle son major killer, une pression lobbyiste très influente organise la structure médiatique et amasse les capitaux :

> *Un intérêt considérable pour la problématique des « démences séniles de type Alzheimer » a dès lors émergé de la part du monde scientifique, notamment du fait des formidables levées de fonds induites par la création de ces associations et des financements exceptionnels, sans équivalent ailleurs, provenant d'institutions telles que le National Institute of Health (NIH), le National*

[31] Dans une logique épidémiologique pour laquelle l'élargissement sémiologique a beaucoup participé.

> *Institute on Aging (NIA) ou le National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINCDS).* (Ngatcha-Ribert, 2023, p. 233)

La mouvance du *« Gray Power »,* très présente aux États-Unis à partir des années 1980 est un exemple tout à fait précurseur de ce modèle lobbyiste**.** L'AARP[32] fut la première instigatrice du mouvement en regroupant les jeunes retraités ou personnes de plus de 50 ans en vue de défendre leur cause dans un avenir vieillissant. D'après Viriot-Durandal, l'association a connu un essor majeur dans le courant des années 1990 et connaît une influence lobbyiste manifeste tant par sa surreprésentation électorale[33] que par ses liens avec les acteurs politiques les plus influents : « *La question du pouvoir gris s'est posée dès le milieu des années 1970 outre-Atlantique dans la réflexion sur les perméabilités de la démocratie américaine au lobbying des catégories d'intérêts créées par l'intervention de l'État-providence »* (Viriot Durandal, 2003, p. 56). Des sociologues comme Pratt (1976) évoquent dès 1976 la montée en puissance des lobbys gris au sein de la politique américaine. Le mouvement gagne en puissance et se structure :

> *À partir de la fin des années 1980, le lobby gris est complété par la notion de pouvoir gris, grey power, qui dépasse le seul registre de l'action officielle des groupes de pression sur le législateur. Le pouvoir gris exprime alors la structuration et l'action d'un groupe social – défini par l'avancée en âge et le statut de ses membres – dont les ressources matérielles ou symboliques sont mobilisées pour la défense de ses intérêts matériels et moraux, notamment dans l'élaboration de la politique de la vieillesse.* (Viriot Durandal, 2003, p. 66)

Dans les années 1990, le mouvement s'exporte en Europe et se diversifie :

> *L'expression est d'autant plus sensible dans les années 1990 que les partis de retraités font leur apparition en Europe et marquent certaines échéances locales ou nationales. Ils dépassent les 5% des suffrages aux Pays-Bas, au Luxembourg, en République Tchèque et en Israël où ils intègrent une coalition gouvernementale, suscitant l'émoi des acteurs politiques et sociaux et l'intérêt de la presse. On passe alors du statut de groupe de pression à celui de parti politique.* (Viriot Durandal, 2003, p. 67)

---

[32] Acronyme pour : American Association of Retired Persons.
[33] Les plus de 50 ans constitue statiquement la population qui vote le plus.

Ces partis politiques structurés sur le seul critère de l'âge tendent à renforcer un sentiment d'identité âgiste qui cherche à lutter contre l'exclusion des personnes âgées et l'invisibilisation des problématiques qu'elles rencontrent.

Le mouvement lobbyiste du *Grey Power,* selon Viriot Durandal, soulève des controverses. Il encouragerait, notamment, une forme de scission au sein de la vieillesse entre une jeune retraite active et militante et un grand âge dépendant et disqualifié, la première se faisant porte-parole de la seconde (Viriot Durandal, 2003). On repère alors une classe dominante, marquée par la force démographique du baby-boom ainsi que par sa capacité de réunion et de lobbyisme**.** Á l'inverse, les personnes plus âgées ou qui présentent des signes de troubles mnésiques sont largement sous-représentées (Viriot Durandal, 2003). En dehors de leurs difficultés à accéder aux bureaux de vote, le manque de confiance général dans leurs facultés de jugement opprime leur pouvoir décisionnel, et ce, autant dans la sphère familiale ou sociale proche, qu'au niveau des propositions politiques. Les personnes qui présentent un handicap dû à l'âge sont très rarement consultées dans leurs choix politiques, rares sont les EHPAD par exemple, qui proposent de conduire leurs résidents devant les bureaux de vote. Qui plus est, ce miroir social sur les facultés de jugement des « grands vieillards » est le plus souvent bien intériorisé, et les personnes concernées elles-mêmes préfèrent laisser la politique « aux plus jeunes ». Cet état de fait a même induit des propositions âgistes sur le plan civique :

> *Douglas J. Stewart, professeur invité à l'université de Californie, envisageait ainsi dans la revue New Republic, la suppression du droit de vote à 70 ans. Le projet d'une citoyenneté périssable dans les démocraties modernes est réitéré de manière récurrente dans les débats publics (...) Une conception a priori moins radicale a été défendue par Möckli. Elle consiste à minorer le vote des plus âgés en attribuant un coefficient à chaque classe d'âge. À 18 ans, le multiplicateur serait de 2, puis il déclinerait de 0,01 par année. L'importance du vote diminuant avec l'âge, le bulletin d'une personne de 70 ans ne compterait plus que pour 1,48.* (Viriot Durandal, 2003, p. 71)

C'est donc précisément le caractère involutif lié aux troubles cognitifs qui serait le déterminant d'une disqualification sociale et politique. En parlant à la place du malade, le *grey power* risque malgré lui d'intensifier le caractère dépendant d'un grand âge pathologique déjà abîmé par son lien avec la maladie d'Alzheimer. Le rapport de force politique entre ces deux générations semble ainsi mettre en image la discrimination des plus âgés.

II.3.4 La parole aux malades

En réponse à ces problématiques, l'espace médiatique observe l'émergence de nouveaux acteurs dans la « politique Alzheimer ». Il s'agit des personnes atteintes elles-mêmes par la maladie. Par l'impulsion associative, des acteurs sont devenus très présents sur la scène médiatique française comme Fabienne Piel ou Blandine Prévost. Ces acteurs ont créé ou encouragé des associations visant à démystifier la maladie, sensibiliser la société civile, militer pour les droits des personnes malades et créer des dispositifs d'accueil et d'entraide (Amadiem, s. d.). Dans les pays anglo-saxons, de nombreux mouvements militants et activistes se mettent en place. L'association *Demantia Alliance Internationale (DAI),* par exemple, compte près de 200 membres à travers le monde tous diagnostiqués d'une démence. Ces mouvements revendiquent un regard neuf sur la maladie et proposent des espaces collectifs innovants :

> *Deux tendances peuvent être particulièrement mises en évidence : l'appel à vivre une vie la plus normale possible malgré la maladie, d'une part, et le développement d'un activisme qui prend plusieurs formes, depuis le soutien entre pairs jusqu'à la mobilisation plus militante pour la défense de leurs droits, d'autre part.* (Ngatcha-Ribert, 2023, p. 75)

Il s'agit ainsi des prémices d'une organisation politique des malades eux-mêmes qui cherchent à s'inscrire davantage dans la vie démocratique et à s'organiser pour se soutenir et se faire entendre.

Une phrase de Peter Asley fait office de porte-étendard du mouvement : *« I am still living with dementia not dying from dementia. (Traduction libre : Je vis toujours avec la démence, je ne suis pas en train de mourir de la démence) »* (Peter Ashley, s. d.). Il cherche par là à répondre à une tendance médicale au désengagement et à la dynamique de la perte. Le champ médical, comme le rappelle Ngatcha-Ribert, aurait tendance en effet à conseiller aux patients de se préparer au deuil d'une forme de vie perdue et de s'intéresser aux démarches administratives qui préparent la fin de vie (directives anticipées, contrat obsèques ou encore gestion de l'héritage) : *« Lors de l'annonce du diagnostic, de nombreux médecins préconiseraient massivement ce que Kate Swaffer, personne australienne souffrant d'une DFT, nomme un « désengagement prescrit »* (Ngatcha-Ribert, 2023, p. 81). Il est également généralement inculqué aux proches et aux conjoints qu'eux aussi vont bientôt devoir abandonner leur travail pour devenir des « aidants à plein temps » (Ngatcha-Ribert, 2023). Le modèle militant cherche à opérer un changement de regard sur le vécu diabolisé de la maladie

en exprimant une forme de vivacité qui sort du carcan involutionniste de la vieillesse et de son modèle pathologique de la dégénérescence. Il veut faire valoir une vision capacitaire marquée par la recherche d'une certaine normalisation de la vie avec des troubles cognitifs.

Les mouvements qui composent ce modèle proposent aussi des espaces d'accueil pour les personnes atteintes par la maladie : *« L'appui entre pairs (peer support) constitue aujourd'hui l'une des modalités de soutien par et pour les personnes vivant avec une démence dans les pays de l'OCDE, notamment grâce aux outils numériques »* (Ngatcha-Ribert, 2023). Richard Taylor développe également un programme de parrainage *Démentia Mentor* permettant au médecin traitant de proposer aux patients de partager ses coordonnées avec d'autres patients inclus dans le système de mentorat (Taylor, s. d.).

La parole donnée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer représente un pas important dans l'appropriation sociétale des éléments de cette pathologie et contraste radicalement avec le modèle de lutte contre la maladie que proposaient les politiques publiques des années 1970, 1980 et 1990 :

> *Pour le professeur émérite, Peter Mittler, conseiller pour les droits de l'Homme de l'association DAI, lui-même malade, les personnes malades sont à considérer comme les « experts par expérience » et sont donc en capacité d'exiger leur participation pleine et entière dans le processus de décision politique, aux côtés des professionnels et des hommes politiques.* (Ngatcha-Ribert, 2023, p. 86)

Ce travail de réappropriation politique par les intéressés eux-mêmes a débouché sur une charte, la *Global dementia charter* (Alzint, s. d.). Cette charte établit une liste de droits que devraient pouvoir réclamer les personnes malades. Elle revendique notamment le droit d'être informée du diagnostic et d'être accompagnée dans la compréhension des symptômes.[34] Elle revendique également la participation active des individus concernés dans les décisions médicales.[35] Mais encore, le respect de la dignité et de la citoyenneté des malades ainsi que l'accompagnement de leur famille.[36] Ces éléments s'inscrivent ainsi dans une demande de respect de la citoyenneté dans le parcours médical et cherchent à faire valoir les qualités individualistes et subjectives des personnes atteintes par la maladie.

---

[34] « Je dois pouvoir accéder à des informations sur la démence afin de savoir de quelle façon elle m'affectera. »
[35] « Je dois avoir mon mot à dire quant aux soins que je reçois et à la prise en charge dont je bénéficie. »
[36] « Je dois être traité(e) comme un individu à part entière, et ceux qui s'occupent de moi devront connaître mon parcours de vie » « Je veux que ma famille et mes amis conservent de bons souvenirs de moi. »

II.4 UNE REGULATION SOCIALE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

II.4.1 Des logiques d'hébergement en tension

La pression associative, visant à accroître la visibilité de la maladie dans l'espace public, se voit récompensée de l'inscription de la maladie d'Alzheimer comme affection de longue durée par l'assurance maladie en 2004. Le caractère de chronicité encourage ainsi une politique de l'hébergement et de l'institutionnalisation non plus associée à la seule question de la dépendance, mais plus spécifiquement aux caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. L'urgence de répondre aux problématiques de logement des personnes qui présentent des troubles cognitifs a encouragé le développement d'habitats spécifiques. Le modèle des Cantou développé dans les années 1980 tend à servir de point d'appui à l'émergence d'unités spécifiques à la maladie, notamment au sein des EHPAD. La dimension sociologique de la maladie invite une thérapeutique « vie quotidienne » marquée par le maintien d'un environnement social soutenant et des questionnements liés à la dimension civique des résidents. L'établissement d'unités spécifiques type PASA cherche à promouvoir une approche spécifique des résidents par l'aménagement d'un espace proche d'un foyer qu'il faut maintenir et faire vivre en groupe et par l'élaboration d'activités adaptées. « Hors les murs », des tentatives d'hébergements dits « inclusifs » voient également le jour au travers de résidences intergénérationnelles, de colocations voire de villages Alzheimer (Villez, 2023). Encore embryonnaires à ce jour, ces questionnements et ces modèles s'inscrivent dans une époque marquée par une appropriation sociologique de la maladie, y compris dans ses politiques de soins.

Le modèle le plus largement répandu reste tout de même celui des EHPAD qui prend en charge 80% des personnes institutionnalisées de plus de 60 ans (DRESS, 2022). Souvent décrié comme un établissement trop enfermant et coercitif, l'EHPAD cherche à s'inspirer des nouveaux modèles d'habitats qui oscillent, selon Villez, entre deux logiques en tension :

> *La première est la tension entre une vision sectorielle - prônant des environnements physiques et humains de plus en plus spécifiés - et une vision plus globale - cherchant à sortir d'une logique ségrégative afin de construire un dispositif cohérent et approprié à tous.* (Villez, 2023, p. 92)

Cette tension s'exprime théoriquement entre une tendance à la ramification diagnostique, tendance proche d'un naturalisme médical, et une tendance à l'inclusivité plutôt en lien avec l'approche sociologique :

> *La seconde tension, qui opère de manière complexe, concerne les modèles d'accompagnement en présence : entre médicalisation et démédicalisation, entre culture de l'hébergement et culture de l'habitat/de l'habiter.* (Villez, 2023, p. 92)

Une oscillation qui n'est pas sans rappeler les deux histoires médicales et sociologiques de la maladie en elle-même qui inspirent aussi bien une exploration scientifique plus poussée, qu'un besoin de régulation sociale. Dans sa dimension contemporaine, la maladie d'Alzheimer dépasse largement les préoccupations curatives que sa caractérisation en tant que maladie implique. Sa structure nosologique et sociologique nécessite de penser comment intégrer les individus qui en souffrent dans un cadre collectif. La question étant de savoir si ce collectif se trouve inscrit dans la société civile ou prescrit dans des environnements adaptés.

II.4.2 Habitats prescrits vs habitats inclusifs

L'un des projets les plus ambitieux en tant qu'environnement prescrit réside dans le village Alzheimer situé à Dax (Village landais Alzheimer, s. d.), qui propose des studios en location dans un village jugé adapté aux spécificités de la maladie d'Alzheimer. Les résidents du village ont accès à un ensemble de commerces, d'espaces de promenades et de lieux de rassemblements. Des activités adaptées y sont proposées et le résident doit participer à la bonne tenue des locaux et du vivre-ensemble. Une monnaie interne a même été créée pour médiatiser les échanges. Le village est fermé dans une enceinte pour éviter les « fugues » et favoriser un climat sécuritaire. Il se veut un univers à part construit entièrement à partir des caractéristiques sémiologiques de la maladie. Les résidents ne participent pas à la vie politique du village et les décisions sont prises par un comité de direction. La dimension civique est ainsi limitée à la vie au sein du groupe.

Dans une logique différente, la démarche des *dementia-friendly communities* affiche comme projet l'inclusion des individus qui présentent des signes de démence au sein des territoires locaux (Ngatcha-Ribert, 2018). C'est un projet mis en place depuis 2001 en Écosse, depuis 2004 au Japon et qui s'est ensuite diffusé en Australie, en Europe, et, plus récemment aux États-Unis. Comme le rappelle Ngatcha-Ribert, il s'agit de construire dans l'espace public

des stratégies d'accueil et d'accompagnement des personnes qui présentent une démence en mobilisant un maximum d'acteurs locaux dans des secteurs très diversifiés :

> *Les services publics, notamment la police, les pompiers, les hôpitaux, les écoles mais aussi les commerces et magasins, les lieux de transports (comme les gares, et les aéroports), les lieux culturels (musées, théâtres), les clubs sportifs, les entreprises, les banques etc. Initialement il s'agissait d'adapter les bâtiments, comme en Écosse et de faciliter la recherche des personnes malades disparues, comme au Japon, ce qui nécessitait de coordonner l'action de différentes personnes et différents services.* (Ngatcha-Ribert, 2018, p. 12)

Ce système de coordination des différentes structures locales permettrait, dans une ville *dementia-friendly* de guider des personnes désorientées en sensibilisant les acteurs locaux et en aménageant le territoire. La démarche repose sur trois grands principes : promouvoir l'inclusion des personnes dans la société ; diminuer leur stigmatisation via des campagnes de sensibilisation de chacun sur la maladie, même les plus jeunes (jusque-là mises en place de programmes dans les écoles) et enfin, promouvoir la participation des personnes malades pour qu'elles restent citoyennes à part entière (Ngatcha-Ribert, 2023). Ce modèle cherche ainsi à renverser la question de l'hébergement. Il s'agit non pas de construire des logements spécifiques mais d'adapter la collectivité à ces nouvelles formes de pathologies et à leur symptomatologie.

CONCLUSION

La maladie d'Alzheimer possède donc un double héritage à la fois scientifique et sociologique. Si l'aspect médical semble marqué d'un hygiénisme en plein essor qui correspond au contexte de sa « genèse », l'aspect sociologique s'inscrit dans une époque contemporaine empreinte d'une concurrence médiatique intense et d'un parcours militant pluriel. La dimension économique de la maladie s'est exprimée dans une appropriation gériatrique et un mécénat influent. Son évolution dans la sphère privée s'inscrit fortement dans une forme libéralisée des rapports sociaux et économiques. Devenue porte-étendard des problématiques de la vieillesse, jusqu'à devenir une forme pathologique de la vieillesse, elle s'est inscrite de manière spectaculaire dans les consciences anxieuses de ceux qui vieillissent. Devenant un enjeu majeur de société nécessitant une politique spécifique, les formes de régulations sociales qu'elle engendre témoignent des tensions conceptuelles et politiques qui sont à l'œuvre au sein de la société civile. Par extension, elle projette devant elle des questionnements culturels profonds qui touchent aux problématiques des retraites, de la fin de vie, du consentement ou encore du rôle de la famille dans l'accompagnement de ses membres.

L'histoire ainsi racontée nous donne le sentiment que la maladie d'Alzheimer apporte une réponse au problème du vieillissement global de la population des sociétés occidentales. Cet aspect des choses pourrait nous donner quelques pistes d'explications sur le flou opéré entre vieillissement, sénilité et démence. Ces trois éléments de nature différente se sont regroupés au sein d'une même forme d'habitat médicalisée et généralisée. L'implication des études sociologiques a ouvert le champ à une distinction, notamment en termes d'hébergement, entre vieillesse et spectre de la maladie d'Alzheimer.

Aujourd'hui encore, se confrontent au moins deux visions des choses concernant la démence, entre vieillesse pathologique d'une part et maladie à part entière d'autre part. Cette tension s'exprime également au plus près des personnes en souffrance. Dans le champ, dit, de la psychanalyse du vieillissement, s'expriment des formes contrastées d'appropriation théorique de la maladie d'Alzheimer et de la vieillesse. Á l'image, semble-t-il, des contrastes décrits jusqu'ici.

Quand l'Alzheimer rencontre la psychanalyse

« Alors que je cherche dans ton lit de quoi nourrir l'hiver. »

(Léo Ferré)

INTRODUCTION

« Les vieux ne parlent plus (...) Même riches ils sont pauvres, ils n'ont plus d'illusions et n'ont qu'un cœur pour deux. »

(Jacques Brel)

En 1963, terrifié, Jacques Brel présente une vieillesse marquée du sceau de la mort, de la dépossession et de l'absence de désir. Une étape préalable, profondément mélancolique, à l'extinction de la vie. Brel avouera ses inquiétudes vis-à-vis de l'idée même d'avancer en âge et valorise la jeunesse dans sa fraîcheur et l'espoir qu'elle projette sur la vie. « Être vieux sans être adulte »,[37] pouvait-on encore lire il y a peu à l'occasion d'un tag géant sur un des bâtiments de la ville de Lille. Ainsi s'élabore la solution que propose Brel pour vaincre le cours du temps qui passe : refuser l'adulte, conserver le jeune, même lorsqu'il est vieux. La jeunesse devient le remède à une fin dramatique assurée par la solitude, le désespoir et la mélancolie qu'inspire la vieillesse. Inscrit dans son époque et inspiré d'un romantisme libertaire, Brel montre que la condamnation du vieillir devient un fait avéré à partir duquel il faut penser le reste de son existence. Comme si la critique sociale de la vieillesse et l'angoisse qu'elle implique devaient se naturaliser dans une forme d'existence invivable. Le vieillard devient l'épouvantail de la

[37] Vers de *« La chanson des vieux amants »* de Jacques Brel.

perte par excellence, la vieillesse un destin tragique, véritable principe de réalité à partir duquel il s'agit d'orienter son existence.

Mais, comme nous l'avons vu, la vieillesse s'inscrit davantage dans l'histoire d'une classe sociale marquée par l'âge que dans celle d'une époque de la vie marquée par des problématiques existentielles. De la même manière, la démence se montre fortement investie de problématiques sociologiques complexes et historiquement situées et devient ainsi un concept ayant la fonction d'organiser les politiques de soin et la prise en charge de la vieillesse au sein d'une société donnée. Cette étroite relation, presque fantomatique, qu'entretient la vieillesse avec la démence est à mettre en lien avec une relation tout aussi implicite qu'entretient la neurologie des maladies neurodégénératives avec la sociologie de la vieillesse. Le travail des sociologues, mettant en évidence ces relations complexes, a permis d'élargir le spectre théorique de la démence. S'exprime ainsi une mise en tension entre une approche naturaliste d'une part et une approche sociogénétique d'autre part. Ces tensions mettent en exergue une réalité politique très concrète qui exprime des problématiques diverses. En effet, ce ne sont pas seulement les politiques de soin, l'élaboration de techniques de prévention ou encore le financement de la recherche scientifique qui sont mis en jeu, mais aussi le cadre politico-médical dans lequel doit se projeter l'univers sémantique de la démence. Á ce titre, le problème de l'appellation se pose. Faut-il, en effet, parler de maladie d'Alzheimer, de démence de type Alzheimer et apparenté, de démence tout simplement ou encore de vieillesse pathologique ? Le consensus est difficile tant les corps de sciences qui travaillent le sujet sont vastes et encore imprécis. Le terme de maladie d'Alzheimer ou de démence de type Alzheimer et apparenté s'invite généralement dans les travaux neurologiques et sociologiques, là où la psychologie, et plus particulièrement la psychanalyse, préfère utiliser le terme de démence, s'appuyant davantage sur les aspects symptomatologiques plutôt que sur les aspects neurologiques. De la même manière, l'évocation de vieillesse pathologique, souvent associée à la démence, s'inscrit dans des travaux marqués par la question du deuil et de la résilience. Le terme est davantage investi dans le champ politique et médiatique, notamment dans les démarches de prévention. Ces problématiques d'appellations renvoient plus largement à des difficultés de désignation d'une affection encore mal connue et au diagnostic flou.

Ces difficultés de désignation s'observent également dans le champ psychanalytique dit du « grand âge », lui aussi, dans une tension permanente entre une vision essentialiste et une vision sociogénétique de la démence. Les conclusions théoriques divergent alors radicalement

en fonction de la méthode de conceptualisation de l'objet ainsi désigné comme « vieillesse » ou « démence ».

Nous tâcherons dans ce chapitre de mettre en lumière les différentes appropriations de la maladie d'Alzheimer[38] dans le champ psychanalytique. Pour des raisons de visibilité, nous avons décidé de maintenir une approche chronologique dans l'étude de cette littérature dont l'histoire récente permet de montrer les transformations qui ont opéré conjointement dans les représentations de la vieillesse et dans les représentations de la démence. Une première partie montrera comment la psychanalyse s'est intéressée à la vieillesse, et dans quelle mesure ce que l'on appelait alors « la démence » y a joué son rôle. Une seconde partie montrera qu'à partir de ces ébauches de travaux sur la vieillesse, se sont organisés plusieurs corpus, souvent en rivalité, qui cherchent à rendre compte d'une étude psychanalytique de la maladie d'Alzheimer.

[38] Nous préférons maintenir ici le terme de « maladie d'Alzheimer » pour rester dans le cadre de l'étude. Néanmoins, nous verrons apparaître dans l'ouvrage le terme de « démence » à plusieurs reprises lorsque l'auteur cité l'utilise.

I. PREMIERES CONSIDERATIONS PSYCHANALYTIQUES SUR LA VIEILLESSE

« Il est étrange de constater à quel point la vieillesse peut amener une sorte de clarté dans la pensée. Je sens que je suis plus lucide, plus détaché de mes pulsions, mais en même temps, chaque moment de ma vie semble maintenant précieux, comme si chaque respiration devenait une victoire contre le temps. »

(Freud dans une lettre à Marie Bonaparte)

I.1 L'APPROCHE ENTROPIQUE DE FREUD.

I.1.1 Un champ disciplinaire loin des problématiques de la vieillesse

Dans le corpus freudien, l'âge en tant que tel ne saurait avoir un impact significatif qu'à partir du moment où il engage des modifications physiologiques ou des expériences de vie suffisamment traumatogènes pour impacter l'économie libidinale. Á ce titre, la vieillesse pourrait s'inscrire dans cette dimension théorique de par la transformation somatique qu'elle implique et l'expérience existentielle qu'elle demande. Néanmoins, la vieillesse intéresse peu le milieu psychanalytique du début du siècle dernier, Freud s'intéressant davantage aux évènements psychiques infantiles et à leurs transformations métapsychologiques dans la vie adulte (Villa, 2014). C'est ce programme conceptuel qui a fait le cœur de la révolution psychanalytique. L'intérêt pour la sexualité infantile et l'élaboration stadique du développement affectif, tel que l'a décrit Freud (1905), tendent à promouvoir une conception évolutionniste de la vie psychique. Mais cet aspect chronologique est à associer à une temporalité du refoulement qui fonctionne à partir d'une mécanique régressive et produit une vision cyclique de la vie psychique. Cet aspect des choses encourage le psychanalyste à observer l'évolution de son patient à partir de la réappropriation d'éléments de son passé. La projection dans l'avenir, elle-même, n'est à interpréter que comme le résultat d'une vie fantasmatique infantile symbolisée dans une dimension temporelle plus large. L'enfance se répétant inlassablement par la mécanique pulsionnelle, c'est bien l'analyse du développement

infantile qui intéresse la psychanalyse. La dimension existentielle que projette la vieillesse n'a que peu d'intérêt étiologique dans la compréhension de la névrose. D'une certaine manière, elle est très éloignée des objets d'étude de Freud.

I.1.2 La vieillesse contre-indiquée

Mais la distance entre la vieillesse et la psychanalyse n'est pas uniquement du domaine de la recherche, elle s'exprime également sur le plan clinique. En effet, les éléments symptomatologiques associés à la vieillesse, éléments dits de l'ordre de la démence sénile, ne s'invitaient pas forcément, au début du siècle dernier, dans les cabinets des psychanalystes. Les symptômes associés à la démence sénile sont jugés trop graves et relevant d'une forme de dégénérescence que la psychanalyse ne peut pas traiter (Freud, 1904-1919).

Finalement, c'est dans la démonstration de son exclusion du champ psychanalytique que la vieillesse apparaît dans les écrits de Freud. Il évoque, en effet, à plusieurs reprises des divergences de pratiques en fonction, notamment, de la flexibilité des mécanismes de défense, de la personnalité ainsi que de l'âge du patient. Le Moi, interlocuteur privilégié de l'analyste selon Freud, subit l'expérience du temps qui passe et transforme son rapport au pulsionnel ainsi que sa capacité à réaliser des opérations psychiques. C'est à ce titre que Freud discriminera dès 1904 les profils analysables de ceux qui ne le sont pas :

> *En premier lieu, le sujet doit être capable de redevenir psychiquement normal ; dans les périodes de confusion ou de dépression mélancolique, rien ne peut être entrepris, même lorsqu'il s'agit de cas d'hystérie. En outre, une certaine dose d'intelligence naturelle, un certain développement moral sont exigibles.* (Freud, 1904-1919, p. 68).

Ces critères viennent marquer les possibilités « d'adhérence » du sujet à la technique analytique. On repère ici l'émergence de critères qui permettent d'une part, une distinction vis-à-vis de la psychiatrie dans l'exigence d'accueillir uniquement des patients stabilisés, et d'autre part, la discrimination d'un type de population marqué par son niveau intellectuel et sa position morale. C'est à cet endroit que Freud ajoute une phrase devenue célèbre dans le champ gériatrique :

> *En effet, les personnes ayant atteint ou dépassé la cinquantaine ne disposent plus de la plasticité des processus psychiques sur laquelle s'appuie la thérapeutique — les vieilles gens ne sont plus éducables — et, en outre, la*

quantité de matériaux à défricher augmente indéfiniment la durée du traitement. (Freud, 1904-1919, p. 112).

Cette forme d'exclusion des plus âgés du traitement psychanalytique s'inscrit ainsi dans une exigence plus large d'établir un profil type d'analysant et de canaliser la pratique analytique dans un espace qu'elle a théoriquement construit. Il est à remarquer ici que ce n'est pas l'âge en tant que tel qui est le marqueur déterminant du caractère analysable du patient (il est d'ailleurs exprimé de manière approximative) mais bien une dynamique quantitative associée à l'expérience vécue. En d'autres termes, ce n'est pas tant la vieillesse ou sa signification qui vient ici poser problème, mais bien la masse des contenus psychiques accumulés et leur enkystement au fil du temps. La dimension chronique de la névrose ainsi renforcée par l'âge viendrait soutenir, selon Freud, une dimension d'incurabilité qui dépasse le cadre analytique.

I.1.3 Une approche entropique

Cette conception de la vieillesse comme phase marquée par une saturation d'éléments psychiques, Freud l'adopte sur la sénescence dès 1895 :

> *L'angoisse de la sénescence (âge critique de l'homme) nécessite une autre explication. Ici, la libido ne diminue pas ; mais il se produit, comme à l'âge critique de la femme, une telle augmentation dans la production de l'excitation somatique que le psychisme est dans un état d'insuffisance relative pour maîtriser cette excitation.* (Freud, 1895, p. 87)

Ainsi, Freud s'appuie sur une représentation entropique de la vie pour intégrer la vieillesse dans son corpus théorique. Le niveau de saturation auquel est confronté le vieillard tient d'une double surcharge d'excitation issue à la fois de l'expérience somatique et de l'expérience fantasmatique. C'est à cet endroit que le vieillard apparaît difficilement analysable, voire pour certains auteurs, contre-indiqué dans la cure analytique.

Pour autant, le cadre de ces contre-indications reste flou concernant l'âge des patients accueillis. Villa nous fera d'ailleurs remarquer à juste titre un élément qui semble témoigner des agirs fantasmatiques de Freud sur cette question :

> *La contre-indication concerne, dans les textes de 1904 et de 1905, « les personnes ayant atteint ou dépassé la cinquantaine » (c'est l'âge de Freud à cette période) et dans celui de 1937 (il a alors 81 ans) « des personnes très*

> *âgées ». Cette évolution peut prêter à sourire, car la limite d'âge semble évoluer au rythme du vieillissement de l'auteur. Le résultat en est qu'ayant atteint l'âge limite, le recours à la cure psychanalytique est, à chaque fois, contre-indiqué pour lui.* (Villa, 2014, p. 8)

En effet, dans *L'analyse finie et l'analyse infinie* (Freud, 1937) le seuil de l'âge évolue vers une classe d'âge bien plus avancée. Pour autant la logique reste la même : la quantité de contenus psychiques sature les facultés de l'individu à les intégrer dans une activité psychique souple et sensible à l'expérience analytique. Á nouveau, il apparaît que la question de l'âge, dans sa dimension numéraire, reste très approximative, voire secondaire. Elle ne vise qu'à donner un aperçu du type de fonctionnement psychique contre-indiqué pour la psychanalyse. D'ailleurs, nous ne serons pas surpris, dans cet aspect des choses, de voir émerger explicitement dans ce texte la question de l'entropie :

> *Mais dans les cas dont nous parlons en ce moment, toutes les dérivations, tous les rapports, toutes les répartitions de forces s'affirment invariables, fixés, figés. Cela rappelle ce que l'on constate chez les très vieilles gens, du fait de ce que l'on appelle « force de l'habitude » ; l'épuisement de la faculté d'assimilation s'explique par une sorte d'entropie psychique.* (Freud, 1937, p. 78)

Cette dimension de l'entropie quant au potentiel analysable des plus âgés nous rappelle la volonté de Freud d'intégrer ses recherches dans une logique naturalisante, biologiquement centrée comme gage de scientificité de ses théories. Mais dans les faits, la question de la vieillesse n'exclut pas les vieillards de la psychanalyse. Villa nous rappelle en effet à juste titre que ces éléments du discours freudien n'empêchent pas la prise en charge de patients âgés dès le début de la psychanalyse :

> *Il est vrai que ce n'est pas l'âge du patient qui déterminait la décision du psychanalyste, mais la nature de la demande de traitement, la nature du conflit psychique source de souffrance, l'aptitude supposée du patient d'affronter ce conflit et de le surmonter possiblement. (Freud, 1937, p. 79)*

Le corpus freudien du début du siècle dernier ne s'intéresse donc pas particulièrement à la vieillesse. La névrose des personnes de plus de cinquante ans ne requiert pas de modèle thérapeutique spécifique. Ce n'est pas une contre-indication à proprement parler, c'est une des limites d'un cadre qui cherche à se constituer dans une logique de crédibilité scientifique. Cependant, les « maladies de la vieillesse », quant à elles, étaient visiblement exclues du champ

freudien. Rares sont les mentions d'éléments constitutifs d'une forme pathologique de la vieillesse marquée par la sénescence. Pour rencontrer la psychanalyse, la vieillesse devait donc répondre à des critères d'éducabilité à la pratique analytique qui, de prime abord, ne lui correspondent pas. Et force est de constater que ces critères correspondent encore moins aux diverses formes de sénilités que la psychiatrie pouvait rencontrer à l'époque.

I.2 FERENCZI : UNE PROPOSITION NATURALISTE

La psychanalyse dite du « grand âge » trouve davantage ses précurseurs dans l'entourage proche de Freud. L'opposition la plus célèbre sur la question du vieillissement réside entre Ferenczi et Abraham qui cherchent tous deux à aborder la question d'une analyse spécifique de la vieillesse avec des points de vue et des ambitions très divergents. Commençons par la démonstration de Ferenczi.

I.2.1 Une étude psychologique de la paralysie générale

Neurologue et psychanalyste Hongrois, dans une très grande proximité avec Freud, Ferenczi a mené de nombreux travaux qui ont fait date, particulièrement sur la question du trauma et la valorisation d'une pratique dite « active » de la psychanalyse. Il s'aventure également dans une tentative de lecture psychanalytique des symptômes de la paralysie générale, syndrome a priori réservé à la neurologie : « *Nous allons entreprendre de présenter certains des symptômes psychiques de la paralysie générale comme les symptômes d'une pathonévrose cérébrale, c'est-à-dire comme une réaction névrotique aux dommages subis par le cerveau ou par son fonctionnement »* (Ferenczi, 1917, p. 1). Ces travaux veulent s'inscrire dans la lignée des contributions à la théorie du narcissisme et des névroses traumatiques initiées par Freud et son entourage au lendemain de la Première Guerre Mondiale. Ce faisant, il rompt avec une tradition voulant exclure les affections d'étiologie neurologique de la clinique psychanalytique :

> *Personne, bien entendu, ne s'avisera de sous-estimer l'importance et le rôle primordial des symptômes purement physiques de la paralysie générale : paralysies et phénomènes d'irritation dans les sphères motrices, végétatives et sensorielles. Il est également admis que les troubles des fonctions psychiques sont pour une bonne part à considérer comme des conséquences directes du processus organique. Il nous reste seulement à ajouter qu'une autre partie des*

> *symptômes psychiques, et peut-être pas la moins importante, correspond en fait à une tentative de maîtriser la quantité de libido mobilisée par la lésion cérébrale.* (Ferenczi, 1917, p. 1)

Ferenczi pose ainsi des jalons pertinents à une étude psychologique de maladies non psychogènes, élargissant ainsi l'action de la psychanalyse à un domaine plus étendu en lui permettant de redéfinir ses objectifs cliniques. Cet intérêt pour la paralysie générale intervient peu de temps après ses travaux sur le vieillissement. Timing hautement significatif d'un rapport étroit entre la vieillesse et les maladies neurologiques.[39]

I.2.2 La psychonévrose du retour d'âge

Ferenczi sera un des premiers à mener une étude de la vieillesse en la considérant comme l'essence même d'une forme névrotique qu'il nomme « psychonévrose du retour d'âge ». L'étude s'appuie sur les travaux récents de Freud sur le narcissisme. L'idée est assez simple : le retour d'âge[40] est une phase de la vie marquée par une crise à laquelle le psychisme va réagir. Ce dernier, vieillissant, se montre en difficulté à gérer les émanations de libido et s'inscrit dans des mécanismes de défenses régressés qui tendent vers une forme entropique que Ferenczi associe à une sorte « d'assèchement » : « *Les symptômes de la vieillesse sont pareils au rocher qui émerge lors de l'assèchement d'un golfe coupé de la mer et qu'aucun fleuve ne vient alimenter »* (Ferenczi, 1919, p. 154). La crise du retour d'âge émergerait ainsi dans un moment de profonde vulnérabilité, où le psychisme n'est plus en état de se prémunir du refoulé. La solution de la régression s'impose alors au sujet :

> *Le processus paraît donc être le même que celui considéré par Freud comme au ressort de la paraphrénie : dans les deux cas, il s'agit d'un abandon des investissements d'objet et d'une régression au narcissisme. Mais tandis que chez le paraphrène la quantité de libido demeure inchangée, seulement tout entière dirigée sur le Moi, le vieillard présente un arrêt de la production libidinale qui entraîne une diminution de la quantité globale dont le signe le plus important*

[39] Alois Alzheimer avait déjà ouvert le champ à l'étude de la paralysie générale pour expliquer les démences séniles.
[40] Terme employé en médecine au début du siècle dernier pour désigner une crise de la vie commune aux deux sexes lors des phases de sénescence et notamment des modifications libidinales qu'impose la ménopause.

> *est constitué par les investissements libidinaux extrêmes et particulièrement instables sur l'objet, les « émanations de la libido ».* (Ferenczi, 1919, p. 152)

Ainsi quelque chose, dans le fait même de vieillir, viendrait ralentir et lentement éteindre la production psychique nécessaire à la symbolisation des contenus pulsionnels. Les qualités de l'objet s'amenuisent ainsi à mesure que la régression narcissique organise un rapport intersubjectif instable et fragile. Cette construction théorique, de l'aveu de Ferenczi, ne se repère pas cliniquement :

> *Curieusement, les* névrosés *des deux sexes qui traversent cet âge critique ne montrent guère tous ces signes psychiques de la vieillesse. Au contraire, ils se montrent particulièrement soucieux d'apporter leur aide tant sur le plan familial que social, désintéressés et pudiques ; ils souffrent en général d'états dépressifs et sont en proie à des idées de péché et d'appauvrissement qui rappellent la mélancolie et dont ils se défendent en se réfugiant dans les bras de la religion.* (Ferenczi, 1919, p. 154)

La formation symptomatique de la psychonévrose du retour d'âge serait ainsi construite comme formation réactionnelle et surenchère affective pour venir pallier un « handicap » psychique naissant à bas bruit. Les lacunes de la libido d'objet qu'impose la régression narcissique produisent, en fin de compte, une puissante réaction culpabilisée qui cherche à maintenir un lien affectif en trompe-l'œil dans l'ombre de l'idéal du Moi :

> *En réalité, la libido du patient s'est déjà retirée des objets et seul le Moi contraint désormais l'individu à maintenir ses anciens idéaux amoureux et à dissimuler la régression présente par des démonstrations de l'intérêt amoureux. La dyschronie fatale de l'évolution du Moi et du développement libidinal poursuit donc l'homme jusqu'à un âge avancé et l'oblige à refouler l'idéal opposé.* (Ferenczi, 1919, p. 152)

Ces phénomènes régressifs du Moi agissent donc à bas bruit mais dans un rapport contraire à la poussée de libido qui émerge au retour d'âge. Selon Ferenczi, une lutte interne cherche à maintenir à distance ces résurgences libidinales au prix de réactions dépressives intenses marquées par un vécu d'humiliation :

> *Ces idées fournissent une expression fonctionnelle à l'appauvrissement libidinal des investissements d'objet et trahissent la régression à un narcissisme et à un autoérotisme asocial (donc « coupable »). La dépression elle-même est*

l'expression du déplaisir, de la répugnance d'une conscience hautement civilisée pour ces désirs incompatibles. (Ferenczi, 1919, p. 153)

Le vieillissement marquerait donc, selon l'auteur, un appauvrissement significatif de la libido, dont une forme particulière de névrose qui se défend par des mécanismes proches de la dépression. La culpabilité est décrite ici comme tentative d'absolution de désirs amoraux. La particularité de la psychonévrose du retour d'âge réside dans une surenchère qui vise à tromper l'autre sur l'état réel de la libido dont témoigne le sujet. Le névrosé âgé se cache. La honte et le dégoût viendraient se superposer selon Ferenczi à des pratiques sexuelles qui viennent alimenter une forme de jouissance dans l'humiliation :

Ces dépressions sont parfois interrompues par des accès d'énamoration intense dont les malades tentent vainement de se défendre en raison de l'incompatibilité de ces états avec les sentiments de convenance exigés par l'âge. (Ferenczi, 1919, p. 153)

Les considérations de Ferenczi sur l'onanisme sont connues, l'auteur y voit : *« Un gaspillage de libido qui ne peut se faire qu'aux dépens des autres intérêts de l'organisme »* (Ferenczi, 1919, p. 154). Dans le cas d'un vieillissement de la libido, ces comportements seront donc jugés profondément délétères et tout à fait propices à la construction masochiste du symptôme lui-même.

I.2.3 Premiers jalons psychanalytiques de la démence sénile

Ferenczi monte ainsi une conceptualisation cohérente, qui exprime le lien potentiel entre une modification physiologique et ses réactions psychologiques. La reconstruction de ces réactions se faisant ainsi dans une forme symptomatique qui permet de formaliser une véritable névrose de l'âge avancé. L'auteur vient inscrire structurellement les premières considérations entropiques de Freud sur la vieillesse. Plus loin, Ferenczi semble vouloir exprimer ses ambitions théoriques et cherche à faire le lien avec la démence sénile :

Si l'on prend en considération la répartition de la libido chez les personnes âgées, on comprendra peut-être un peu mieux le tableau si complexe de la démence sénile. Mis à part le cas de l'atrophie cérébrale, le seul à avoir été étudié jusqu'à présent, il faudra interpréter une partie des symptômes comme des signes de la transformation sénile de la libido ; une autre partie, comme des

tentatives de guérison par compensation ; enfin une dernière partie, comme « phénomènes résiduels ». (Ferenczi, 1919, p. 155).

Ferenczi maintient une approche naturaliste dans la description d'une vieillesse pathologique, foyer privilégié de la démence, que la psychiatrie a bien du mal à expliquer :

> *Il semble tout à fait plausible d'expliquer la perte fréquente de la capacité d'enregistrer de nouvelles impressions sensorielles, quand par ailleurs il y a conservation des souvenirs anciens, non par des altérations histopathologiques du cerveau, mais comme une conséquence de l'appauvrissement en libido d'objet disponible : les souvenirs anciens doivent leur capacité de reproduction à la vive nuance affective qui, vestige de la libido d'objet encore intacte, y reste toujours attachée, alors que l'intérêt actuel pour le monde extérieur ne permet plus d'acquérir des souvenirs durables.* (Ferenczi, 1919, p. 155)

L'auteur vient ainsi rappeler un élément essentiel de la psychanalyse qui associe fonction mnésique et investissement libidinal. En formulant pour la première fois une explication psychanalytique des troubles démentiels dans le spectre des lésions corticales, Ferenczi ouvre la voie à une lecture économique de la mémoire, dans son lien affectif à l'objet. Dans cette mesure, il se montre dans la parfaite lignée de Freud.

I.2.4 La théorisation d'une vieillesse humiliée

On peut tout de même reprocher à l'auteur des faiblesses théoriques qui, en les analysant, viennent même produire des raccourcis dangereux. Tout d'abord, Ferenczi n'explique pas le caractère dégénératif de la régression dans ce type de névrose, tout au plus il évoquera une atteinte des fonctions intellectuelles dans un rapport entropique à la vieillesse. Il faut également souligner que Ferenczi utilise de nombreuses comparaisons avec la paraphrénie pour caractériser un processus de refoulement « sénile » qui tend à souffrir de son propre « assèchement ». D'autre part, ce processus d'assèchement de la libido, cette mer qui laisse découvrir ses rochers, tiendrait d'un apriori sur la vieillesse qui semble acquis à l'auteur bien avant la démonstration théorique. Et pour cause, aucun cas clinique ne vient appuyer les considérations de Ferenczi. Les seuls éléments évoqués, à titre d'exemples, se montrent également proches de certains clichés :

> *Les gens âgés redeviennent — comme les enfants — narcissiques, perdent beaucoup de leurs intérêts familiaux et sociaux, une grande partie de leur*

> *capacité de sublimation leur fait défaut, surtout en ce qui concerne la honte et le dégoût ; ils deviennent cyniques, méchants et avares (…) La dispersion excessive des intérêts sexuels chez certains hommes d'âge mûr est un symptôme de surcompensation, un signe de la tendance à la guérison ; alors que l'état réel de la répartition de la libido correspond aux idées de péché et d'appauvrissement qui accompagnent la dépression.* (Ferenczi, 1919, p. 154)

Ferenczi se base sur des généralités associées à un passage à la cinquantaine qui marquerait le début du déclin de la puissance sexuelle et la réémergence d'une angoisse de castration. Ce vécu en tant que tel n'apparaît nullement dans ses exemples et ne serait en lien avec les symptômes exprimés que par retournement en son contraire. Il est difficile, ainsi, d'adhérer, avec le recul que nous avons, à une construction théorique d'un phénomène clinique qui ne s'observe ni dans son versant positif, ni dans son versant négatif[41]. De manière générale, on ne peut que constater le manque de matériel clinique qui permettrait à l'auteur d'approcher quelque chose d'un vécu de la vieillesse et particulièrement de la vieillesse en proie à la démence. La construction théorique est, en revanche, très intéressante car elle permet d'approcher les maladies d'origine histopathologique sur un mode psychanalytique sans y inférer des hypothèses étiologiques difficiles à assumer. Il est aussi précurseur d'une manière de penser l'évolution de la libido au-delà du stade génital censé marquer la structure finale de la personnalité (Freud, 1905).

I.3 ABRAHAM : LE TEMPS NE FAIT RIEN A L'AFFAIRE

I.3.1 Problèmes éthiques d'une contre-indication freudienne

Abraham propose lui aussi, en 1920, une réponse aux considérations de Freud sur la vieillesse en analyse. Sa position diffère de celle de Ferenczi d'un point de vue méthodologique. Si Ferenczi cherche à décrire le vieillissement de la libido pour maintenir une cohérence de la théorie freudienne dans le traitement des sujets âgés, Abraham, en revanche, cherche à comprendre et structurer théoriquement une expérience clinique auprès de sujets d'une cinquantaine d'années. Son article (Abraham, 1920) qui fait la part belle à des vignettes

[41] En effet, si les formes mélancoliques ici ne s'expriment pas vraiment dans la psychonévrose du retour d'âge, des symptômes que l'on pourrait voir apparaitre sur un autre pôle, plutôt maniaque ou anxieux, ne sont pas décrits non plus.

cliniques, se veut relativement critique des positions de Freud. L'auteur, en effet, à partir de l'histoire de la psychanalyse, associe toute contre-indication au traitement psychanalytique à une forme de renoncement, voire une forme d'abandon :

> *Elle (l'expérience analytique) nous prévient d'aborder l'élucidation ou le traitement des états nerveux avec des idées préconçues. Aussi bien avons-nous pu nous convaincre de l'accessibilité de certaines maladies mentales à la méthode psychanalytique, maladies dont l'incurabilité était un dogme de la psychiatrie ! C'est pourquoi il semble injuste de dénier toute possibilité thérapeutique concernant les névroses de l'involution.* (Abraham, 1920, p. 92)

Abraham ne s'appuie pas sur une approche pragmatique pour traiter les névroses des sujets âgés, mais sur une éthique de la psychanalyse qui se doit d'accueillir sans a priori, les personnes qui se présentent à elle. En fait, l'auteur fait en quelque sorte le pari d'une « non-contre-indication » malgré les doutes qu'il peut émettre pour accueillir des patients qu'il qualifie d'un « certain âge ».

I.3.2 La névrose n'a pas d'âge

De cette approche émerge une observation clinique qui contraste grandement avec les propositions de Ferenczi :

> *Mais à plusieurs reprises, je fus poussé par des patients qui avaient été traités par ailleurs sans résultat. J'avais également la conviction de leur apporter, faute d'une guérison, une compréhension plus profonde de leur affection qu'un médecin non psychanalyste. À ma surprise, une bonne partie des patients réagit très favorablement à la psychanalyse. Je peux dire que certains m'apportèrent des guérisons des meilleures de celles que j'ai pu obtenir. (Abraham, 1920, p. 93)*

L'auteur révèle ainsi une faible incidence de l'âge sur les possibilités de traitement psychanalytique. Sans dénier les modifications psychiques liées à l'âge, les sujets sont capables d'adhérer au travail psychanalytique d'une manière qui peut même s'avérer très productive. L'auteur explique ces résultats simplement en reprenant les notions fondamentales de la psychanalyse : L'âge n'est pas un marqueur important, c'est bien la structuration infantile de la névrose qui va déterminer ses perspectives d'évolutions. Il formulera ainsi une théorie assez simple qui résonnera fortement chez les penseurs de la psychanalyse du vieillissement :

> *Même à un âge avancé, les cas dans lesquels la névrose ne s'est installée gravement que quelques années après la puberté, ayant permis entre-temps une position sexuelle sensiblement normale et une adaptation sociale, sont d'un pronostic favorable. Sont défavorables, par contre, les maladies ayant produit dès l'enfance des névroses obsessionnelles marquées et n'ayant jamais pu atteindre un état proche de la normale. Mais c'est justement ce type de patients qui fait les échecs de la psychanalyse alors même qu'ils sont jeunes. En d'autres termes : l'âge d'apparition de la névrose a plus de poids pour l'issue de la psychanalyse que l'âge atteint au moment du traitement. On peut également dire que l'âge de la névrose est plus important que l'âge du névrosé.* (Abraham, 1920, p. 94)

L'auteur, en lien étroit avec la pensée de Freud, évacue toute forme d'entropie au profit d'un structuralisme strict qui exclut tout particularisme névrotique au vieillissement de la libido. Il n'exclut pas pour autant le vieillissement dans sa dimension affective et évoque que celui-ci implique une posture particulière à l'analyste :

> *Alors que nous laissons généralement au patient la conduite de son analyse, que c'est lui qui choisit à chaque séance le point de départ de ses associations libres, certains névrosés plus âgés ont besoin d'une stimulation de la part du médecin. (...) Cependant, à la moindre stimulation, sous la forme d'une indication de ce qui a pu précéder, ils produisent immédiatement des associations. Ce comportement est à considérer comme infantile. (...) Ce comportement cesse de façon significative lorsque l'opposition au père ou à son substitut apparaît au premier plan.* (Abraham, 1920, p. 96)

Pour Abraham, il n'est donc pas question d'une forme de régression de la libido dans l'explication des aspects infantiles du vieillissement, mais bien d'un regain de la fonction paternelle que l'on peut observer chez des sujets très jeunes. Abraham n'explique pas ce dernier aspect. L'article vise en effet à ouvrir le travail analytique auprès des sujets âgés, pas à expliquer des formes d'involution.

I.3.3 Naissance de l'opposition théorique

Force est de constater la prudence avec laquelle Abraham approche la question du vieillissement par rapport à Ferenczi qui semble chercher à naturaliser des traits de caractère

relativement consensuels. Il permet ainsi de mettre en garde contre une pratique discriminatoire de la psychanalyse ainsi qu'une forme de tyrannisation, par la théorie, de la pratique clinique. En excluant toute forme de particularités naturalistes du vieillissement pour la psychanalyse, Abraham ouvre la porte aux cinquantenaires et aux soixantenaires. En revanche, sa position théorique ne semble pas aboutir à une étude plus poussée des effets du vieillissement sur le psychisme, voire sur les formes de sénilité ou de démences séniles qui émergeaient déjà en grand nombre à l'époque. Espace dans lequel le naturalisme de Ferenczi pouvait s'immiscer.

Dans les premiers balbutiements de la psychanalyse du vieillissement se repèrent donc deux tendances opposées qui vont se maintenir par la suite. D'un côté, une exploration de la vieillesse à partir du caractère involutif de son fonctionnement et de son impact sur la vie psychique. Exploration qui aboutit à décrire des formes pathologiques de la vieillesse. D'un autre côté, une volonté de « déstigmatisation » de la vieillesse et une tendance à se détacher des formes involutives décrites par la médecine.

I.4 REAGIR A UNE SEXUALITE VIEILLISSANTE : MICHAEL BALINT

En 1933, année de la mort brutale de son professeur puis collaborateur Sándor Ferenczi, Balint publie en anglais une retranscription de sa conférence prononcée, l'année même, à la Société médicale de Budapest. Son intérêt pour la vieillesse paraît alors assez surprenant chez un jeune homme de 37 ans qui ne s'aventure habituellement pas sur ce terrain théorique. Ce texte se veut pourtant d'un intérêt certain pour les préludes d'une psychopathologie du vieillissement. L'article, ici retranscrit par Moreau Ricaud (2005), s'inscrit dans la lignée de Ferenczi avec une différence notable : le caractère naturaliste n'y apparaît pas.

I.4.1 Le vieillard et l'autre

Dès les premières lignes, Balint évoque un élément nouveau, la difficulté que représente le fait de vieillir au sein des sociétés européennes de l'entre-deux-guerres :

> *Prendre de l'âge dans notre civilisation nous confronte à deux grandes difficultés. La première est que les jeunes ne peuvent pas s'ajuster facilement à la vie et donc dépendent longtemps de l'aide de leurs aînés ; la seconde est que les privilèges de la vieillesse ont notablement diminué. Il est par conséquent légitime de dire que c'est particulièrement difficile de vieillir aujourd'hui. (Moreau Ricaud, 2005, p. 7)*

Les mouvements sociaux influenceraient donc, selon l'auteur, les façons de se positionner vis-à-vis de telle ou telle étape de la vie. Ces étapes de la vie viennent mettre en difficulté la fonction génitale, qui, plus ou moins censurée, doit construire son manque autour de fonctions sublimées par des intérêts socialement valorisés. C'est sur ces deux plans que le sujet vieillissant serait particulièrement lésé :

> *Les femmes se plaignent en général que leurs charmes ont diminué, et les hommes qu'ils n'ont plus la même puissance sexuelle. Normalement le pouvoir sexuel et le désir sexuel diminuent à peu près à la même allure. Si cela n'arrive pas, il en résulte une tension psychologique grave.* (Moreau Ricaud, 2005, p. 11)

Ainsi ce n'est pas la nature même de la libido qui est modifiée par l'âge, mais bien les conséquences des modifications de la fonction sexuelle dans la relation d'objet qui peuvent s'avérer être d'une grande perturbation sur le plan psychique :

> *La conséquence la plus importante de ce déclin du pouvoir sexuel est peut-être qu'elle change la relation au partenaire. Si le pouvoir sexuel de l'homme décroît, il se plaint fréquemment que la femme est moins belle et moins attirante lorsqu'elle vieillit. Si la femme n'a plus confiance en sa beauté, il est clair que l'homme pèche en la négligeant, car Mmes X et Y sont beaucoup plus belles parce que leurs maris (ou amoureux) les courtisent.* (Moreau Ricaud, 2005, p. 11)

Balint utilise ainsi un certain nombre de critères sociaux gravitant autour de l'organisation de la séduction pour décrire un « vécu de la vieillesse » spécifique marqué par le déclin de la puissance sexuelle. L'auteur évoque d'autres bouleversements sociaux associés au grand âge, notamment les réactions de jalousie dans le couple et la surenchère paranoïaque[42] ou encore la transformation des foyers sous le coup d'un adultère.[43] Ces modifications dans la sphère sociale réagissent à des mouvements affectifs en branle et qui ne correspondent plus aux intérêts du couple :

> *L'homme âgé devient sexuellement dépendant d'une certaine femme, avec qui il est toujours puissant, et la femme, d'un homme qui est toujours capable de lui donner du plaisir. C'est le cas du mariage, il y a quelques années, de la sœur*

[42] Ibid.
[43] Ibid.

> *âgée du Kaiser Wilhelm avec un aventurier russe. Ce n'est pas une découverte que les êtres humains, à cet âge-là, sentent un besoin croissant de se prouver qu'ils sont sexuellement puissants et toujours attirants. Les Allemands lui ont donné le nom de « Torschlusspanik ».* (Moreau Ricaud, 2005, p. 13)

Balint décrit donc un couple vieillissant, en s'inspirant des éléments d'une société familiale plutôt bourgeoise, pour montrer la complexité et l'importance d'une modification physiologique sur la vie d'un individu et sur l'organisation même des âges dans une société donnée. Le refus de la castration, moteur du comportement du sujet vieillissant, vient éclater la famille traditionnelle dans la recherche d'une « seconde jeunesse » sexuelle marquée par la puissance et le pouvoir sur l'autre.

I.4.2 La régression comme voie de recours

Il n'en va pas toujours ainsi des réactions d'une sexualité vieillissante, Balint rappelle à ce sujet ce que formulait Ferenczi. Le déclin de la fonction génitale trouve souvent la voie de la régression libidinale :

> *Nous savons que c'est la sexualité génitale qui cesse dans la vieillesse. Il est probable, en théorie, que cette organisation compliquée trouve une solution en revenant aux organisations partielles antérieures, qui prennent alors une très grande importance, comme cela l'avait été dans l'enfance.* (Moreau Ricaud, 2005, p. 15)

Les voies de recours à la régression marquent alors les prémices d'une organisation psychopathologique typique de la vieillesse assez proche de ce que décrivait Ferenczi :

> *Toute éducation tourne autour des plaisirs non génitaux, interdisant certains et en en permettant d'autres dans certaines circonstances. Je vais d'abord parler du type « morose » qui renforce les interdits du vieil âge. Ce type est en général puritain, obstiné, solitaire, réservé, despotique, respectable et soucieux de son autorité. Horace l'appelle « Castigator censorque minorum ». Le second type se permet tout et par conséquent rompt avec tous ces interdits. Son représentant est bavard, volubile, génial, fume le chibouk, aime raconter des histoires, apprécie le bon vin, la pipe, aime la compagnie et surtout avoir un auditoire. Le prototype en est « Polonius » dans « Hamlet ». Ces deux types peuvent donner des formes psychiatriques extrêmes. Le premier aura tendance à devenir distant,*

méfiant, ascétique, paranoïaque. Le second, facilement influençable, faible et larmoyant, évoque la démence sénile. (Moreau Ricaud, 2005, p. 18)

Balint décrit lui aussi les destins pathogènes que peut engendrer le vieillissement. Ici, l'inscription dans un processus de vieillissement normal ou pathologique n'est pas déterminée par le profil en tant que tel, comme a pu l'évoquer Ferenczi, mais bien par le degré d'investissement dans un profil morbide. Á l'instar de Freud, Balint comprend la frontière entre normal et pathologique non comme une différence entre un fonctionnement psychique sain et un fonctionnement psychique morbide mais bien dans l'intensité des tensions psychiques en jeu.

I.4.3 La persistance des représentations humiliantes de la vieillesse

Bien que très peu lié à la question du vieillissement, Balint le saisit ici avec une richesse insoupçonnée. L'article, en effet, fonctionne sur une mécanique de pensée qui intéresse grandement notre propos à la fois par sa volonté d'expliquer des formes psychiques typiques de la vieillesse, par les liens qu'il formule avec la démence, mais aussi par les a priori qui fournissent le matériel clinique sur lequel l'auteur travaille. On ne peut que constater en effet, et à l'instar de Ferenczi, les nombreux clichés qu'utilise Balint pour évoquer la vieillesse :

Les personnes âgées sont amères, méprisantes, désillusionnées et souvent cyniques. Les adolescents sont plus spécialement friands de blagues génitales, alors que leurs aînés préfèrent celles qui sont implicitement scatologiques. (...) Les femmes suivent le même modèle. Elles peuvent devenir des bougonnes insupportables ou bien des bavardes incessantes en quête d'une oreille bienveillante. (...). Les livres et les images pornographiques deviennent de plus en plus nécessaires au fur et à mesure que le sujet vieillit. Cela s'applique à l'adolescence et à la sénescence, ce qui suggère une phase identique. De même, le plaisir pris aux plaisanteries obscènes. À partir de ce lien, on peut mieux étudier la différence entre ces deux âges. (...) La transition se fait presque toujours par le moyen de la masturbation qui, une fois encore, prend une grande importance dans la vieillesse. L'exhibitionnisme, certaines formes d'homosexualité se rencontrent souvent. Des tentatives de viol sur des jeunes filles sont souvent commises par des hommes qui vieillissent, faits qui soulèvent une grande indignation morale. (Moreau Ricaud, 2005, p. 20)

Á nouveau, la théorisation de la régression libidinale sert à produire l'image d'un vieillard aux mœurs légères, à l'humeur acariâtre et aux intérêts pédophiles douteux. La honte et le dégoût, historiquement utilisés pour décrédibiliser le vieillard, se retrouvent à nouveau dans les mots du psychiatre qui tente d'en décrire l'origine. Á nouveau, ces éléments sont plus utilisés pour décrire la vieillesse que pour décrire des personnes vieillissantes. En effet, Balint ne parle pas d'une clinique qu'il a expérimentée. Il parle d'un caractère général du vieillard pour y fonder une étiologie psychanalytique. Sans appui clinique solide, le caractère projectif du texte se fait ressentir rapidement[44] et ne tarde pas à se muer dans une forme d'empathie agressive qui place le sujet âgé dans la position d'un mort encore en vie :

> *Schopenhauer dit très justement : « Les jeunes peuvent mourir, les vieux doivent mourir. » Le vieil âge est ainsi. Les vieux savent qu'ils doivent mourir, mais sont remplis d'un mélancolique désir de vivre. Ils doivent se résigner avec tristesse à ce fait : même s'ils désirent vivre, ce n'est pas possible.* (Moreau Ricaud, 2005, p. 21)

Ce passage dans le texte semble même émerger subitement et avec vigueur. Alors que Balint évoque les difficultés sociales que rencontrent les personnes âgées, voilà que subitement surgit le désespoir de la mort qui rend vaine toute perspective thérapeutique. Comment en effet soigner un individu dont l'étape de sa vie réside dans l'intériorisation du fait qu'il ne doit pas désirer vivre ? Peut-on d'ailleurs légitimer une pratique de la psychanalyse qui viendrait faire entendre à l'analysé qu'il doit abandonner toute raison de vivre et se résigner à une position de fardeau pour les jeunes générations ?

I.4.4 Inspirations sociologiques

Ce retour de la condition de mortel est d'autant plus surprenant que Balint interroge justement tout le long de l'article non pas le vieillissement naturel de la libido mais bien le vécu du « vieillir » en tant qu'expérience sociale, pas en tant que phase existentielle. L'impact sur la libido est décrit ici comme appropriation sexuelle d'une position sociale peu enviable qui se caractérise par les difficultés de gestion de la frustration génitale, mais aussi par les manques de substituts non génitaux qui pourraient faire suppléance :

---

[44] Dans un timing particulier, Ferenczi meurt effectivement brutalement cette année-là des conséquences d'une anémie pernicieuse, maladie dégénérative plutôt présente chez les sujets âgés. On sait que Balint fut profondément touché par ce décès.

> *Comme je l'ai mentionné, les formes de plaisir que l'opinion publique valorise varient selon le type de civilisation. Dans certaines, il est difficile de grandir, dans d'autres il est difficile de vieillir. Non seulement les cultures mais les êtres humains diffèrent aussi les uns des autres sur la quantité et le type de plaisir non-génital qu'ils s'accordent.* (Moreau Ricaud, 2005, p. 9)

C'est à partir de ces éléments de suppléance que Balint interroge le modèle social comme vecteur pathogène pour les personnes vieillissantes, élargissant ainsi le cadre de l'analyse aux seules émanations somato-psychiques de la libido. Il interroge alors la question du deuil et de l'isolement social marqué par le décès des proches mais aussi par des phénomènes sociaux plus globaux :

> *Cette histoire illustre la raison principale du malentendu entre deux générations qui se suivent. La plus jeune ne veut pas se conformer aux idéaux de l'autre, parce qu'elle veut atteindre ses propres buts par des chemins qu'elle veut choisir elle-même. Ce que la génération aînée ne peut absolument pas comprendre, elle dont la conduite est dictée par le désir d'aider la nouvelle et de lui rendre le chemin plus facile, en mettant à sa disposition le résultat de l'expérience de toute une vie.* (Moreau Ricaud, 2005, p. 10)

Á la fois proche de Ferenczi et de ses préoccupations pour le caractère repoussant de la vieillesse, et à la fois proche de l'école anglaise qui place la relation d'objet comme genèse de la construction psychique, Balint ouvre ainsi la voie à une étude intersubjective des problématiques du vieillissement. Il est d'ailleurs un fervent critique du narcissisme primaire décrit par Freud qui, selon lui, ne laisse que peu d'espace au rôle primordial de la relation d'objet dans la genèse de l'individu. Le rapport entre les générations est aussi un élément qui ne sera utilisé que bien plus tard dans l'étude du vieillissement.

Les premiers efforts de théorisation d'une psychopathologie du vieillissement viennent donc de manière sporadique, chez des auteurs peu accoutumés à cette clinique et peu enclins à poursuivre des recherches plus élaborées. Ce n'est que bien plus tard que l'on verra apparaître des auteurs spécialisés sur ces questions du vieillissement et la construction d'un corpus théorique qui lui sera associé.

II. NAISSANCE D'UNE PSYCHANALYSE DU VIEILLISSEMENT

« Vous faites mentir les miroirs ? »

(Léo Ferré)

Á l'instar des travaux sur la maladie d'Alzheimer, c'est également dans le courant des années 1970 en France que vont émerger les prémices d'un corpus théorique psychanalytique centré sur la question du vieillissement. Le cadre institutionnel gérontologique, maintenant bien implanté, voit apparaître des gériatres, psychiatres et psychologues exercer dans une clinique spécifique du vieillissement. Le matériel clinique à travailler est donc d'une toute autre nature que ce que les auteurs du début du siècle pouvaient rencontrer. On y repère également, nous le verrons, une étude bien plus spécifique de la démence sénile qui, dans le champ de la maladie d'Alzheimer, n'aura de cesse de changer de dénomination.

II.1 CLAUDE BALIER : REGRESSION NARCISSIQUE ET VIEILLISSEMENT

Outre ses travaux sur les milieux carcéraux, Balier fut un précurseur influent dans la création et la construction d'un corpus théorique associé au vieillissement. Il fut l'un des premiers à mener un travail d'analyse et de recherche au plus près des patients très âgés, le plus souvent atteints par une démence évolutive. L'orientation de sa pensée va servir de point de départ à bon nombre de travaux futurs.

II.1.1 Rappels sur le narcissisme

Balier va appuyer sa théorisation dans la lignée de Balint qui, déjà, cherchait à étudier des formes de régressions narcissiques en lien avec l'avancée en âge. Pour mieux appréhender les théories de Balier, arrêtons-nous un instant sur la définition du concept de narcissisme en psychanalyse.

Le concept de narcissisme est d'abord défini par Freud dans une perspective génétique comme stade du développement affectif (Freud, 1914-1917). Il s'agit de l'étape qui marque la transition d'une sexualité auto-érotique, marquée par le plaisir des sens que l'on peut se procurer directement sur le corps, à une sexualité dirigée vers l'objet. Cette transition marque

la construction du sujet en permettant une distinction de soi et de l'autre. Á ce stade du développement affectif, la sexualité devient ainsi médiatisée par le désir de l'autre (Freud, 1914-1917). Cette séparation de soi et de l'autre permet d'élaborer une forme narcissique par introjection de l'amour de l'autre. Elle devient ainsi une projection imaginaire, où le sujet se traite lui-même comme objet sexuel, répercutant sur son Moi l'amour qu'il a reçu de ses parents. Ce qui inaugure une unification de soi dans une image anticipée du corps comme objet d'amour (Freud, 1914-1917). Le narcissisme est donc un phénomène par essence intersubjectif, et la manière dont l'enfant maniera sur son corps l'amour qu'il a senti chez l'autre sera alors déterminante pour ses investissements d'objet futurs.

Freud, dans ces travaux, inaugure ce que formulera Lacan quelques années plus tard en mettant en avant la possibilité d'une identification narcissique à l'objet. Lacan introduit le stade du miroir comme formation originaire du « Je » (Lacan, 1966). Il y décrit les différentes réactions de l'enfant devant un miroir. L'enfant y voit d'abord un autre qui serait son double. Cet état de fait témoigne de la confusion qui existe encore entre soi et l'autre. L'enfant ayant intégré un état de dépendance à l'égard de l'objet. « Je » pour Lacan est ainsi, d'abord, un autre (Lacan, 1966). L'enfant reconnaît ensuite dans le miroir non pas un autre enfant mais une image. Enfin, la dernière étape vient finaliser la construction de soi : l'enfant se reconnaît dans le miroir. Est ainsi présentée une construction de soi à travers une formation imaginaire que lui renvoie l'autre (Lacan, 1966). Cet « autre » qui fait « je » est une captation imaginaire d'une image qui nous définit. C'est bien cette image qui sera alors investie en tant qu'objet d'amour et qui nous représente aux yeux des autres (Lacan, 1966). Le narcissisme est la captation amoureuse de cette image. Lacan parvient à rassembler les deux fonctions fondatrices du narcissisme : travail de synthèse et d'unification de soi d'une part ; captation imaginaire et intériorisation d'un objet d'amour d'autre part (Lacan, 1966). Comme tout processus de construction psychique, le narcissisme n'aboutit jamais à une image totale, parfaitement unifiée et solide. La quête de cet idéal narcissique est sans fin, toujours vulnérable aux yeux des autres et aux mouvements affectifs de l'objet. C'est dans son rapport à l'objet, lieu de sa genèse, qu'il se retrouve et se redéfinit inlassablement de manque en manque. Son image n'est jamais totalement fixée et le sujet s'efforce à instaurer, dans son environnement, les conditions de son reflet. L'autre ne nous renvoie pas seulement le reflet de nous-mêmes, ce que nous projetons sur lui vise à reproduire ce qui nous a permis de devenir une entité unifiée, fiable et sensée. Si cette image est mise en défaut ou attaquée, c'est la structure même du sujet qui est mise en branle.

II.1.2 Le travail du vieillir

En 1976, Balier introduit, lui aussi, des phénomènes de régression narcissique pour aborder la question de la sénescence (Balier, 1976). Mais l'utilisation qu'il fait du concept de narcissisme chez Freud ainsi que l'orientation spécifique de sa théorie vers la démence engage un travail tout à fait singulier. Selon lui, le travail du vieillir est marqué par plusieurs facteurs fondamentaux : une remise en cause profonde de l'idéal du Moi ; une recrudescence de l'angoisse de mort ; un isolement social et un appauvrissement des supports narcissiques. Á l'instar de Balint, l'approche de Balier cherche davantage à étudier la vieillesse non dans sa nature psychique même, mais dans ce qu'elle implique en termes de lien à l'autre :

> *Les supports sociaux qui alimentent le narcissisme du sujet à travers l'idéal de son Moi sont désormais défaillants, alors qu'en même temps les premiers effets des atteintes biologiques déficitaires se font ressentir. L'apport narcissique venant de l'entourage immédiat fait également défaut de par l'éclatement du noyau familial ou la perte des relations de camaraderie nouées au travail. C'est pourquoi l'on voit certains couples renforcer leur relation au point de devenir quasi-fusionnelle pour tenter de combler le vide créé.* (Balier, 1976, p. 146)

La modification du lien vers un lien de dépendance, encouragée par les troubles somatiques, ne serait pas réponse à des troubles démentiels mais réponse d'un sujet en voie d'isolement. Une formation réactionnelle, en somme, à tout ce que l'angoisse de mort implique de l'insupportable abandon. Cette façon de présenter les choses permet à Balier de sortir d'une théorisation entropique ou involutionniste de la vieillesse qui place le sujet âgé comme « riche devenu pauvre », à la psyché qui fléchit et la symbolisation troublée : *« Certaines sources du narcissisme se tarissant, le vieillissement est marqué bien plus par un changement dans la qualité du narcissisme que par une insuffisance »* (Balier, 1976, p. 148). C'est bien la qualité du lien qui modifie profondément les processus psychiques du sujet âgé. Le vieillir ressemble alors davantage à une épreuve initiatique qu'à un besoin de maintenir des ressources psychiques qui se désagrègent.

II.1.3 Nouveau rapport au corps, à l'espace et au temps

Pour Balier**,** ce travail implique, entre autres choses, un nouveau rapport au temps et à l'espace. Le temps se recentre sur l'instant présent pour deux raisons. D'une part, l'angoisse de mort inaugure une fin proche et un corps en sursis. D'autre part l'idéal du Moi ainsi mis à mal

ne permet plus de trouver de plaisir à se projeter dans l'avenir. Les buts à atteindre se rapprochent davantage d'une vie quotidienne que d'une projection dans un devenir en développement :

> *Ce n'est plus la notion d'un but à atteindre (idéal du Moi) qui domine le déroulement de la vie et fait perdre souvent le plaisir de l'instant. L'instant est vécu simplement pour ce qu'il apporte de vie et de plaisir, n'ayant d'autres sens que d'être une « anti-mort ». Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'intensité des émotions et des sensations est souvent plus forte qu'à un âge plus jeune. (Balier, 1976, p. 148)*

Ce rapport au temps, davantage médiatisé par l'immédiateté du plaisir que par le destin du désir, implique selon l'auteur une nouvelle proximité avec les éléments corporels. Les fonctions sensorielles, pourtant altérées, prennent un sens nouveau. La simplicité des échanges familiaux ou amicaux prend une tout autre importance. Les éléments discrets de la vie quotidienne et de la rythmicité des choses deviennent primordiaux pour maintenir un sentiment d'existence avec une projection plus anxiogène qu'à des âges plus insouciants, où la mort est encore pour un autre jour.

Ce rapport corporel au temps implique évidemment une nouvelle dimension de l'espace et de la relation à l'autre désormais fantasmée comme par-excitantes : *« Ainsi le lieu investi serait moins marqué par le désir de maîtrise qu'on peut avoir à un âge plus jeune et dans une perspective instrumentale que par la nécessité de se sentir en sécurité »* (Balier, 1976, p. 149). L'environnement comme enveloppement, prolongement de l'enveloppe corporelle, prendrait donc un tout autre sens lorsque le sujet fait face à sa vulnérabilité et sa finitude : *« Le territoire investi serait l'espace proche et la forme de relation préférentielle serait le toucher, le contact cutané, posant donc le problème des limites du corps et de la personne »* (Balier, 1976, p. 149). Se retrouve ainsi dans les mots de Balier, une psychologie de la démence comme trouble narcissique. Comme trou à l'endroit de l'enveloppe psychique où la dépendance à l'autre est d'abord et surtout la reviviscence d'une indifférenciation primordiale que l'enfant, par ses objets transitionnels, a dû abandonner à grands frais de jouissance (Winnicott, 1971).

II.1.4 Un narcisse menacé

Balier expose ici une théorie du narcissisme qui lui permet de proposer une lecture du vieillissement comme d'une étape inaugurale de l'existence vers une sensation de soi en danger,

qui cherche dans son environnement de quoi se guérir de cette peur intrusive. C'est une sensation de vulnérabilité que l'adulte oublie pour se construire une solitude plus ou moins sereine. L'état délirant du « dément » chez Balier suit la même logique narcissique. L'espace ouvert dans l'enveloppe psychique qu'impose le « vieillir » laisse place aux éléments de rêverie bridés jusqu'alors par les défenses psychiques : *« L'amenuisement du fonctionnement instrumental renforce la capacité aux rêves qui jouent un rôle important pour le maintien du narcissisme »* (Balier, 1976, p. 151). Surgissent alors les monstres d'antan : *« L'environnement perd ses qualités objectives et devient globalement hostile ou bienveillant selon la vie intérieure de la personne »* (Balier, 1976, p. 151). La projection dans l'avenir, en mal de temporalité, investit l'espace immédiat, au plus près d'un corps vulnérable, pour s'y confondre dans une démence qui hystérise ses problématiques et se donne toute entière à l'autre. Le temps et l'espace se confondent, les proches deviennent ceux qui sont effectivement là, le soin devient littéral et proche du corps et l'autre devient total et responsable de ce qui se passe.

II.1.5 De la névrose actuelle à la démence

Pour l'auteur, la démence peut être comprise à partir de ces formations typiques de la vieillesse. Il reprend ainsi pour accentuer le trait de sa théorisation la notion de névrose actuelle (Freud, 1915-1917), utilisée par Freud pour différencier les différentes natures de l'angoisse. La névrose actuelle, en effet, s'oppose à la névrose de transfert. Si la névrose de transfert émerge à partir de la réactualisation de conflits non résolus durant l'enfance, les symptômes de la névrose actuelle trouvent leur origine dans un blocage dans l'écoulement normal de la libido.[45] Blocage en lien avec un évènement actuel responsable d'une pression trop importante sur l'appareil psychique. Comme nous l'avons vu, Freud voit dans la sénescence une saturation de l'excitation sexuelle somatique couplée à des difficultés de décharge de la libido. Balier, quant à lui, reprend cette forme conceptuelle de névrose afin d'étudier un certain nombre de traits psychopathologiques typiques de la vieillesse :

> *Parmi les symptômes de névrose actuelle rencontrés chez les patients âgés l'hypocondrie est le plus courant. Elle est la conséquence, on le sait, d'une augmentation de l'érogénéité d'un organe correspondant à une modification parallèle de l'investissement de libido dans le moi.* (Balier, 1982, p. 65)

[45] Ibid.

Cet état de fait exprime le caractère particulier de vulnérabilité exprimé chez certains sujets âgés. La marque psychopathologique de la vieillesse serait, selon l'auteur, à envisager l'activité conjointe d'un « travail du vieillir » laborieux avec une tendance à la névrose actuelle qui vient mettre à mal les possibilités du sujet à écouler l'énergie libidinale. L'angoisse qui émerge alors est profonde, puissante et immédiate, qui plus est, en lien avec des problématiques corporelles, c'est-à-dire, en lien avec la difficulté de « faire corps » avec une enveloppe somatique trop excitée. C'est le corps qui agresse la psyché et qui place le sujet âgé dans une expression somatique de ses symptômes psychiques peu encline à se faire entendre de l'autre. Pire, le rapport à l'environnement s'en trouve perturbé par un appauvrissement de la vie fantasmatique :

> *Le processus de mort, du moins au début de mort psychique, est entamé par un certain nombre d'organisations pathologiques. Ainsi en est-il des névroses actuelles dont nous avons parlé au début. En ce cas, « la libido désavantageusement fixée » pour reprendre l'expression de Freud, ne s'exprime plus par le moyen de « l'action spécifique », la libido psychique, qui permet normalement l'écoulement de l'excitation sexuelle somatique. L'une des conséquences en est la disparition de l'activité fantasmatique, qui caractérise, on le sait, non seulement les névroses actuelles mais également les troubles psychosomatiques (dont la fréquence chez les personnes âgées n'est peut-être pas appréciée à sa juste valeur).* (Balier, 1982, p. 63)

L'appauvrissement de l'activité fantasmatique ouvre la voie de la démence dans laquelle le sujet semble régulièrement agressé par des stimulations sensorielles et somatiques.

II.1.6 Le visage de la vieillesse sur la démence

Si ces considérations économiques viennent éclairer ce qu'il en est de la forme et de la gravité de la démence, comment expliquer le contenu de ses formations fantasmatiques ? Pour répondre à cette question, Balier évoque le travail du vieillir, marqué par des frustrations douloureuses et une faiblesse de l'idéal du Moi. Les éléments de rêveries qui surgissent d'un Moi vulnérable et poreux porteraient en eux les difficultés existentielles de la vieillesse. Le tableau s'apparenterait donc à une dépression à bas bruit, dont le symptôme psychosomatique barrerait la route :

> *L'écart ainsi révélé entre le Moi et l'idéal du Moi serait à l'origine de la désorganisation du Moi dépourvu d'approvisionnement narcissique. Ainsi, si*

> *l'on peut dire que d'une certaine manière la mélancolie est un deuil raté, ne pourrait-on dire que la démence est une mélancolie ratée dans la mesure où le Moi n'a pu être protégé, fut-ce par introjection de la personne disparue ?* (Balier, 1982, p. 66)

C'est bien la problématique du deuil, au sens freudien du terme, qui ne peut pas être accueillie par une psyché en proie à ses excitations corporelles.

Balier invite ainsi à reprendre les considérations de Freud dans une perspective bien différente de celle de Ferenczi, c'est bien le vécu de la vieillesse qui vient saturer le Moi et non pas le Moi vieillissant qui ne parvient plus à faire son travail. Ce n'est pas non plus le caractère entropique qui vient saturer les défenses psychiques, mais bien ce « temps de la vieillesse », très particulier, qui s'exprime dans une forme qui surprend, en premier lieu, le sujet qui en souffre. L'auteur cherche ensuite à conclure sur une psychopathologie de la démence, comme agrégat d'une psyché attaquée sur plusieurs fronts :

> *Nous n'oublierons pas l'atteinte organique du cerveau qui se traduit par des déficits instrumentaux, ni l'originalité du destin du narcissisme à cette période de la vie. Et ce qui se manifeste là par une détérioration simple avec une relation de dépendance harmonieuse (le « retomber en enfance ») deviendra ailleurs une démence avec désorganisation du Moi parce que l'instinct de mort sera à l'œuvre sous forme d'une autodestruction.* (Balier, 1982, p. 67)

Le substrat dépressif s'invite donc dans un instant de la vie marqué par un narcissisme qui cherche à se réinventer parmi des déficits instrumentaux qui modifient, eux aussi, le rapport du sujet à son environnement. L'introduction de la pulsion de mort ici, cherche à expliquer l'intensité des symptômes et à évoquer le cycle morbide d'une tendance à la désorganisation.

Balier propose ainsi une théorisation à la fois ambitieuse et prudente qui semble reprendre à Freud ses premiers éléments sur la vieillesse avec une explication moins essentialisée. Il pose également des jalons pertinents permettant une ouverture thérapeutique. La construction somatopsychique de la symptomatologie permet également d'aller observer des éléments encore insoupçonnés. L'idée étant d'aller chercher dans l'expression somatique des plus âgées des éléments typiques de la mélancolie toujours à l'œuvre à l'arrière-plan de la démence. Cependant, il est encore difficile de comprendre, dans les mots de Balier, comment la vieillesse peut produire des éléments si traumatogènes et morbides. Le travail de conceptualisation s'appuie sur une représentation très pessimiste de la vieillesse comme

évènement de la vie, par essence, invivable et en proie à des tendances mélancoliques. Mais ce caractère insupportable de la vieillesse manque encore d'éléments pour expliquer sa nature traumatogène, responsable de cette construction pathologique.

II.2 PAUL LAURENT ASSOUN : PROBLEMES EPISTEMIQUES D'UNE PSYCHANALYSE DU VIEILLISSEMENT

II.2.1 Le discours de la psychanalyse sur le vieillissement

Dans un article de 1983 devenu célèbre, Assoun cherche à comprendre et structurer les problèmes épistémiques que rencontre la psychanalyse face à la question du vieillissement. Ce que va saisir l'auteur, c'est justement les difficultés que rencontre la psychanalyse pour intégrer le concept de vieillissement dans sa propre définition de l'évolution du psychisme. Trois possibilités s'offrent alors au corpus freudien :

> *La première solution peut se représenter comme suit : il y aurait un phénomène sui generis repérable comme tel, avec des caractéristiques données, fixes ou à compléter, et la psychanalyse se présenterait comme discours possible parmi d'autres relatifs à ce phénomène.* (Assoun, 1983, p. 167)

Il s'agit ici pour la psychanalyse de s'immiscer dans une définition du vieillissement qui serait extérieure à son corpus et d'y inclure sa propre vision. Une position épistémique donc, relative à un vieillissement comme vérité de l'existence, objet naturel qu'il s'agit d'appréhender par le discours psychanalytique. Ce dernier se voit ainsi en position de formulation d'une théorie de la connaissance à partir d'un phénomène consensuel. Le problème de cette première solution réside évidemment dans la possibilité de formuler une définition possible du vieillissement. Définition issue d'un corps de science biologiste dans lequel devrait s'inscrire la psychanalyse à grands frais de cohérence épistémique. Elle viendrait ainsi non pas « saisir » la question du vieillissement mais « ajouter » un discours sur un concept qui n'est pas le sien :

> *Conséquence immédiate : on déplorera ou on s'étonnera de ne pas trouver dans le discours freudien, lieu de constitution du savoir analytique, de problématique du vieillissement : mépris ? oubli ? Cela signifie simplement qu'il n'y a point de statut analytique du vieillissement : il n'y a point-là de déni de réalité, mais, dans une certaine mesure, récusation de compétence : comme si Freud signifiait*

que la psychanalyse n'a pas à connaître, comme diraient les juristes, de ce qui ne relève pas de son pouvoir de juridiction. (Assoun, 1983, p. 167)

La psychanalyse s'écarte de la question du vieillissement parce qu'elle n'a pas les moyens épistémiques de la saisir.

II.2.2 Le vieillissement comme découverte psychanalytique

C'est alors qu'une deuxième solution s'offre à nous :

La seconde figure consisterait alors à dissocier le phénomène et le discours analytique, et, partant de l'expérience analytique elle-même, à retrouver les traces de « vieillissement », soit les effets de l'inconscient qui intéressent le vieillissement. (Assoun, 1983, p. 168)

Saisir le vieillissement à l'aveugle, à tâtons, sans réponses préconçues. Neutraliser ainsi le concept biologiste afin de l'appréhender par ses propres méthodes d'investigation. En espérant, à un moment donné, le voir surgir dans les dimensions de l'inconscient. Ici, la position essentialiste de l'inconscient, comme forme de vérité de la psychanalyse, pose problème dans la mesure où ce concept exprime davantage une forme de relation à l'autre qu'une vérité sur la nature humaine. Le risque de cette solution est simple : cliver la question du vieillissement et rejeter son existence même, ne serait-ce qu'en tant que fonction d'organisation sociale, et donc, en tant que vécu subjectif.

II.2.3 Le vieillissement comme champ d'analyse

L'auteur avance alors une troisième solution :

La solution serait donc de se décider à déconstruire le concept même de vieillissement. Sans récuser l'objectivité du phénomène, il s'agirait de récuser l'idée équivoque d'une donnée. Le vieillissement étant en soi une sorte d'« inconnu», chaque discours aurait pour tâche de construire sa notion de vieillissement. (Assoun, 1983, p. 169)

Épreuve très difficile tant le concept de vieillissement appartient à une dimension biologisante de la vie. Se saisir de ce concept en tentant de le redéfinir semble impossible sans s'inscrire dans un surdéterminisme biologique. En somme cette proposition pose les mêmes problèmes que la première :

> *La difficulté serait que ce vieillissement serait copié sur un modèle externe, en sorte que la psychanalyse serait condamnée à travailler à enrichir l'image du vieillissement en le prenant par la bande — celle des phénomènes inconscients. Ce gain de cette troisième solution — eu égard à l'autonomie du champ — se paierait donc par l'artifice d'une gérontologie analytique qui serait dans la psychanalyse comme un État dans l'État — réduite à recueillir les scories psychosexuelles et inconscientes d'un phénomène qui se passerait ailleurs.* (Assoun, 1983, p. 170)

Pour sortir de l'impasse, l'auteur cherche à poser la question autrement : *« Il se peut que l'on sache un peu moins si le vieillissement existe après la psychanalyse. Mais si peut-être la psychanalyse ne parle pas du vieillissement, elle nous en dit quelque chose d'essentiel »* (Assoun, 1983, p. 173). Le vieillissement serait à saisir comme manque à nommer, non pas élément de la nature humaine, mais élément de langage : « *II n'y a pas un vieillissement spécial de l'inconscient, seulement un langage inconscient du vieillissement* » (Assoun, 1983, p. 173). La question est donc de savoir comment le sujet s'approprie cette notion de vieillissement par ses mécaniques psychiques. Le vieillissement est vu ici comme une sémantique existentielle qui implique des remaniements psychiques importants. Ainsi, l'absence de cette notion dans le champ freudien, pour l'auteur, témoigne de son existence dans un versant négatif : « *Ne pas exister est aussi un moyen, positif en son genre, d'in-exister. La psychanalyse n'en parle pas indirectement (un peu, beaucoup…), mais paradoxalement — il n'est que de l'assumer »* (Assoun, 1983, p. 173).

Ainsi, faire émerger la notion de vieillissement dans le champ de la psychanalyse, selon l'auteur, c'est d'abord lui donner les moyens d'exister. L'objectif étant, non pas de découvrir son essence au sein des données de l'inconscient, mais d'y analyser la façon dont il s'y intègre.

II.2.4 La question du vieillissement de la libido

Ceci posé, Assoun cherche à reprendre les notions à partir desquelles le champ freudien a pu constituer une ébauche d'étude du vieillissement. La première notion, reprise notamment par Ferenczi, réside dans le vieillissement de la libido. Vieillissement qui, nous l'avons vu, par sa tendance à la calcification, tend à devenir un marqueur de contre-indication à la psychanalyse. Freud pose pourtant assez tôt dans sa théorisation le caractère intemporel de la pulsion qui, dans la forme cyclique du principe de plaisir, ne semble pas être touchée par un temps linéaire. Mais si la libido « peut » vieillir, c'est parce qu'elle est articulée au soma qui se

mue en fonction du temps qui passe. C'est à partir de cette accroche fondamentale de la libido que s'organisent, chez Freud, les différents stades de son évolution :

> *En fonction de ce postulat « psychosexuel », le sujet est régi par le destin de sa libido. Il est clair dès lors que le vieillissement doit affecter d'une façon ou d'une autre l'aptitude à jouir dans sa traduction psychique. (...) Cela n'est possible que parce que la libido a une histoire, donc est susceptible d'évoluer : le revers devrait en être une possibilité d'in-volution. Il y aurait donc à situer le vieillissement dans cette perspective de possible involution, corrélat de la problématique évolutionniste à laquelle Freud souscrit résolument.* (Assoun, 1983, p. 171)

Serait-il possible alors de décrire les stades d'involution de la libido ? La manœuvre est tentante mais ouvre un autre problème méthodologique : « *La réponse ne peut en effet qu'être déterminée par la notion qu'on s'est prédonné du vieillissement : soit déclin, usure et involution »* (Assoun, 1983, p. 171). L'auteur voit en effet le risque d'une telle proposition qui ne viendrait que valider des données du vieillissement issues d'un autre domaine et subvertir le regard analytique par des a priori, qui plus est, peu enclins à ouvrir le champ clinique. La question en revanche qu'il nous est possible de poser est la suivante : quels sont les changements qu'opère le vieillissement dans la capacité de jouir ? Á défaut d'y voir un déclin, cherchons ce qui, dans le vieillissement, modifie fondamentalement l'économie libidinale. Á partir de là, une clinique psychanalytique du vieillissement serait opérable en le considérant, à l'instar de l'adolescence, comme une profonde modification de la sexualité par les métamorphoses somatiques. C'est à cet endroit que la psychanalyse freudienne bute sur la question du vieillissement, et ce, de manière structurale :

> *En termes évolutionnistes, la libido accompagnerait les étapes de maturation du corps. Après l'orage prégénital et le zénith génital, on aurait donc un modèle d'involution ; ou, plus précisément, un zéro de structure. En termes de renouvellement structural, il n'y a pas de stade postgénital !* (Assoun, 1983, p. 171).

Cette citation devenue célèbre pose ainsi un problème fondamental qui viendra marquer une nouveauté dans les travaux sur le vieillissement. La psychanalyse freudienne n'a ni la méthode, ni la théorie pour s'engager sur la question du vieillissement *: « Mais, précisément, il nous faut*

dépasser le strict registre libidinal afin de voir s'ouvrir une étude clinique et dynamique du vieillissement, que la théorie de la libido fonde et clôt simultanément » (Assoun, 1983, p. 172).

II.2.5 L'impact du vieillissement sur la relation d'objet

Assoun cherche alors les fils par lesquels maintenir le vieillissement en tension, et la notion qu'il rencontre rejoint les travaux de Balier : faute d'inscrire le vieillissement de la libido dans une conception stadique de l'involution, cherchons ce qu'il en est de sa relation à l'objet. La question narcissique se pose alors :

> *Entendons que la vieillesse désigne le point critique où la libido se pose la question — implicite auparavant — de ce qu'il y a pour elle à avoir une relation d'objet. (...) « L'Autre m'aime-t-il ? », « puis-je l'aimer ? », cette double question omniprésente de la libido est comme redoublée pour le vieillard justement parce que la libido se met à objectiver sa relation à l'objet. La relation intervient justement en ce point critique où déçu, abandonné de quelque manière par l'objet, le sujet jouissant (libidineux) se pose la question de sa relation. (Assoun, 1983, p. 174)*

Ainsi, le vieillissement, selon l'auteur, marquerait un stade particulier de l'existence où le regain narcissique serait toujours en passe de prendre le pas sur l'Œdipe. Les déceptions d'alors, marquées par un fantasme de castration et le rebond du deuil, deviennent, dans le vieillissement, une attaque intrusive, qui viendrait profondément modifier la position du sujet vis-à-vis de sa tendance même à la relation d'objet. La mécanique du deuil devient mécanique existentielle, ou la perte de l'objet devient objet de perdition. Une position, en somme, en proie à la mélancolie à l'instar de ce qu'avance Balier :

> *C'est pourquoi sans doute on a eu besoin d'ériger cela en éthique : c'est le vieillard qui semble démontrer, par sa seule existence, le spectacle inquiétant et admirable à la fois d'une libido qui survit à sa jouissance de l'objet et exhibe la possibilité d'une relation. (Assoun, 1983, p. 174)*

La vieillesse marquerait alors une étape libidinale particulière d'une jouissance en retrait, qui pose la question de la relation comme objet parmi les objets :

> *Tout se passe comme si le vieillissement se jouait du côté de ce point aigu de la conflictualité pulsionnelle. L'indice en est sans doute cette transformation de*

> *l'économie pulsionnelle qui reporte la relation objectale vers sa source — reposant ainsi au sujet la question d'origine de ses pulsions du moi dans leur relation aux pulsions d'objet —, question narcissique, mais au sens structurel du terme. (Assoun, 1983, p. 175)*

La mécanique narcissique ne serait alors pas à prendre au sens d'une régression, d'une dégénérescence ou d'un déclin, mais d'une reprise d'une fonction inaugurale pour dépasser la jouissance de l'adulte et survivre aux transformations qu'opère, le voici qui apparaît, le vieillissement :

> *L'affinité structurelle de l'enfant décrit par les Trois Essais sur la sexualité et du vieillard permet justement de faire l'économie d'une représentation simpliste de la « régression », en désignant précisément l'hornologie fascinante de la position infantile et de la position vieillissante, comme si elles se heurtaient à un même problème de fond, qui est l'étayage. (Assoun, 1983, p. 176)*

Le vieillissement surgit ainsi dans les mots d'Assoun, comme une position psychique, en écho avec son enfance sans y succomber de nouveau :

> *Mais, précisément, le vieillissement permettrait de réactiver cette origine, en réactivant une relation anaclitique, dont le développement de la maturité l'aurait en quelque sorte distraite. D'où une réactivation de la relation de dépendance et de la demande de nourriture, ressourçant le sujet à ses besoins. (Assoun, 1983, p. 176)*

Loin d'un assèchement de la possibilité de jouir, le vieillissement semble renouer avec ses mécanismes d'antan, non pour s'y réfugier, mais pour les utiliser dans un rapport nouveau à l'objet :

> *En fait, c'est tout autre chose qu'un affaiblissement énergétique dont il s'agit : ce reflux du sujet sur ses positions narcissiques semble aussi bien libérer une potentialité créatrice, à condition de limiter le terme à l'acception esthétique : soit une libération de possibilités de Jeu, qui contraste avec le « sérieux » de l'investissement objectal. (Assoun, 1983, p. 177)*

Assoun rédige ainsi un article important dans l'histoire de la psychanalyse du vieillissement en repositionnant ce champ théorique dans un cadre épistémique proche de la psychanalyse. Sans développer de nouveaux concepts, il cherche à comprendre comment la

vieillesse peut investir le champ freudien, et ce, dans une forme d'autonomie vis-à-vis de ses définitions médicalisées. Mais, à l'instar de Balier, on remarque à nouveau un regain involutionniste expliqué différemment. Il reste ainsi à comprendre comment une mécanique du deuil et de la dépression peut s'exprimer sur le mode de la désorganisation, du trouble mnésique et de la régression. Problématique qui semble, à ce moment de l'histoire, encore en suspens ou associée par définition au fait même de vieillir.

Mais une question se pose alors. Que viennent décrire ces mécaniques de régression narcissique ? Quels genres de symptômes seraient associés à ce mouvement ? C'est au creux de ces questions que se développe timidement la démence, au sens psychopathologique du terme, c'est-à-dire, dans sa dimension clinique. Une aspiration théorique émerge alors : expliquer les symptômes de la démence par les phénomènes du vieillir, extirper cette notion du champ histopathologique pour en faire une problématique de la vieillesse à part entière. C'est ce mouvement qui va caractériser la psychanalyse du vieillissement à partir de la fin des années 1980.

III. APPROCHES ETIOLOGIQUES CONTEMPORAINES DE LA DEMENCE

« Old man (…) give me think that don't get lost. »

(Neil Young)

III.1 JEAN MAISONDIEU : VERS UNE SOCIOGENESE DE LA DEMENCE

Avec Balier et Assoun, la psychanalyse du vieillissement tente de s'extirper de considérations involutives au profit d'une psychopathologie marquée par la régression vers des formes de fixations narcissiques. Au début des années 1990, Maisondieu va tenter une formulation assez particulière de la démence à partir des mêmes notions freudiennes mais dans une orientation beaucoup plus radicale. Sa théorisation est issue d'un travail psychiatrique long et très investi auprès de sujets gravement atteints par des symptômes démentiels.

III.1.1 Expressions cliniques de l'autruicide

Maisondieu introduit une clinique gériatrique qu'il expose comme clinique de l'exclusion, dans tous les sens du terme.[46] L'auteur cherche à expliquer les phénomènes cliniques en miroir, c'est-à-dire, comme réaction aux propres représentations de ceux qui désignent et soignent la maladie. Selon lui, la mort, jugée très présente dans la psyché du sujet vieillissant, n'est pas seulement la finitude existentielle. C'est aussi et surtout une mort anticipée dans le champ des représentations. En effet, pour Maisondieu, le meurtre n'est pas la seule méthode de mise à mort. Ce qu'il appelle « l'autruicide » vise à mettre à mort l'objet de Narcisse, l'image spéculaire à laquelle le sujet s'identifie : *« Chaque être humain peut ainsi se débarrasser instantanément de l'autre dont la présence l'indispose, et cela sans le tuer. Il lui suffit de ne plus le reconnaître comme un semblable »* (Maisondieu, 2010, p. 20). Il s'agirait de sortir l'individu de la chaîne qui le relie aux autres et de le pousser, ainsi, hors temps et hors monde. Maisondieu n'évoque pas ici un acte conscient que motiverait une politique

[46] Autant une clinique qui exclut qu'une clinique qui traite les exclues.

d'oppression, mais il décrit toutes ces petites réactions d'allure insignifiante qui véhiculent une volonté inconsciente de mettre à mal l'image de l'autre : *« Toute « appréciation » préalable entraîne de facto une dépréciation, et l'autruicide commence »* (Maisondieu, 2010, p. 20). Il commence au moment où la catégorie l'emporte sur le caractère subjectif de la personne concernée, où la particularité fait le tout. L'objectif est de briser le miroir qui nous rapproche de l'autre :

> *Aveugle à ce que lui et cet autre ont en commun, il ne voit plus que ce qui les distingue : sa maladie, son handicap, son âge, son sexe, son statut social, sa race, etc. Plus cette différence est perçue comme rédhibitoire, plus il est facile de se distancier de l'autre qui n'est plus reconnu. C'est assez dire que ce déni de toute ressemblance avec l'autre, qui est l'essence même de l'autruicide, contient en germe les innombrables façons de s'entretuer élaborées au cours des siècles.* (Maisondieu, 2010, p. 20)

C'est ainsi la particularité de l'autre en tant que « semblable » qui est attaquée dans l'acte autruicide. Ses caractéristiques et ses ressemblances étant ressenties comme insoutenables narcissiquement. Elsa Dorlin disait à propos de la discrimination de l'ère coloniale que la définition bestiale de la femme noire permettait d'affirmer le caractère pur de la femme blanche. Refoulant par là tous les instincts pulsionnels, et souvent les actes de barbarie cachés, des blancs sur le bouc émissaire que représentait l'esclave noire (Dorlin, 2005). Cette notion d'autruicide, tenant de caractéristiques psychologiques, est ainsi fortement imprégnée d'une dimension socio-esthétique. Le socius établissant les règles venant structurer la culpabilité, la honte, l'immoral. Dans l'autruicide, il en va, en effet, de la survie narcissique de celui qui le perpétue, en quête lui aussi d'une identité qui le contient : « *Dans l'autruicide, c'est l'autre qui est « tué », chaque fois qu'un homme vient à en « déshumaniser » un autre, c'est-à-dire chaque fois que considérer l'autre comme un semblable devient une épreuve difficile à surmonter »* (Maisondieu, 2010, p. 21). Selon Maisondieu, au sein des unités de soin, cette tendance autruicide est patente, tant le travail impose une proximité avec la souffrance de l'autre :

> *Mais si l'angoisse ou le dégoût sont trop marqués et que la fuite n'est pas possible, comme dans la relation médecin malade, ce désir de ne pas être à la place de l'autre souffrant peut-être refoulé et quitter le champ de la conscience. Le professionnel garde alors l'impression de n'éprouver aucun sentiment de recul, mais la qualité de la relation risque déjà d'être altérée : un je-ne-sais-quoi de raideur apparaît dans ses attitudes et dans ses propos du fait de sa prise*

> *de distance affective. Il perturbe la relation entre médecin et malade par des distorsions plus ou moins marquées des messages qu'ils échangent, un peu comme un virus informatique : dans le même temps où il est à l'écoute du patient et où il l'examine, le médecin se défend de l'angoisse et du dégoût que celui-ci lui inspire en ne le considérant plus comme un semblable en humanité malade, mais seulement comme l'objet de sa compétence professionnelle.* (Maisondieu, 2010, p. 21-22)

C'est bien le caractère de *Pharmakon*[47] que revêt ici la maladie, qui n'est plus seulement une entité naturelle, mais le média d'un mode de communication entre le médecin et son patient. Ce mode de communication impose aux deux protagonistes de n'exister que comme représentant du concept qui définit leur relation : le médecin se soigne en devenant soignant, le soigné se soigne en devenant malade. Cette valse à trois temps morbide n'est pas sans effet sur la clinique. L'auteur y développe un syndrome de l'exclusion chez les sujets en proie à des effets autruicides :

> *Cet « autruicide » très actuel est responsable entre autres de troubles psycho-psychiatriques que j'ai décrits sous le nom de « syndrome d'exclusion », avec sa triple composante de honte, de désespérance et d'inhibitions affectivo-cognitives.* (Maisondieu, 2010, p. 23)

Ce syndrome, empreint de mélancolie, vient ainsi valider, s'il le fallait, le diagnostic du médecin. L'autruicide que décrit l'auteur dans le protocole de soin, c'est exiger du sujet qu'il devienne malade pour pouvoir non pas le soigner, mais soigner sa maladie.

III.1.2 La fonction intersubjective de la maladie d'Alzheimer

Maisondieu cherche alors à penser la maladie d'Alzheimer comme *Pharmakon* en la positionnant dans l'espace intersubjectif soignant/soigné. Ses ouvrages relatent autant les réactions des patients que les états d'âme des soignants. Son regard et son engagement sont profondément ancrés dans les luttes psychiatriques de l'époque encore marquées par les thèses marxistes et l'expérimentation de la psychothérapie institutionnelle (Maisondieu, 2011).

---

[47] *« En Grèce ancienne, le terme de pharmakon désigne à la fois le remède, le poison, et le bouc-émissaire.(…) Le pharmakon est à la fois ce qui permet de prendre soin et ce dont il faut prendre soin, au sens où il faut y faire attention : c'est une puissance curative dans la mesure et la démesure où c'est une puissance destructrice. »* : https://arsindustrialis.org/pharmakon

Maisondieu observe donc les phénomènes cliniques au regard des éléments qui émanent de l'institution. La maladie d'Alzheimer serait ainsi intimement liée aux problématiques du vieillissement marquées par la confrontation à la mort et par l'exclusion sociale. Le point de départ est le suivant : le diagnostic de démence Alzheimer est un diagnostic d'exclusion dans tous les sens du terme (Maisondieu, 2011). Il est posé effectivement lorsque toutes les autres hypothèses du diagnostic différentiel sont écartées. Mais il est aussi outil d'exclusion sociale en projetant le patient dans une nosologie incurable, involutive et au pronostic terrifiant. Et ce, malgré les faiblesses théoriques qu'elle déploie. Cet état de fait induit le soignant dans une position paradoxale où il doit soigner un malade sans aucune perspective d'amélioration (Maisondieu, 2011). L'incurabilité induit un soin palliatif extrêmement coûteux, notamment en termes de culpabilité, tant les projections des patients sont lourdes. Le désespoir concernant les malades d'Alzheimer est profond, et le soignant a tendance à s'en détourner pour se protéger. Le patient, sous son étiquette, n'a rien de désirable. Et pourtant, on le soigne très longtemps. Soigner un malade d'Alzheimer se rapporte alors à un ordre moral paradoxal, dénué d'affect et de significations et qui conduit généralement à des techniques de gardiennage et d'étouffement des comportements agités (Maisondieu, 2011).

La lourdeur théorique de la maladie d'Alzheimer aurait ainsi des répercussions cliniques majeures qui ont des effets délétères sur l'évolution des troubles. Cette lourdeur serait, selon l'auteur, le fruit d'une tentative de défense narcissique visant à isoler la démence dans le rapport à l'autre. Mais ce n'est pas tout, ce travail d'exclusion, par la nosologie, s'inscrit dans une démarche plus généralisée visant à étouffer le destin jugé funeste d'un vieillissement socialement inacceptable (Maisondieu, 2002). Le miroir que nous renvoient ces vieillards sur notre propre avenir mobilise, selon l'auteur, un certain nombre de défenses psychiques visant à neutraliser ces projections. Ce caractère défensif est au cœur de l'autruicide en bloquant toute possibilité d'identification : *« Les déments, blessés narcissiques ne se contentent pas de signes extérieurs de respect, ils ont besoin pour revivre, que nous acceptions de nous identifier à eux »* (Maisondieu, 2011, p. 45). Ce blocage d'un futur impensable impose un silence en réponse à la demande d'amour d'un être en mal de Narcisse. Le soignant est pris dans une injonction culpabilisante entre l'angoisse de la mort et l'impératif de soigner ceux qui y sont au plus près (Maisondieu, 2011). L'essentialisation dans la pathologie comme maladie naturelle est alors le compromis morbide trouvé avec la maladie d'Alzheimer : elle est incurable donc nous n'y sommes pour rien ; c'est une maladie donc on a une chance de vieillir autrement (Maisondieu, 2011).

III.1.3 La maladie comme objet d'identification

La « démence » Alzheimer n'aurait donc aucun véritable intérêt à être soignée tant elle tient entre eux des enjeux affectifs qui cherchent à maintenir le fantasme d'une éternité du temps présent, l'espoir d'une vieillesse encore jeune (Maisondieu, 2002). La médecine mettrait ainsi le malade hors d'état de nuire en contrôlant la maladie. Le vieillard se trouve alors en proie à des mouvements mortifères à son égard motivés par une pulsion de mort visant à mettre de l'ordre dans l'agitation anxieuse du vivant : *« Sa présence devient odieuse, perturbatrice de notre rêve de plénitude qu'elle transforme en désir de séparation »* (Maisondieu, 2002, p. 229). Maisondieu théorise une mort avant la mort, si caractéristique de la démence, non plus sur une lente extinction mais sur un meurtre à bas bruit. Paradoxalement, c'est dans cet entêtement à vivre persécutant pour l'autre, c'est dans cette hideur de vieillard que ce dernier peut s'identifier pour exister aux yeux des autres, c'est selon Maisondieu, la trajectoire de la démence : *« Plutôt être mauvais objet qu'objet vide »* (Maisondieu, 2002, p. 231). La surenchère hystérique conduit les patients à devenir plus odieux encore, plus sales, plus malades, plus inaccessibles, plus incurables, bref, plus prompts à susciter la haine dépressive de celui qui le soigne. Ainsi, ce qui caractériserait la démence, c'est le destin identificatoire qu'elle emprunte à défaut de se « narcissiser » dans l'amour, elle le fera dans la haine. La complicité soignant/soigné est alors possible dans la haine d'un ennemi commun : le *Pharmakon* Alzheimer lynché sur la place publique en guise d'exemple d'une vieillesse intolérable et d'une jeunesse qui se doit de prendre le pas sur la vie sous toutes ses formes.

Les thèses qu'avance Maisondieu, à partir de la notion d'autruicide, vont s'inscrire dans une tradition théorique émergente qui cherche à dénoncer les intérêts de la maladie d'Alzheimer pour le système gérontologique (Whitehouse et al., 2009). L'auteur l'exprimera sur le versant affectif à partir des notions de la psychanalyse. Ce faisant, il radicalise la tendance sociogénétique dans l'étiologie de la maladie d'Alzheimer en l'exprimant comme une psychopathologie miroir d'une forme d'oppression extrêmement rigoureuse appliquée au vieillissement de manière générale, à la démence plus spécifiquement. La question narcissique est ainsi étudiée, non plus comme forme régressive d'une libido vieillissante, mais comme élément attaqué directement dans la relation. Le malade d'Alzheimer, en mal d'identification, en mal d'amour, survit dans la haine et l'humiliation non pas pour assouvir un regain de pulsions archaïques, mais pour exister narcissiquement dans le champ social. Ses travaux ont le mérite de tourner l'attention soignante sur son propre travail, plutôt que sur une compréhension de la maladie neutralisant les affects associés. Ce mode opératoire permet à Maisondieu d'établir des

actions thérapeutiques simples mais innovantes qui retrouvent l'audace et l'ambition d'un travail soignant engagé.[48] En se positionnant radicalement sur une étiologie sociogénétique de la maladie d'Alzheimer, ses travaux auront un écho certain dans le champ théorique du vieillissement et seront également le marqueur important d'un certain clivage épistémologique dans la psychanalyse du vieillissement.

III.2 GERARD LE GOUES : LA DEMENTALISATION

C'est ainsi que nous voyons apparaître, quelques années plus tard, un autre champ d'étude, porté par Le Gouès, qui est, d'un point de vue épistémique, à l'opposé des théories de Maisondieu.

III.2.1 Le processus de symbolisation chez Freud

Le Gouès cherche à structurer une forme conceptuelle de la démence[49] à partir des théories psychanalytiques associées au processus de symbolisation. Ce processus, développé par Freud puis affiné par Green, décrit les différents stades d'assimilation psychique des données perçues de l'environnement. En effet, la théorie freudienne postule que les acquis de l'expérience subjective sont de nature sexuelle (Freud, 1900). C'est-à-dire que chaque élément de perception et d'intériorisation de l'environnement mobilise une source de plaisir. Les fonctionnements somatiques primordiaux, se nourrir, respirer, éliminer, se reproduire, sollicitent des excitations somatiques qui seront traduites sur le plan psychique comme des sources de plaisir que l'individu va chercher à reproduire. La maturité allant, les acquis sociaux demandent à l'individu d'obtenir des voies de détournement pour accéder à ses plaisirs (Freud, 1915-1917). On lui demande de maîtriser ses temps de repas, de se retenir, de parvenir à se construire une vie génitale dans un cadre politique plus large marqué par la différence des sexes, la séduction, le développement d'une famille etc. Au fur et à mesure de son évolution, le sujet va développer des méthodes de plus en plus complexes d'accès au plaisir. Il construit une vie

[48] Il a par exemple, organisé une sortie au restaurant avec des patients lourdement atteints par la maladie d'Alzheimer. Patients incapables, dans le service, de manger proprement. Au restaurant, ces patients agités, dépendants, semblaient avoir retrouvé les éléments constitutifs des arts de la table (manger avec des couverts, proprement, etc.). Brutalement, le miroir social ainsi retrouvé semblait remettre en route les inhibitions qui fondent le rapport à l'autre.

[49] Á nouveau, l'utilisation du terme de « démence » ici préféré à celui « d'Alzheimer » dans un article pourtant rédigé au début des années 1990 préfigure une exposition essentialiste des troubles. C'est presque comme-si la maladie d'Alzheimer et la démence souffraient des mêmes symptômes mais n'appartenaient pas au même registre du discours. La maladie d'Alzheimer serait objet sociologique, la démence objet médical.

fantasmatique qui lui permet d'articuler l'excitation somatique à sa vie psychique. Chaque excitation est désormais associée à une pensée, une image, un affect issu de ses fantasmes. De la même manière, l'excitation ressentie dépend du fantasme qui émerge à ce moment-là. Pour Freud, cette évolution de la vie sexuelle, vie des plaisirs, est déterminante pour le développement des fonctions intellectuelles et cognitives car elle met en tension le sujet et le pousse à produire des contenus psychiques de plus en plus complexes et de plus en plus abstraits (Freud, 1900). Le processus de symbolisation est ainsi la manière dont le sujet parvient à formaliser des symboles à l'endroit de ses expériences de satisfactions primordiales. Le développement de la vie symbolique permet une inscription plus souple dans le champ social et permet de développer des stratégies cognitives plus flexibles, plus habiles et plus promptes à intérioriser les données issues de l'environnement. La maîtrise du langage en est un des éléments majeurs.

III.2.2 La démence comme rejet de la vieillesse

Á partir de ces notions, Le Gouès décrit une démence marquée par un processus de désymbolisation involutif laissant la place nette à une vie sexuelle désinhibée et chaotique (Le Gouès, 1991). Pour l'auteur, cette affection possède une double étiologie qui se structure aussi bien sur des phénomènes cognitifs que sur des problèmes existentiels. En effet, le dément est confronté d'une part à la mise à mal du fantasme d'éternité, qui serait, selon l'auteur, le propre de la puissance phallique, et d'autre part, à la difficulté d'élaborer la castration compte tenu de ses difficultés mnésiques (Le Gouès, 2001). Le fantasme d'éternité, comme le rappelle Quinodoz**,** consiste en une élaboration défensive face à l'angoisse de mort (Quinodoz, 1997). Poussé par une logique pulsionnelle, ce fantasme vise à exclure narcissiquement la dimension de la finitude et de la vulnérabilité qui caractérise la mort. Il permettrait au sujet de supporter la dimension de vanité existentielle que projette la mort sur la vie. Selon Le Gouès, la mise à mal de ce fantasme, par l'inscription corporelle de signes mortifères engage une dynamique de la castration envahissante, que le sujet ne peut pas dépasser à cause de la faiblesse de ses facultés cognitives (Le Gouès, 1991). Le processus d'élaboration de la perte et de la reconstruction narcissique ne trouve alors que peu d'assises symboliques pour permettre un travail de sublimation. Qui plus est, l'inscription dans une temporalité de la finitude, dans une vie désormais fragile et bientôt sur sa fin, contraste en tout point avec les fantasmes les plus élémentaires. Le travail du deuil doit intégrer des éléments psychiques trop importants saturant largement les facultés psychiques du sujet (Le Gouès, 1991). L'appropriation symbolique du

temps s'en trouve alors remise en question et, par extension, les possibilités de structurer quelque chose de l'ordre du désir. L'attention du vieillard se porte alors davantage sur les éléments perdus que sur les possibles créations à venir. Pour peu que le sujet se trouve en proie à des troubles mnésiques qui rendent difficile le processus de symbolisation de cette expérience douloureuse, le désordre s'invite à la douleur de l'âme et la voie de la démence est ouverte (Le Gouès, 1991). C'est donc bien à partir d'une mauvaise appropriation de l'expérience de la vieillesse que l'auteur décrit la démence.

III.2.3 Une lecture dégénérative de la régression

Pour faire face à l'impossibilité de se défendre de l'angoisse qui émerge dans ce carrefour symbolique, la psyché engage un travail de régression narcissique fortement aidé par la dégénérescence des facultés cognitives. La régression que décrit ici Le Gouès est alimentée par un principe d'involution. En effet, si la psyché tend à maintenir un lien désirant avec le monde en cherchant des satisfactions plus élémentaires, plus proches de l'infantile et des excitations somatiques, le processus de dégénérescence des fonctions mnésiques tend à fixer cette régression et, dans un sens, à la chroniciser comme nouveau rapport au monde (Le Gouès, 2001). On observe alors, selon l'auteur, une tendance à investir la logique sensorielle et somatique propre aux plaisirs archaïques au profit des éléments symboliques. La fonction narcissique s'en trouve plus difficile à élaborer. L'objet interne, représentant psychique du processus narcissique, alterne entre persistance et effacement à l'image des traces mnésiques et des souvenirs qui apparaissent furtivement puis disparaissent brutalement (Le Gouès, 2001). Se définir, parler de soi, se raconter et surtout, se positionner vis-à-vis des autres, deviennent des activités de pensée de plus en plus complexes. La relation à l'objet externe, qui pourrait servir d'assise narcissique, est mise en difficulté par les troubles de la communication et de la perception. Le sujet s'isole malgré lui, sa quête affective ne trouve aucun repos, des angoisses archaïques émergent brutalement et plongent le sujet dans un monde qu'il ne parvient ni à saisir ni à comprendre (Le Gouès, 1991). La régression ainsi opérée et aidée par les caractéristiques d'une vieillesse involutive implique une tendance à la déstructuration symbolique dont la finalité est un psychisme se rapprochant d'un fonctionnement purement sensoriel (Le Gouès, 1991). On observe alors un état général très régressé, où l'affect prime sur le sens (Le Gouès, 1991). En d'autres termes, les sensations somatiques et les réactions émotionnelles directes qui surgissent en réponse à l'environnement prennent le pas sur les formations symboliques qui

constituent le langage. L'excitation somatique et le comportement réflexe deviennent les nouveaux piliers de la structure psychique.

III.2.4 La dépendance à l'objet

C'est ce savoir affectif que Le Gouès cherche à exploiter sur le terrain clinique, afin de remobiliser les facultés d'association perdues dans la logique régressive. Le retour à un fonctionnement psychique élémentaire, voire archaïque, implique une autre manière d'interpréter les représentations du sujet : *« Les représentations restantes seraient des socles psycho-affectifs de la représentation d'objet »* (Le Gouès, 2001, p. 46), et se construiraient d'une manière complexe où le souvenir prend appui sur les perceptions extérieures, dont il fait l'amalgame, pour s'exprimer. D'une manière générale, le rapport à l'objet n'est plus de l'ordre du sexuel et de sa temporalité désirante. L'objet est un élément d'existence en miroir, un narcisse sensoriel dont l'absence signifie la disparition et engage des problématiques existentielles (Le Gouès, 1991). Dans cette mesure la réponse de l'autre devient cruciale. Son absence ou une réponse ambivalente entraîne une sensation de perdition insupportable.

Cette dépendance du processus de symbolisation à l'objet externe serait le pendant de la désorientation temporo-spatiale en confondant justement la logique du temps avec celle de la présence (Le Gouès, 1991). Le sujet en proie à la démence est, en somme, un sujet « pré-Fort-Da » qui doit organiser sa temporalité à partir de ses capacités d'investissement. L'équation passé/présent devient ou redevient une équation présence/absence. Le flou s'installe alors entre l'investissement de l'objet et la perception. Cela implique une symptomatologie riche qui tend à faire revenir des éléments du passé sur le pôle perceptif et provoquer des délires confusionnels ou des hallucinations.

III.2.5 Un Moi vulnérable

Le Gouès ajoute à cet état de fait un autre élément central dans son étiologie de la démence : la porosité du Moi. Nous savons en effet que la fonction du Moi, chez Freud, est double. Elle est à la fois la formation d'une dynamique narcissique cohérente et à la fois l'organisation des excitations sexuelles entre elles. Ses mécanismes de refoulement et de symbolisation permettent de lier les affects aux représentations et d'inscrire les désirs sexuels dans une fonction sociale plus large (Freud, 1915-1923). Le Moi est à la fois unifiant, représentant de soi et par excitant. Lorsque ses fonctions sont mises en difficulté, les éléments

pulsionnels qui se présentent alors désorganisés font surgir des angoisses qui nécessiteront une réponse défensive plus élémentaire, souvent motrice de symptômes névrotiques. Subissant les difficultés existentielles de la vieillesse, le Moi vieillissant décrit par Le Gouès se montre ainsi extrêmement vulnérable et se rapproche dangereusement d'un Moi de forme démentielle. C'est-à-dire, un Moi qui prend une forme défensive typique de la démence, avec la symptomatologie qui l'accompagne. En effet, l'auteur écrira : *« L'accès à l'objet disparaît avant l'anéantissement du Moi (...) la pensée concrète remplace le souvenir »* (Le Gouès, 1991, p. 123). C'est ici que réside la chronicité des phénomènes de régression. Les réactions défensives marquées par les difficultés du vieillissement, sont vécues par un psychisme désormais mnésiquement incapable de dépasser la dimension de deuil et de frustration qui opère pour lui. Ne pouvant se soutenir de l'objet pour reconstruire sa dimension narcissique, la brèche qui s'opère dans la relation à l'autre va s'inscrire dans la structure même du Moi. Désunifié, meurtri, poreux, démentifié dirait l'auteur, le Moi en manque de cohérence puis de consistance va s'inscrire dans une dynamique involutive de mort avant la mort et jouera de pair le jeu de la démence avec le désordre cognitif qu'implique l'affection corticale (Le Gouès, 1991). Le Gouès décrit alors un Moi en voie d'extinction qui ne parvient que difficilement à exercer une pression refoulante. L'énergie libidinale ainsi libérée produit des phénomènes de désinhibition et de désymbolisation et le retour vers une sexualité brute marquée par une recherche de plaisirs somatiques immédiats.

Le Gouès fonde donc une description de la démence radicalement différente de celle que propose Maisondieu, en essentialisant le comportement du dément dans des mécanismes psychiques directement en lien avec la perte corticale et la crise existentielle de la vieillesse. Il cherche à décrire l'évolution de la vie sexuelle qui opère à ce moment-là et qui tend, selon l'auteur, à s'exprimer avec de moins en moins d'inhibition. La démonstration cherche également à faire le lien entre les symptômes cognitifs qui s'expriment dans la démence et les mécanismes psychiques qui pourraient les soutenir. On voit également que c'est à nouveau la question narcissique qui est mise en avant dans l'étiologie de la démence, bien qu'elle soit entendue sur un autre plan. Si Maisondieu décrit une crise narcissique marquée par un désamour de l'objet externe, Le Gouès la décrit comme l'expression lacunaire et dégénérée des mécaniques psychiques qui permettent le lien à l'autre.

III.3 MARION PERUCHON : NATURALISME NEUROPSYCHANALYTIQUE

Collaboratrice de Le Gouès, Péruchon est une des figures de la psychanalyse qui a le plus marqué la psychopathologie du vieillissement. Son œuvre fait partie des conceptions les plus longues et les plus abouties sur la question de la vieillesse et de la démence. Nous ciblerons ici plus précisément les travaux associés à la construction étiologique qu'elle propose de la démence. Nous faisons ici ce choix pour maintenir notre cadre d'étude qui cherche à historiciser l'inscription de la psychanalyse dans la compréhension de la maladie d'Alzheimer. Nous laissons volontairement au lecteur la liberté d'aller découvrir ses travaux plus généraux sur la vieillesse et la question de la résilience qui, nous semble-t-il, sortent de notre cadre d'étude car ils visent à proposer une forme thérapeutique dans l'expérience du vieillir. Nous nous bornerons ainsi à mettre en avant deux formes conceptuelles qui nous semblent au cœur de son raisonnement, à savoir les hypothèses neuro-psychanalytiques et l'implication de la pulsion de mort dans l'étiologie de la démence.

III.3.1 La démentalisation comme forme dégénérative de la régression

L'auteure reprend, d'abord dans un article co-écrit avec Le Gouès, les bases théoriques de ce dernier, notamment les perspectives involutionnistes de la démentalisation, en cherchant à préciser et pousser le raisonnement plus loin : « *La psyché semble s'aplatir au cours de la démentalisation, comme si elle retourna au plus près de ses origines corporelles »* (Le Gouès & Péruchon, 1992, p. 137). Une étape est ainsi franchie par rapport aux travaux antérieurs de Le Gouès. Ici l'ensemble de la vie psychique subit une régression symbolique pour retrouver un état antérieur moins abstrait et plus proche de l'organique. La régression est linéaire, concerne tous les pans de la vie fantasmatique et est irrémédiable. La clinique proposée vise ainsi à chercher à quel niveau de régression en est le sujet pour pouvoir y adapter sa posture *»* (Le Gouès & Péruchon, 1992). L'objectif thérapeutique, selon les auteurs, est d'abord un travail d'érotisation des facultés mnésiques comme possibilité de réveiller les éléments de représentations :

> *Le désir de la satisfaction et la capacité de le réaliser constitueront donc notre fil rouge. En d'autres termes, nous nous intéressons d'abord à la valeur économique de la pensée, c'est-à-dire au plaisir de fonctionner plus qu'au déplaisir de décliner.* (Le Gouès & Péruchon, 1992, p. 136)

Ce plaisir à « mentaliser », retrouvé par le lien affectif, serait donc pour les auteurs le primat à tout travail thérapeutique dans le champ de la démence. Ce travail, comme décrit plus haut, n'est possible qu'avec l'instauration d'un étayage efficace, et ce au sens plein : « *Si l'observateur ignore l'importance de l'investissement d'objet externe qui réanime l'objet interne, il déclare se trouver devant un ensemble mort » »* (Le Gouès & Péruchon, 1992, p. 141). Les auteurs parlent bien ici d'un travail de réanimation à partir des modalités relationnelles pour permettre au sujet de sortir non pas d'un état morbide, mais bien d'un état mortifère. Ce traitement est appliqué également aux rejetons du refoulé :

> *Á la différence du lapsus, où l'aspect défensif est au premier plan, ici l'aspect automatique domine. La séquence complète n'est exprimable qu'à partir du moment où la ligne mélodique affective est reconstituée. L'investissement du thérapeute induit l'investissement du patient, puis, dans les cas heureux, les choses s'enchaînent.* (Le Gouès & Péruchon, 1992, p. 145)

C'est précisément ce caractère automatique, cette prise au langage qui est interprétée ici comme un relâchement des facultés d'inhibition du Moi et qui laisse transparaître un langage aux prises avec sa sensorialité. Dans ces discours morcelés, les auteurs voient une décharge des excitations sensorielles dans un langage désymbolisé. C'est uniquement en retrouvant le lien entre ces représentations qui frappent la psyché et leurs affects que le langage peut s'inscrire comme un mode communicationnel qui permet le lien à l'autre. Ce mode de fonctionnement ferait alors écho à des stades précoces de l'évolution psychique et tend à s'organiser comme fonctions hallucinatoires que l'on repère dans le processus primaire :

> *Ce fonctionnement incite à situer la pensée « primitive » sur l'axe de la satisfaction hallucinatoire du désir. On est loin de la projection où la pensée travaille à lier entre elles les pulsions agressives expulsées dans un objet.* (Péruchon, 2014, p. 187)

Les éléments habituellement interprétés comme rejetons de l'inconscient, donc comme éléments propres à « mentaliser », sont ici interprétés comme des formes stéréotypées de satisfactions très archaïques marquées par un plaisir hallucinatoire. Le champ fantasmatique s'en réduit alors à la simple satisfaction sensorielle, morcelée et asociale. Cette posture clinique, marquée par une observation et une lutte contre les éléments mortifères, viendra soutenir une double étiologie que Péruchon développera tout au long de son œuvre.

III.3.2 Une neuropsychanalyse de la démence

Péruchon développe effectivement une tentative épistémique assez audacieuse en cherchant à expliquer, par les théories freudiennes, les éléments neuroanatomiques observés dans le champ de la démence. En effet, dans sa perspective « neuropsychanalytique », plaques séniles et mécanismes de déliaisons psychiques jouent de pair dans une déstructuration progressive du Moi :

> *Comment ne pas faire alors de rapprochement – sans préjuger de la causalité – entre la dégradation de la neurotransmission et le déliaisonnement démentiel que nous venons de circonscrire ? Qui plus est, cette pathologie neuropsychique forgée par la dissolution des liens, des limites et des contenus représentatifs tous ensemble, entraînerait corrélativement l'invalidation du principe de réalité. Á cela rien de surprenant puisque l'épreuve de réalité, partie prenante de la construction de l'espace et du temps, s'édifie à partir de l'acquisition des limites et des liens ainsi que du jugement et des traces mnésiques – toutes dimensions qui volent en éclats dans la démence qui se signale dès le début, répétons-le, par une désorientation temporo-spatiale et des troubles de la mémoire.* (Péruchon, 2014, p. 187)

En manque de symbolisation, le dément serait aux prises avec des phénomènes d'intrusion angoissants et traumatogènes. Cet état de fait implique une remise en cause du principe de réalité qui permet de maintenir les limites de l'enveloppe psychique et la distinction entre le dehors et le dedans. Les réactions défensives sont mises en échec par une psychisation pauvre et le sujet se retrouve au vif de sa propre jouissance. Le manque d'enveloppe favorise ainsi le morcellement qui va de pair avec la désorganisation cognitive de la démence.

C'est à cet endroit qu'est introduite la pulsion de mort, comme système de déstructuration et de désorganisation visant à ramener une psyché sur-stimulée au niveau le plus bas d'excitation (Freud, 1900). Ce qui est délié, d'affects en représentations, se défait dans une logique psychique mélancoliforme qui tend à anesthésier l'environnement et à amorcer la mort psychique du sujet (Péruchon, 2001). La pensée s'éteint sur deux niveaux : par une mémoire qui s'évade et une psyché qui s'annihile elle-même. Le processus dépressif, chez Péruchon, revêt une double action de destruction qui tend à l'extinction mélancolique de toute pensée rationnelle d'abord, affective ensuite.

III.3.3 La prédominance du somatique

Pour Péruchon, finalement, psychanalyse et neurologie observent la même chose. Á condition d'investir une théorie de la dégénérescence histologique pour l'une, régressive pour l'autre. Le sujet ainsi décrit est donc un sujet en mal de symbolisation, pour des raisons qui lui échappent totalement. S'ajoute à cela une réaction psychique inconsciente et réactive aux symptômes « démentiels » qui vient désorganiser davantage le tableau. Le sujet dément s'embarque dans sa propre dégénérescence. Ses réactions psychiques favorisent la désorganisation de son système neuronal. Bien entendu, les résultats ne se font pas attendre : *« De même, constaterons-nous, une fois la dépsychisation bien avancée, le retour au pôle perceptivo-sensori-moteur » (Péruchon, 2001, p. 126).* La finalité de la démonstration propose un stade final de la démence comme d'une fuite régressive, d'abord narcissique, puis pleinement sensorielle. Le corps du sujet dément involuerait donc vers une réduction de son emprise sur le monde, dans un état de passivité somatique, parfaitement esclave de l'environnement par des sens altérés pourtant surinvestis. Le moindre déplaisir est rejeté, même lorsque les fonctions vitales sont engagées. La mort apparaît comme pulsion dans un monde où le manque disparaît au profit de l'anéantissement.

Le champ ouvert ici par Le Gouès et Péruchon est plus que pessimiste et ne laisse que peu de place aux perspectives thérapeutiques et, de façon plus générale, à la qualité de la relation dans la vie psychique des sujets souffrants d'une démence. La perspective épistémologique de Péruchon est également fort discutable. En cherchant à expliquer les conclusions de la neuroanatomie par la psychanalyse, elle s'inscrit effectivement dans une dimension naturaliste qui, d'une part, valide des théories dégénératives très controversées et issues d'un autre corps de science et qui, d'autre part, tend à essentialiser une vie psychique parfaitement dépendante de l'état de santé de son appareil somatique. Ce dernier aspect affiche un réductionnisme qui exclut totalement la dimension intersubjective du psychisme et l'interrelation des dimensions fantasmatiques et mnésiques qui sont au fondement de la psychanalyse freudienne. La théorie s'inscrit en fait dans le premier scénario épistémique d'Assoun (1983), à savoir un discours sur la démence parmi d'autres discours, chacun d'entre eux gravitant autour d'une essence neurologique dans la conception du psychisme. La neuropsychanalyse résonne malheureusement plus comme une forme consensuelle du discours que comme une tendance à la mixité.

III.4 JACK MESSY : MIROIR HIDEUX, MIROIR BRISE

Au milieu des années 1990, Messy formule une théorie de la démence[50] qui se rapproche des formulations de Balier et Maisondieu. L'hypothèse d'une implication du narcissisme est également mise en avant, mais ici, plus spécifiquement à partir des théories lacaniennes.

III.4.1 La décompensation démentielle

L'auteur engage son raisonnement sur le postulat que la maladie d'Alzheimer est une forme psychopathologique de la vieillesse, c'est-à-dire que sa psychogenèse, comme il l'a décrite, s'inscrit profondément dans les problématiques dépressives typiques des personnes vieillissantes :

> *En quinze années d'expérience, je n'ai pas encore rencontré de malade affublé de l'étiquette « maladie d'Alzheimer » (…) dont l'histoire ne s'ancre sur un évènement existentiel qui a révélé ou causé un état dépressif.* (Messy, 2002, p. 177)

Le postulat est osé, puisqu'il place cette forme pathologique non plus comme un état en voie de chronicisation, pour des raisons régressives ou dégénératives, mais comme une décompensation sur un mode démentiel. La démence s'exprime alors comme une réaction défensive qui surgit brutalement face à un évènement traumatique :

> *Parmi ces évènements, nous repérons les pertes classiques (…) et tout traumatisme affectif qui opère une faille narcissique, précipite le sujet dans la vieillesse, comme je l'ai évoqué au début de cet ouvrage, en parlant de perte en trop.* (Messy, 2002, p. 177)

Ici, Messy reprend une ancienne considération de la maladie d'Alzheimer comme affection précipitant le sujet dans une vieillesse prématurée et aux effets de sénilité bien plus intenses. A ceci près que cet effet de catalyse ne s'opère pas dans le cortex cérébral mais bien au niveau traumatique.

La question traumatique n'est pas posée ici comme résurgence d'angoisse infantile typique des formes de névroses de transfert :

---

[50] Dans ses ouvrages, l'auteur oscille entre les termes de démence et de maladie d'Alzheimer, ce qui témoigne d'un enracinement dans le champ psychanalytique avec une influence manifeste des thèses de Maisondieu.

> *Á mon avis, il faut une menace capable de rompre le garde-fou pare-excitation et qui puisse provoquer non pas une angoisse mais une frayeur, comme Freud l'indique à propos des névroses de guerre.* (Messy, 2002, p. 180).

Cette citation émerge dans le cadre d'une critique des formules de Maisondieu qui renvoyait les symptômes démentiels à un déploiement de l'angoisse de mort. Ici, il serait l'objet d'une frayeur saturant les capacités de résistance de l'individu. Mais si l'angoisse organise un état d'attente, d'appréhension d'un phénomène fantasmatique, la frayeur se démarque par son émergence brutale, surprenante et intrusive (Freud, 1915-1923). Le psychisme, pris au dépourvu, ne peut pas mobiliser les moyens de se défendre. Le trauma opère ainsi comme une intrusion brutale dans la psyché venant désorganiser son fonctionnement et réaliser une véritable « apoptose » des instances du Moi : *« Il s'ensuit une sorte d'effacement psychique comme si des parties du Moi disparaissaient »* (Messy, 2002, p. 178). L'auteur décrit cette menace traumatique comme « perte en trop », concept qui fera date dans la psychanalyse du vieillissement :

> *Cette perte peut concerner un objet investi dans le monde extérieur ou un organe investi dans le corps même. Ainsi une lésion cérébrale (…) peut agir comme un choc traumatique et faire basculer l'individu dans la démence sans rapport avec l'étendue de la lésion.* (Messy, 2002, p. 178)

Cette perte interviendrait effectivement dans un moment « en trop » où le sujet se montre particulièrement vulnérable sur le plan psychique. C'est le moment du miroir brisé qui se veut au fondement de la théorisation de l'auteur.

III.4.2 Le miroir brisé

Messy développe, à partir des formulations de Balier et de Maisondieu, le concept de « Moi hideur », particulièrement impliqué dans le naufrage narcissique qu'il décrit chez le sujet vieillissant. Ce Moi hideur : « *Image hideuse et repoussante que j'ai désignée comme moi-hideur, à l'inverse du moi idéal jadis entrevu »* (Messy, 2002, p. 178), se veut être une transgression du Moi idéal qui, à force d'humiliation et d'indifférence, se transforme en objet de haine. Ce Moi hideur, est l'exact opposé de l'image spéculaire de l'enfant au stade du miroir que décrit Lacan. Le caractère jubilatoire de cette image chez l'enfant qui s'y découvre et y construit sa réalité se transforme en image de honte organisant une réalité de la vieillesse comme

humiliante et laide. Ainsi meurtrie, l'organisation narcissique tente la mélancolie et cherche à intérioriser un Moi idéal déjà perdu :

> *Mais si cette instance symbolique n'a pas été suffisamment introjectée (c'est-à-dire assimilée) (...) sa valeur s'effondre et se transforme à son tour en hideur du moi (...) l'individu se précipite alors dans l'autodestruction, qui prend la forme de la mort réelle ou de la mort psychique dénommée encore démence sénile (...) véritable autolyse du moi.* (Messy, 2002, p. 179-180)

L'identification n'agit donc pas exclusivement sur l'image perdue de naguère, mais bien sur la perte elle-même et sa fonction d'anéantissement. Messy décrit ici tout bonnement, la fonction suicidaire de l'image spéculaire à l'épreuve du Moi Hideur, formatrice disons, de la fonction du « je hideur ». C'est à partir de cette image proche de la mélancolie que va s'inscrire le jeu morbide du miroir brisé, désorganisateur de l'unification même d'un sujet qui renonce à s'y reconnaître :

> *Au temps du miroir brisé, qui révèle un possible morcellement à venir, succède un stade du miroir effacement, comme a pu le proposer Jean Maisondieu, moment où le sujet fuit l'idée de sa propre mort et efface son image dans le miroir. (...) Mais l'image s'efface-t-elle parce qu'elle est intolérable, ou parce que le sujet n'est pas à la bonne place devant le miroir ?* (Messy, 2002, p. 178)

Cette mécanique défensive placerait donc le sujet en décalage vis-à-vis de sa propre image et de son principe d'organisation imaginaire :

> *Parce qu'il ne voit plus apparaître son image dans le miroir parce que son œil n'est plus à la bonne place. Le symbolique ne peut plus s'accoler à son imaginaire, il perd alors les mots. (...) Cela ne veut pas forcément dire qu'il ne se souvient plus des choses, mais qu'il n'a plus les mots pour le dire !* (Messy, 2002, p. 179)

L'auteur relativise ici le caractère d'anéantissement du Moi Hideur en réduisant son impact au niveau imaginaire. Les fonctions cognitives se trouveraient alors attaquées par des phénomènes de non-reconnaissances des images. Ici, pas de déstructuration symbolique comme pouvait le formuler Le Gouès. C'est bien la représentation de mot qui est perdue, pas la trace symbolique. L'imaginaire est meurtri dans une image spéculaire brisée mais le sujet reste en prise avec le symbolique. Une perspective thérapeutique est donc possible en travaillant les effets miroirs dans le rapport du sujet au langage et par extension, dans son organisation narcissique.

Les travaux de Jack Messy apportent une théorie de la décompensation originale et qui présente un intérêt thérapeutique certain. Elle permet en outre de décentrer le regard des mécaniques psychiques du sujet pour porter son attention sur son histoire récente et chercher à y comprendre sa dynamique actuelle. L'auteur parvient également à raccrocher la démence aux problématiques du grand âge sans l'essentialiser en proposant un concept de Moi hideur issu de l'expérience à la fois sociologique et psychologique du sujet. La tendance reste néanmoins très pessimiste dans une vieillesse qui est vue, encore une fois, comme humiliante et angoissante par essence même. L'importance accordée à cette position hideuse dans le miroir est aussi à questionner compte tenu de la gravité des symptômes démentiels.

III.5 LOUIS PLOTON : POSITION HYSTERIQUE DE LA DEMENCE

Autre auteur de référence dans le domaine gérontologique, Ploton reprend et accentue à la fin des années 1990 le caractère intersubjectif des problématiques de la démence.

III.5.1 La fonction du symptôme démentiel

S'appuyant sur les identifications morbides et les liens psychosomatiques développés par Maisondieu et Messy, Ploton cherche à intégrer la dimension hystérique dans l'explication des phénomènes démentiels. Il met en avant les éléments des deux auteurs en appuyant les paradoxes existentiels dans lesquels évolue le sujet âgé que l'on peut mettre en lien avec les lésions qui apparaissent dans le cadre des maladies évolutives ou plus largement dans le cadre sénile :

> *Pour concilier des exigences aussi contradictoires, il lui faudra partir sans partir, ce qui le conduit à rester en vie biologiquement tout en mourant socialement. Et ce, quels que soient les moyens somatiques et/ou psychogènes qui lui permettent d'y parvenir, le conflit psychique pouvant en soi induire une rupture d'équilibre dans un substratum lésionnel opportunément présent, voire aggravé à cet effet.* (Ploton, 2009, p. 66)

Le symptôme qui apparaît ainsi dans l'expression démentielle ne s'apparente pas à un trouble dont la cause serait précisément la démence, mais à une dynamique comportementale qui se met en place pour résoudre des conflits psychiques sous-jacents. Le comportement observé posséderait donc les qualités du symptôme, c'est-à-dire un travail de compromis d'une logique psychique en difficulté, à la fois témoin de la souffrance du sujet, système de défense et

médiation dans le rapport du sujet à son objet. Le symptôme, comme le rappelle l'auteur, cherche effectivement à retrouver un espace intersubjectif supportable au sujet :

> *L'intérêt d'aborder la symptomatologie psychopathologique sous l'angle de la fonction du symptôme, et notamment sous ses aspects possibles de mécanismes défensifs de mise à distance d'autrui, réside dans la possibilité de leur restituer une légitimité. Celui qui les produit cesse ainsi d'être enfermé dans un état et implicitement ou explicitement désigné comme anormal, voire monstrueux. Il n'est plus le fou mais celui qui affole les autres, pour se protéger, ce dont il est possible de parler avec lui sans le disqualifier, ni attaquer son estime de soi.* (Ploton, 2009, p. 64)

Outre le caractère humanisant, c'est bien une porte d'entrée pour le soin que nous propose le symptôme, dont la fonction nous indique des éléments sur les conflits intrapsychiques qui animent le sujet. L'auteur étudie la symptomatologie démentielle comme une enveloppe qui permet de mettre à une distance suffisante les émanations de l'objet devenues, par voie de régression narcissique, des éléments potentiellement persécutants :

> *Tout se passe comme si, faute de disposer d'un système psychique d'amortissement émotionnel efficace, l'intéressé devait recourir par défaut à des conduites ou à des modalités transactionnelles destinées à tenir autrui à distance. En dernier recours, cela conduit à une symptomatologie ayant pour fonction d'entraver la capacité de penser d'autrui (entre autres ses aptitudes subjectives).* (Ploton, 2009, p. 69)

Le matériel projectif des conduites démentielles viserait donc à neutraliser les contenus représentatifs de l'objet, à l'instar des projections mélancoliques qui mettent à mal les facultés d'associations de l'interlocuteur. Dans un état de vulnérabilité et d'angoisses envahissantes, le travail de neutralisation de l'objet serait le pendant de la symptomatologie démentielle.

III.5.2 Logique défensive de la régression

Toujours d'après l'auteur, cette logique défensive qui tend à appauvrir l'environnement symbolique n'est pas sans contreparties. Le vide qu'il crée à l'endroit de l'identification ouvre la voie à des mécanismes de régression de la libido vers des satisfactions d'ordres somatiques. Cette contraction du principe de plaisir aggrave les troubles cognitifs typiques de la démence et propulse le sujet vers une organisation psychique plus aisément morcelée car plus proche

d'une confusion sensorielle que d'une unité narcissique. La fonction du « je » dans le miroir est mise à défaut :

> *Il y a lieu de souligner que ce que l'on est tenté de considérer comme un degré croissant de subjectivité inopérante va cliniquement de pair chez l'intéressé avec un sentiment de plus en plus marqué de vide psychique. Celui-ci se traduit notamment par un déficit d'investissements et par le besoin croissant de se sentir exister au moyen de sensations, faute de contenus psychiques constituant des ressources suffisantes.* (Ploton, 2009, p. 71)

Ploton cherche donc à penser les symptômes démentiels non pas seulement comme des formations réactionnelles à un évènement traumatique, qu'il soit lésion cérébrale ou deuil, mais comme des mises en rapport du sujet avec ce monde nouvellement institué. Comme une mise à l'écart pour assurer sa propre protection. De ce fait, la régression vers un fonctionnement plus somatisé ne veut pas dire que le sujet va retourner peu à peu vers un état « hyperorganique » puis « anorganique », d'une part parce que le symptôme rate toujours ce qu'il cherche à élucider, d'autre part parce que ce fonctionnement reste un mode de rapport à l'autre sous l'égide des signifiants qui accompagnent le sujet. En d'autres termes, le symptôme reste et restera, aussi étrange soit-il, un langage :

> *On est alors en droit de penser que la dramatisation, l'érotisation, la discordance et le recours au langage métaphorique du corps sont des signes de souffrance qui expriment une tentative de surenchère comportementale dans le registre métaphorique, là où le travail purement psychique s'est révélé inefficace. Tout se passe comme si l'intéressé se donnait en spectacle ou, plutôt, donnait inconsciemment sa problématique en spectacle sur un mode comportemental métaphorique, faute de pouvoir le faire de façon efficace sur sa scène psychique intime.* (Ploton, 2009, p. 75)

C'est à cet endroit que l'auteur introduit le fonctionnement hystérique comme piste de réflexion des comportements démentiels. Le parallèle entre l'enfant et le vieillard, autrement plus excitant qu'il devient tabou, est véritablement mis à mal sur ce point de vue. Si les cris de l'enfant sont des éléments en mal de symbolisation, les expressions curieuses du vieillard, en mal de mots, seraient une recherche de contact sur un mode modifié de communication. Le « mal de symbolisation » n'est pas un problème dégénératif mais une réaction défensive et une volonté de s'accrocher à l'autre en dehors des voies traditionnelles qui ont fait défaut en vieillissant. La

démence, ainsi, n'est pas une maladie de la dégénérescence mais une maladie du lien (Caron, 2014). Cette maladie du lien implique, selon l'auteur, le projet fou d'un rapport à l'objet purement hystérique, c'est-à-dire dépsychisé dans une surenchère métaphorique. Le corps se donne à voir à l'objet à défaut de pouvoir se décrire à l'objet. Car se décrire implique une ouverture timide en direction d'un objet qui a perdu depuis longtemps ses qualités « suffisamment bonnes ». La violence projective de la démence résonne comme tentative d'indépendance à l'autre, un tout ou rien relationnel qui vise à mettre en déroute un objet potentiellement malfaisant. Le dément fait le sacrifice de son corps dans la métaphore de la plainte.

III.5.3 Transformation de l'objet

Cette position subjective paradoxale chercherait donc à maintenir à distance le mauvais objet et à garder près d'elle le bon objet, dans un regain d'indifférenciation qui coupe l'unification symbolique. Le travail d'identification à cet objet morcelé implique un rapport transférentiel particulier marqué par une attaque de la pensée et un regain pulsionnel :

> *On peut à ce sujet ouvrir une parenthèse concernant les transferts de responsabilité (tu es responsable de ce qui m'arrivera !) et la demande culpabilisante qui peuvent, sur le versant positif, conduire un soignant à s'engager au-delà de son rôle ; mais qui peuvent aussi le conduire à « sortir des clous » en se reniant à l'occasion de réactions sadiques ou maltraitantes. Tout se passe alors comme si un patient en proie à un profond sentiment de dévalorisation, soit vérifiait son importance en mettant le soignant au défi d'être bon, soit poussait l'autre à se renier et à le rejoindre dans sa déchéance.* (Ploton, 2009, p. 75)

Cette modalité relationnelle exprime effectivement l'importance de la dévalorisation et les émanations mélancoliques d'un « Moi hideur » qui s'exprime dans la relation. Ainsi, tout se passe sur un mode proche de l'érotisme anal, où il ne s'agit plus de construire un espace relationnel mais bien de maîtriser la relation :

> *De ce point de vue, nombre de symptômes ont pour fonction de contrôler la distance avec autrui. D'une manière générale, on assistera, a minima, au recours à des stratégies de maîtrise de la relation faute de s'accommoder d'une distance relationnelle modulable dans une réciprocité souple. D'une façon*

> *générale, on peut faire référence à ce propos à tous les mécanismes de contrôle de la relation qui peuvent s'observer dans la vie sociale, mais aussi dans la vie institutionnelle (contrôle pouvant aller jusqu'à des phénomènes d'emprise majeurs). Ceux-ci sont autant de moyens de pallier une gestion de la proximité problématique, faute d'un travail d'intégration psychique suffisamment opérant.* (Ploton, 2009, p. 76)

C'est dans cette modalité relationnelle que se déploierait le symptôme de la démence, attaque ultime de la pensée dans ses fondements les plus solides, c'est-à-dire, dans ce qui la structure comme langage. Ce rapport de maîtrise auquel répond l'immaîtrisable volonté de sécurisation des institutions sont autant de tentatives de jouer la carte de la culpabilité, arme ultime de l'hystérique pour contrôler le maître.

III.6 MICHELE GROSCLAUDE : LE SUJET PERDU DE LA DEMENCE

Les théories développées par Grosclaude dans le champ de la démence s'affichent comme un renversement conceptuel dans la lecture des productions langagières du sujet marqué par la démence. Le point de départ de sa théorisation exprime une fonction fondamentale de la psychanalyse : l'exploration de la dimension subjective. Pour Grosclaude, il y a toujours un sujet :

> *Tout d'abord, « il existe un sujet » (terme auquel je laisse la connotation la plus large) « quelque part », notion imposée tant par la clinique elle-même que par une préoccupation éthique et théorique pour la subjectivité humaine, – existence donc liée à la permanence du sujet, quoi qu'il arrive.* (Grosclaude, 2020, p. 97)

Le « quoi qu'il arrive » impose un roc subjectif qu'il s'agit de considérer et d'appréhender même dans les cliniques les plus « extrêmes ». Dans la démence, le sujet n'est pas disparu, éteint ou en voie de perdition, il est « perdu » :

> *Dans la démence, ce sujet est « perdu » : certes perdu à lui-même et aux autres, réduit à une sémiologie de la perte instrumentale – temps, espace, mémoire, sens critique – qui est associée à cette disparition, à cette perte d'être, d'identité (c'est-à-dire de ce qui représente ce sujet, organiquement atteint et subjectivement défait, pour lui-même et pour autrui, les repères qui le lui*

> *suggèrent et lui permettent de se reconnaître). Mais aussi perdu « quelque part ».* (Grosclaude, 2020, p. 97)

Dans les productions psychiques de prime abord chaotiques du dément, se loge ainsi, quelque part, la dimension du sujet entendu ici comme lieu de consignation et de domiciliation. La « perte » ainsi analysée ne concerne pas des éléments manquants ou détruits, mais elle renvoie à un rapport que le sujet entretient avec lui-même dans un espace psychique où il ne se « trouve » pas.

Il conviendrait ainsi de comprendre les troubles cognitifs comme éléments d'une dimension plus globale d'un être perdu, qui se cherche quelque part :

> *Pourtant, pour peu que le tiers écoute le dément et lui parle (mais « vraiment », c'est-à-dire en adressant une parole investie à l'intention d'un Sujet qui « vaut la peine »), il peut l'entendre et se faire entendre, engager une relation et contribuer à ce que se retrouvent chez le dément les conditions d'une remobilisation psychique.* (Grosclaude, 2003, p. 34)

Si, dans la névrose, la mobilisation psychique s'élabore comme l'organisation d'un récit de soi, c'est-à-dire qu'elle opère dans une dimension virtuelle, elle s'apparente à un élément existentiel dans la démence. En d'autres termes, si le névrosé se sent perdu dans ses schémas signifiants, le dément se « retrouve » perdu au sens littéral. Il n'a pas la sensation ou le sentiment d'être perdu, il est perdu de manière véritable, et donc projeté dans un monde d'étrangeté. La position de son interlocuteur dépasse ainsi la seule figure affective, support de projection des processus inconscients : elle s'élabore comme figure d'arrimage à soi et à l'autre.

Cette dimension de l'autre, comme lieu de domiciliation, de résidence d'un fragment du sujet, joue l'analogie avec les productions psychiques du dément :

> *Ses fragments se trouvent dans les lieux de résidence constitués par les manifestations du processus : radotage, reste de savoir du passé, stéréotypies gestuelles et langagières, fausse reconnaissance, etc. C'est considérer que le processus démentiel (comme d'autres, selon moi, processus lourds organiques ou psychotiques) offre prise pour le sujet à ses investissements et ancrages identificatoires.* (Grosclaude, 2020, p. 98)

Le langage du dément, aussi déconcertant soit-il, est ainsi chargé de perspectives de symbolisation et s'apparente à des tentatives de « relocalisation » des éléments subjectifs.

L'identification, ainsi, se traduit chez le dément au sens littéral. Se « reconnaître » dans l'autre dépasse le cadre de la métaphore et s'exprime comme un phénomène concret, perceptif. L'autre est avant tout un support d'identification, au sens d'un lieu de résidence du sujet, avant que d'être objet de sa vie psychique : *« Pour l'illustrer, c'est toute notre pratique qu'il faudrait rapporter lors de ces moments de retour à la vie, au parler, au penser et au représenter par quelque « réamorçage » subjectif en compagnie du tiers »* (Grosclaude, 2003, p. 137).

Les phénomènes relationnels, à ce titre, s'expriment littéralement, dans leur dimension perceptive, cognitive, et ont un impact direct sur le rapport du sujet à ses propres sens. La posture du clinicien s'invite alors dans un travail : *« de restitution et de reliaison pour rendre au sujet ce qui lui appartient dans ses productions »* (Grosclaude, 2003, p. 137). À nouveau, il est question d'accompagner une mise en lien des éléments psychiques entre eux, non pas disparus mais « perdus quelque part » :

> *Nous pensons que les représentations de mots ne disparaissent pas, mais se clivent des représentations de choses : l'intérêt, même stéréotypé, des déments pour les mots, les ritournelles, en atteste. Il s'agit donc là aussi de relier affect et chose dans la parole du dément et dans notre pensée.* (Grosclaude, 2003, p. 142)

Les productions psychiques du dément sont ainsi vues par Grosclaude comme des éléments clivés, en mal d'association, chez un sujet « perdu » dans un vécu démentiel déroutant. La logique de la dégénérescence ne s'invite donc pas ici dans la théorisation de Grosclaude, marquée par une conception originale de la perte. Ce qui est perdu, par définition, est à trouver. Et le rapport qu'entretient le dément avec le reste du monde est un rapport d'arrimage à soi. L'interlocuteur devient un espace, au sens littéral, où vient se loger une partie du sujet.

CONCLUSION

Si les auteurs semblent s'accorder sur une représentation de la démence comme d'un « piège sensoriel » dans lequel se jette « à corps perdu » le sujet, les modes d'entrée dans cette unité narcissique régressée, différent d'un auteur à l'autre. Elle peut être réaction à l'angoisse de mort et tentative de rompre le rapport au temps du désir, déstructuration progressive de l'univers symbolique, identification au miroir brisé ou encore, appropriation relationnelle d'un monde persécutant. Au sein de ces modalités subjectives s'activent ou se glissent des difficultés cognitives qui viennent soutenir l'effort morbide de symptômes encore inédits pour le sujet qui les exprime. Si l'orientation naturaliste tend à expliquer point par point les symptômes que présente le sujet en proie à la maladie d'Alzheimer, elle se limite néanmoins à une explication des observations neuroanatomiques qui sont encore controversées et issues d'un système d'observation qui n'est pas celui de la clinique qu'ils pratiquent. Les éléments théoriques d'inspiration sociogénétiques semblent en revanche très pertinents et rompent avec la formulation freudienne marquée par l'entropie. Cette approche de la maladie permet de formaliser une théorie de la décompensation et de mettre en avant les modalités du symptôme et ses qualités psychiques dans un milieu théorique où le concept de « trouble » domine l'étude du comportement. Elle a le mérite de se détacher d'une enclave génétique et naturalisante qui cherche à expliquer les origines de la maladie pour observer les interactions psychiques que ce nouveau rapport au monde implique. De ce fait, la maladie d'Alzheimer affiche sa propre psychodynamique qui est inédite en ce sens où elle s'appuie de manière excessive sur une symptomatologie du corps et de son interface sensorielle.

Mais il est un point en sommeil dans ce cortex théorique qui nous semble, pour le moins, tout à fait fondamental. En effet, chacune de ces études cherchent à comprendre les mécanismes de « repli » psychique qu'impose l'inscription du sujet dans un univers « démentiel ». Qu'elle soit entropique, dégénérative ou régressée, la mécanique de la démence ici décrite, réagit à une modification brutale et fondamentale de processus sous-jacents. Ces processus sont ceux de la mémoire premier « organe » touché, théoriquement et cliniquement, par la maladie d'Alzheimer. Dans la lignée de ce que décrit Assoun, il nous parait effectivement très difficile d'élaborer une approche psychanalytique de la démence sans reformuler le « trouble de mémoire » qui en constitue le premier champ expérimental. Et pourtant, la psychanalyse est aussi, fondamentalement, une théorie de la mémoire dont les caractéristiques et les concepts qu'elle déploie pourraient nous ouvrir le champ vers une autre analyse du matériel clinique.

Réveillons ce concept dormant, toujours sensible dans les théories décrites ci-dessus, sans vraiment s'exprimer au grand jour. Et tâchons d'y repérer les concepts qui pourraient servir notre investigation.

Mnésis et hypomnésis : pour étendre le concept de mémoire

« Tu ressembles à cette mélodie. »

(Philippe Catherine)

INTRODUCTION

Si nous avons dû aborder une psychopathologie de la maladie d'Alzheimer dans un contexte sociohistorique et étiologique aussi large, c'est pour approcher le pluralisme qui accompagne tout questionnement autour des symptômes associés au vieillissement. C'est aussi et surtout, pour nous inviter à une certaine prudence et éviter de tomber dans l'écueil du vieillissement au sens commun du terme, étape de la vie qui serait marquée par le désespoir et l'humiliation. Nous avons pu voir en effet, comment ces représentations historiquement situées, peuvent avoir des effets extrêmement importants dans le champ scientifique pour comprendre les troubles liés au vieillissement et plus particulièrement, les éléments liés à la maladie d'Alzheimer, vu comme vieillissement pathologique par excellence. Nous avons ainsi devant nos yeux et dans notre mémoire de lecteur, une mosaïque qui représente le tableau que projette la maladie d'Alzheimer au sein des fantasmes individuels et collectifs. Afin d'entamer un travail de théorisation à partir de l'expérience clinique de l'auteur, donnons-nous un angle « d'attaque » ou plutôt, un endroit à regarder ou à entendre dans ce que formule les patients atteints de cette affection. Car s'il faut un tableau pour maintenir le cadre, il faut un élément précis pour attirer notre attention.

Cet élément précis est un concept large, terriblement consensuel et pourtant d'un polymorphisme redoutable, il s'agit du concept de mémoire. Pourquoi ce concept ? Parce qu'il est ce qui dégénère aussi bien dans les thèses neuroanatomiques que psychanalytiques, parce qu'il effraie les personnes vieillissantes, soutient la plainte des patients Alzheimer et organise le rôle des soignants et aidants en tant que « proto-mémoire » de ceux qu'ils aident. Mais aussi, parce que la psychanalyse a suivi une forme conceptuelle de la mémoire inédite, novatrice et

qui ouvre un champ théorique d'une grande richesse. Or il nous a semblé, contrairement à ce qui est en vigueur, que la maladie d'Alzheimer appelle cette théorie de la mémoire, qui a organisé le chemin logique de la psychanalyse. Comme si, la vieillesse, « parent pauvre » de la psychanalyse, en appelait à se souvenir de ses origines. Comme si, à l'instar du vieillard nostalgique des romans et des contes, pour marquer le temps présent, il fallait se replonger dans ses souvenirs, retrouver sa colonne vertébrale et se regarder à nouveau.

Ainsi, marquons notre écrit du sceau d'un concept « vertébral » de sa grammaire, celui qui fut mis en tension dans les parties précédentes et que nous allons étudier en profondeur ici.

I. LE LIEU OU RESIDE LA MEMOIRE

Notre méthodologie préfigure les éléments que nous allons annoncer ici. En effet, étudier le concept de mémoire dans le champ freudien, c'est aussi comprendre comment elle s'est invitée dès le début de l'histoire de la psychanalyse dans le développement d'une forme de pratique de la communication avec un élément mnésique nouvellement théorisé : l'inconscient.

I.1 L'ETUDE DES APHASIES

A la fin du XIXème siècle, la psychiatrie, en plein essor en Europe, butte sur un certain nombre d'affections qu'elle ne parvient pas à soigner. La plus célèbre étant l'hystérie qui semble se développer, notamment chez les jeunes femmes. La maniaco-dépression, les formes communes de neurasthénie ainsi que les démences dites précoces, semblent échapper à l'avis des plus éminent spécialistes. Charcot fait sensation à la Salpêtrière en exposant des techniques d'hypnose suggestives qui parviennent à calmer les grandes crises hystériques et apaiser les symptômes (Charcot, 1874). Breuer en médecin de ville, développe une méthode cathartique sous hypnose pour calmer les symptômes hystériques que rencontrent ses patients (Breuer & Freud, 1895). Ces deux auteurs, très célèbres aujourd'hui, ont cherché à cibler la grande question psychosomatique secouant la psychiatrie de l'époque qui oscillait entre

« psychisme »[51] et « organicisme ».[52] Mais Freud s'intéresse, en 1891 à un débat transversal qui oppose les « fonctionnalistes »[53] aux « localistes »[54] en formulant dans sa *Contribution à l'étude des aphasies* (1891), une vive critique du localisme dans l'explication des complexités du système nerveux.

I.1.1 Critique du localisme

Cet ouvrage, un des premiers de l'auteur, est d'une très grande importance dans l'histoire de la psychanalyse car il propose une lecture technique de la mémoire qui aboutit à concevoir l'idée d'un système inconscient. Freud élabore d'emblée une vive critique du courant localiste en cherchant à mettre en avant l'interrelation des systèmes mnésiques entre eux pour comprendre la structure du phénomène langagier (Freud, 1891). La critique la plus aboutie est celle des théories de Lichteim qui proposent une organisation du langage en trois systèmes : le centre moteur du langage appelé « M », le centre acoustique du langage appelé « A » et un système de coordination de ces deux aires appelé « B ». En fonction de la nature de l'aphasie (acoustique, motrice ou mixte), on peut déterminer la localisation de la lésion cérébrale (système BM ou système BA) (Lichteim, 1885). Mais pour Freud, une lésion dans la région motrice uniquement ne permet pas, à elle seule, de décrire la richesse des troubles du langage que lui a associé Lichteim. Pour lui, le trouble du langage est fondamentalement « acoustico-moteur » :

> *Et nous voyons, grâce à ce cas, que l'isolation des centres sensoriels de leurs autres connexions cérébrales, c'est-à-dire une lésion sensorielle transcorticale, provoque la suppression du langage spontané. Ce qui signifie que la voie BM coïncide avec la voie BA, ou qu'on parle exclusivement par les images sonores.* (Freud, 1891, p. 65)

Freud avance ici l'impossible dissociation de l'activité acoustique de l'activité motrice. Il lui parait impossible de produire des sons langagiers sans une représentation acoustique de ces sons encodée en mémoire. En parlant, le sujet s'entend parler intérieurement. Différencier

[51] Courant de penser qui cherche à localiser les troubles mentaux dans des phénomènes psychiques.
[52] Courant de penser qui vise à comprendre les liens entre troubles mentaux et neuroanatomie.
[53] Courant de penser qui cherche à expliquer les phénomènes mentaux par des relations causales entre les éléments mnésiques.
[54] Courant de penser qui cherche à localiser dans le système nerveux central la localisation de tel ou tel phénomène mental.

ces deux fonctions cérébrales ne permet pas de comprendre la complexité du phénomène aphasique. Cette façon de procéder peut sembler anodine mais met en branle tout un système méthodologique qui permettait de formaliser et de localiser théoriquement ce qu'exprimaient les symptômes des patients :

> *Depuis des décennies nous étions guidés par l'effort de mettre en valeur les troubles révélés par la clinique afin de connaître la localisation des fonctions, et nous étions accoutumés ainsi à ce qu'une lésion organique détruise complètement une partie des éléments du système nerveux en laissant les autres inaltérés. En effet, ce n'est qu'alors qu'elle pouvait servir notre dessein. Or, bien peu de lésions remplissent ces conditions. D'une part, la plupart ne sont pas directement destructrices et, d'autres part, elles attirent dans la sphère de leur action perturbatrice un plus grand nombre d'éléments.* (Freud, 1891, p. 80)

C'est donc le trouble fonctionnel qui indique la nature de la lésion et non l'exploration des tissus nerveux. L'exploration directe ne peut pas nous permettre de comprendre l'étendue des dégâts fonctionnels occasionnés par la lésion. Freud cherche ainsi à renverser le paradigme : une lésion corticale ne peut s'exprimer que par un trouble fonctionnel. Ce n'est pas en localisant la lésion que nous pouvons interpréter la nature du trouble, mais c'est en analysant le trouble que nous pouvons tenter d'y formaliser une étiologie. Or, le trouble aphasique s'exprime, la plupart du temps, dans un spectre plus large que celui de l'étendue de la lésion, l'importance d'une analyse clinique approfondie est donc primordiale. Mais ce n'est pas tout, si l'étendue de la lésion ne peut pas nous renseigner sur l'étendue du symptôme, c'est également à cause des effets de compensation qui opèrent dans le système nerveux : *« Les centres de l'appareil du langage réagissent en quelque sorte solidairement par un changement fonctionnel à des lésions qui ne sont pas directement destructrices »* (Freud, 1891, p. 93). Freud met en avant ici la question de la plasticité cérébrale pour appuyer sa critique du localisme : chaque lésion produit des changements et des remaniements fonctionnels sur l'ensemble du cortex cérébral. L'observation localiste, en cherchant le lien entre la nature de la lésion et la fonction du trouble, se montre ainsi trop réductrice des expressions cliniques.

I.1.2 La fonction de la représentation

A partir de ce constat, comment penser la structure du système mnésique et le traitement des excitations sensorielles ? Pour développer cette question, Freud s'appuie sur une critique

des célèbres travaux de Meynert (1884) qui cherchait à localiser au niveau du système nerveux central, les points de traitement des excitations périphériques. Pour Meynert en effet, chaque zone périphérique, qui reçoit des excitations à des points précis du corps, est représentée mnésiquement au niveau du cerveau. Il développe ainsi une reproduction point par point du corps dans le cortex. Pour Freud, la projection au sens de Meynert ne peut se situer qu'au niveau de la moelle épinière (processus de captation de l'information). Sa reproduction dans le cortex ne s'apparenterait pas à une localisation point par point mais à des formes de représentation : *« La périphérie du corps n'est pas contenue dans le cortex point par point, elle y est représentée de façons moins détaillées par des fibres sélectionnées »* (Freud, 1891, p. 101). Or le cortex cérébral n'a pas assez de fibres pour traiter toutes les excitations périphériques, il y a donc des effets de traduction et de condensation. Cela implique, dès lors, que l'information enregistrée dans les aires périphériques subit une transformation lors de son chemin vers les centres de traitement : *« Nous devons alors accepter l'idée qu'une fibre sur son chemin vers le cortex a changé de signification fonctionnelle à chaque fois qu'elle émerge d'une substance grise »* (Freud, 1891, p. 102). De ce fait les fibres arrivant au cortex conservent une relation avec la périphérie du corps mais ne peuvent en donner une image topographiquement semblable *« Elles contiennent la périphérie du corps comme un poème contient l'alphabet »* (Freud, 1891, p. 102). Ce travail de condensation et de traduction opère selon Freud, dans un complexe de « représentativité » exprimé par le langage. L'auteur ouvre ainsi la voie vers le symbolique par une étude neurologique des fonctions mnésiques, il présage le rôle central de la pulsion : traduire l'excitation sensorielle en contenu psychique.

Ce système de représentativité structure également la fonction du souvenir en tant que représentant d'une activité mnésique :

> *Lorsqu'il (le processus de représentation) a eu cours, il laisse derrière lui dans le cortex qui en est affecté une modification, la possibilité du souvenir. Il est tout à fait douteux que quelque chose de psychique corresponde pareillement à cette modification. Notre conscience ne présente rien de semblable qui, du côté psychique, justifierait le nom d'image mnésique latente. Cependant, aussi souvent qu'est stimulé le même état du cortex, renaît à nouveau le psychique sous la forme d'une image mnésique.* (Freud, 1891, p. 106)

Freud formule ici un doute, celui de l'existence de l'inconscient. Il formule le doute de l'existence de traces mnésiques en suspens qui se réactivent à l'occasion d'une activité mémorielle et qui organisent le traitement de l'excitation. Et ce, non seulement en dehors de

toute activité consciente, mais aussi, dans un système plus complexe que ce que peut produire le système nerveux central. Freud appuie son raisonnement sur des études montrant qu'avec des stimulations corticales spécifiques, certains souvenirs semblent disparaître du psychisme puis réapparaître de nouveau. Son intuition se tourne d'abord vers la génétique (qu'il ne cite pas) : *« C'est ce que montre l'exemple des spermatozoïdes, dans lesquels se trouvent prêtes à se développer de telles modifications dans la plus grande diversité et dans toute leur particularité »* (Freud, 1891, p. 106).

Ainsi, dans sa formulation critique des théories sur l'aphasie, Freud cherche à sortir de systèmes logiques paradoxaux ou en désaccord avec ses observations pour produire une ébauche d'un système mnésique original, qu'il mettra toute une vie à développer. De ces prémices, émerge la question de l'inconscient, du rôle central du langage dans l'activité mnésique et, plus généralement, de la dimension fondamentalement symbolique de l'activité mémorielle. A partir de ces travaux, Freud ne peut plus envisager une mémoire indépendante des images qui la composent. Il ne peut plus envisager que l'humain regarde le monde tel qu'il est réellement. Car il le perçoit dans une vie de représentation qui lui est propre, pour la simple et bonne raison qu'il lui est impossible de saisir le monde dans son ensemble. Il faut ainsi admettre, selon Freud, l'existence d'une structure symbolique permettant de condenser les informations dans un fonctionnement cohérent que la mémoire peut supporter.

I.2 LES ETUDES SUR L'HYSTERIE, COMPRENDRE LE NORMAL PAR LE PATHOLOGIQUE

En 1895, Freud rédige en parallèle deux ouvrages fondamentaux dans la naissance de la psychanalyse : *l'Esquisse d'une psychologie* et, avec Breuer, la célèbre *Etude sur l'hystérie.* Les deux ouvrages semblent fonctionner dans un couple théorico-clinique typique de la théorisation freudienne.

Commençons par *l'Etude sur l'hystérie* (1895), qui vient rendre compte de l'expérience de l'hypnose cathartique pour le traitement de différentes formes d'hystérie. Contrairement à l'hypnose suggestive qui vise à suggérer des éléments mnésiques au patient, l'hypnose cathartique laisse libre cours à l'association libre dans un état de conscience modifié. Cette technique permettait aux auteurs d'explorer la nature traumatique des troubles hystériques et de comprendre les liens symboliques qui existent entre eux (Breuer & Freud, 1895). C'est également une manière d'approfondir l'étude des mécanismes inconscients qui président aux

souvenirs. Les cas relatés dans cet ouvrage sont souvent associés à des troubles graves d'hystérie, présents depuis longtemps. Les effets thérapeutiques de l'hypnose cathartique, bien que très relativisés dès la fin de l'ouvrage, ont fait grand bruit dans la communauté psychiatrique de l'époque.

I.2.1 La fonction mnémonique du symptôme

Le livre présente ainsi une façon particulière de communiquer avec des contenus inconscients, grâce à des techniques d'interprétation et de mises en association d'éléments mnésiques entre eux réalisées par le thérapeute. Les premières observations tendent à montrer que la mémoire cherche à protéger la psyché en remplaçant des objets mnésiques par des simulacres inconscients censés moduler le rapport du sujet au déplaisir (Breuer & Freud, 1895). La clinique auprès des patients hystériques montre effectivement aux auteurs que le traumatisme est ailleurs, c'est-à-dire, dans un rapport au symptôme qui échappe totalement à la conscience. Par extension, le lien entre le symptôme et le souvenir traumatique qui le soutient dépasse de loin les lois de causalité élémentaires. Ce dont se plaint le malade, la façon dont le symptôme s'exprime, n'est qu'une autre tentative de dissimulation de la source de la tension à l'origine de son existence. La technique de l'hypnose, permettant une mise en veille de la conscience, offre un accès à des liens symboliques plus enfouis, dont le mode d'expression se détourne des voies du langage : *« C'est de réminiscence surtout que souffre l'hystérique »* (Breuer & Freud, 1895, p. 5). L'origine de son mal remonte donc à des éléments anciens qui se répètent dans le symptôme. Le traumatisme agit ici comme corps étranger, s'évacue de la conscience et poursuit son action de manière indirecte (Breuer & Freud, 1895), ses effets perdurent ainsi dans le temps. Le lien entre le trauma et le symptôme ne peut, selon les auteurs, être mis en lumière que sous hypnose. La force de répétition de l'élément traumatique, qui ne semble pas souffrir du temps qui passe, réside dans sa frustration. Tant que la décharge d'énergie reste entravée, l'affect reste accroché au souvenir et réémerge à l'occasion d'une reviviscence (Breuer & Freud, 1895). La thérapeutique vise donc à lui procurer un mode de décharge par association d'idées et phénomènes d'abréaction.[55] L'objectif est d'assouplir les modes de représentations qui peuvent s'accrocher au trauma.[56] À ce titre les souvenirs

[55] L'abréaction se définit en psychanalyse comme le surgissement soudain, durant l'entretien, du schéma associatif qui préside au symptôme. La décharge d'énergie est alors totale et souvent assez explosive.
[56] Breuer évoque par exemple des phénomènes de représentation corrective comme un acte altruiste dont l'origine réside dans un vécu d'humiliation.

traumatiques de l'hystérique observent une grande fraîcheur, malgré le temps qui sépare le souvenir de son expression. La fonction mnésique de l'oubli permet de conserver le souvenir refoulé avec une grande fidélité. C'est bien ce qui est oublié qui émerge dans le corps de l'hystérique par des phénomènes de conversion somatiques (Breuer & Freud, 1895). Ces observations indiquent aux auteurs ce qu'ils pressentaient : le rôle de la conscience est mince par rapport aux effets déterminants, dans la vie du sujet, de ce qui est oublié. Le souvenir traumatique échappe au sujet, pourtant son inscription en mémoire est bien plus nette que celle des souvenirs conscients.

I.2.2 La sensorialité du souvenir

Breuer décrit les symptômes hystériques à partir des notions de Freud. D'après l'auteur, il y a une séparation neuronale des organes qui permettent une distinction entre représentations et perception. De ce fait, une image mentale peut s'accrocher à une partie du corps. Lors d'un investissement trop intense lié à des représentations d'ordre traumatique, dans le cas de l'hystérie par exemple, apparaissent des phénomènes de court-circuit qui brisent certaines résistances et produisent une indifférenciation nerveuse des organes (Breuer & Freud, 1895). C'est ce que l'on appelle la conversion hystérique : la représentation mentale s'exprime sur un mode perceptif. Le sujet l'appréhende ainsi comme un phénomène étrange qui semble venir du dehors. Cet état de fait serait induit par la réaction du sujet au moment de l'évènement traumatique (Breuer & Freud, 1895). Lorsque la tension s'est déchargée par un réflexe anormal, liée à l'état émotionnel du moment ou à la force du stimulus, il se produit une déviation de la représentation par rapport à l'affect. Ce chemin ainsi forgé, les éléments perceptifs en résonance avec l'élément traumatique vont subir le même sort et se voir privés d'une représentation qui pourrait permettre leur écoulement. L'hystérique se retrouve à éprouver les mêmes affects que lors de l'événement traumatique, sans parvenir à les relier à une représentation qui permettrait d'organiser les sensations entre elles. Par répétition, une fois le chemin du souvenir bien hermétique, la valeur représentative s'épuise dans le réflexe et on obtient une conversion hystérique totale, la représentation est évacuée de la conscience, il y a substitution d'une excitation périphérique à une excitation corticale (Breuer & Freud, 1895). L'amalgame entre perception et représentation dans la conversion hystérique serait à l'origine des difficultés que rencontrent le médecin pour les comprendre et les traiter.

I.2.3 Le symptôme comme élément thérapeutique

La méthode thérapeutique que préconise Freud réside alors dans une correction associative de la représentation (Breuer & Freud, 1895). Il s'agit de retrouver la scène originelle qui préside à la décharge motrice et l'exprimer dans le cadre de la cure. Recadrée par des représentations viables, supportables à la conscience, une satisfaction suffisante de la tension peut se produire. On opère généralement par le regroupement et l'analyse de bribes de représentations qui émergent par association libre :

> *Quelquefois, mais seulement dans les hystéries graves, on constate la présence, entre l'affect et son réflexe de véritables séries de représentations associées, c'est là ce qu'on appelle détermination par symbolisme. Il s'agit souvent de jeux de mots ridicules, d'associations par consonances, qui relient entre eux l'affect et le réflexe.* (Breuer & Freud, 1895, p. 166)

La symbolique inconsciente de l'hystérique permet ainsi de nous en apprendre plus sur la nature des phénomènes mnésiques et les systèmes d'organisation inconscients qui les associent entre eux. La persistance fidèle des contenus traumatiques est édifiante et permet de modéliser les qualités mnésiques de l'oubli. À condition d'y voir la fonction refoulante qui le préfigure.

I.3 L'ESQUISSE : METTRE EN FORME L'APPAREIL FREUDIEN

En pleine expérimentation de la méthode cathartique, Freud publiera en 1895 le très célèbre *Esquisse d'une psychologie* (1895) qui posera les jalons de l'appareil psychique freudien. L'ouvrage se veut très technique, théorique, dense et contraste avec le style de Freud plutôt aéré, littéraire et relativement accessible. Il met en avant un système mnésique censé répondre aux critiques formulées dans l'étude sur les aphasies et aux observations réalisées sur les patients hystériques.

I.3.1 De la gestion de l'excitation à la construction du souvenir

La théorisation se base sur un principe psychique primaire de tendance à l'inertie. Le système nerveux, en effet, tend à ramener l'excitation à son niveau le plus bas pour maintenir un rapport au déplaisir supportable. Ainsi, les systèmes de traduction et de condensation qu'il mettra en place pour traiter l'excitation suivront ce principe primordial de canalisation. Freud s'intéresse alors plus particulièrement aux stimulations endogènes plus difficilement

maîtrisables par l'action directe de l'individu. Le système nerveux reçoit en effet des stimulations du corps propre qui trouvent leur origine dans l'activité cellulaire, stimulation que l'individu ne peut ni fuir ni maîtriser directement. La quantité d'énergie véhiculée, appelée Qn, est difficilement régulable et rompt le principe d'inertie :

> *Par là le SN (système nerveux) est forcé d'abandonner la tendance originaire à l'inertie, c'est-à-dire la réduction à un niveau=0. Il faut qu'il apprenne à supporter une réserve Qn pour satisfaire aux exigences de l'action spécifique. Dans la façon dont il le fait, apparaît néanmoins la persistance de la même tendance sous la forme modifiée d'un effort pour maintenir au moins la Qn au niveau le plus bas possible et pour se défendre contre une augmentation de celle-ci, c'est-à-dire pour la maintenir constante.* (Freud, 1895, p. 17)

Chaque appareil nerveux possède sa propre manière de répondre à ces tendances paradoxales entre inertie et stimulation. D'un individu à l'autre ne répondent pas les mêmes voies de canalisation. Cette variabilité s'explique selon Freud par l'expérience, c'est-à-dire, par le souvenir de l'excitation et de son mode de traitement qui fait trace dans le système nerveux :

> *Il y a deux classes de neurones : ceux qui laissent passer la Qn comme s'ils n'avaient pas de barrières de contact, qui sont donc après chaque écoulement d'excitation dans le même état qu'auparavant, c'est-à-dire, perméable (perception ϕ) ceux dont les barrières de contact ont pour fonction de ne laisser passer de la Qn que difficilement ou partiellement (imperméable mémoire ψ). Ces derniers peuvent se trouver après chaque excitation dans un autre état qu'auparavant fournissant donc une possibilité de représenter la mémoire.* (Freud, 1895, p. 21)

La « matière mnésique » possède donc une nature particulière qui se divise entre des zones perméables, permettant la perception, et des zones imperméables qui vont structurer le système mnésique dans son ensemble. Cette structure mnésique n'est donc pas le fruit d'une forme naturelle de construction corticale mais d'un fonctionnement complexe de confrontation de la matière aux données de l'expérience. Au fur et à mesure du temps et de la répétitivité de l'expérience sensorielle, la barrière de contact tend à se rigidifier et à devenir ce que Freud nomme un « frayage ». Véritable galerie mnésique, le frayage va orienter le chemin du souvenir, ou pour le dire autrement, mettre en place un mode subjectif de traitement de l'information. La mémoire serait ainsi représentée par la différence de frayage entre les

neurones : *« Le frayage dépend de la Qn qui passe à travers le neurone au cours du processus d'excitation, ainsi que du nombre de répétitions du processus »* (Freud, 1895, p. 23). Les frayages servent la fonction primaire, c'est-à-dire, l'inertie, rendant le système nerveux plus malléable et réduisant l'excitation. Ces processus échappent évidemment à tout phénomène conscient et constituent un arrière-plan mnésique en proie à des exigences contradictoires.

I.3.2 Les limites de la conscience

Freud désigne également un autre système de neurones dit « oméga » qui s'excite à la perception mais pas à la reproduction. Ce sont les neurones responsables de la conscience, ils ne constituent qu'une petite partie du schéma neuronal :

> *On devine que le caractère distinctif de la qualité (donc la sensation consciente) n'apparaît que là où la quantité est, dans toute la mesure du possible, mise hors circuit. Elle n'est pas susceptible d'être entièrement éliminée car nous devons oméga comme investit de Qn et s'efforçant de le décharger.* (Freud, 1895, p. 40)

La conscience est donc elle aussi, non seulement dépendante du travail des mécanismes inconscients, mais aussi impliquée, dans une moindre mesure, dans le travail d'inertie. Le rôle de la conscience est donc ainsi placé en bout de chaîne associative et immiscé dans les exigences du système mnésique. En d'autres termes, elle est plus aux prises avec la décharge d'excitation qu'avec son rapport à la réalité extérieure. L'implication de Qn sur Oméga s'exprime généralement avec l'expression d'une angoisse diffuse, d'une tension, d'un déplaisir. C'est à cet endroit en effet, au niveau de l'affect, que peut apparaître à la conscience quelque chose du travail mnésique d'arrière-plan. Les frayages qui vont structurer la mémoire sont donc liés à des expériences de satisfaction. Expérience en lien avec une dimension relationnelle :

> *Avec la décharge de satisfaction, la Qn pourrait bien s'écouler hors des images de souvenirs. Avec le retour de l'état de poussée ou de vœu, l'investissement passe maintenant aussi aux deux souvenirs et les anime. C'est probablement d'abord l'image de souvenirs d'objet qui est concernée par la reviviscence du vœu.* (Freud, 1895, p. 61)

Ici Freud justifie la question de la reviviscence par l'imperméabilité du souvenir dans le complexe mémoriel. L'implication de l'objet est centrale car la réaction comportementale qui accompagne l'expérience de déplaisir reste inscrite dans une forme duelle avec l'affect associé. Déplaisir et activité de régulation forment donc la paire pour construire le frayage. L'objet

investi par l'action est donc le point central du souvenir et surgit à chaque fois que la reviviscence s'impose.[57] Ainsi, pour Freud, le souvenir n'est pas un simple évènement extérieur perçu par le sujet puis encodé en mémoire, c'est une réaction psychologique qui associe une poussée d'excitation à un objet. Il est l'appropriation, dans l'univers symbolique écrit par les frayages, d'une synthèse d'excitations sensorielles. L'image mentale qui organise ainsi le souvenir est une barrière de protection pour la conscience. La qualité du souvenir chez Freud réside, donc, dans ce qui est oublié, c'est-à-dire dans la construction psychologique, par le frayage, qu'il mobilise puis remobilise. Cet aspect des choses fournit les prémices de l'inconscient freudien : un système pulsionnel organisé par des fixations aux objets.

I.3.3 La nécessité du refoulement

La dynamique du refoulement opère dans le même ordre d'idée. Une image associée à un souvenir de douleur produit un état d'insatisfaction, l'image doit être rejetée. Or, il n'y a pas que la douleur qui est encodée dans le souvenir, mais aussi la fin de la douleur grâce à une action effective. Dans la mécanique du refoulement, la symbolique de l'action prend la place de l'image de douleur : *« Le surgissement d'un autre objet à la place de l'objet hostile a été le signal que l'évènement de douleur était fini et le système psycho, instruit par le biologique essaie de reproduire en psycho l'état qui marquait l'arrêt de la douleur »* (Freud, 1895, p. 67). Le système mnésique est donc bien plus un système de protection psychique qu'un système de traitement de l'information sensorielle, capable de traduire, condenser et inverser les objets mnésiques entre eux pour en produire des éléments psychiques supportables.

I.3.4 Le pilotage par le Moi

Toute cette activité laissera évidemment des traces inconscientes qui viendront marquer les mécanismes de répétition dans lesquels s'invite le symptôme névrotique. Car l'énergie refoulée est une énergie frustrée qui s'acharne à trouver satisfaction. C'est à cet endroit que Freud théorise le rôle pilote du « Moi »[58] comme organe d'inhibition issu de ce qu'il nomme « des signes de réalité ». Dans la construction du souvenir, la satisfaction est en défaut, car l'objet de satisfaction n'est pas réel. Venant en suppléance, il ne peut pas satisfaire l'ensemble

[57] Comprendre la reviviscence ici comme le même type de réaction psychologique avec les mêmes objets, induit par le frayage, face à une situation de déplaisir analogue au souvenir encodé. Cette analogie est toujours de nature symbolique et organisée par le langage.
[58] « Ich » dans le texte.

de l'exigence pulsionnelle. C'est à cet endroit que s'élabore une distinction entre fantasme et réalité. Le psychisme a ainsi besoin d'un critère provenant de l'extérieur pour faire une différenciation entre perception et représentation et maintenir, non seulement ses défenses en place, mais aussi sa capacité à distinguer de manière cohérente ce qui est changeant de ce qui est immuable, maintenir ainsi la distinction entre perméabilité et imperméabilité (Freud, 1895). Les neurones oméga, par répétition de l'expérience de réalité, fournissent ce signe. C'est ainsi qu'en lien avec la conscience, le Moi se veut garde-fou de la cohérence mnésique et évite à la psyché de se perdre dans une expérience hallucinatoire où les éléments fantasmatiques ont les mêmes qualités de satisfaction que les expériences réelles.

L'esquisse d'une psychologie formule ainsi des éléments conceptuels intéressants qu'un lecteur de la psychanalyse sait quels noms ils vont revêtir par la suite. Elle permet également de comprendre le lien entre les premiers travaux de Freud et ceux qui vont aboutir à la construction de l'appareil psychique. Mais l'ouvrage intéresse surtout notre propos pour sa façon de structurer le rapport entre la mémoire et ses expériences de satisfaction et notamment, les qualités de l'objet, qu'il soit interne ou externe, pour organiser les éléments mnésiques entre eux. En le lisant, il nous est difficile de concevoir l'oubli comme simple défaut mnésique sans prendre en considération les éléments pulsionnels et relationnels qui sont impliqués dans ce mécanisme. Mémoire et vie affective vont de pair et ne peuvent plus être traitées de manière différenciée. Elles vont de pair non pas seulement dans un travail de renforcement du souvenir, mais bien dans la structure même de l'appareil mnésique, incapable d'encoder une réalité pure et naturelle et contraint de construire des objets mnésiques à partir de logiques psychiques bien précises organisées autour de l'expérience de satisfaction. La mémoire, chez Freud, est surtout là pour nous protéger de la nature.

II. LA CONSTRUCTION DE L'APPAREIL PSYCHIQUE FREUDIEN

En suivant la logique des études sur l'aphasie, *l'Esquisse d'une psychologie* montre que pour développer le concept de mémoire que propose Freud, il faut s'en décentrer. Á ce titre, lorsqu'il formule ses premières topiques, c'est à nouveau de la mémoire dont il est question, bien que les concepts qui vont émerger vont largement étendre l'espace psychique. En définitive, les études que Freud mène sur la mémoire permettent de constituer le centre névralgique de son œuvre, c'est-à-dire, l'appareil psychique dans son ensemble et les modes de traitements psychologiques que l'on peut mettre en place à partir de ce modèle.

Pour ouvrir le XX^{ème} siècle, Freud va utiliser une autre forme de production psychique pour affiner son modèle théorique. Le rêve devient le centre de son attention et produit une richesse clinique encore insoupçonnée. *L'interprétation des rêves* (1900) est un pilier de l'œuvre de Freud car il préfigure la façon dont l'auteur cherchera à lire les contenus de cette mémoire de l'oubli et qu'il nomme l'inconscient. Tâchons maintenant de développer ce que cet ouvrage peut apporter à notre étude.

II.1 LE PAS DE COTE : L'INTERPRETATION DES REVES

C'est un des ouvrages les plus conséquents de Freud. On y découvre une foule de descriptions cliniques venant appuyer une forme de théorisation encore nouvelle et qui rompt radicalement avec des ouvrages plus anciens et plus proches des codes scientifiques de l'époque. Freud, en effet, y engage de l'intime, se positionne tantôt comme cas clinique, tantôt comme expérimentateur. Il y expose également des auteurs plus éloignés des canons scientifiques de l'époque, voire jugés « mystiques » par certains. Il y développe, enfin, des notions essentielles à sa lecture des contenus inconscients que nous allons développer ici.

Le champ de la psychiatrie s'intéresse peu aux rêves, jugeant, la plupart du temps, que la réduction de l'inhibition psychique induite par la modification de l'état de veille produit des phénomènes désorganisés dont la signification n'a que peu de valeur.[59] Ce qui parait outrageant

[59] On ne peut que remarquer un traitement analogue aux éléments exprimés par les sujets présentant une maladie d'Alzheimer. Ce qui est en état de désorganisation est jugé inapte à toute lecture scientifique. Serait ainsi apte à l'interprétation des éléments psychiques qui entrent dans une forme théorique qui lui donne du sens. Comme nous

dans le rêve intéresse au contraire particulièrement Freud. Pourquoi ces images a priori dénuées de signification apparaissent-elles à ce moment-là ? Comment expliquer l'amnésie qui accompagne le rêve ? Pourquoi certains rêves nous laissent-ils une si nette impression ? Á ces questions répond une organisation psychique particulière organisée par des systèmes qui acceptent le paradoxe.

II.1.1 Ce qu'exprime le rêve.

Le premier point sur lequel s'appuie Freud, c'est l'échec de la conscience à produire une signification du rêve : *« J'ai moi-même appris, avec mes propres rêves, combien, lorsqu'il s'agit de découvrir la provenance de tel ou tel élément du rêve, on reste dépendant du hasard »* (Freud, 1900, p. 123). C'est en effet des éléments de veille qui peuvent entrer en résonance avec les éléments du rêve et produire une forme de cohérence qui s'approche plus de la réminiscence que de l'effort de remémoration. Ainsi, la logique du rêve échappe à la conscience. Sa dynamique nécessite donc une analyse approfondie, à l'instar de l'analyse des contenus de l'inconscient, pour être étudiée.

De cette analyse, Freud développe trois sources du rêve :

- Le rêve possède des qualités hypermnésiques : certains souvenirs oubliés peuvent faire résurgence dans le rêve et parfois même résoudre des énigmes formulées à l'état de veille. Le rêve est donc capable de se remémorer des éléments qui se sont soustraits au processus de remémoration.
- Ces éléments hypermnésiques trouvent généralement leur source dans des souvenirs issus des expériences infantiles que le sujet a oubliées.
- Le matériel produit dans le rêve revêt un caractère anodin, insignifiant : « *Ce n'est pas seulement, comme à l'état de veille, ce qui est le plus significatif qui est tenu pour digne du souvenir, mais aussi ce qui est le plus indifférent, le plus inapparent »* (Freud, 1900, p. 125).

A ce titre, le rêve nous montre que rien de ce qui a constitué un jour un souvenir, ne disparait complétement. Chaque expérience mnésique laisse une trace qui peut émerger au hasard d'une association. Il y a donc une vie psychique d'arrière-plan qui traite ces traces mnésiques

---

le verrons, la façon dont Freud découpe les productions psychiques permet tout à fait une étude d'éléments fractionnés, voire chaotiques, sous la forme d'un puzzle à reconstruire.

inconscientes. Or, si le rêve se montre si complexe à analyser, c'est parce que les contenus qu'il exprime se montrent sous une forme déguisée :

> *Le rêve en fait bien l'amorce (de l'expérience vécue) mais le maillon suivant est absent : il entre en scène modifié, ou bien un maillon tout à fait étranger apparaît. Le rêve n'apporte que des fragments de reproductions.* (Freud, 1900, p. 125)

Ces fragments semblent profiter d'éléments aperçus le jour même pour apparaitre de manière timide. Sans méthode d'analyse, ces fragments d'expérience infantile se soustraient totalement à la conscience du sujet.

La forme des contenus psychiques est également tout à fait édifiante. Là où l'activité de veille tend à produire des contenus psychiques langagiers, le rêve, lui, élabore des mises en scène. Il pense en image et dramatise le contenu qui s'exprime : « *Le rêve hallucine, qu'il remplace des pensées par des hallucinations* (Freud, 1900, p. 251). Le contenu ainsi exprimé est considéré par Freud comme régrédient et associé à une activité psychique plus archaïque qui se soustrait aux règles imposées par les phénomènes d'inhibition. Il ne s'agit pas de dire pour autant que le rêve est une forme de régression, mais bien qu'il utilise des phénomènes régressifs pour fonctionner (Freud, 1900). L'hallucination est d'ailleurs vécue au sens plein : le rêveur est persuadé qu'il vit réellement la situation qu'il est en train de rêver, alors qu'au réveil, les brides de souvenirs du rêve semblent si abstraites et insignifiantes qu'on se demande comment on a pu y accorder une telle importance en dormant. Freud évoque ainsi une indifférenciation, au moment du rêve, de l'activité sensitive vis-à-vis de l'activité de représentation. Une représentation se présente comme une situation externe à laquelle il s'agit de répondre.

Á partir de ces éléments, Freud scinde le rêve en deux. Il y a un contenu latent du rêve, l'expérience vécue et remémorée, et un contenu manifeste du rêve, celui qui se présente au rêveur :

> *Le contenu de rêve est donné en quelque sorte dans une écriture en images, dont les signes sont à transférer un à un dans la langue des pensées de rêve. On serait évidemment induit en erreur si l'on voulait lire ces signes d'après leur valeur en tant qu'images et non d'après leur relation entre eux en tant que signes.* (Freud, 1900, p. 165)

La lecture du rêve n'est donc pas une tentative de signification, mais d'association des éléments mnésiques entre eux. Il ne s'agit pas de construire une cohérence globale du rêve mais de repérer les signes discrets qui peuvent s'associer à des expériences diurnes, des souvenirs d'enfance ou des fantasmes inconscients. Ces éléments laissent souvent une impression particulière au rêveur. Les mécaniques associatives du rêve sont très raffinées et peuvent se présenter parfois sous la forme d'analogies, de rébus, de phonèmes ou de traits d'esprit pour réaliser la dissimulation.

II.1.2 Le travail du rêve

Pour expliquer ces diverses formations du rêve, Freud conceptualise les mécaniques psychiques qui président à sa conception. Il nomme la première d'entre elles, *la condensation*. Le rêve, en effet, condense les éléments mnésiques en des images et des mises en scène synthétiques :

> *La première chose qui devient claire à l'investigateur lorsqu'il compare le contenu de rêve et les pensées de rêve, c'est qu'ici a été effectué un prodigieux travail de condensation. Le rêve est concis, pauvre et laconique, comparé à l'ampleur et à la richesse des pensées de rêve.* (Freud, 1900, p. 227)

Le degré de condensation du rêve reste indéterminable et très fluctuant. Seule une analyse approfondie permet de déterminer la nature des éléments dissimulés dans le rêve. Une seule représentation du rêve peut parfois dissimuler un grand nombre d'éléments inconscients. Pour autant, l'analyse, selon Freud, reste impuissante à lever le voile sur la totalité des éléments représentés.

La seconde mécanique est nommée *déplacement*. Les éléments ayant le plus de « valeur » dans le rêve sont remplacés par des éléments anodins :

> *Dans la formation du rêve, ces éléments essentiels, marqués d'un intérêt intense, peuvent maintenant être traités comme s'ils étaient de moindre valeur, et à leur place se mettent dans le rêve d'autres éléments qui dans les pensées de rêve étaient certainement de moindre valeur.* (Freud, 1900, p. 228)

Déplacement et condensation président à la division du rêve entre contenu manifeste et contenu latent. Ils sont, selon l'auteur, surdéterminés par une logique psychique plus large qu'il s'agit d'identifier :

> *Nous ne sommes pas loin d'avoir l'idée que se manifeste dans le travail de rêve une puissance psychique qui, d'une part, dépouille de leur intensité les éléments ayant une haute valeur psychique et, d'autre part, crée par la voie de la surdétermination, à partir d'éléments ayant une valeur moindre, de nouvelles valeurs qui parviennent ensuite dans le contenu de rêve.* (Freud, 1900, p. 229-230)

Ainsi, la formation du rêve suit bien un intérêt particulier pour l'appareil psychique. Si le rêve apparaît au sujet avec si peu d'intérêts et si peu de significations, c'est qu'opère en arrière-plan des forces psychiques qui le mettent en scène d'une manière qui correspond à leurs exigences. L'appareil mnésique, via l'exemple du rêve, apparaît à nouveau comme un système en trompe-l'œil, qui produit une réalité marquée par une tendance à la satisfaction.

II.1.3 Les instances psychiques qui président au rêve

Les travaux de Freud sur le rêve impliquent un élément nouveau. On y retrouve certes le système des frayages et des traces psychiques déjà développé, ainsi que la mécanique des forces en présence qui viennent réguler la quantité d'excitation investie dans la sphère psychique, mais apparaît désormais à l'analyse une instance critiquante, capable de sélectionner et d'organiser les informations qui parviennent au psychisme. Freud opère ainsi une distinction entre la mémoire, instance psychique marquée par une forme d'écriture : « *Des perceptions qui parviennent à nous, il reste dans notre appareil psychique une trace que nous pouvons appeler « trace mnésique ». La fonction qui se rapporte à cette trace mnésique, c'est elle que nous appelons « mémoire »* » (Freud, 1900, p. 345) ; et l'appareil psychique désormais constitué d'instances qui régulent l'excitation et censurent les informations. Freud introduit ainsi la notion de « préconscient », instance d'autorité qui détermine, en quelque sorte, la loi que s'impose l'appareil psychique :

> *Le dernier des systèmes, à l'extrémité motrice, nous l'appelons le préconscient pour indiquer que les processus d'excitation en lui peuvent parvenir à la conscience sans être davantage empêchés, au cas où sont encore remplies certaines conditions, par ex. le fait d'atteindre une certaine intensité, une certaine répartition de cette fonction qu'il faut appeler attention etc. C'est en même temps le système qui détient les clés de la motilité volontaire. Le système se trouvant derrière, nous l'appelons l'inconscient parce qu'il n'a pas accès à*

> *la conscience, sauf à passer par le préconscient, passage lors duquel son processus d'excitation doit accepter de subir des modifications.* (Freud, 1900, p. 346)

Le préconscient fait ainsi office de frontière psychique entre les exigences de satisfactions inconscientes et ce que peut supporter la conscience. Opérant au-delà de l'attention vigile, son fonctionnement permet aux rêves et aux fantasmes de s'habiller de représentations convenables. La mémoire, lue comme une forme d'écriture, s'apparente au texte sur lequel s'appuie le préconscient pour organiser les modalités de sa censure :

> *Ici, il (le souhait inconscient) subit la déformation dont la voie était déjà frayée par le transfert sur le récent. Jusqu'à maintenant, il est en passe de devenir quelque chose de semblable à une représentation de contrainte, une idée délirante, etc., à savoir une pensée renforcée par le transfert, déformée dans son expression par la censure.* (Freud, 1900, p. 347)

La mémoire possède ainsi une forme d'intemporalité dans sa capacité à transférer les éléments infantiles sur le présent dans un processus de réactualisation. Á ce moment de l'apport théorique de Freud, on pense effectivement que la vie est une éternelle répétition des traumatismes infantiles. On légitime ainsi une mémoire originelle marquée par des frayages inscrits précocement et qui organisent toute la mécanique psychique future. La mémoire serait l'échafaudage de la vie psychique.

Cette organisation opère ainsi, par la mécanique préconsciente, dans un travail associatif. Le souhait inconscient cherche en effet à se confondre avec des éléments perceptifs dans une dramaturgie du rêve qui lui permet une expression lacunaire mais suffisante pour alléger la charge d'excitation dans le processus psychique :

> *D'autres représentations-but sont aux aguets dans notre préconscient, sont issues des sources de nos souhaits inconscients et toujours en mouvement. Celles-ci peuvent s'emparer de l'excitation dans la sphère des pensées laissées à elles-mêmes, établissent la liaison entre elle et le souhait inconscient, lui transfèrent l'énergie propre au souhait inconscient, et à partir de maintenant, le cheminement de pensée négligé ou réprimé est en mesure de se maintenir, bien que, par ce renforcement, il n'obtienne aucun titre à l'accès à la conscience. Nous pouvons dire que le cheminement de pensée jusqu'ici préconscient a été tiré dans l'inconscient.* (Freud, 1900, p. 350)

Selon Freud, les éléments de perception, ainsi en latence dans le préconscient, possèdent des qualités analogues au souhait inconscient. Commence alors la mécanique du déplacement et de la condensation. Le compromis est ainsi trouvé dans un souvenir maintenu par la force du souhait inconscient mais soustrait à la conscience du sujet. Le souvenir, donc, a plus à voir avec les forces psychiques en jeu dans l'appareil qu'avec la mémoire à proprement parler comme système structuré par des frayages.[60] En d'autres termes, le souvenir est une variable dynamique censée maintenir une économie psychique supportable. La mémoire ne produit pas de souvenirs, elle produit la sémantique sur laquelle ils s'écrivent. C'est bien au-delà d'une image mentale gardée en mémoire puis transférée de manière plus ou moins fidèle d'une temporalité à l'autre.

II.1.4 La généralisation de la théorie du rêve

Á ce moment de l'ouvrage, Freud cherche à formaliser la nature du refoulé ainsi que sa mécanique psychique. Il tente de faire le lien entre ses théories sur le rêve et celles sur les névroses :

> *D'autres constellations pour la formation du rêve seraient que le cheminement de pensée préconscient était d'emblée en liaison avec le souhait inconscient et, de ce fait, se heurta à une fin de non-recevoir de la part de l'investissement de but dominant, ou bien qu'un souhait inconscient soit entré en mouvement pour d'autres raisons (éventuellement somatiques) et, rien ne venant à sa rencontre, cherche un transfert sur les restes psychiques non investis par le préconscient. Ces trois cas se conjoignent finalement en un seul résultat : dans le préconscient se produit un train de pensée qui, délaissé par l'investissement préconscient, a trouvé un investissement depuis le souhait inconscient.* (Freud, 1900, p. 354)

Les couples ainsi formés entre ces « rejetés » du préconscient et les souhaits inconscients qui s'y accrochent vont être des marqueurs dominants dans les contenus du rêve. S'élabore ainsi clairement dans la théorie freudienne un matériel psychique frustré qui fera le socle des organisations symptomatiques : « *À partir de là, le train de pensée subit une série de transformations que nous ne reconnaissons plus comme des processus psychiques normaux et qui donnent un résultat qui nous déconcerte, une formation psychopathologique »* (Freud, 1900,

[60] Freud légitime ainsi l'importance du refoulement dans le processus amnésique.

p. 354). On lit également plus loin : « *Étant donné la totale identité entre les particularités du travail de rêve et de l'activité psychique qui débouche dans les symptômes psychonévrotiques, nous nous tiendrons pour fondés à transférer au rêve les conclusions auxquelles l'hystérie nous oblige* » (Freud, 1900, p. 356). En transposant la mécanique du rêve à celle de la névrose, Freud permet une meilleure compréhension des éléments psychiques qu'il s'agit d'analyser. La mécanique de condensation nous engage à concentrer notre attention, non pas sur ce que signifie un rêve ou un discours, mais sur ce qui, dans ce rêve ou ce discours, pourrait s'apparenter à un compromis psychique :

> *Dans le processus de condensation, toute corrélation psychique se transpose dans l'intensité du contenu de représentation. C'est comme lorsque, dans un livre, je fais imprimer en interlettré ou en gras un mot auquel j'accorde une valeur éminente pour la manière de concevoir le texte. Dans le discours, je prononcerais le même mot avec force et lenteur, je l'accentuerais avec insistance.* (Freud, 1900, p. 356)

Ce mode opératoire n'est d'ailleurs pas l'apanage du rêve et du symptôme, mais bien un fonctionnement normal du processus psychique :

> *Les deux systèmes psychiques, la censure marquant le passage entre eux, l'inhibition et le recouvrement de l'une des activités par l'autre, les relations des deux avec la conscience – ou ce que pourrait donner à leur place une interprétation plus exacte des données factuelles –, tout cela appartient à l'édifice normal de notre instrument d'âme, et le rêve nous montre une des voies qui mènent à la connaissance de la structure de celui-ci.* (Freud, 1900, p. 357)

L'interprétation des rêves devient ainsi l'outil le plus important de la pratique analytique qui cherche à se détacher de l'hypnose cathartique.

Les travaux de Freud sur le rêve tendent à placer la mémoire dans une position d'écriture, comme un texte de loi sur lequel se base le juge pour prendre ses décisions. Cette mémoire, née des expériences archaïques de satisfaction, c'est-à-dire, des prémices du processus psychique, va structurer des formes d'inhibition qui seront les expériences de satisfaction de demain. Elle permet au psychanalyste de repérer des invariants dans une organisation psychique toujours en mouvement, car toujours en lutte contre sa propre quantité d'excitation.

II.2 ESSAIS DE PSYCHANALYSE ET SECONDE TOPIQUE

Opérons maintenant un saut bien plus vaste dans le temps et retrouvons-nous au lendemain de la Première Guerre Mondiale. Nous mettrons à profit en effet, pour le bien de notre étude, la naissance de la seconde topique que Freud formulera dans ses *Essais de Psychanalyse* (1915-1923).

Au lendemain de la guerre, la psychanalyse se confronte à une clinique extrême des traumatisés du front qui peuvent présenter des phénomènes amnésiques et dissociatifs majeurs (Douville, 2014). Force est de constater alors pour Freud que la source d'un traumatisme n'est pas exclusivement de l'ordre du transfert, qu'il ne trouve pas toujours son origine dans l'enfance, mais que certains éléments de la réalité peuvent s'avérer suffisamment intenses pour venir effracter la sphère psychique et provoquer des phénomènes de l'ordre de la psychose (Freud, 1915-1923). La guerre de 1914, dans l'utilisation inédite d'une puissance de feu démesurée, projeta toute l'Europe dans la frayeur des combats et l'angoisse des tranchées, terrain fertile aux phénomènes traumatiques. Quand Freud rédige ses *Essais de psychanalyse*, il cherche, entre autres, à comprendre la violence de la guerre, son irrémédiabilité, sa capacité à lever toutes les inhibitions qui entourent la cruauté, sa faculté à produire de la destruction. C'est à ce moment, dans la lignée des travaux de Sabina Spielrein (Plastow, 2019) que le fondateur de la psychanalyse commence à imaginer des instincts de destruction inhérents à la vie psychique.

Mais ce qui va intéresser plus largement notre propos réside dans les mécaniques de répétition que produit le traumatisme et sa capacité, de fait, à impacter les processus mnésiques. Nous retrouverons ces éléments dans le célèbre chapitre *Au-delà du principe de plaisir*, (Freud, 1915-1923), éléments qui invitent Freud à repenser la forme de l'appareil psychique et à développer la seconde topique décrite plus loin dans *Le Moi, le Ça, le Surmoi* (Freud, 1915-1923).

II.2.1 La fonction traumatique

Les symptômes observés dans les traumatismes de guerre s'apparentent généralement à de la répétition par des reviviscences, des flashbacks ou des rêves, de l'évènement traumatique lui-même. La fidélité du souvenir est troublante et semble outrepasser les effets de censure de l'appareil psychique décrit par Freud. En effet, la mécanique psychique est régie par le principe de plaisir qui consiste à maintenir au plus bas le niveau d'excitation à l'intérieur de l'appareil

par des phénomènes de canalisation. Cet état de fait met en tension l'appareil psychique qui tend à satisfaire ses souhaits inconscients tout en respectant les exigences de la censure issue de l'intériorisation des exigences sociales. En d'autres termes, l'économie freudienne postule l'équation suivante : le déplaisir accroît l'excitation, le plaisir apaise la tension. Les éléments de déplaisir ressentis par l'individu sont issus du refoulement et sont, en définitive, la transformation de souhaits inconscients censurés en éléments repoussants pour protéger la vie psychique (Freud, 1900). Le déplaisir s'active ainsi de l'action concomitante de la poussée du souhait inconscient et de la réaction défensive de la psyché : *« Il est certain que toute sensation de déplaisir, de nature névrotique, n'est au fond un plaisir qui n'est pas éprouvé comme tel »* (Freud, 1915-1923, p. 12). Or dans les traumatismes de guerre on constate une fixation du sujet au souvenir traumatique. La scène revient dans les rêves et envahit l'ensemble de la vie psychique, elle produit à chaque fois une nouvelle frayeur donc un effet de surprise qui ne coïncide pas avec l'angoisse (Freud, 1915-1923). L'angoisse étant un état d'attente d'un danger confus. Si le rêve est la manifestation d'un désir, qu'y a-t-il de désirable à se reconfronter à de telles frayeurs ? Pourquoi ces frayeurs émergent-elles à la place de l'angoisse issue du refoulement ? Tout se passe comme si ces souvenirs traumatiques n'avaient pas subi le travail mnémonique organisé par l'appareil psychique.

La piste que va développer Freud est la suivante : à l'instar du jeu de l'enfant, la mécanique de répétition chercherait à intégrer l'élément déplaisant ou traumatique dans le processus psychique. Ces éléments sont traités de manière répétitive dans un processus indépendant du principe de plaisir (Freud, 1915-1923). Le jeu que l'enfant utilise vise à développer une certaine maîtrise de son environnement. Dans l'exemple célèbre du Fort-Da, que conceptualise Freud à partir de l'observation d'un enfant qui joue avec une bobine de fil, il postule que l'enfant cherche à se rendre maitre de l'angoisse de séparation en rejouant, à sa manière, l'expérience douloureuse qu'il vient de subir (Freud, 1915-1923). Le jeu, ici, n'a rien d'une imitation de l'adulte, il vise une forme d'abréaction et cherche à conjurer le traumatisme par des affects agressifs de possession, de domination, voire de vengeance. L'objectif de la violence de ces affects étant évidemment de neutraliser la quantité d'excitation que produit l'évènement.

Que se passe-t-il alors lors d'un traumatisme ? Freud part du principe qu'une seule et même excitation ne peut pas en même temps être consciente et laisser une trace dans l'inconscient, elle est soit traitée par un système, soit par un autre (Freud, 1900). Le système conscient subit donc des excitations qui n'impactent pas l'appareil psychique, c'est un système

indépendant du préconscient car il est au contact de l'extérieur. Les éléments du système conscient contiennent de l'énergie libre exempte de résistances, il joue ainsi le rôle d'une membrane qui protégerait le psychisme d'un trop-plein d'excitation à traiter (Freud, 1900). Cette membrane subit des modifications de l'extérieur, mais ces modifications ne transforment pas le système interne. Pour faire par-excitant et protéger le psychisme du monde extérieur, le système conscient se vide de sa substance et devient, à mesure qu'émerge la conscience, une enveloppe anorganique qui ne vise que la protection du système interne qui, lui, reste vivant, organique et mouvant (Freud, 1915-1923). Sa protection est efficace jusqu'à une certaine limite d'excitation. Ce système ne comporte, en revanche, pas de protection de ce qui émane du dedans. Ces excitations se propagent donc librement tout au long du système et modifient drastiquement ses capacités à recevoir et à se protéger des excitations extérieures (Freud, 1915-1923). Ainsi, le pare-excitant est traversé de deux manières : par les organes des sens qui déterminent ce qui est bon de passer pour s'assurer de la conduite à tenir pour la suite ; par des effractions qu'on appelle traumatismes et qui libèrent une grande quantité d'excitation. Le traumatisme active tous les moyens de défense du système et le perturbe grandement, le principe de plaisir est mis à mal **:**

> *Comme il n'est plus possible d'empêcher l'envahissement de l'appareil psychique par de grandes quantités d'excitations il ne reste à l'organisme qu'une issue : s'efforcer de se rendre maître de ces excitations, d'obtenir leur immobilisation psychique d'abord, leur décharge progressive ensuite.* (Freud, 1915-1923, p. 37)

Le système produit alors une contre-charge d'une intensité analogue à la charge traumatique pour tenter d'immobiliser, donc de lier les excitations entre elles. S'ensuit un appauvrissement des autres systèmes psychiques qui doivent mobiliser leur énergie. Ce qui produit un état de grande vulnérabilité. La répétition du traumatisme dans les rêves témoigne non pas de la réalisation du principe de plaisir mais de ce travail de fixation de l'énergie libre. Travail sans lequel le principe de plaisir ne peut pas se déployer : *« Ils ont pour but de faire naître chez le sujet un état d'angoisse qui lui permette d'échapper à l'emprise de l'excitation qu'il a subi et dont l'absence a été la cause de la névrose traumatique »* (Freud, 1915-1923, p. 41). Le processus de répétition est donc un travail psychique différent qui utilise la reviviscence comme possibilité d'introjection de l'évènement effractant. La violence du processus et des symptômes qu'il produit cherche à contrecarrer la violence de l'intrusion de l'évènement. Á ce titre, le souvenir traumatique ne vient pas produire un nouveau frayage malgré son intrusion, il vient

libérer une grande quantité d'excitation qui paralyse, pour un temps, l'appareil psychique. Á nouveau, l'élément mnésique n'est pas traité pour ses qualités mnémorielles mais bien pour la quantité d'excitation qu'il génère.

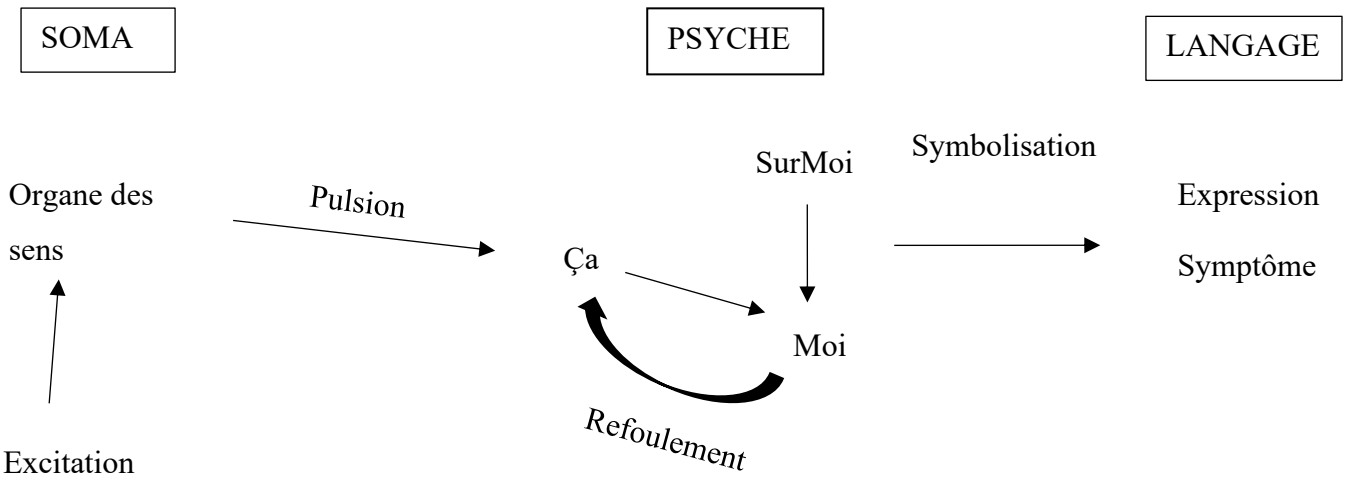
II.2.2 Naissance de la seconde topique

Résumons la première topique à ce stade de la pensée freudienne. L'inconscient, selon Freud, est le réservoir des contenus refoulés (Freud, 1900). Ces contenus sont indéfinis et doivent s'associer à des éléments mnésiques issus du préconscient pour s'exprimer. Le préconscient regroupe des stimuli en latence issus de l'inconscient ou du monde extérieur (Freud, 1900). Il joue un rôle associatif et contient des éléments que l'on pourrait qualifier de « sémantisés » qui sont associés aux représentations verbales. Ces éléments sont des sortes de transductions de perceptions en formes langagières. La conscience enfin, est le seul élément psychique en contact avec le monde extérieur (Freud, 1900). Elle est une surface qui reçoit les contenus endogènes et exogènes et s'apparente à une enveloppe protectrice qui maintient un flux supportable d'excitation.

Au vu des éléments nouveaux issus de l'étude du traumatisme psychique, la première topique regroupant la triptyque conscient-préconscient-inconscient semble, pour Freud, insuffisante pour expliquer la complexité des phénomènes psychiques en jeu. Sans l'abandonner, il va fonder une seconde topique qui vise à enrichir et complexifier l'appareil qu'il cherche à étudier. La première instance évoquée est celle dite du *Moi* : « *Nous nous représentons les processus psychiques d'une personne comme formant une organisation cohérente et nous disons que cette organisation cohérente constitue le Moi de la personne »* (Freud, 1915-1923, p. 184). Le *Moi* revêt ainsi un rôle double, il est à la fois la surface qui reçoit les excitations et l'instance qui organise les défenses psychiques. Il est le moteur de la censure psychique et du refoulement (Freud, 1915-1923). Le deuxième élément évoqué est le *Ça*. Il est le réservoir des pulsions et vient radicalement élargir le champ de l'inconscient. L'inconscient n'est plus seulement le lieu des désirs refoulés mais devient un espace où se confondent des éléments refoulés avec des éléments archaïques. Il est également la matrice de l'appareil psychique. Le *Moi* est, en effet, une émanation du *Ça* : *« Il n'existe pas entre le Moi et le Ça de séparation tranchée, surtout dans la partie inférieure de celui-là, où ils tendent à se confondre »* (Freud, 1915-1923, p. 192). La séparation du *Moi* et du *Ça* repose en fait sur deux éléments. D'abord, le *Moi* subit l'influence du système perceptif qui capte les exigences inhérentes au monde extérieur, ce que Freud nomme le « principe de réalité ». Il contraint ainsi le *Ça* à

reformuler ses exigences pulsionnelles. Ensuite le *Moi* épouse la forme du corps qu'il sémantise dans une enveloppe psychique globale qui protège l'intérieur du système des excitations exogènes et endogènes : *« Le Moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface »* (Freud, 1915-1923, p. 194). Le caractère de transduction du préconscient est ainsi manifeste dans cette situation. Le dernier élément de la topique freudienne est le *SurMoi*. Cette instance arrive plus tard dans le développement affectif et réside dans une division du *Moi* entre ses aspirations pulsionnelles et ce que Freud évoquera comme ses scrupules : *« Le SurMoi est l'incarnation des scrupules de conscience, peut-être aussi d'un sentiment de culpabilité inconscient »* (Freud, 1915-1923, p. 204). Issu des premières expériences œdipiennes, il est figure d'autorité, à la fois admiré et craint par le *Moi*, qui formule les modalités de la censure. L'ensemble de l'appareil tient ainsi sa source dans le *Ça* et maintient globalement ses exigences pulsionnelles malgré les pressions venant du *SurMoi.*

Nous pourrions modéliser l'appareil psychique freudien de la seconde topique de cette manière :



Nous en formulerions alors cette légende :

- *Soma* : L'activité normale des cellules nerveuses qui sont activées par des excitations exogènes et endogènes.
- *Pulsion* : Représentant psychique de l'excitation somatique. La pulsion est la forme traduite psychiquement de l'activité des cellules stimulées. Elle produit un effet de poussée qui va mettre en tension tout l'appareil psychique.

- *Ça* : Réservoir des pulsions. S'y agglomèrent des éléments refoulés avec des éléments pulsionnels. Il exerce une pression constante sur l'ensemble de l'appareil psychique car ses contenus cherchent à trouver la voie de la satisfaction. La force de la pulsion et le contenu du refoulé impliquent une mécanique de répétition : le refoulé cherchera toujours à s'exprimer.
- *SurMoi* : Instance morale issue du complexe d'Œdipe. Il est défini comme l'introjection des interdits parentaux et des premières expériences de censure du monde social. Il produit sur le *Moi* une pression culpabilisante pour le contraindre à maintenir en place les éléments de la censure.
- *Moi* : Interface et système de traitement des émanations du *Ça* et du *SurMoi*. Il organise la réponse psychique et les modalités de symbolisation. Il produit les compromis qui permettent une canalisation de la poussée pulsionnelle.
- *Symbolisation, expression, symptôme* : Le symptôme est effectivement en bout de ligne comme forme atypique de langage. Il est défini comme une forme d'expression morbide du *Moi* en exprimant un ratage à la fois au niveau de ses capacités de socialisation et de ses capacités à satisfaire les exigences pulsionnelles.

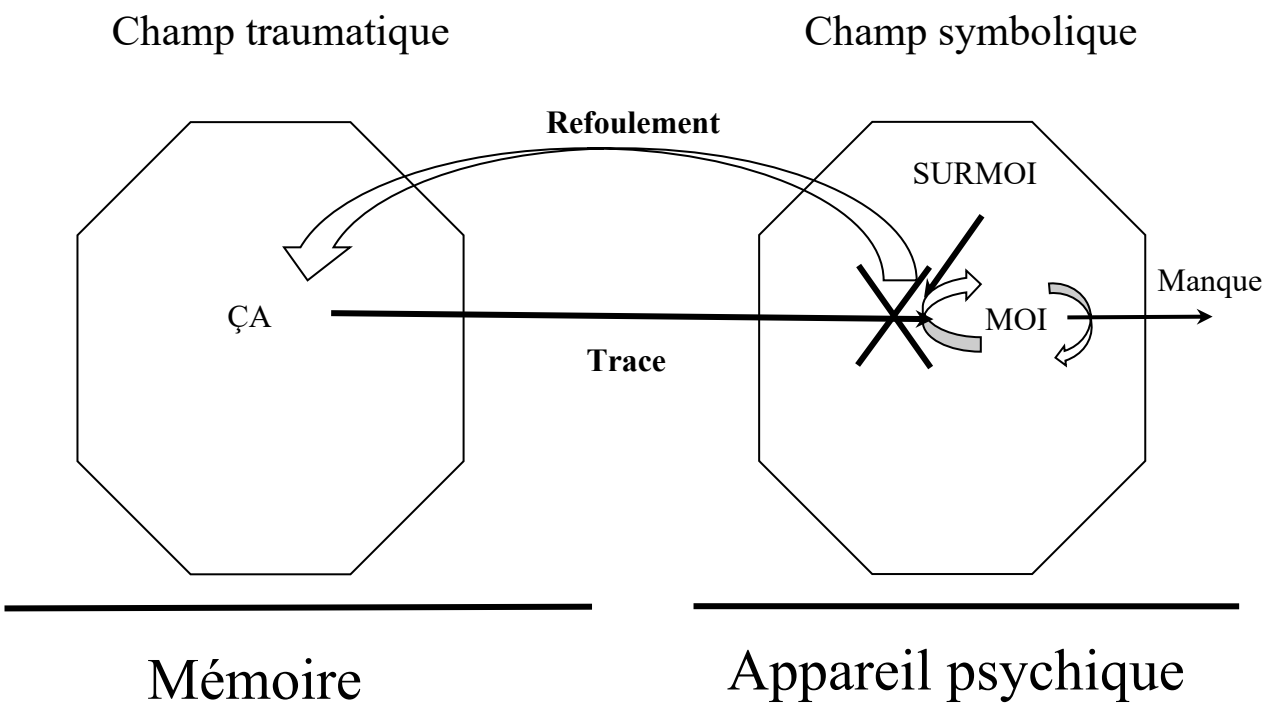
Cette deuxième topique met en avant le caractère divisé du sujet. L'expression comportementale n'est plus une réponse au stimulus par rapport à la pulsion, mais la fondation, par le *Moi*, d'un compromis psychique. Le processus de traduction est un double processus de trahison : trahison d'un *Ça* frustré et trahison vis-à-vis de l'autorité du *SurMoi*.

II.2.3 Refonte du concept de mémoire

Le *Moi* est une notion complexe, il est issu du *Ça* et donc lui restera subordonné quoiqu'il arrive. D'une part, Freud précisera qu'il est le fruit d'un processus d'identification précoce, processus de narcissisation qui puise sa force pulsionnelle dans le *Ça*. D'autre part, dans une dialectique du maître et de l'esclave, il est autant l'objet que la condition d'existence du *SurMoi*. Vitrine des modalités sociales de l'appareil psychique, le *Moi* est le pivot fondamental du champ freudien, il est l'instrument qui permet à la pulsion d'intégrer un système symbolique et, de ce fait, il est l'instrument de la psychanalyse. C'est le *Moi*, en tant qu'interface, qui va définir les conditions du souvenir, c'est-à-dire, les conditions de ce qui entre en contact avec la structure mnésique, de ce qui entre en résonance avec les frayages précocement opérés. De la même manière, l'introduction de la notion de pulsion à un niveau si profond de l'appareil psychique tend à fluidifier un modèle du frayage rigide et inamovible. La

pulsion, en effet, s'imprègne des éléments refoulés pour constituer son économie psychique et formaliser sa forme sémantique en vue de son expression. Ainsi, les couches les plus profondes de l'activité psychique, proches des fonctions de la mémoire, se veulent mouvantes et en constante évolution. La fonction traumatique de l'appareil freudien constitue, elle aussi, des formes d'actualisation par les contenus refoulés. Le frayage subit ainsi les lois du *Ça*. Profondément ancrés dans le corps, les mouvements du *Ça* ont un impact certain sur le système sensoriel et la faculté du sujet à traiter les excitations.

Ainsi, si l'on suit le chemin conceptuel tel que l'a défini Freud, on est en présence de processus mnésiques qui arborent des traductions ou, en d'autres termes, qui organisent l'inscription symbolique des volontés pulsionnelles. Telle est l'autoroute du frayage avec laquelle doit négocier le *Moi*. Mais ils sont aussi ce qui permet la construction du champ symbolique dans lequel s'organise le système, l'inscription dans une dimension contenant/contenu complexifie sa conceptualisation. L'exemple du refoulement est le plus explicite : la mémoire est autant le produit de l'effectivité du refoulement que ce qui organise les modalités du refoulement lui-même. On est dans une forme de conceptualisation des profondeurs, où un « fond mnésique » préside au fonctionnement de la mémoire dans son rôle d'intrication symbolique. Ce fond mnésique, Roland Gori le désignera assez habilement de mycélium traumatique de la mémoire (Gori, 2003), pour mettre en avant l'importance du caractère précoce des expériences traumatiques contenues dans le *Ça*. Voici une modélisation que nous pourrions proposer :



Au plus près du champ pulsionnel, pays des impressions sensibles et des désirs censurés, s'élabore ainsi une logique de la trace où est retranscrit dans le frayage le passage d'un souvenir désavoué ou d'une impression traumatique, dont l'activité spectrale toute ensemble constitue la mémoire, définie ainsi comme : « *Le champ des impressions laissées par l'activité psychique »* (Freud, 1915-1923, p. 216).

III. LA MEMOIRE FREUDIENNE COMME MEMOIRE SCRIPTURALE

III.1 LE BLOC-NOTES MAGIQUE

Profitons d'un autre article de Freud pour à la fois résumer ce que nous venons de formuler et introduire notre prochain propos. La *Note sur le bloc-notes magique* (1915) apparaît sous la plume de Freud comme l'exemple technique par excellence de la mémoire telle qu'elle fut développée par la psychanalyse. Freud souligne en premier lieu les insuffisances des supports d'écriture accessibles, qu'il considère comme inadéquats pour représenter le travail de rétention mnésique. Le bloc-notes simple conserve des traces écrites durables et inaltérées avec le temps. En revanche, le support est vite saturé et doit être jeté pour faire de la place aux nouveaux éléments à retenir. Le tableau à craie, quant à lui, permet une réutilisation illimitée de sa surface. Mais il faut pour cela effacer le précédent écrit. Il n'est ni fidèle, ni durable, mais peut accueillir une quantité très importante d'informations. La mémoire, telle que l'a conceptualisée Freud, possède les deux qualités de ces blocs d'écriture. Une interface qui reçoit les données et un arrière-plan qui les conserve. Or, apparaissent dans les commerces de l'époque des blocs-notes magiques. Ces supports d'écritures fonctionnent comme des calques. On écrit sur une première page à l'aide d'un stylet (sans dépôt de matière, comme une gravure) puis, en retirant la deuxième page, on voit apparaître le texte qui en résulte. La première page reste inaltérée et prête à recevoir les prochaines données, la deuxième page conserve en revanche le texte nouvellement écrit. Le bloc-notes magique est la technique qui, selon Freud, se rapproche le plus de notre système psychique. En effet, celui-ci : *« (…) a une capacité indéfinie de recevoir des perceptions toujours nouvelles et pourtant il en fournit des traces mnésiques durables, même si elles ne sont pas inaltérables »* (Freud, 1915, p. 135). Le bloc-notes magique ne montre

pas un système global qui parviendrait à accomplir ces deux mécanismes uniformément, mais deux systèmes autonomes qui fonctionnent de manière concomitante :

> *Nous posséderions un système Pc-Cs. qui reçoit les perceptions, mais n'en garde pas de traces durables, de sorte que pour chaque nouvelle perception il peut se comporter comme une feuille vierge. Les traces durables des excitations reçues se produiraient dans les « systèmes mnésiques » qui sont placés derrière lui.* (Freud, 1915, p. 136)

Mais ce n'est pas tout. Il est impossible d'écrire sur le deuxième feuillet du bloc-notes magique sans le détériorer. À ce titre, la première feuille n'a pas seulement un rôle d'interface, mais également un rôle de protection du support en arrière-plan :

> *Le celluloïd est un « pare-stimulus » ; la couche qui reçoit effectivement le stimulus est le papier. Je puis ici rappeler que dans Au-delà du principe de plaisir j'ai développé l'idée que l'appareil perceptif psychique comporte deux couches : l'une externe, le pare-stimulus, destiné à réduire la grandeur des excitations qui arrivent du dehors, l'autre, derrière celle-ci, surface réceptrice de stimulus, le système Pc-Cs.* (Freud, 1915, p. 136)

L'analogie est intéressante, mais s'arrête à un point précis : la mémoire que Freud développe est un processus dynamique marqué par l'intensité de la pulsion, des pressions refoulantes et de la répétitivité traumatique : « *Le bloc-notes magique ne peut pas « reproduire » de l'intérieur l'écriture une fois qu'elle s'est effacée ; ce serait un bloc véritablement magique s'il pouvait, comme notre mémoire, s'acquitter d'une telle fonction »* (Freud, 1915, p. 137). L'appareil psychique freudien fonctionne en effet sur des principes économiques de déplacement d'énergie entre plusieurs instances psychiques. L'interface Pc-Cs ne peut fonctionner que si elle subit des pressions venant de l'intérieur du système :

> *Tant que le système est investi de cette façon, il reçoit les perceptions qu'accompagne la conscience et conduit l'excitation dans les systèmes mnésiques inconscients ; dès que l'investissement est retiré, la conscience s'évanouit et le fonctionnement du système est arrêté. Ce serait alors comme si l'inconscient, par le moyen du système Pc-Cs., étendait vers le monde extérieur des antennes, qui sont rapidement retirées après en avoir comme dégusté les excitations.* (Freud, 1915, p. 140)

Freud rappelle ici à juste titre que cet ensemble, y compris notre perception du monde, reste guidé par le principe de plaisir et profondément marqué par l'impression du désir sur son fonctionnement.

III.2 LA METAPHORE SCRIPTURALE COMME SYMBOLISATION DE LA THEORIE FREUDIENNE

Derrida, dans sa relecture de la mémoire freudienne, s'intéresse plus spécifiquement à la métaphore de l'impression. Le philosophe s'intéresse en effet aux qualités de l'archive et à l'incidence de l'écriture dans la formalisation du monde. Dans son ouvrage *L'écriture et la différence* (1967), il revient sur ce que projette le bloc-notes magique. D'après lui, il ne s'agit pas, ici, de se demander si un appareil d'écriture est une bonne métaphore pour se représenter le fonctionnement psychique : *« mais quel appareil il faut créer pour représenter l'écriture psychique, et ce que signifie, quant à l'appareil et quant au psychisme, l'imitation projetée et libérée dans une machine, de quelque chose comme l'écriture psychique »* (Derrida, 1967, p. 297). La dimension de l'écriture, au sens de Derrida, surdétermine la métaphore psychique dans la *Note sur le bloc-notes magique* (1915). Il ne s'agit plus de définir un bon exemple du psychisme, mais de comprendre l'existence en arrière-plan, dans l'œuvre de Freud, d'un concept non-dit, celui de l'écriture psychique, qui semble faire irruption dans le texte, comme le refoulé ferait irruption dans le rêve. Le travail de déconstruction viserait alors à reprendre l'œuvre de Freud en y analysant ce concept « refoulé ».

De *l'Esquisse de psychologie* (1895) à la *Note sur le bloc-notes magique* (1915), Freud opère, selon l'auteur, une étrange progression. D'un concept de *frayage* qu'il aurait voulu de nature organique et dont il exclut toute trace écrite, il en vient à élaborer une métaphorique de la trace à partir d'un support d'écriture : *« On s'oriente vers une configuration de trace qu'on ne peut plus représenter que par la structure et le fonctionnement d'une écriture »* (Derrida, 1967, p. 297). Ce n'est qu'après *l'Esquisse de psychologie* que Freud fait appel à un modèle structural qui ne cesse de s'étayer par la suite. C'est d'ailleurs après cet ouvrage que son langage semble changer et s'éloigner du modèle neuroanatomique. La *Note sur le bloc-notes magique*[61] viendra faire la synthèse et répondre très précisément aux questions de cet écrit. Ainsi, c'est par le biais d'une technique, d'un support mnémonique, que Freud viendra remémorer et organiser,

[61] Freud, S. (2010). *Huit études sur la mémoire et ses troubles*. Gallimard.

plus de vingt ans plus tard, les éléments qui composent le système mnésique qu'il cherche à mettre en place.

Derrida propose alors une lecture inverse : dans quelle mesure la dimension de l'écriture vient-elle jouer un rôle dans l'élaboration que propose Freud dès le début de son œuvre ? Il s'agit de montrer en effet que la *Note sur le bloc-notes magique* n'est pas l'aboutissement d'une théorie de la mémoire, mais l'expression d'une *impression* toujours en suspens dans la pensée freudienne. À ce titre, le concept de frayage possède en lui une remarquable métaphore de la trace écrite. C'est ce concept qui positionnera la mémoire comme le centre du travail de Freud et qui lui permettra d'avancer vers une théorie plus globale de l'appareil psychique dans laquelle la mémoire est à la fois contenant et contenu. Avec les frayages, plus de séparation entre neurones de perception et neurones de souvenirs. La mémoire freudienne est, avant toute chose, une mémoire de l'expérience, qui creuse, comme une taupe élabore ses galeries, dans des couches corticales indifférenciées. C'est précisément cette trace mnémonique qui produira une différence au sein du système mnésique. La question du frayage est la première possibilité qui est donnée à Freud de se représenter la mémoire ou, pour le dire autrement : *« La première mise en scène de la mémoire »* (Derrida, 1967, p. 299). Pour Freud, c'est cette mémoire qui est porteuse des évènements psychiques futurs. Elle n'est pas seulement une partie du psychisme, mais son essence même. Ce sont ces neurones perméables qui en seront le foyer. Mais ces neurones ne sauraient investir un rapport de mémoire sans ce que Derrida décrit comme une *différence*. C'est la différence de nature entre les frayages, la différence de voie, qui permet la donnée qualitative de la mémoire (Derrida, 1967). Derrida avance, en effet, qu'il n'y a pas de frayage sans différence de frayage. La différence libère la *wegbevorzugung,* traduite littéralement comme la préférence de voie, la direction choisie.

III.3 LA DIFFERENCE COMME MARQUE ORIGINAIRE

L'importance du frayage, en tant que trace écrite dans l'univers psychique, ne se limite pas à la direction donnée aux souvenirs. Le frayage permet également de formaliser le travail de répétitivité et donc l'économie libidinale. Freud s'accorde ainsi à Nietzsche : *« La vie psychique n'est ni la transparence du sens, ni l'opacité de la force mais la différence dans le travail des forces »* (Derrida, 1967, p. 299). De ce fait, la répétition n'ajoute rien à la trace, elle n'est que réédition d'une différence déjà écrite. Pour autant, le nombre de répétitions s'ajoute à la quantité Qn de l'excitation qui, elle, va impacter les réactions du sujet. Le frayage oriente le

système de perceptions et donc la nature de Qn. La qualité et la quantité de Qn, bien que dépendantes du frayage, s'élaborent par d'autres phénomènes. Qn produirait ainsi, selon Derrida, un autre psychique, une différance[62] : *« Car la répétition ne survient pas à l'impression première, sa possibilité est déjà là, dans la résistance offerte la première fois par les neurones psychiques »* (Derrida, 1967, p. 301). Dans cette évocation d'une *première fois* architrace d'une trace déjà en train de s'écrire avant que n'opère le mécanisme de répétition, Derrida semble introduire quelque chose de la mort au sens le plus large du terme :

> *Dans la première fois du contact entre deux forces, la répétition a commencé. La vie est déjà menacée par l'origine de la mémoire qui la constitue, et par le frayage auquel elle résiste, par l'effraction qu'elle ne peut contenir qu'à la répéter.* (Derrida, 1967, p. 301)

L'auteur semble ainsi mettre en avant ces tensions développées d'une autre manière par Freud entre pulsion de vie et pulsion de mort. Elles s'expriment chez Derrida entre une tendance à la différence et une tendance à l'immuable. Elles renvoient à l'origine de la mémoire comme *différance* dont la genèse est impensable car elle se constitue toujours de forces en présence qui luttent et forment une organisation qui s'invente à mesure qu'elle se répète. Freud développe ainsi une ontologie sans genèse, une mort dans la vie, foyer de la répétitivité, de l'impensable, de l'impossible association :

> *Il faut penser la vie comme trace avant de déterminer l'être comme présence. C'est la seule condition pour pouvoir dire que la vie est la mort, que la répétition et l'au-delà du principe de plaisir sont originaires et congénitaux à cela même qu'ils transgressent.* (Derrida, 1967, p. 302)

Derrida montre que la dualité pulsion de vie/pulsion de mort est déjà dans l'*Esquisse d'une psychologie*, entre l'effet de répétition de la trace primaire, dont l'origine est elle-même une trace, et l'effort de différence de la vie psychique. Cette dualité se complexifie par le fait que la trace primaire est elle-même, à l'origine, une différence née de forces en lutte : la différence produit de l'immuable, voilà peut-être la première impression que Freud opère sur la mémoire.

---

[62] Ce néologisme de Derrida renvoie à la mort du concept. À une forme d'impression qui préfigure à la trace. Ce terme de différance renvoie à l'œuvre de Freud dans la question du retardement, exprimé comme l'après-coup. Il renvoie à l'impossibilité d'établir une genèse du psychisme qui est constitué par une organisation de forces en présence. Une différance à l'origine des différences qui vont organiser le champ de la mémoire.

III.3.1 La sémantique du rêve

Les théories freudiennes qui entourent la période de l'interprétation des rêves mettent en avant une sémantique qui se rapproche de plus en plus de l'écriture. La mémoire n'est pas une, présente une seule fois, elle se répète, elle est consignée en différentes sortes de signes. Lorsque Freud décrit ses trois formes d'inscriptions de la mémoire (perception, préconscient et inconscient) il positionne le préconscient précisément au niveau de cette latence, ce retard que désigne Derrida et qui fait différance (Derrida, 1967). En effet, Freud conceptualise avec le préconscient un après-coup de perception qui assimile les données perceptives aux reviviscences hallucinatoires des représentations verbales. À nouveau, la représentation apparaît ici en même temps que la perception, sous sa forme hallucinée, comme une impression sémantique dont l'origine se situe dans le contact du sujet avec le langage. À ce moment, dans sa conceptualisation de la mémoire, Freud fait la métaphore du texte et de la machine, la machine se construisant au contact du texte.

Émerge alors la Traumdeutung et l'analyse des rêves : *« Le rêve se déplaçant dans une forêt d'écriture, la Traumdeutung, l'interprétation des rêves sera sans doute, aux premiers abords, une lecture et un déchiffrement »* (Derrida, 1967, p. 307). Pour la première fois, Freud théorise une méthode thérapeutique de traduction du texte inconscient avec une technique bien définie. Il ne s'agit pas d'analyser le rêve comme une entité indécomposable à interpréter, mais comme un texte à déchiffrer au sein duquel existent des données de l'inconscient à repérer et à analyser :

> *On pourrait la définir « la méthode du déchiffrement » (chiffriermethode) puisqu'elle traite le rêve comme une sorte d'écriture secrète (geheimschrift) dans laquelle chaque signe est traduit, grâce à une clé (schlüssel) fixe, en un autre signe dont la signification est bien connue.* (Derrida, 1967, p. 308)

Or pour Freud, l'écriture du rêve suit des frayages anciens, c'est une écriture originaire dont : *« l'écriture codée et visible « dans le monde » serait une métaphore »* (Derrida, 1967, p. 310). La Traumdeutung de Freud produit ainsi sa limite en termes d'analyse de contenu. L'écriture est si précoce, si archaïque, qu'elle ne correspond à aucune grille de lecture sémantique collective. Le rêve se veut le fondement de l'individualité : *« Le rêveur invente sa propre grammaire. Il n'y a pas de matériel signifiant ou de texte préalable qu'il se contenterait d'utiliser, même s'il ne s'en prive jamais »* (Derrida, 1967, p. 310). Le rêve se veut ainsi une forme d'organisation mnésique qui se joue du signe, il utilise les éléments propres du logos

pour se construire une autre version de lui-même, il déforme le texte : *« L'absence de tout code exhaustif est absolument infaillible, cela veut dire que dans l'écriture psychique, qui annonce aussi le sens de toute écriture en général, la différence entre signifiant et signifié n'est jamais radicale »* (Derrida, 1967, p. 311). Ici réside toute la difficulté de l'interprétation des rêves, car il ne s'agit pas seulement de décoder un langage, il s'agit d'y observer les forces qui le mettent en mouvement et les signes par lesquels il cherche à se déployer. La recherche d'une signification échoue là où l'image est à la fois représentante et moteur d'une tension psychique.

III.3.2 Le retard du symbole

Ce problème de signification se précise lorsque Freud élabore la question du refoulement. En effet, le refoulement travaille de manière individuelle, non pas en tant qu'individualité d'une personne humaine, mais en tant que rejeton de l'inconscient (Freud, 1900). Chaque refoulé est un élément en soi, l'analyse débute ainsi dans un travail de découpe et de discrimination. Le problème ici, c'est qu'on ne peut pas formuler un système de traduction universel, car chaque signifiant doit être traduit par un signifié spécifique. Pour scientifiser un système de traduction, il faudrait pouvoir substituer le signifiant en gardant le même signifié. Dans l'écriture originelle, le truchement du signe ne tient pas, il y a une distance, une latence, un retard : *« L'écriture originaire, s'il en est une, doit produire l'espace et le corps de la feuille elle-même »* (Derrida, 1967, p. 311). La symbolisation d'éléments mnésiques à laquelle œuvre la psychanalyse ne peut avoir lieu que dans un après-coup, donc, à partir de souvenirs transformés par l'activité mnésique. Nous n'avons accès qu'à une mémoire psychisée, transformée par l'activité des résistances. L'écriture originaire est déjà l'après-coup d'un évènement, d'une expérience sensorielle dont elle guide le sens. L'écriture psychique est ainsi infiniment plus complexe qu'un réseau de signes dont il s'agirait de décoder le sens :

> *Un corps verbal ne se laisse pas traduire ou transporter dans une autre langue. Il est cela même que la traduction laisse tomber. Laisser tomber le corps, telle est même l'énergie essentielle de la traduction. Quand elle réinstitue un corps, elle est poésie. En ce sens, le corps du signifiant constituant l'idiome pour toute scène de rêve, le rêve est intraduisible. (...) À l'intérieur de l'appareil psychique, il n'y a jamais de rapport de simple traduction.* (Derrida, 1967, p. 312)

Ce n'est pas seulement l'action des résistances psychiques qui empêche la communication avec les éléments mnésiques, c'est bien la structure même de la mémoire, corporisée, métaphorisée, qui ne peut jamais se réduire à un processus de traduction.

C'est ici que se précise la topique freudienne, le passage, frayage, rappelle Freud, d'une donnée inconsciente vers le conscient ne signifie pas qu'elle change de lieu. Elle n'opère pas par un système de traduction où un mot viendrait substituer un autre via un signifié stable. Il s'agit pour Freud de considérer ces données comme ce qu'elles sont : des actes de pénétration (Freud, 1915-1923). À nouveau, la topique freudienne ne peut se comprendre que dans une lecture différenciée de l'acte et de la localisation. Freud montre qu'il n'y a pas de lieu de l'inconscient, ni de temporalité de l'inconscient car l'inconscient ne se réduit jamais à la question de l'écriture. Il agit ensemble, comme le fait la mémoire, l'émergence d'un lieu en acte, et d'un acte qui produit le lieu :

> *Le texte n'est pas pensable dans la forme originaire ou modifiée de la présence. Le texte inconscient est déjà tissé de traces pures, de différences où s'unissent le sens et la force, texte nulle part présent, constitué d'archives qui sont toujours déjà des transcriptions.* (Derrida, 1967, p. 312)

Et c'est bien via le concept de l'après-coup que Derrida se sort de l'impasse de l'originaire :

> *Tout commence par la reproduction. Toujours déjà, c'est-à-dire dépôts d'un sens qui n'a jamais été présent, dont le présent signifié est toujours reconstitué à retardement, après-coup, supplémentairement.* (Derrida, 1967, p. 314)

Derrida conclut ainsi que la topique freudienne est avant tout formalisation d'une différence à l'origine du fonctionnement psychique. Ce qui caractérise en effet les différentes instances freudiennes ne réside pas dans leur localité, mais dans leur distinction et leur mise en relation, ce sont des instances individuelles et interdépendantes. Il n'est pas besoin de savoir où elles se situent dans le corps car le corps y est contenu. Il n'est pas besoin de les observer au microscope car elles ne résident ni dans une instance somatique, ni dans une technique, mais dans une forme d'écriture métaphorique toujours en retard sur ses frayages et jamais réductible à un signe. Freud prend cette voie dès ses premiers travaux qui critiquent une conception localiste des instances mnésiques (Freud, 1891). La mémoire, dans la métaphore de l'écriture, dépasse largement la dimension corporelle, et plus encore la dimension somatique, machinique d'un système de traitement de l'information. La mémoire englobe le sujet dans une dimension qui

dépasse ses capacités d'analyse ou le plonge dans des mécanismes profonds qui dépassent ses capacités d'observation. Derrida conclut :

> *La distinction entre la force et le sens est dérivée par rapport à l'archi-trace, elle appartient à la métaphysique de la conscience et de la présence, ou plutôt de la présence dans le verbe, dans l'hallucination d'un langage déterminé à partir du mot, de la représentation verbale. Métaphysique de la préconscience, dirait peut-être Freud puisque le préconscient est le lieu qu'il assigne à la verbalité. (...) La force produit le sens (et l'espace) par le seul pouvoir de « répétition » qui l'habite originairement comme sa mort. Ce pouvoir, c'est-à-dire cet impouvoir, qui ouvre et limite le travail de la force inaugure la traductabilité, rend possible ce qu'on appelle « le langage », transforme l'idiome absolu en limite toujours déjà transgressée : un idiome pur n'est pas un langage, il ne le devient qu'en se répétant ; la répétition dédouble toujours déjà la pointe de la première fois.* (Derrida, 1967, p. 316)

Le travail de répétition, que Freud développe ainsi dans ses théories du trauma, cherche à créer une différence : *« on efface le vif du rapport à la mort »* (Derrida, 1967, p. 316). La répétition des effets de la force tend ainsi, avant toute chose, à la border. Dans cette limitation agissent des formes de canalisation, puis de traduction par des mécanismes érotiques (Derrida, 1967). Il s'agit de donner, à l'instar du rêve, une forme esthétique à ces mouvements psychiques. L'excitation, dans sa répétition, devient ainsi objet, image, fantasme et pensée, elle s'inscrit dans le langage. La force de l'écriture, dit Derrida, c'est son frayage dans la répétition psychique. *« Inscription violente d'une forme, tracé d'une différence dans une matière »* (Derrida, 1967, p. 316). Le psychique résiste ainsi à l'écriture, il est la matière qui s'oppose à elle, qui répète (Derrida, 1967), et c'est par cette opposition qu'il existe dans le monde du rêve. Sans écriture, pas de nouvelles forces en jeu dans le psychisme. Le rapport du langage à son écriture s'oppose à la mort en mettant en tension des forces qui font pression sur la mémoire. Cette opposition se structure à partir des éléments du frayage. En d'autres termes, c'est par l'écriture que le psychisme se sauve de l'écriture. Chez Freud, l'hallucination verbale qui constitue ce retardement trouve sa force dans la sexualité. Il y a toujours une reconstruction sexuelle du frayage, au sens esthétique du terme. Le principe de plaisir n'est plus le lieu qui inaugure une tension psychique, c'est le principe qui guide le chemin du souvenir à travers les frayages. Il supervise la traduction d'une excitation en contenu sexuellement viable dans le langage.

Derrida apporte ainsi une lecture de la topique freudienne qui la réinscrit dans sa dimension métaphorique. Cette « métaphorie » du rêve s'inscrit dans un vitalisme qui cherche un « Au-delà » de l'écriture psychique et de la rigidité du frayage. La topique freudienne n'est pas un localisme psychique. En amalgamant les dimensions de la force à celles du lieu, Freud réalise une étiologie de la répétitivité qui ne trouve de point de départ que dans un « déjà » marquant l'après-coup de toute origine psychique. La mémoire est ainsi posée comme un réseau de différences. Elle s'habille d'un psychisme qui la sexualise pour la sauver d'elle-même, pour continuer à marquer de différences, la fonction traumatique du frayage. Entendons ainsi, dans les propos de Derrida, une fonction mnésico-psychique qui ne vise pas la remémoration ou même la réminiscence. La différence qu'elle cherche à opérer est aussi un travail d'association, par déplacement et condensation, d'éléments mortifères, pris dans une répétition qui, elle-même, est à la fois la marque et la genèse de l'écriture. S'il faut une trace écrite pour construire une mémoire, c'est-à-dire, un réseau différencié, il faut un psychisme pour y survivre.

CONCLUSION

En refusant de s'inscrire dans une conception localiste de la mémoire, Freud ouvre le champ à une conceptualisation plus complexe, qui ne se suffit plus du concept de mémoire tel qu'il est formalisé jusqu'alors. En établissant des concepts économiques, témoignant de l'importance des forces psychiques en jeu dans l'élaboration de la pensée, Freud transforme la mémoire en un vaste champ des contraires, où s'affrontent des exigences psychiques dont l'intensité témoigne du travail qu'elles doivent subir. Dans le monde onirique du rêve, mémoire et psychisme jouent le jeu de l'érotisme pour maintenir une fonction vivace se protégeant de l'entropie de l'un ou de l'autre. Finalement, mémoire et psychisme résistent à la mort, à la pulsion venant défaire toute forme signifiante pour se complaire dans une répétition traumatique qui marque à la fois son origine et son anéantissement. Derrida reprend les concepts de Freud mais les « parle » autrement. En y associant les caractéristiques de l'écriture, étendues dans leurs formes métaphoriques, il montre comment s'inscrit, dans une conception freudienne de la mémoire, un rapport au scriptural qui se métabolise dans le concept originel de « frayage ».

Conclusion générale et problématisation

Pour permettre une perspective thérapeutique dans les cas de « malades d'Alzheimer », il convient de s'extraire des perspectives d'incurabilité qui enferment la maladie dans un déterminisme diagnostique. Réa et Caron nous rappellent à juste titre que le psychopathologique, la plupart du temps, est étudié comme le second plan de la maladie (Rea & Caron, 2011). La culture médicale tend en effet à n'envisager de perspectives psychothérapeutiques qu'en l'absence de troubles corticaux observables via les technosciences dont elle dispose. Les progrès thérapeutiques resteraient ainsi cantonnés dans les limites du curable et de l'incurable déterminées à l'avance par le diagnostic (Rea & Caron, 2011). La maladie d'Alzheimer est, nous semble-t-il, un exemple éclatant d'un réductionnisme diagnostique sur des considérations neurologiques dont la cohérence théorico-clinique reste encore à élaborer (Giannakopoulos et al., 2003). Mais plus encore, en associant la maladie d'Alzheimer au vieillissement, c'est tout un pan de la population qui se trouve confronté à un incurable redoutable qui prend le visage de la folie. C'est même toute une approche existentielle de la continuité de la vie et du vieillissement qui s'inscrit dans une forme entropique profondément anxiogène, l'évolution de la maladie d'Alzheimer s'apparentant à un figeage de l'humain dans un processus physiologique déficitaire (Rea & Caron, 2011).

Doit-on, pour autant, faire le procès des sciences neurologiques jugées responsables d'un pessimisme qui nous rendrait aveugles aux expressions démentielles qui cherchent à être entendues ? Ne serait-ce pas, ici, autre chose qu'une forme de diffamation à l'égard du corps de science qui, pendant près d'un siècle, a cherché à comprendre les fonctions de la sénilité et de la dégénérescence dans un contexte socio-historique peu enclin à entendre les problématiques de la vieillesse ? Doit-on, dans le même ordre d'idées, faire le procès d'une psychanalyse excluant explicitement et pour des motifs assez faibles le sujet âgé de sa prise en charge ? Non, car au regard de la sociologie, un tel pessimisme théorique ne peut que s'appuyer sur des formes idéologiques plus larges inscrites dans des systèmes socio-économiques qui le structurent.

L'histoire de la vieillesse, bien que peu étudiée, nous apporte des éléments pertinents pour déconstruire des bases théoriques partant de représentations historiquement situées. L'exemple le plus flagrant étant probablement le vécu d'humiliation associé à la vieillesse qui, loin d'une forme essentialisée d'une rencontre avec la laideur du corps vieillissant, s'apparente à des formes idéologiques déjà très anciennes s'inscrivant dans des luttes politiques intergénérationnelles (Bois, 1989). Nous avons vu également que le vieillissement global de la population, considéré comme grande problématique de notre temps et faisant, par extension, de la vieillesse un problème à résoudre, possède des bases sociologiques structurées par l'industrialisation et l'urbanisation à marche forcée des deux siècles derniers qui tendent à structurer l'isolement des plus âgés (Bois, 1989). La représentation d'une « charge » sociale des personnes vieillissantes n'est donc pas à associer forcément aux caractéristiques même de la vieillesse, mais bien aux structures d'un système socio-économique qui ne parvient pas à inclure dans son modèle le statut de « retraité » autrement que comme une autre forme du « problème » des « inactifs ».

L'histoire de la maladie d'Alzheimer, saisie récemment par la sociologie, nous montre très clairement comment le lien opéré avec la vieillesse s'inscrit dans des exigences sociétales et politiques très précises qui tentent de formaliser un modèle gérontologique cohérent (Ngatcha-Ribert, 2012). Elle montre également l'intérêt du diagnostic de maladie d'Alzheimer dans la neutralisation des caractéristiques, notamment cognitives, de la vieillesse par des formes pathologiques qui s'en rapprochent. Ainsi, la maladie d'Alzheimer soulève davantage de problématiques sociales que de problématiques médicales notamment en termes de citoyenneté et d'hébergement (Villez, 2023). Par-là, la sociologie rend explicite et travaille un phénomène de société qui, jusqu'alors, était tenu par la seule main médicale. En déconstruisant certains amalgames aux motivations socio-économiques évidentes, elle propose des modèles institutionnels qui s'inscrivent dans une approche plus proximale vis-à-vis des phénomènes cliniques qui y opèrent (Villez, 2023).

Les éléments ainsi développés dans ces deux premières parties nous ont permis d'appréhender la littérature, dite, de la « psychanalyse du vieillissement » en nous prévenant d'un regard trop essentialisant sur les thématiques, les concepts et les mécaniques ainsi théorisées. Nous avons vu que le champ freudien, y compris chez Ferenczi (1919) et Balint (2005), ne parvient pas à s'extraire de représentations consensuelles de la vieillesse qui, particulièrement à l'époque, était gage d'humiliation et portait en elle, par nature, des éléments psychiques morbides d'une sexualité débridée. Abraham (1920), en revanche, en s'éloignant

des considérations histopathologiques comme « principe de réalité », parvient à se défaire de telles représentations et à accueillir, dans le cadre de sa pratique, des sujets d'une soixantaine d'années. Balier (1976) formulera la première véritable étude de la démence s'appuyant sur une pratique clinique auprès de sujets très âgés et atteints par la maladie d'Alzheimer. Il posera les jalons, à partir d'une étude des phénomènes de régression narcissique, d'une psychanalyse spécifiquement associée aux problématiques du vieillissement. Dans son sillage, vont se ramifier deux formes d'interprétations des phénomènes régressifs tantôt considérés comme l'effet conjoint de deux principes d'autodestruction (pulsion de mort et dégénérescence neurofibrillaire), tantôt comme l'intériorisation d'un vécu d'humiliation dans le rapport à l'objet. Ces travaux montrent ainsi qu'une étude psychologique des effets de la démence est possible et nécessaire pour comprendre ce qui agit les comportements observés. Mieux, ils remettent en cause la position de secondarité des fonctions psychologiques par rapport aux fonctions neurologiques. Sur cette question, ils se distinguent à nouveau. Si l'une des approches cherche, en effet, à exprimer psychanalytiquement les conclusions de la neurologie sur l'apoptose (Péruchon, 2013), l'autre approche vise à intégrer la fonction somatique de la démence dans une définition plus large du corps qui correspond à la théorie psychanalytique. Chez Ploton (2009), l'utilisation d'une des figures emblématiques de la psychanalyse, à savoir l'hystérie, permet d'établir une approche somato-psychique de la démence, où la lésion corticale n'agit pas sur les fonctions psychiques en elles-mêmes mais bien sur l'appropriation sensorielle du monde environnant.

Á l'étude de cette littérature, et au regard de son inscription dans des phénomènes sociologiques plus larges, s'est posée la question de la mémoire, concept central dans la naissance et le développement de la psychanalyse ainsi que dans les questions liées au vieillissement. Nous avons pu reprendre une lecture du corpus freudien en mettant en lumière la façon dont l'appareil psychique naît à partir d'une définition particulière de la mémoire qui ne se suffit plus à elle-même. Nous avons vu également comment ce même corpus intègre, voire fusionne la mémoire dans les instances psychiques nouvellement formulées à partir du concept plus large d'inconscient. La reprise des théories de Freud par Derrida nous a permis de repenser le concept de mémoire dans une métaphore de l'écriture qui nous permet d'ouvrir cette notion vers une dimension symbolique élargissant le cadre de ce qui peut être entendu par « mémoire ».

Cette revue de la littérature nous a ainsi permis de poser le cadre sur lequel nous allons proposer des perspectives d'approches cliniques des sujets souffrant d'une maladie

d'Alzheimer. Par une définition de la mémoire qui s'entend comme forme d'extériorité, de trace et de fonction scripturale de la psyché, nous nous permettons ainsi de formuler les questionnements qui vont traverser notre recherche :

- A partir des concepts ainsi définis comment appréhender la notion de « trouble de mémoire » ?
- Comment, dès lors, entendre la dimension subjective qui structure une parole jugée troublée ?
- De quelle manière, ainsi, l'approche de sujets souffrant d'une maladie d'Alzheimer nous invite à repenser la notion même de mémoire ?

Dans le prolongement de ces questions, nous proposons ainsi de mettre à l'étude de la clinique la problématique suivante :

Dans quelle mesure la rencontre avec « la mémoire » des sujets souffrant d'un syndrome démentiel de type Alzheimer nous invite à repenser notre posture clinique ?

Pour répondre à cette question dans le cadre de notre approche théorico-clinique, il est essentiel, dans un premier temps, de présenter de manière rigoureuse la méthodologie de notre dispositif de recherche. C'est à cela que sera dédiée la section suivante.

Méthodologie de recherche

« J'estime que l'on ne doit pas faire de théories – elles doivent tomber à l'improviste dans votre maison, comme des hôtes qu'on n'avait pas invités, alors qu'on est occupé à l'examen des détails. »

(Freud : Lettres à Ferenczi)

INTRODUCTION

Cette recherche s'inscrit dans le mouvement de la psychanalyse à la fois par la pratique clinique dont elle est issue et par la manière dont elle construit son objet d'étude. Elle propose une posture de clinicien/chercheur originale qui met en valeur le cas clinique comme élément de scientificité et matériel de théorisation. Pour approcher notre mode de conceptualisation, nous décrirons, dans un premier temps, le lieu d'exercice dans lequel s'élabore la recherche. Nous verrons ensuite les supports cliniques sur lesquels elle repose puis les fondements épistémiques dont elle est issue. Nous avons choisi pour cela d'étudier trois auteurs particuliers, à savoir Freud, Winnicott et Bion qui, nous semble-t-il, élaborent une théorisation qui prend racine dans la clinique et la pratique de la psychanalyse. Nous pensons, en effet, que cet ancrage clinique leur a permis de remodeler leur approche analytique et, ce faisant, de transformer la psychanalyse dans son épistémologie même. Nous évoquerons ensuite la démarche clinique qui soutient notre modèle de recherche, puis nous exposerons la méthodologie du recueil et de l'analyse des données cliniques. Nous terminerons cette partie méthodologique par une description de notre méthode d'écriture de cas et le cadre éthique et déontologique dans lequel elle s'inscrit.

I. LIEU D'EXERCICE

I.1 HISTORIQUE

Notre recherche se base sur notre lieu d'exercice clinique. L'établissement dans lequel s'inscrit notre travail a été construit il y a une trentaine d'années, initialement sous la forme d'une maison de retraite, avec pour ambition de concilier prestations hôtelières et projet gérontologique. L'évolution des besoins, l'allongement de la durée de séjour, le vieillissement de la population ainsi que la complexification des pathologies ont progressivement conduit à une adaptation des services proposés. Au fil du temps, la structure a connu plusieurs rachats et fusions, intégrant successivement des groupes financiers de plus en plus importants. En 2010, l'établissement signe une convention tripartite avec le conseil général et la direction des affaires

sanitaires et sociales. En leur qualité d'autorités de tutelle, ces instances définissent alors les conditions de fonctionnement de l'établissement sur les plans financiers et organisationnels. Dès lors, la maison de retraite, historiquement ancrée dans une logique hôtelière, devient un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Par cette convention, l'établissement s'engage à offrir un accompagnement global : soins, hébergement, restauration, animation sociale, tout en veillant à préserver l'autonomie physique, psychique et sociale des résidents, dans le respect de la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.

I.2 ARCHITECTURE

La résidence est située au cœur d'un centre-ville très animé. Elle possède cent sept lits dans un immeuble de trois étages. Un grand salon avec une estrade et un bar accolé à un patio occupent le rez-de-chaussée. C'est le lieu de convivialité où se regroupent les visites et les animations. Les bureaux administratifs sont également installés au salon. Au bout d'un petit couloir se trouve le restaurant, assez spacieux, qui donne sur le second patio. Ce même patio communique avec un accueil de jour de douze places qui accueille les résidents les plus agités et les plus lourdement atteints sur le plan cognitif. Autrefois construite comme unité fermée, cet espace a fait l'objet d'un projet d'établissement et se veut désormais un lieu ouvert en lien avec les animations du salon. Les résidents qui y sont accueillis sont les mêmes qu'à l'époque de l'unité fermée, mais peuvent désormais circuler librement au sein de la résidence et bénéficier d'un accompagnement soignant rapproché. C'est également un espace de déploiement et d'expérimentation des thérapies non médicamenteuses.

Les trois étages possèdent chacun leurs spécificités cliniques. Le premier étage est réservé aux résidents les plus agités, et souvent, lourdement marqués par des symptômes démentiels. Le deuxième étage est destiné aux résidents qui présentent des troubles cognitifs « moyens », c'est-à-dire un état de désorientation sans agitation. Le troisième étage est destiné aux résidents fortement handicapés sur le plan moteur. Globalement, ces trois dernières années, l'établissement s'est transformé à mesure qu'émergeait une demande de plus en plus pressante d'accueil de personnes sujettes à des troubles d'ordre démentiel. Peu à peu, la dimension gérontopsychiatrique s'y est imposée et a redéfini l'orientation thérapeutique et l'organisation de l'établissement.

La grande majorité des résidents passent leur journée au salon ou à l'accueil de jour. Le rez-de-chaussée est ainsi bondé de monde dans la journée et les étages assez calmes.

I.3 ENCADREMENT PROFESSIONNEL

L'encadrement de la résidence se découpe entre activités administratives et activités médicales. Le rez-de-chaussée accueille le directeur, l'animatrice, le responsable relation famille,[63] la secrétaire et les ressources humaines. Le premier étage accueille le médecin coordinateur (60%), le psychologue (80%), l'IDEC, la cadre de santé et le responsable hôtellerie. La prise en charge paramédicale est assurée par des intervenants libéraux en kinésithérapie et orthophonie. Un groupe « réminiscence », de type « atelier mémoire », est assuré de manière hebdomadaire par des orthophonistes libérales. De la même manière, un groupe de « gym douce » est assuré par un kinésithérapeute.

Le psychologue de l'établissement assure les suivis individuels, accueille les familles ou le personnel en souffrance et est à même d'éclairer les équipes sur les problématiques psychiques rencontrées. Il fait partie intégrante des politiques de soin en apportant son expertise sur des problématiques cliniques ou institutionnelles particulières. Il doit en outre réaliser les tests neurocognitifs et neurocomportementaux élémentaires. Le psychologue est également pilote des « projets personnalisés » et des « thérapies non médicamenteuses » et veille à leur développement, leur pertinence et leur pérennité dans le temps. Enfin, il doit réaliser plusieurs formations à destination des soignants concernant des thématiques d'ordre psychologique et éthique.

63 Á la frontière entre social et commercial, il est en charge de valoriser l'établissement auprès des prestataires et d'organiser le parcours administratif des futurs entrants. C'est aussi l'interlocuteur privilégié avec les proches du résident.

II. SUPPORTS CLINIQUES DE LA RECHERCHE

II.1 TYPOLOGIE DES RESIDENTS

La très grande majorité des résidents présents dans l'établissement souffrent de troubles cognitifs assez évolués dont la désorientation, pour la plupart, est au premier plan. L'établissement est également particulièrement marqué par des résidents agités, voire très agités et parfois agressifs. L'agitation, l'agressivité et la désinhibition sont les problématiques majeures des politiques de soins qui y sont engagées. Ces comportements correspondent assez bien à l'ambiance de la résidence qui se veut très animée, festive, bruyante et énergique. Le travail à l'accueil de jour, surtout, correspond à des mesures de canalisation, les résidents qui y sont présents se montrent prolixes dans ce qu'ils expriment et les activités qui leur sont proposées expriment un matériel clinique riche.

II.2 DEMANDE DE SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Les demandes de suivis psychologiques sont plurielles et s'inscrivent dans une vie institutionnelle marquée par la pluridisciplinarité. Souvent, c'est lors des réunions d'équipe que le psychologue décide, à partir des éléments cliniques fournis par les soignants, de rencontrer un résident. Parfois, la demande vient directement d'un soignant ou d'un proche du résident. D'autres fois encore, la rencontre avec un résident émerge spontanément dans des situations de crise, des rencontres fortuites ou des activités de groupe. Rares sont les résidents qui formulent une demande explicite de suivi psychologique.

II.3 TERMINOLOGIE

Nous avons pu voir, dans notre partie théorique, les difficultés terminologiques qui entourent le champ de la maladie d'Alzheimer. Dans l'élaboration du cadre de notre recherche, il s'agit donc de spécifier les mots qui seront utilisés pour désigner les troubles dont souffrent les résidents que nous rencontrons. Le terme de démence, souvent utilisé dans le champ de la psychanalyse du vieillissement, nous apparaît comme un terme trop étroitement lié à la dimension de la personnalité. Il nous est difficile, en effet, de parler d'une structure de

personnalité « démente » dans le cadre d'une affection largement décrite comme d'étiologie neuroanatomique. Qui plus est, le terme de démence, issu du latin *dementia,* se traduit littéralement par « sans esprit » et renvoie ainsi à une définition très éloignée de la réalité clinique. Le terme de « maladie d'Alzheimer », plus courant, s'il tend à mettre une distance entre le sujet et les troubles dont il souffre, ne correspond pas non plus à notre champ d'étude. Comme nous l'avons vu, le spectre de la maladie d'Alzheimer regroupe un univers sémiologique large et assez flou. Or les participants à cette étude présentent tous un fonctionnement délirant construit sur un mode confusionnel et un comportement qui se rapproche de l'étiologie de la démence. Le terme de maladie d'Alzheimer est ainsi trop générique et pas assez spécifié. Il en va de même pour l'expression « troubles cognitifs » qui écarte les spécificités à la fois de la démence et de la maladie d'Alzheimer.

Nous choisirons ainsi l'appellation de *syndrome démentiel de type Alzheimer* qui, malgré sa longueur, nous semble le seul capable de décrire une forme de décompensation démentielle sur un diagnostic initial de maladie d'Alzheimer. L'utilisation du terme « syndrome » nous permet également de nous extirper d'une dimension trop essentialiste.

II.4 PARTICIPANTS

Notre étude s'appuie sur trois résidents présentant un syndrome démentiel de type Alzheimer ayant bénéficié d'un suivi psychologique d'une durée allant d'un an et demi à deux ans. Le contexte de chacun des participants est singulier :

- Jeanne : La rencontre s'effectue à la demande directe d'une soignante alors que la résidente semble en détresse psychologique depuis son entrée récente. Jeanne souffre d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée deux ans avant le début du suivi qui affecte surtout ses capacités mnésiques et langagières. Son entrée s'est effectuée en urgence à la demande de ses enfants. Le suivi avec Jeanne durera deux ans à raison d'un entretien par semaine dans la chambre de la résidente.
- Huguette : Le suivi avec Huguette commence à la suite d'un bilan psychologique d'entrée qui met en avant des difficultés psychologiques. Elle souffre d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée tardivement, deux mois avant son entrée dans la résidence, et qui affecte ses capacités mnésiques, notamment la mémoire à long terme. Son entrée s'est effectuée en même temps que celle de son frère et à la

demande de celui-ci. Le suivi psychologique démarrera dès son entrée et durera un an et demi à raison d'un entretien par semaine dans la chambre de la résidente.

- Aude : La rencontre avec Aude s'effectue à l'occasion d'une violente agitation qui nécessitait une intervention en urgence. La résidente souffre d'une maladie d'Alzheimer très avancée, diagnostiquée trois ans avant le début du suivi, et qui exprime un état délirant et agité sévère. C'est une des résidentes de l'accueil de jour. Au moment de la rencontre, cela fait deux ans qu'elle habite la résidence sur demande initiale de sa fille et tutrice légale. Le suivi psychologique durera deux ans, à raison de deux entretiens par semaine, soit dans sa chambre, soit à l'accueil de jour, soit en déambulation dans la résidence.

III. FONDEMENTS EPISTEMOLOGIQUES : CONSTRUIRE UNE RECHERCHE EN PSYCHANALYSE

Après cette brève présentation du contexte dans lequel s'inscrit la recherche, voyons à présent ce qui en constitue ses assises épistémologiques.

III.1 L'EPISTEMOLOGIE FREUDIENNE

Lorsque Freud investit le champ de l'aphasie en y exprimant une nouvelle approche des fonctions mnésiques (Freud, 1891), les possibilités d'étude de la mémoire qu'il inaugure vont l'amener dans une direction épistémique nouvelle qui nécessite d'ouvrir le champ vers une dimension psychique plus large. La critique qu'il formule à l'égard des auteurs de l'époque est inspirée de son propre travail auprès de patients aphasiques. La clinique lui permet ainsi, non seulement, de reconsidérer le concept de mémoire, mais également de modifier sa posture de clinicien. Car ce n'est plus l'étude du cerveau en tant que telle qui est mise à l'honneur, mais plutôt l'étude des caractéristiques du langage et de son appropriation psychique. Cette nouvelle théorisation implique une approche épistémique nouvelle, dont elle est à la fois le résultat et la projection. Sont alors redéfinies dans le même temps la mémoire et l'étude de la mémoire. Cette façon de procéder, impulsée par Freud, sera le fer de lance de la psychanalyse, une approche mouvante, mise en tension par sa pratique clinique.

III.1.1 Un vitalisme conceptuel

Dès le début de son travail de recherche, lorsqu'il étudiait le système nerveux des écrevisses, Freud trouve le succès de ses découvertes scientifiques dans un remaniement perpétuel de ses méthodes d'observation (Assoun, 1990). Ses recherches se construisent par un agencement particulier des moyens techniques et par l'expérimentation des outils dont il dispose, appliquant par-là les conceptions de Bachelard sur la phénoménotechnique : cerner une question, c'est d'abord formuler la technique qui permet son investigation (Bachelard, 1953). L'évolution des moyens techniques, c'est-à-dire des prothèses qui entourent et structurent le travail de pensée du chercheur et clinicien, contextualise une formalisation des théories freudiennes. Freud débute son travail à l'époque du microscope. La physique et la chimie de cette époque décortiquent, séparent, analysent pièce par pièce, agencent des catégories qui serviront d'outil à l'observation. Elles regardent en profondeur un élément donné pour en déterminer la forme globale. La chimie analytique, en plein essor à la fin du XIX^{ème} siècle, semble également fortement inspirer le travail de Freud, notamment dans son rapport au vivant et sa façon de concevoir ses outils d'investigation :

> *Cette branche des sciences de la nature alors naissante étudie la matière en la décomposant ainsi que ses transformations, voire les multiples combinaisons qui la constituent. L'objectif de la chimie analytique vise également à comprendre les phénomènes en jeu dans les processus et les techniques d'analyse afin de pouvoir sans cesse les améliorer.* (Caron, 2021, p. 28)

Ce rapport à la chimie analytique s'inscrit plus généralement dans la tradition physicaliste allemande du XIX^{ème} siècle qui cherche à étudier les sciences de l'esprit à partir des sciences de la nature. En 1842, Emile Dubois-Reymond promulgue le serment physicaliste qui vient expliciter le contexte de Freud : *« Seules les forces physiques et chimiques agissent dans l'organisme »* (Bois-Reymond, 1872, p. 23). Contexte qui encourage Freud à théoriser un appareil psychique construit pour aménager les flux et reflux de libido, de la même manière qu'Harvey, quelques siècles plus tôt, réagençait la manière de voir un corps en ajoutant dans les yeux des chercheurs, la question de la circulation du sang (Harvey et al., 1628). La théorie des forces, ainsi exposée par Dubois-Reymond, semble mettre en corps le modèle économique du XIX^{ème} siècle : l'âge d'or de la mécanique et de la révolution industrielle.

Freud, dans sa pratique, est ainsi confronté à des processus psychiques complexes qu'il cherchera à appréhender avec les concepts scientifiques du début du XX^{ème} siècle :

> *Freud, en sortant de son laboratoire, se heurte à la souffrance psychique, aux histoires de vie parfois taboues, aux souvenirs traumatiques refoulés et au corps pris en otage dans sa matérialité. Bien plus, la parole de ces malades dévoile des forces antagoniques, irrépressibles qui agissent à leur insu et contre leur volonté. Ces points de butée feront le lit de ses découvertes.* (Caron, 2021, p. 27)

Commence alors à se formaliser un système psychique vitaliste, dans la métaphore des sciences naturelles, qui met en tension des instances autonomes mais interdépendantes, qui communiquent par un flux d'énergie :

> *Il envisage cet appareil psychique comme une fonction et le définit, tout comme pourrait être défini l'appareil respiratoire ou digestif, à partir de l'énergie qui y circule et des services qu'il rend à l'organisme. (…) Il le modélisera en 1900 en empruntant à la physique ses termes et sa logique pour décrire l'énergie libre ou liée qui le traverse. En découlent l'idée de forces psychiques, de l'emploi constant de la notion de mécanismes et des innombrables métaphores hydrauliques et électriques qui traversent sa description des processus psychiques.* (Caron, 2021, p. 27)

L'approche métaphorique des sciences naturelles pour décrire les fonctions psychiques s'inscrit parfaitement dans le contexte intellectuel de Freud. En revanche, l'approche du patient qu'elle inspirera se voudra particulièrement novatrice.

III.1.2 Une science herméneutique originale

Á partir de sa théorie du rêve (Freud, 1900) qui se veut le prolongement de ses considérations sur la mémoire, Freud met en place un champ de recherche issu d'une pratique clinique qui porte son nom : la psychanalyse. Cette méthode thérapeutique semble une nécessité pour tenir ensemble l'immense champ théorico-clinique qu'ouvre le concept d'inconscient. La psychanalyse se construit alors dans une discrimination et une étude des motions pulsionnelles. Mais la question de la psychosynthèse éloigne la pensée freudienne de la chimie classique. La pulsion, en effet, selon Freud, a une tendance « naturelle » à synthétiser ce qui fut séparé (Freud, 1905) c'est ce qui la distingue des autres organismes vivants. L'analyse agit alors de déconstructions, de séparations et d'observations par le cheminement des affects et des représentations. La pratique de l'hypnose oriente Freud vers la dimension du rêve et le traitement des symptômes physiques et se centre alors sur l'observation des agencements

symboliques qui en font leur structure (Breuer, & Freud, 1895). L'étude des contenus du rêve redéfinit le mode d'appréhension du langage redécoupé en contenu manifeste et contenu latent. C'est cette latence qu'il s'agit d'observer dans ses intrications symboliques comme s'il s'agissait de mener une fouille à l'intérieur d'une chose en soi, un inconscient qui ne se laisse observer que quand il rêve : *« Le psychanalyste travaille comme l'archéologue qui met au jour une habitation détruite ou enfouie »* (Freud, 1915-1923, p. 127). Á nouveau, la recherche de cette cité enfouie de l'inconscient apparaît dans le principe technique qui l'explore. L'herméneutique devient alors, à la fois, ce qui permet de poser la question de l'inconscient, de le faire exister dans le champ de la recherche, et à la fois la méthode privilégiée de son exploration sur le terrain clinique : *« Les symptômes sont pour ainsi dire les langues étrangères dans lesquelles le malade parle de ses conflits inconscients »* (Freud, 1915-1923, p. 127). Cette langue étrangère implique ainsi un principe de transduction, à l'image de la pulsion, dont la psychanalyse cherche à fournir la méthode : *« Un rêve est un rébus dont les mots et les images doivent être traduits un par un dans un autre langage »* (Freud, 1900, p. 223). Cet « autre langage » n'est pas défini par quelques principes normatifs, et c'est là toute la richesse herméneutique de la psychanalyse, il ne s'agit pas d'interpréter à partir d'un modèle sémantique fourni par la théorie. Il s'agit de créer avec l'analysant cet « autre langage » par lequel il pourra traduire les éléments latents qui le traversent. La psychanalyse vise ainsi à théoriser une phénoménotechnique de l'inconscient qui permet aux protagonistes de l'analyse, d'en explorer le contenu subjectif. En somme, c'est une herméneutique de la traduction dont le fondement agnosticiste typique de la pensée freudienne apporte sa valeur à l'interprétation. La technique de l'interprétation cherche à mettre en lien des images et trahir la chose en concept, pas à traduire le langage inconscient en une langue consensuelle à partir d'une grille d'analyse préétablie. L'interprétation devient l'outil scientifique d'un cheminement ontologique, d'une découverte d'un soi en latence.

La littérature psychanalytique cherche à se construire sur le mode de la pulsion dans la synthèse des « formations de l'inconscient ». C'est par ses propres concepts qu'elle s'analyse et se développe, chaque concept psychanalytique est ainsi la perspective d'une refonte épistémique qui parcourt toute l'œuvre de Freud.

III.1.3 D'une performativité par le langage

La psychanalyse engage ainsi une posture de chercheur-clinicien particulière dont le travail d'interprétation des contenus inconscients vise à l'apaisement des symptômes, forme morbide

de transduction des motions pulsionnelles. Mais ce n'est pas par simple conscientisation, ou connaissance de soi, que ce travail opère. La psychanalyse vise davantage la performativité des motions pulsionnelles par le langage (Freud, 1900). C'est en cela que la dimension temporelle joue un rôle majeur notamment dans l'ordre des signifiants qui s'enchaînent les uns les autres (Connes & Gauthier-Lafaye, 2022). La psychanalyse est une méthode qui cherche à mettre en langage ce qui « fait corps », et l'interprétation se veut alors un « dire pour faire » dont les ressorts sémantiques doivent trouver une inscription affective manifeste. Cette façon de procéder s'appuie sur une opposition à la mécanique du rêve, qui cherche à dissocier l'affect et la représentation dont la poussée pulsionnelle porte en elle un symbolisme interdit. Le langage qui émerge dans l'analyse est ainsi une ébauche de l'acte.

Ainsi, la psychanalyse ne se réduit jamais à l'étude et l'analyse d'un discours et de sa compréhension ou de son interprétation, l'objectif est bien plutôt de l'entendre comme performatif, c'est-à-dire comme la possibilité d'une mise en acte des motions pulsionnelles par le discours. Elle cherche le discours qui contient l'acte qui le constitue, l'acte inaugural, interdit, imprimé d'une symbolique morbide qui perlabore les échanges dans l'analyse et cherche à se constituer une sémantique capable de supporter son existence. Le langage en psychanalyse est ainsi performatif en ce sens qu'il porte en lui une poussée (*Trieb*) qui cherche ses voies d'expression.

III.1.4 Un praticien/chercheur pluriel

Cet état de fait, inspiré de la pulsion, enseigne une posture inédite orientée par ce que Freud nomme la métapsychologie. Assoun nous décrit ainsi cette posture :

> *Le chercheur en psychanalyse est un investigateur/enquêteur et Freud aura créé une prodigieuse « agence de recherche », dès lors qu'il a dégagé « l'hypothèse de l'inconscient ». Hypothèse qui vient rompre avec toute métaphysique et même psychologie de l'Inconscient et requiert une théorie inédite, nommée « métapsychologie ».* (Assoun, 2004, p. 47)

Cette métapsychologie se base sur trois grands axes d'observation associés à ses propres découvertes[64] : topique (anatomie, séparation des « corps ») ; dynamique (chimie : théorie des forces) ; économique (physique : échange de libido entre les « corps »). L'interprétation est

64 Ibid.

alors l'outil d'analyse qui permet d'approcher au plus près de l'indissoluble mariage du langage et de ses objets.

Á nouveau, l'objet de recherche cadre la recherche elle-même, et la méthodologie de recherche est ainsi associée à une posture de chercheur directement issue de la métapsychologie ainsi théorisée. Freud ira même définir le caractère du « métapsychologue » : *« Le tempérament de chercheur a besoin de deux qualités fondamentales : sanguin dans l'essai, critique dans le travail »* (Freud & Jung, 1992, p. 284), suivant ainsi les mouvements psychiques tels que décrits par la psychanalyse : « *Point de recherche sans Trieb, ce mouvement de poussée pulsionnelle ; pas de recherche non plus sans ce retour sur soi du Trieb »* (Assoun, 2004, p. 47). Il ne s'agit pas d'établir une méthodologie « froide » d'observation clinique processuelle et standardisée, au contraire, le « métapsychologue » doit saisir ces instances pulsionnelles qui émergent dans la relation qu'il entretient avec son objet de recherche. C'est dans l'après-coup de l'action qu'il reprend à son compte une rigueur scientifique qui définit l'expérience qu'il fait de sa pratique :

> *Sans travail, c'est un dilettante ou un « original » au sens douteux du terme ; sans audace, ce n'est qu'un tâcheron. (…) En épure métapsychologique, cela noue le « moi » du chercheur, entre le ça (sanguin) et le surmoi (critique) : c'est dire qu'il n'y a pas de « personnalité » du chercheur, mais une synthèse active et précaire entre ces deux mouvements.* (Assoun, 2004, p. 47)

C'est dans les allers et venues entre instances psychiques que s'élabore une méthodologie de la recherche par l'expérience du chercheur elle-même qui regroupe les deux temps de la pratique :

> *Il ne s'agit pas seulement de corriger ou de contrôler l'emportement, de passer sagement par « le temps de la réflexion », mais d'introduire une réflexivité au cœur et au vif de la pulsion de savoir. Sans cette pulsation du Fort, qui éloigne sans garantie de retour et ce Da, qui ramène à soi, dont « l'enfant à la bobine » figure l'inoubliable cinétique, il n'y aurait pas de dialectique de la recherche.* (Assoun, 2004, p. 49)

La dialectique ainsi exposée s'appuie sur son investigation par un système économique décrit par la psychanalyse. Le praticien/chercheur, par la posture même qu'il déploie et le cadre qu'il structure avec son patient, est déjà pluriel par les instances psychiques qui président à son organisation. La recherche en psychanalyse dépasse ainsi largement la seule pensée du chercheur et se développe dans des mécaniques psychiques inconscientes qui s'expriment et se formalisent au sein de l'espace thérapeutique lui-même.

III.1.5 Transformer par la clinique

Les conceptions freudiennes développent ainsi une appropriation théorico-clinique proche des conceptions de Bachelard, son contemporain, sans s'y référer explicitement. L'idée est de positionner le champ théorique au cœur de l'écoute analytique, élaborant ainsi les concepts comme des outils d'appropriation et d'interprétation du langage de celui qui parle. Ces concepts sont ainsi au service de la pratique et ne s'apparentent pas à une volonté universaliste ou une quête de vérité. La vérité en psychanalyse est celle de l'inconscient, lui-même tendon du désir du chercheur, qui oriente les pulsions vers un but précis. La neutralité de l'analyste n'est qu'un manque à atteindre car toute observation, dit Bachelard, demande un regard structuré : *« On ne peut rien fonder sur l'observation seule, car toute observation est déjà une interprétation, et toute interprétation suppose une philosophie »* (Bachelard, 1953, p. 21). Mais la particularité de cette performativité du concept en psychanalyse réside dans sa genèse. Comme nous le rappelle Poulichet, le concept s'obtient, en effet, par l'intégration d'une expérience clinique que le chercheur cherche à mettre en tension, dans la même logique des tensions psychiques qui permettent de travailler avec les résistances du patient : « *Le travail théorique est déjà cette pensée en mouvement, en transformation, qui permet d'entendre le dire au-delà du dit et d'accueillir au présent la singularité de l'événement psychique »* (Poulichet, 2004, p. 72). De ce fait il se veut vivant, inscrit dans le vitalisme des concepts psychanalytiques, et toujours en mouvement par la façon dont l'expérience clinique agit son économie psychique : « *Ce travail théorique ne représente donc pas un savoir constitué et figé en une « grille d'interprétation », il serait bien plutôt mis en mouvement par l'expérience clinique elle-même qui lui donne son essor, son relief et son sens »* (Poulichet, 2004, p. 72). Des dires de Freud, les concepts développés se réduisent à des leviers permettant d'ouvrir le champ de l'observation. Á ce titre, ils se gardent de toutes formes idéologiques venant abattre sur la clinique des formes calquées de spéculations stériles, car ils sont aisément interchangeables, voire remplaçables :

> *Pourtant voilà précisément, à mon avis, la différence entre une pratique spéculative et une science bâtie sur l'interprétation de l'empirie. La dernière n'enviera pas à la spéculation le privilège d'un fondement tiré au cordeau, logiquement irréprochable, mais se contentera volontiers de conceptions fondamentales nébuleuses, évanescentes, à peine représentables, qu'elle espère pouvoir saisir plus clairement au fil de son développement et qu'elle est prête aussi à échanger éventuellement contre d'autres. C'est que ces idées ne sont pas le fondement de la science, sur lequel tout repose : ce fondement, au contraire,*

> *c'est l'observation seule. Ces idées ne constitueront pas les fondations mais le faîte de tout l'édifice, et peuvent sans dommage être remplacées et enlevées.* (Freud, 1914-197, p. 85)

La psychanalyse n'est donc pas attachée à ses concepts, elle se définit davantage comme une architecture de l'observation que comme un champ théorique vérifiable. La vérification n'est, en effet, pas le cœur du travail. Elle n'est pas non plus recherche empirique, venant construire peu à peu un système conceptuel se rapprochant d'un objet qui viendrait signifier une forme de réalité. Elle est système signifiant, venant agglomérer et mettre en tension des concepts dont « l'économie théorique » vise à construire et déconstruire l'écoute du praticien.

La psychanalyse, comme l'évoque Poulichet, s'inscrit ainsi davantage dans une recherche temporalisée que dans une recherche située, poursuivant la logique même de sa théorie économique de la mémoire dont le moteur de la pratique réside dans la mécanique du refoulement :

> *Toute avancée modifiant ce qui la précède, c'est bien dans un temps réversif que s'écrit la recherche psychanalytique, redoublant ainsi la temporalité propre à la cure analytique, où un événement mutatif (telle une interprétation) ne constitue pas un « acquis » mais plutôt un avènement qui ouvre « un autre champ » recomposant ce qui l'a précédé.* (Poulichet, 2004, p. 76)

Cet état de fait implique une vigilance accrue contre toute forme idéologique qui viendrait barrer la fluidité libidinale de la recherche. Dans cette mesure, les concepts analytiques se veulent également systèmes de déconstruction, à la fois de la logique névrotique, et à la fois de son expression idéologique dans le champ théorique :

> *De plus, la recherche doit souvent, au préalable, déconstruire les préjugés qui ont fossilisé certaines notions, et elle se doit de dépouiller les théories de leur gangue idéologique en démontrant pourquoi et comment ces préjugés et cette gangue se sont historiquement constitués et défensivement imposés, dans le champ même de la littérature psychanalytique.* (Poulichet, 2004, p. 77)

Et ce n'est pas à partir d'une discipline stricte qu'elle élabore ce travail, ce qui renverrait à un principe moral qui jouerait contre son camp, mais à partir de cette méthodologie psychanalytique qui ne peut fonctionner qu'à partir, non pas d'une simple observation clinique, mais bien de son expérience elle-même :

> *Les théories psychanalytiques peuvent se trouver souvent menacées par la stérilisation, par le dogmatisme (…). Et c'est bien l'une des fonctions de la recherche en psychanalyse que de tenter d'éviter cet écueil. Mais c'est aussi parce qu'elle se construit autour d'expériences cliniques nécessairement singulières que cette recherche en psychanalyse a quelque chance de ne pas se laisser elle-même immobiliser.* (Poulichet, 2004, p. 78)

La théorie psychanalytique, pour fonctionner correctement, doit ainsi demeurer lacunaire, manquante, ouverte à l'imprévu, au doute et à l'incompréhension : *« Et si vous croyez avoir compris, vous avez sûrement tort »* disait Lacan (1953) aux prémices de son œuvre.

III.2 WINNICOTT EN « SQUIGGLE GAME »

Il peut sembler étrange de voir apparaître le nom de Winnicott dans l'élaboration épistémique d'une recherche. Ce dernier, en effet, ne s'intéressait pas véritablement à la nature épistémologique de ses travaux. Pour autant, les méthodes thérapeutiques qu'il a pu mettre en place peuvent être analysées comme des refontes épistémiques en elles-mêmes, ou du moins, comme l'expression d'une manière originale de penser la psychanalyse. C'est dans ce cadre-là que son travail intéresse notre propos et que nous en proposons une lecture épistémologique.

III.2.1 L'aire de jeu

Les méthodes que Winnicott utilise dans ses *Consultations thérapeutiques* (1979) tendent à radicaliser le rapport qu'entretient l'évaluation clinique avec la pratique clinique en elle-même. Winnicott cherche, effectivement, à remodeler la position d'observateur du clinicien et à l'amener à s'investir directement dans le matériel clinique qui supporte l'analyse :

> *En faisant ce travail que j'appelle « consultation thérapeutique », avec un enfant (ou un adulte d'ailleurs), il est nécessaire d'être capable de mettre à profit le temps limité et d'avoir des techniques prêtes – bien que souples.* (Winnicott, 1979, p. 251)

Il s'inspire ainsi de son travail thérapeutique auprès des enfants dont le jeu, depuis les travaux de Mélanie Klein (1973) notamment, en est le pivot. Winnicott, en effet, va développer par l'intermédiaire du jeu, une reformulation de la pratique clinique et par extension, de sa façon d'interpréter le matériel clinique qui se présente à l'entretien :

> *Quelle que soit la technique que le praticien doit être prêt à utiliser, la base est le jeu. Ailleurs, j'ai pu établir que, selon moi, soit la psychothérapie se déploie au chevauchement de deux aires de jeu (celle du patient et celle du thérapeute), soit le traitement doit se consacrer à rendre l'enfant capable de jouer – ce qui signifie d'avoir raison de croire aux ressources de l'environnement. On doit présumer que le thérapeute sait jouer, et sait prendre du plaisir à jouer.* (Winnicott, 1979, p. 252)

Le déploiement de ces aires de jeu tend à lisser la position observant/observé que laisse entendre l'herméneutique freudienne en proposant une co-construction, dans l'entretien, d'éléments de symbolisation. Il investit une part de ses représentations pour communiquer avec les éléments fantasmatiques de l'enfant, qui restent l'objectif de la thérapie. Il en est de même selon lui, dans le cadre diagnostique.

III.2.2 Le Squiggle game

C'est dans ce cadre qu'il développera un jeu, le *Squiggle*, qui selon nous exprime pleinement la position clinique qu'il cherche à adopter. Si ce jeu ne fait pas l'objet de nos propres médiations, nous pensons utile de le développer ici comme élément fondamental de la démarche de Winnicott qui s'inscrit, selon nous, dans une position de créativité et de spontanéité qui pourrait être au cœur de la posture d'un clinicien-chercheur orienté par la psychanalyse :

> *Au moment approprié, après l'arrivée du patient, le plus souvent après avoir demandé au parent d'aller dans la salle d'attente, je dis à l'enfant : « Jouons à quelque chose. Je sais à quoi je voudrais jouer et je vais te montrer. » Il y a une table entre l'enfant et moi, avec du papier et deux crayons. Tout d'abord je prends des feuilles de papier et je les déchire en deux, donnant ainsi l'impression que ce que nous allons faire n'est pas vraiment important ; puis je commence à expliquer. Je dis : « Ce jeu auquel j'aime jouer n'a pas de règles. Je prends simplement mon crayon et je fais comme ça... », je ferme probablement mes yeux et fais un gribouillis à l'aveugle. Je continue avec mon explication : « Montre-moi si ça ressemble à quelque chose pour toi ou si tu peux en faire quelque chose, et après tu fais la même chose pour moi et je verrai si je peux faire*

> *quelque chose du tien. » Voilà tout en ce qui concerne la technique.* (Winnicott, 1979, p. 252)

Si Winnicott n'y voit d'abord qu'une forme moins cavalière d'approcher l'enfant que les méthodes de consultations classiques, le jeu du *Squiggle* témoigne, néanmoins, d'un long cheminement de pensée qui tend à utiliser les concepts de la psychanalyse pour étudier la scène thérapeutique elle-même. Cette scène possède les caractéristiques de la vie psychique et déploie devant elle un monde d'illusion, proche du rêve que le *Squiggle* cherche à formaliser :

> *Winnicott voyait là une façon d'atteindre le niveau du rêve, d'ouvrir un espace entre l'analyste et l'enfant favorisant des phénomènes transitionnels. Lorsque l'angoisse se manifestait, signalant la présence de l'énigme du symptôme, l'interprétation venait à point et permettait de lever le refoulement.* (Toesca, 2014, p. 54)

C'est à cet endroit qu'opère l'herméneutique comme forme de perlaboration, l'implication du thérapeute dans le jeu vise, chez Winnicott, à soutenir l'effort de formalisation des contenus psychiques du patient. L'objectif étant ainsi, non pas d'analyser les caractéristiques inconscientes du discours, mais bien de faire émerger dans la scène thérapeutique quelque chose de l'inconscient du patient :

> *Dans ce temps de coconstruction de l'objet, l'analyste oscille entre deux positions : l'une de maîtrise (il écoute) qui permet à l'enfant de déplier sa parole et l'autre de lâcher prise au moment d'associer et de traduire par un trait, une image. Il y a probablement quelque chose de particulier au moment où c'est au tour de l'analyste de tracer ; souvent l'enfant est immobile, dans l'attente. Des moments d'altérité et de temps morts se succèdent ainsi, à partir d'un gribouillis ou d'un gribouillage.* (Toesca, 2014, p. 58)

L'intervention du thérapeute, avec ses propres contenus psychiques, n'est donc pas entendue comme un risque de pollution du discours du patient, mais comme un soutien à l'effort de pensée de l'entretien lui-même.

III.3 FONDEMENTS DE L'EPISTEMOLOGIE BIONNIENNE

« La réponse est le malheur de la question. »

Maurice Blanchot

Si Winnicott semble expérimenter des méthodes qui rendent compte d'un mouvement épistémique dans le champ de la psychanalyse, il ne l'exprime jamais véritablement. Se contentant de comprendre les modalités d'interventions psychanalytiques auprès d'enfants, il ne semble pas s'engager dans une refonte épistémologique de la psychanalyse. Bion, en revanche, va véritablement chercher à comprendre la place de la psychanalyse dans le champ de la connaissance en soutenant sa pensée par les théories psychanalytiques qu'il déploie.

III.3.1 La transformation de l'expérience émotionnelle

L'œuvre de Bion est complexe car elle marque une certaine rupture avec les courants dominants de son époque et propose une approche interprétative inspirée des mathématiques algébriques. Son système théorique s'appuie sur l'abstraction d'une expérience émotionnelle vers un système idéationnel plus large (Bion, 1962). Selon la lecture d'Hochmann, c'est via cette façon d'abstraire sa pensée d'une expérience émotionnelle que la psychanalyse s'entend comme une activité scientifique :

> *L'expérience émotionnelle singulière, vécue communément pendant la cure par l'analyste et l'analysant, est à la fois l'objet et le moteur de la recherche psychanalytique. Elle doit, pour cela, passer de la sphère purement privée du ressenti individuel au domaine public et se traduire en expérience du « sens commun » (...). C'est cette démarche progressive qui autorise, selon Bion, la psychanalyse à revendiquer le qualificatif de scientifique.* (Hochmann, 2011, p. 871)

Pour réaliser cette transformation de l'expérience émotionnelle dans le champ de la recherche, l'épistémologie bionnienne s'appuie en grande partie sur les travaux de Bradley (1893) qui cherchent à décrire les deux univers constitutifs de la formation symbolique : d'une part l'univers des faits psychiques bruts, formes de réactions psychiques initiales à l'expérience sensorielle ; d'autre part, l'univers des « universaux », formes symboliques seules capables de

se lier entre elles dans une pensée (Bradley, 1893). L'expérience émotionnelle doit s'abstraire alors dans une forme symbolique pour exister en tant qu'élément assimilable :

> *Quand une représentation, une idée, entre dans un système logique d'explication – ce que Bion appelle, d'après Bradley, « un système idéationnel » –, elle cesse d'exister en tant que simple état d'esprit, que fait psychologique, elle se transforme en s'arrachant à tout le contexte sensible (à ce que Bion désignera par l'expression « pénombre d'associations »), elle entre dans ce système par son sens, elle devient symbolique, et c'est dans ce système seulement et par ce système qu'elle existe.* (Hochmann, 2011, p. 873)

Tel est selon Bion le chemin que propose l'interprétation psychanalytique, celui qui cherche à traduire en symbole les phénomènes psychiques qui émergent dans l'entretien. L'herméneutique bionnienne est ainsi un travail de « digestion » d'une expérience émotionnelle pour trahir le réel dans des formes symboliques plus propices à l'organisation de la pensée. Mais un tel travail de traduction, de sélection et de synthétisation d'éléments, par définition, en mal de symbolisation, suppose à la fois des qualités d'intuition particulières et un organe conceptuel structuré mais non aliénant.

III.3.2 Le selected fact

Bion définit alors le « fait sélectionné (*selected fact*) »,[65] élément choisi par l'analyste comme étant organisateur parmi le chaos des éléments projetés durant l'entretien. Le fait sélectionné : *« nous permet de voir d'un coup d'œil chacun des éléments et la place qu'il occupe dans l'ensemble. Ce fait nouveau est précieux par lui-même, mais lui seul donne de la valeur à tous les faits anciens qu'il relie »* (Bion, 1963, p. 56). L'interprétation ne vise donc pas la mise en lumière d'un contenu latent, mais s'apparente plutôt à une tentative de conceptualisation, de formalisation par la synthèse d'éléments diffus. Mais ce n'est pas tout. Car l'objectif reste celui de la poursuite du travail associatif et de l'exploration des processus inconscients. Le fait sélectionné ne peut donc pas se réduire à un élément fermé dans un système logique qui le signifierait, il est abstrait et vise l'abstraction :

> *Il compte donc par lui-même, mais, plus encore par les relations nouvelles qu'il crée entre tous les éléments qui l'entourent. Bion insiste beaucoup sur cette*

65 Parfois traduit en « fait choisi ». Le terme se rapproche très fortement du « fait nouveau » définit par Bradley.

> *double nature du « fait nouveau » (ou « sélectionné ») : c'est un fait et c'est en même temps un ensemble de relations, de « parentés insoupçonnées », dit Poincaré. Il est ainsi à l'origine d'une nouvelle configuration.* (Hochmann, 2011, p. 888)

C'est bien la dimension de la surprise dans les agencements idéationnels ainsi opérés qui ouvre le fait sélectionné à d'autres formes associatives.

Ainsi se traduit la structure herméneutique définie par Bion pour la psychanalyse. Elle décrit également la méthode d'investigation et de recherche dans le champ de la psychanalyse. Évidemment, une telle conception reste très réductrice de la complexité du matériel clinique. Plus encore, la psychanalyse ne peut se réduire à un modèle logique d'observation et de sélection d'éléments mnésiques. C'est à cet endroit que Bion, à partir de Bradley entre autres, ouvre son épistémè.

La recherche en psychanalyse se confronte effectivement à deux problèmes :

> *D'une part, la psychanalyse a pour objet le fonctionnement de l'esprit humain. Or, l'esprit humain, même s'il est prolongé par des outils de plus en plus sophistiqués, est l'instrument premier de toute recherche scientifique. Ici, il s'applique à lui-même et tente de trouver les lois de fonctionnement de l'instrument qui sert à élaborer ces lois.* (Hochmann, 2011, p. 885)

Le paradoxe ainsi institué nécessite d'ouvrir le champ de recherche à la façon de penser ce propre champ de recherche. Un travail réflexif qui n'entre pas forcément dans le champ expérimental au sens courant du terme : « *D'autre part, le point de départ de toute recherche psychanalytique est une expérience émotionnelle unique, privée »* (Hochmann, 2011, p. 885), qui, dans un cadre de recherche, doit rendre compte d'une dimension sociale, partageable voire généralisable. Comment concevoir la psychanalyse comme une approche scientifique de la psyché humaine si la neutralité s'apparente à une chimère et si l'expérience clinique se veut impossible à reproduire dans un autre contexte, avec un autre chercheur ou même, avec un autre patient ? Comment, en somme, théoriser un matériel exclusif à la relation clinique ?

C'est à cet endroit que le fait sélectionné prend chez Bion une tout autre envergure, non pas comme un élément choisi dans le discours du patient, mais comme un élément de la relation thérapeutique qui témoigne d'un phénomène plus large :

> *Grâce à son intuition, l'analyste peut saisir l'expérience émotionnelle de l'analysant. Il peut la partager et, à partir de sa propre expérience émotionnelle, chercher à la comprendre. La « conjonction constante d'éléments » que représente, au cours d'une analyse, la répétition de cette rencontre de deux expériences émotionnelles est (...) un fait observable analogue à tous les faits observés par les autres sciences.* (Hochmann, 2011, p. 887)

Le matériel propice à la recherche réside ainsi dans la répétition d'une expérience émotionnelle issue de la rencontre thérapeutique. Cette expérience comme « fait sélectionné » réside dans la rencontre des sensibilités de chacun des protagonistes, dont les matériaux psychiques « préconçus » joueront un rôle de résonance inconsciente. En revanche, l'action de l'analyste ne se réduit pas à une intuition sensible à son expérience émotionnelle, elle s'appuie évidemment, dans une logique associative, à l'image du fait sélectionné, visant à enrichir le champ symbolique :

> *Parmi l'ensemble des faits qui se présentent à lui, l'analyste, comme tout scientifique, sélectionne un fait particulier qui lui semble organisateur. Ce fait (...) n'est pas seulement important en lui-même, il est créateur de nouvelles relations entre les faits. En le sélectionnant, il transforme le partage sensible des deux expériences émotionnelles en une représentation de ce qui se passe globalement dans la séance, en une idée.* (Hochmann, 2011, p. 888)

Il retrouve ainsi la dynamique première de l'abstraction qui vise à synthétiser dans des symboles des contenus désorganisés, dont la tension psychique permet l'élaboration d'autres symboles :

> *Le fait sélectionné devient ainsi une première hypothèse : une interprétation. La formulation de cette hypothèse fait passer les deux expériences émotionnelles, celle de l'analysant et celle de l'analyste réagissant à l'analysant, d'un espace purement privé à un espace public, elle socialise l'expérience privée (la transpose, comme dit Bion, du narcissisme au socialisme).* (Hochmann, 2011, p. 889)

C'est ici qu'opère la transformation, à la fois moteur de l'analyse et moteur de la recherche en psychanalyse. La transformation du fait sélectionné en hypothèse tend ainsi à répondre aux difficultés structurales de la psychanalyse, elle permet le passage de l'intime au social et elle contient en elle la pensée de l'analyste, transformée, elle aussi, dans le champ intersubjectif de la rencontre clinique.

Cette transformation, qui opère par l'interprétation, doit ainsi dépasser la seule pensée de l'analyste et s'apparenter à un processus de « mentalisation » dans la relation, dont l'hypothèse en est le témoin sur le plan symbolique :

> *La tâche à laquelle l'analyste est confronté est d'amener l'intuition et le raisonnement à rendre compte d'une expérience émotionnelle entre deux personnes (l'analyste étant l'une d'entre elles) de manière à ce que l'analyste comme l'analysant élargissent leur compréhension de la réponse de l'analysant à la situation émotionnelle, à travers l'expérience concrète sur laquelle l'analyste attire l'attention par son interprétation.* (Bion, 1963, p. 67)

La valeur de l'interprétation ne réside donc pas dans sa véracité, ou dans la preuve de l'existence de tel ou tel phénomène psychique. Sa valeur réside dans la mécanique qu'elle induit pour la poursuite du traitement. Elle se fonde sur une relation clinique entre deux protagonistes : « *et sur leur capacité interne à relier les données de plusieurs sens relatives à un même objet « consensuel » »* (Hochmann, 2011, p. 880). Cet objet ainsi formalisé et altérisé constitue un objet d'étude à part entière qui fait lien entre intuition et raisonnement et constitue l'élément scientifique fondamental de la psychanalyse. Le croisement de ces objets dans le milieu de la recherche permet ainsi d'établir des hypothèses plus générales :

> *La publication (le passage du privé au public) d'abord limitée à l'espace de la cure s'ouvre sur la discussion avec les collègues et le public au sens large, le sens commun interne et intersubjectif sur un consensus plus général. Les interprétations s'organisent et prennent alors sens au sein d'un « système idéationnel » hiérarchisé.* (Hochmann, 2011, p. 890)

Le lien s'établit alors entre ce que Bion appelle un « système scientifique déductif », marqué par le croisement des théorisations, et l'expérience émotionnelle de la cure analytique. Par ce biais, la psychanalyse peut inclure les phénomènes pulsionnels au sein de sa démarche scientifique. L'importance accordée aux contenus inconscients du psychanalyste lui-même et la démarche intersubjective qui en découle permettent de s'éloigner des formes dogmatiques que l'économie pulsionnelle, refoulée dans une démarche scientifique, pourrait engager.

Bion sort du champ des sciences naturelles que Freud appelait de ses vœux, en proposant une épistémologie qui ne s'appuie pas sur une conception de la « nature humaine » et les liens herméneutiques qui peuvent s'opérer dans la cure psychanalytique. Elle ne cherche pas, pour le dire autrement, à théoriser une vérité de l'inconscient, à tendance universelle, qu'il s'agit de

découvrir en clinique et de prouver sur la scène scientifique. Il s'agit bien plutôt d'observer l'inconscient qui se dégage de la relation analytique et d'y *inférer*[66] des objets consensuels théorisables dont l'objectif vise à soutenir l'effort d'abstraction du patient. Nous pourrions dire que cette approche épistémique, sur le plan clinique, pose la question suivante : « qu'est-ce que cet objet veut dire de votre histoire ? », et sur le plan scientifique : « qu'est-ce que cet objet veut dire de la psychanalyse ? »

IV. LA DEMARCHE CLINIQUE

IV.1 L'ENTRETIEN CLINIQUE EN PSYCHANALYSE

Les entretiens cliniques réalisés pour cette recherche s'inspirent du cadre et de la posture analytique. Ce cadre analytique prend son fondement dans ce que Freud appelle la *règle fondamentale* qu'est l'association libre. Il s'agit de communiquer à l'analyste tout ce qui lui vient à l'esprit : *« en renonçant à toute critique et à tout choix »* (Freud, 1904-1919, p. 265). Cette règle fondamentale implique la mise en place d'une relation de confiance préalable permettant au patient de faire advenir dans l'entretien des éléments parfois très intimes liés à ses affects et ses représentations.

En réponse à cette règle fondamentale, l'analyste, selon Freud, doit adopter une écoute dite « flottante » sensible à la fois à ce que dit le patient, à la façon dont il le dit, à ses expressions non verbales mais également aux pensées qui traversent l'analyste. Cette posture vise à faire confiance au libre cours des pensées du patient et à ses capacités d'associations d'idées. Il s'agit, pour l'analyste, d'abord, de ne pas perturber le libre cours de l'entretien par ses propres conceptions et son désir de : *« Tirer du matériel associatif ce qui l'intéresse d'abord lui-même »* (Quinodoz, 2004, p. 301). Au contraire, il s'agit de prêter attention à ce qui peut surgir de manière inattendue, éléments plus proches du matériel inconscient recherché :

> *Les meilleurs résultats thérapeutiques, au contraire, s'obtiennent lorsque l'analyste procède sans s'être préalablement tracé de plan, se laisse surprendre*

66 Au sens de Poincaré : le jugement est une inférence sur le réel.

par tout fait inattendu, conserve une attitude détachée et évite toute idée préconçue. (Freud, 1904-1919, p. 265).

Cette posture ainsi expliquée vise à favoriser l'émergence d'un concept fondamental en psychanalyse, le transfert. Il se définit, d'après Laplanche, comme : *« Le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment, dans le cadre de la relation analytique »* (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 954). Il s'agit donc de repérer un mécanisme d'actualisation de contenus infantiles rejoués sur la scène de l'analyse. Ce déplacement d'éléments traumatiques, fondateurs des problématiques psychiques du patient, s'exprime par des mécaniques d'identifications :

> *Que sont les transferts ? Ce sont des réimpressions, des copies des motions et des fantasmes qui doivent être éveillés et rendus conscients à mesure des progrès de l'analyse ; ce qui est caractéristique de leur espèce, c'est la substitution de la personne du médecin à une personne antérieurement connue.* (Breuer, & Freud, 1895, p. 134)

Le transfert apparaît comme une forme de résistance au dévoilement du contenu refoulé puisqu'il met en acte, de manière détournée, l'élément psychique qui lui est associé. Mais en s'exprimant en latence sur le plan relationnel, il devient au contraire le meilleur outil de l'analyste : *« Le transfert, aussi bien dans sa forme positive que négative, entre au service de la résistance ; mais entre les mains du médecin il devient le plus puissant des instruments thérapeutiques »* (Freud, 1904-1919, p. 270). Á ce titre, il constitue un élément fondamental d'analyse de l'entretien clinique et dans l'entretien clinique.

IV.2 SPECIFICITES DE NOS ENTRETIENS

Les entretiens cliniques réalisés dans le cadre de notre recherche comportent quelques spécificités qui ont trait à l'environnement dans lequel ils se déroulent et aux difficultés cognitives des résidents.

Tout d'abord, la durée des entretiens est d'une grande variabilité, allant d'une vingtaine de minutes à plus d'une heure en fonction de l'état de fatigue du résident, de ses capacités d'attention et de ses préoccupations du moment.

De plus, les entretiens se déroulent généralement dans la chambre du résident ou dans différents lieux de la résidence, parfois même de manière « nomade » sous forme de promenade. Pour les cas présentés dans notre étude, c'est d'abord le thérapeute qui est à la recherche du résident pour réaliser l'entretien. En fonction des préoccupations du moment et du contexte de la rencontre, les entretiens peuvent parfois se dérouler « in situ » à l'endroit où les protagonistes se retrouvent. Est néanmoins privilégiée, dans la mesure du possible, la recherche d'un endroit calme et discret. Ce format particulier d'entretien, se réalisant littéralement « là où réside le résident », implique une approche souple du cadre thérapeutique.

Enfin, en fonction des facultés de compréhension du résident, notamment du contexte qui entoure la rencontre, la « règle » de l'association libre n'est pas toujours explicitement formulée, parfois, même la dimension de « suivi psychologique » n'est pas pleinement comprise par le résident. Dans ces cas de figure, les exigences du cadre clinique restent à l'état implicite et demeurent plus proches d'une posture du clinicien induite dans la relation que d'un accord préalable au suivi.

IV.3 LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES

L'utilisation des thérapies non médicamenteuses (TNM) tend à se généraliser dans les EHPAD. Il s'agit de médiations dites « thérapeutiques » venant soutenir un travail de canalisation de l'angoisse. Au sens de Engasser, il s'agit d'une approche « écologique » des symptômes d'ordre démentiels : *« L'approche non médicamenteuse correspond à un ensemble d'activités au cœur d'une institution, activités sensorielles (sortie, cuisine, chant, odeur, musique, etc.) dont l'objet est de créer un environnement contenant, maternant au sens de la psychanalyse »* (Engasser et al., 2015, p. 151). La médiation par les TNM vise également à encourager un cadre propice à la rencontre venant soutenir l'effort de communication du résident et du clinicien : *« L'approche écologique permet de soutenir une communication thérapeutique ayant un effet sur la clinique du sujet agité souffrant de la maladie d'Alzheimer »* (Engasser et al., 2015, p. 153).

Nous avons eu recours, dans le cadre de notre recherche, à ce type de médiations, en l'occurrence, à ce que l'on nomme des « poupées empathies ». Il s'agit de poupons lestés, représentant la forme et le poids d'un enfant d'un ou deux ans. D'autres types de médiations, d'ordre sensoriel, ont également été mis en pratique, de manière plus marginale, durant notre recherche.

V. LE RECUEIL DES DONNEES CLINIQUES

Dans le cadre de cette recherche, ce que nous appelons « données » constitue tout ce qui, dans l'échange avec le résident, peut mobiliser un travail d'interprétation. Il s'agit donc de recueillir les dires du patient, ses réactions verbales ou non verbales, ses agirs et ses silences. Il s'agit également de retranscrire les réactions du thérapeute et les pensées qui le traversent durant l'entretien. Ces données sont également constituées d'éléments extérieurs à l'entretien clinique lorsqu'ils présentent un lien avec l'évolution du suivi psychologique. Il s'agit des demandes et des réactions du personnel soignant, de leur ressenti face à une situation clinique et des mouvements qui animent l'institution. Ces données peuvent également inclure la réaction des proches. Enfin, le recueil de données concerne également des éléments biographiques et sémiologiques pouvant être récupérés, si besoin est, auprès des aidants, des autres corps de métier ou au sein du dossier médical.

Dans le respect du cadre et de la posture analytique tels qu'ils furent développés par Freud, nous avons fait le choix de ne pas prendre de note durant l'entretien. Freud, en effet, recommande au psychanalyste de rester entièrement psychiquement disponible à ce que dit le patient : *« Le médecin doit être opaque pour le malade et, comme un miroir, ne rien montrer d'autre que ce qu'on lui montre »* (Freud, 1904-1919, p. 260), la prise de notes risquant alors de donner une indication au patient de la valeur de tel ou tel propos. Il agit comme un « tiers » qui viendrait parasiter la fluidité de l'association libre. La prise de notes durant les séances pose également un problème vis-à-vis du respect de l'attention flottante : *« Il (le médecin) ne doit pas se fixer d'avance sur quelque chose de particulier, il doit écouter tout ce qu'il entend sans rien privilégier, et, pour cette raison, il ne doit pas prendre de notes pendant la séance »* (Freud, 1904-1919, p. 265). La prise de notes est ainsi vue, ici, comme une forme de sélection trop hâtive d'éléments cliniques.

Pour pallier ces difficultés, le recueil des données se construit juste après la fin de l'entretien dans une retranscription après-coup qui ne cherche pas une forme d'exhaustivité mais bien à rendre compte des mouvements de pensée ayant marqué la séance. Il constitue, en somme, un ensemble de traces mnésiques et apparaît comme « la mémoire » de la séance.

VI. L'ANALYSE DES DONNEES CLINIQUES

L'analyse des données recueillies s'élabore à partir du même mouvement d'interprétation qui constitue le suivi psychologique. Il s'agit d'y repérer les problématiques psychiques qui peuvent y apparaître et les éléments associés à la vie relationnelle des entretiens, à savoir, l'expression du transfert et les mécaniques projectives. Suivant notre modèle épistémique, il s'agit de dégager des *faits sélectionnés*, tels que nous les avons décrits dans le champ de l'épistémologie bionnienne (Hochmann, 2011). Cette analyse des données s'appuie sur des allers et retours théorico-cliniques qui viennent marquer autant de ponctuations dans notre travail de recherche.

VII. LA REDACTION DES DONNEES CLINIQUES

Pour réaliser notre travail de théorisation, nous avons choisi la méthode dite de *l'écriture du cas*. Il s'agit de s'appuyer sur la rédaction d'un cas clinique, issue de l'expérience de chacun des suivis psychologiques réalisés auprès des participants.

VII.1 DEFINITION ET EXIGENCES DE L'ECRITURE DU CAS

Cette méthode consiste à faire le récit d'une analyse ou d'une tranche d'analyse et d'y élaborer une construction théorique permettant de nourrir la recherche psychanalytique. L'écriture du cas a connu plusieurs mutations depuis sa mise en place par Freud. Ces mutations s'opèrent à partir d'un double devoir propre à la psychanalyse. Il s'agit, d'une part, de respecter le cadre de l'entretien clinique marqué par une confidentialité stricte garante de l'association libre : *« La « situation analytique » ne supporte pas de tiers* » (Freud, 1926, p. 13) disait Freud, et d'autre part de participer au déploiement des connaissances issues de l'expérience clinique : *« il ne faut sacrifier ni le patient, ni la recherche »* (Freud, 1905, p. 25). L'objectif est ainsi de concilier les intérêts de la recherche scientifique, qui travaille sur des objets d'études, et les intérêts de l'analyse, qui vise l'exploration du sujet :

> *Il (Freud) se trouve ainsi pris dans un dilemme qu'il exprime avec toute la nuance requise, dans un raisonnement en trois temps : 1. l'intérêt du patient comme sujet n'est pas qu'on le prenne comme objet de recherche ; 2. l'intérêt de la recherche est qu'on discute du patient comme objet avec un tiers ; 3. le progrès de la recherche est dans l'intérêt du patient comme sujet, car on peut espérer qu'il permette d'affiner les repères opératoires de l'analyste et donc la prise en charge.* (Visentini, 2017, p. 16)

L'écriture du cas, en constante tension entre ces deux exigences, demande ainsi une méthodologie rigoureuse et transparente. Sa scientificité ne doit pas se traduire par la réduction logique d'une dimension subjective amputée de sa richesse dans l'intérêt d'un système scientifique plus large. De la même manière, sa dimension subjective ne doit pas imputer la rigueur de sa scientificité et réduire la recherche autour du cas à une recherche uniquement centrée sur l'explication du cas.

VII.2 UNE ECRITURE SCIENTIFIQUE ORIGINALE

VII.2.1 Au-delà du récit de cas

Pour éviter l'écueil dogmatique et maintenir une confidentialité stricte, le premier mouvement de l'écriture de cas peut sembler paradoxal. Car ce mouvement, comme nous le décrit Visentini, cherche à ne pas raconter le cas (Fédida, 1999). L'écriture de cas en psychanalyse n'est pas, en effet, le récit stricto sensu d'une situation clinique en tant que telle. Elle n'est pas, non plus, une synthèse de comptes rendus d'entretiens. Les informations transmises ne sont ni exhaustives, ni fidèles à une quelconque réalité, car elles émergent de la mémoire de l'auteur et sont volontairement transformées pour préserver l'anonymat. Mais ce paradoxe n'en est pas un, si l'on se situe dans le registre épistémique ainsi développé. Il ne s'agit pas, en effet, d'une recherche de vérité ou d'exhaustivité pour laquelle il faudrait rendre compte de données proches de la réalité. Il s'agit de permettre au lecteur de saisir l'expérience émotionnelle ainsi relatée et d'appréhender la façon dont cette expérience s'est transformée peu à peu en savoir. Ce qui doit être transmis, ce sont bien les traces mnésiques du thérapeute, les mouvements transférentiels, les faits sélectionnés et tout autre évènement qui pourrait désigner une performativité du discours. C'est bien de la dynamique discursive et non pas du discours en lui-même dont il faut rendre compte. L'écriture de cas devient alors l'archive fidèle de l'acte analytique et des transformations de la relation thérapeutique. En ce sens, l'écrit doit rendre

compte du caractère performatif du discours du patient. Il doit retranscrire le discours qui contient l'acte qui l'inaugure et qui permet d'entrevoir le déroulement fantasmatique de la personne qui parle :

> *Plus que la littéralité de la construction ou ses contenus, ce sont ses effets affectifs qui importent : la construction n'est qu'une activité préparatoire pour la perlaboration, elle ne vise pas à remplir de remémoration, mais à lever la répétition du transfert.* (Visentini, 2017, p. 20)

L'acte de répétition, comme fait sélectionné, possède en effet une fonction dont la transformation du discours, dans le sens de cette fonction, constitue un acte analytique. L'écrit peut alors rendre compte de l'évolution du discours au fur et à mesure que se répètent, dans les séances, des éléments, dirons-nous, en mal de performativité. Cette transformation du discours agit sur le plan métapsychologique comme perlaboration, elle permet d'intégrer des éléments psychiques nouveaux ayant un impact certain sur les symptômes, l'évolution affective et le comportement général du patient. En retranscrivant ce travail de transformation d'éléments performatifs, l'auteur peut ainsi rendre compte de l'évolution du patient, et surtout, de la manière dont ce dernier met en place son propre parcours analytique. C'est cette expérience-là, de transformation perlaborative, qui constitue le matériel de recherche du clinicien sur lequel s'appuiera son effort de théorisation, c'est-à-dire, de mise en « sens commun » :

> *Gageons alors que dans la construction du cas, le contenu narratif n'importe pas non plus : la vérité historique du cas tient davantage à l'effet affectif et, partant, perlaboratif que cette construction opère à la fois sur l'analyste et sur la théorisation.* (Visentini, 2017, p. 20)

La théorie psychanalytique est ainsi l'aboutissement d'un travail de transformation de la pensée de l'analyste à partir de ses préconceptions théoriques et de son expérience clinique :

> *Cette chose, cet objet d'étude, est moins inerte qu'il ne paraît – l'objet d'étude fait subir l'impact de sa présence sur le regard de l'observateur, et celui-ci est continûment transformé par cette présence.* (Visentini, 2017, p. 21)

À nouveau, le cadre clinique et le cadre de recherche fonctionnent comme métaphores d'une même opération psychique. Le processus de transformation, par l'acte d'écriture de cas, permet d'intégrer la pensée de l'analyste dans un « système scientifique déductif » lui permettant de formaliser des objets d'études consensuels :

> *L'écriture d'un cas par l'analyste fait pont entre sa pratique et sa théorie. En réfléchissant cette écriture, dans une perspective de recherche – par analyse d'un corpus déterminé, par exemple, ou par analyse réflexive de pratiques d'écriture auxquelles on participe en institution ou à l'université –, on se donne les moyens d'objectiver ce avec quoi un psychanalyste pense la clinique.* (Visentini, 2017, p. 23)

C'est ainsi la capacité de rendre compte de son expérience clinique qui permet au chercheur de soumettre ses travaux à la critique scientifique. C'est parce que le cas clinique est, par nature, non exhaustif, qu'il peut intégrer le « sens commun » d'une communauté scientifique. L'acte analytique ainsi opéré pouvant subir le même traitement qui a présidé à son élaboration, c'est-à-dire, une herméneutique métapsychologique.

VII.2.2 La consistance du cas

Plus encore, cette élaboration du cas clinique ne vient pas seulement répondre à des problématiques scientifiques, elle vient enrichir l'expérience de la science elle-même, à partir d'une méthodologie en constante « régénération ». Cette méthodologie ne fixe jamais une réponse et cultive le doute pour maintenir vivace l'effort de pensée : « *Le cas singulier. Au sens étymologique du casus latin : ce qui tombe dessus, échoit, fait rupture avec la continuité, trompe l'attendu, pose problème »* (Visentini, 2017, p. 25). La culture de sa singularité permet d'établir une différence dans le champ scientifique ouvrant la voie à des processus de déconstruction, de problématisation, en d'autres termes, à de la nouveauté. Le cas clinique soutient l'association libre, sa fonction est métapsychologique :

> *C'est cette épaisseur du cas que l'analyste pratique en propre, c'est cette opacité du symptôme qui le mobilise ; c'est cela qu'il doit penser, par contraste avec le « faire cas » du psychiatre ou du psychopathologue.* (Visentini, 2017, p. 27)

Cette dimension du symptôme comme fonction de continuité de la recherche, comme manque à l'endroit du savoir, désir du chercheur, rappelle la position fondamentale du clinicien, qui prête son « appareil à penser » (Bion, 1962) au savoir de son patient :

> *Au fond, le dispositif analytique, en supposant le savoir côté patient, délègue à celui-ci la question de son cas. De quoi faites-vous cas ? Telle est la question inaugurale non formulée, mais adressée par la fonction même de l'analyste en*

> *tant qu'il la met en œuvre par la discipline spécifique de son désir. C'est donc en valorisant ce qui ne concerne qu'un sujet à l'exclusion des autres que le psychanalyste opère, en le recueillant et en le mettant au travail.* (Visentini, 2017, p. 30)

L'écriture vise alors à faire exister le cas dans l'anonymat du patient qui le formule. En d'autres termes, il s'agit de rendre compte de la découverte qu'effectue le patient par le biais de la psychanalyse, de rendre compte de la rencontre avec son cas et non pas de raconter son histoire ou de décrire sa personnalité.

VIII. INTERROGATIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES

La proximité avec l'intime de la clinique qu'implique une recherche en psychanalyse nécessite un cadre clairement défini pour protéger à la fois la promesse de confidentialité faite au patient mais aussi la promesse de scientificité faite à la recherche. Or, pour faire valoir la singularité des situations cliniques, il nous est difficile d'inscrire notre démarche dans une forme protocolaire. Nous préférons ainsi, non pas décrire des règles qui viendraient conditionner notre comportement, mais soulever des interrogations qui viendront soutenir notre cadre de réflexion.

VIII.1 LE CONSENTEMENT

Une première difficulté tient au fait que les entretiens réalisés n'étaient initialement pas menés dans un cadre de recherche : ils avaient une visée strictement clinique. Ce n'est qu'a posteriori que certains éléments issus de ces échanges ont été mobilisés pour nourrir la réflexion scientifique. Ainsi, les entretiens n'ont pas été présentés, de prime abord, aux patients comme pouvant faire l'objet d'une utilisation à des fins de recherche. Ce n'est qu'a posteriori, au cours du suivi, qu'a pu être évoqué cet aspect des choses. Or, les effets relationnels qu'implique un travail psychothérapeutique pourraient être considérés comme des éléments pouvant orienter le choix des résidents quant à leur participation à un travail de recherche.

Une autre difficulté émerge devant nous compte tenu des difficultés cognitives que présentent chacun des participants à l'étude. En effet, il leur est difficile d'appréhender

pleinement les enjeux de cette participation, voire de comprendre ce qui leur est proposé. Pour l'une des participantes, l'idée même de réaliser un suivi psychologique ne semble pas aller de soi. Comment donc s'assurer que le consentement soit « libre et éclairé » ?

Malgré ces difficultés à établir un jugement éclairé, nous avons décidé de travailler cette question avec les résidents eux-mêmes de manière progressive sur plusieurs entretiens. L'objectif étant de mettre à profit les qualités relationnelles du suivi psychologique pour s'assurer de la validité de cet accord entre nous. Chacun des participants a donc rempli et signé un formulaire de consentement joint à l'ouvrage (annexe 4). Certains de ces participants, même en la présence de troubles mnésiques, ont pu comprendre ce dont il était question et ont donné leur accord. Nous nous sommes assurés de la pérennité de cet accord à plusieurs reprises dans les mois qui ont suivi la première signature. Aucun des participants n'a souhaité retirer son implication dans l'étude. D'autres participants ne furent pas en mesure de signer un tel formulaire pour des raisons cognitives. Dans ce cas de figure, le consentement est rempli par le représentant légal.

VIII.2 RESPECT DE L'ANONYMAT

La règle de confidentialité qui s'applique à tout travail psychothérapeutique entre en contradiction avec les exigences de la recherche qui nécessite des données identifiables par le lecteur pour appréhender la logique qui préside à la théorisation. Un compromis est trouvé dans le respect de l'anonymat des participants. A ce titre, aucun nom réel de patient n'apparaît dans le texte. De même, dans la mesure du possible, les éléments susceptibles de permettre une identification indirecte, tels que des repères temporels précis ou des indications géographiques localisées, ont été volontairement omis ou modifiés. Nous pensons, en effet, que ce dont il s'agit de rendre compte, ce n'est pas de la véracité des éléments de vie du résident, mais de l'impulsion que leur intégration dans notre pensée a pu produire sur la poursuite du suivi. Les noms attribués aux patients résultent d'un processus d'association libre de la part du psychologue-chercheur, fondé sur ce qui a pu prendre valeur de signifiant en lien avec la problématique clinique, avec certains éléments du discours recueilli, ou encore par effet d'assonance.

CONCLUSION

Le travail de théorisation, à partir de la méthode de rédaction du cas que nous proposons, s'appuiera ainsi sur les spécificités épistémiques de la psychanalyse. Il s'agira de rendre compte, à partir d'un travail clinique auprès de patients présentant un syndrome démentiel de type Alzheimer, des mouvements psychiques qui opèrent dans le cadre d'un suivi psychologique régulier, des effets de ces opérations psychiques sur la conduite de l'entretien, sur le comportement du résident dans la vie de tous les jours mais aussi, sur les effets institutionnels que cela engendre. Plus encore, nous chercherons à comprendre dans quelle mesure cette expérience clinique nous permet de repenser la posture analytique elle-même vis-à-vis de sujets qui souffrent d'une telle affection.

Il ne s'agit pas ici de formuler des cas paradigmatiques mais d'approcher l'expérience subjective d'une réalité démentielle et les particularités psychanalytiques qu'appelle un tel travail clinique. Nous chercherons ainsi, dans la lignée épistémologique de Freud et de Bion, à rendre compte d'un travail de mentalisation intersubjectif de l'expérience analytique auprès de ces patients. L'idée n'est donc pas orientée vers un principe de compréhension d'une forme de « pensée démentielle » comme essence psychopathologique fondamentale, mais bien de rendre compte de la façon dont ces patients s'approprient l'espace thérapeutique et témoignent, par-là, de processus psychiques originaux.

Dans un second temps, à partir de cette approche clinique, nous discuterons notre hypothèse de recherche et les éléments théoriques qui la formulent pour appréhender le concept de mémoire à la lumière de ce que nous aurons formulé dans nos études de cas.

Dialogue clinico-théorique

"Ta mémoire et tes sens ne seront que la nourriture

de ton impulsion créatrice."

(Rimbaud)

LE DEVOIR DE MEMOIRE

« Sois heureuse et pense à moi souvent

Toi qui vas demeurer dans la beauté des choses. »

(Louis Aragon)

UNE HISTOIRE PAR PROCURATION

Huguette est arrivée à la résidence il y a trois jours, en même temps que son frère de quelques années son aîné. Je rencontre ce dernier, que j'appellerai Hervé pour plus de clarté, dans le cadre de leur admission conjointe. Lorsque je rencontre Hervé, il m'évoque son parcours médical puis, spontanément, il me raconte brièvement l'histoire d'Huguette.

Hervé m'explique qu'Huguette a soixante-quatorze ans. C'est la dernière d'une fratrie de neuf enfants : « Ma sœur est entrée en EHPAD suite au décès de ma sœur aînée, Annette, avec qui elle vivait depuis le départ de la maison familiale et qui s'occupait d'elle au quotidien. » Obèse, alitée et très désorientée, le maintien à domicile sans l'assistance de sa sœur était impossible : « Elle ne pouvait plus rester à la maison car elle ne sait rien faire. Moi je me suis éloigné de tout ça. Mais quand j'ai appris le décès de ma sœur aînée, je me suis dit qu'il fallait que je m'occupe d'Huguette. Je ne l'avais pas vue depuis dix ans. Huguette est incapable d'être seule, je suis entrée dans la résidence en même temps qu'elle. Sinon je suis sûr qu'elle aurait sombré. » Il m'évoque ensuite avec amusement son état cognitif : « J'ai été surpris en la revoyant. Elle est complètement à l'ouest. Elle raconte des trucs abracadabrants. »

L'équipe soignante décrit, lors des réunions d'équipe qui ont lieu au moment de l'admission, une femme souriante, sympathique : « elle est bien et se montre très coopérante durant les soins » évoque une aide-soignante. Compte tenu des plaies, du poids et du manque de tonus, les soins peuvent être, aux dires des soignants, particulièrement difficiles et énergivores. En revanche, « elle est complètement perdue », dit l'infirmière, entendant par là un discours très peu cohérent et faisant fi des notions élémentaires de temporalité.

Le dossier médical affiche de nombreux problèmes relatifs à sa surcharge pondérale et sa très faible mobilité, notamment des problématiques dermatologiques et musculaires qui peuvent entraîner des douleurs en continu. Des troubles cognitifs sont également mis en avant, notamment sur le plan mnésique. Un diagnostic de maladie d'Alzheimer avait par ailleurs été posé il y a quelques mois avec la notion d'un discours délirant associé à un syndrome démentiel.

Je rencontre Huguette dans le cadre d'une consultation psychologique post-admission. Assise dans son immense fauteuil roulant, son accueil est poli, souriant et présente une certaine douceur. Son obésité donne une impression statique, figée, dont la posture semble depuis longtemps avoir fusionné avec la rigidité du fauteuil roulant. Seuls les bras et la tête semblent pouvoir bouger difficilement. Ses mouvements sont extrêmement lents et la parole, difficile à formuler, se présente également avec une lenteur pesante, une intonation incomplète et un rythme décousu. Son visage paraît figé dans son sourire qui ne semble exprimer que très maladroitement ses émotions, voire qui ne les exprime pas du tout. D'une manière générale, on a le sentiment que rien ne bouge dans ce corps, tout semble au ralenti, figé, immobile. Elle m'invite très lentement à m'asseoir sur une chaise peu confortable. Je ne peux m'empêcher de ressentir alors un inconfort dans mon propre corps, ne parvenant pas à trouver une position « au repos », mes muscles étant continuellement en tension. Cette situation m'apparaît particulièrement pénible et évoque en moi tantôt une certaine crainte, tantôt un agacement.

Je tente une rencontre par quelques mots simples, presque anodins : « Bon, comment se passe votre arrivée ? » Huguette lève vers moi un regard sans éclat, où passe quelque chose d'indéfinissable, ni refus, ni adhésion. Ses lèvres esquissent une moue d'indifférence, puis, après un temps suspendu, elle répond très lentement : « Bien… je crois. » « Vous croyez ? », repris-je avec une curiosité prudente. Elle affiche un petit sourire, discret, presque timide, et souffle : « Ben… oui… voilà quoi. » Ce bref échange dure pourtant plusieurs minutes. Le silence s'étire entre chaque mot, comme si le temps lui-même hésitait à avancer. Je sens combien chaque question pèse, combien chaque réponse semble lui coûter un effort de présence. L'entretien prend le rythme d'une marche dans des sables mouvants qui nous enlisent respectivement, elle et moi, une marche laborieuse, sans direction claire.

Pendant une dizaine de minutes, la conversation se poursuit ainsi, hachée, presque mécanique, plus proche de l'interrogatoire que de la rencontre. Les mots d'Huguette flottent, sans attache, vidés de leur substance. J'ai le sentiment qu'elle me répond pour me faire taire, et non pour communiquer. Je pose de nouveau une question déjà formulée, mais légèrement frustrée de l'absence de réponse : « Alors, comment êtes-vous arrivée ici ? » Elle hausse

imperceptiblement les épaules. « Ben… je ne sais pas… Mais cela fait longtemps que je suis là. », je lui demande, « Cela fait combien de temps ? », « Je ne sais pas. ». Un silence dense suivit, presque matériel. Je sens ma pensée se « vider » dans ce silence et ne parviens que très difficilement à la mobiliser. Je reprends doucement et avec prudence : « Parfois, les gens viennent ici après un évènement particulier. Souvent un évènement de vie difficile. Peut-être que c'est pareil pour vous ? »

Mais Huguette ne répond pas. C'est comme si elle n'avait pas entendu ce que je disais. Son visage n'exprime rien et son regard est dans le vide. Dans le même temps je lutte contre une pensée qui m'obsède, proche du délire : l'idée que, peut-être, je n'existais pas. Puis, un certain nombre de souvenirs dévalorisants, notamment dans le cadre de mon travail, me traversent l'esprit. Je me demande à quoi je sers. Je me demande quelle est réellement ma posture. C'est comme si je me débattais, le corps figé, contre un mur de silence, dans une impasse totale. Je me sens incapable de créer le moindre lien thérapeutique. Je décide de me taire, un long silence emplit la pièce pendant plusieurs minutes. Cela ne semble pas impacter Huguette qui continue de regarder dans le vide. Je me demande à quoi elle pense, incapable moi-même de penser quoi que ce soit si ce n'est à l'impuissance, lourde, pesante, qui m'envahit.

Tenir le cap de la clinique, lorsque la pauvreté du langage envahit tout le champ de la communication, paraît une gageure. Certes, elle pourrait s'apparenter à un indicateur de la nature et du niveau d'avancement du syndrome démentiel, mais elle pourrait témoigner plus simplement, d'un manque d'intérêt de la patiente pour la rencontre, quelle qu'elle soit.

Cependant, il est frappant de constater le nombre d'éléments qui peuvent apparaître, sur le plan psychologique, dans une situation qui semble, a priori, se passer de communication. On peut également mettre en avant l'intensité des modalités relationnelles qui opère chez le clinicien face à une patiente qui semble présenter une froideur affective manifeste. On relève enfin les difficultés, presque métaphoriques, du clinicien à trouver une « assise » pour son corps et pour sa pensée. Á l'extrême de l'entretien, le clinicien semble souffrir de graves troubles mnésiques l'empêchant de formuler toute pensée nouvelle, comme si les troubles cognitifs avaient une dimension contagieuse.

Si la scène de l'entretien semble vide de pensée, c'est un vide qui pourrait être suspect. La neurologie nous a appris qu'il est impossible de ne pas penser, que l'activité cérébrale maintient son activité même en l'absence de stimulations externes par l'intermédiaire d'un

réseau neuronal appelé DMN *(default mode network)* (Menon, 2023). Même si d'autres travaux ont montré des altérations de cette activité neuronale dans certains cas de démence (Ereira et al., 2024), il nous paraît difficile de concevoir, eu égard à ce qui se joue sur le plan relationnel, que la scène ainsi relatée exprimerait un « vide cognitif » en manque de facultés mnésiques.

Ce vide « suspect » pourrait être interprété par ce que Bion décrit comme une « attaque de la pensée » (Bion, 1970). Bion s'intéresse, en effet, à la fonction de penser, non pas seulement comme activité intellectuelle, mais comme processus psychique qui permet de transformer l'expérience émotionnelle brute en pensée symbolisable. Lorsque ce processus est interrompu ou attaqué, il parle alors d'« attaque de la pensée ». Serait-ce ici un exemple clinique de ce qu'il a théorisé ? Loin d'un moment de vide et d'inactivité psychique, ce phénomène mnésique s'apparente à une mécanique défensive majeure qui vise à protéger le psychisme d'une expérience émotionnelle insupportable. L'inconfort du clinicien pourrait s'apparenter ainsi à un vécu en latence et en mal de symbolisation. Il serait alors le témoin d'une angoisse qui ne parvient pas à s'exprimer.

Allons un peu plus loin dans ce qui viendra dans l'après-coup de cette rencontre qui semble ratée. Bion conceptualise à ce sujet la *fonction-alpha*, concept permettant de discriminer les éléments psychiques en fonction de leur niveau de mentalisation. La fonction-alpha génère des *éléments-alpha* qui s'agglomèrent pour former la pensée du rêve et, par extension, tous les mécanismes de symbolisation de l'activité psychique. La fonction alpha agit sur toutes les impressions des sens et toutes les émotions. Elle les intègre dans un processus d'abstraction et d'association, processus du rêve, pour les transformer en pensées. Un des objectifs de la rencontre clinique sera ainsi d'explorer les zones de dysfonctionnement de la fonction-alpha pour traiter le matériel mnésique « impensé » : *« Si la fonction-alpha est perturbée, donc inopérante, les impressions des sens dont le patient a conscience et les émotions qu'il éprouve demeurent inchangées. Je les appellerai éléments-béta »* (Bion, 1962, p.18). Si l'élément-alpha est ressenti comme un phénomène psychique chez le sujet, l'élément-béta est ressenti comme une chose en soi, impensable, inassimilable et menaçante. D'un point de vue mnésique, ces éléments-béta constituent une forme d'écriture « anamnésique » et ne peuvent constituer des souvenirs ni aucun autre élément permettant de faire fonctionner la mécanique de la rêverie : *« Si le patient ne peut pas transformer son expérience émotionnelle en éléments-alpha, il ne peut pas rêver »* (Bion, 1962, p.18).

Ce fonctionnement repose sur le mécanisme de « l'identification projective » décrit par Klein. Il s'agit d'une forme de réaction défensive du sujet visant à projeter sur l'objet des parties

de son propre monde interne, notamment des pensées, des émotions ou des aspects de soi qu'il ne peut pas tolérer (Klein, 1921-1945). Le concept va au-delà d'une forme simple de projection. L'identification projective implique, en effet, que le sujet cherche à contrôler ou à influencer l'autre à travers ce qui a été projeté. L'autre devient ainsi porteur des aspects projetés, et le sujet peut ressentir ce qu'il projette à travers l'autre : *« Le patient projette sur l'objet les parties de lui-même qu'il ne peut supporter et tente de contrôler l'objet à travers ces projections »* (Klein, 1921-1945, p. 241). Bion reprend le concept d'identification projective en l'interprétant comme une forme de communication dans la logique de la fonction alpha : *« L'identification projective est une forme de communication dans laquelle le patient tente de transmettre à l'analyste ce qui est ingérable (unmanageable) dans son propre esprit »* (Bion, 1962, p.42). La dimension de « l'ingérable » implique ainsi l'objet comme voie de recours à un défaut de symbolisation. Chez Bion, donc, l'élément psychique projeté peut transformer la fonction psychique de l'objet qui contient ces projections. Il devient un média de la gestion de l'angoisse lorsque le psychisme n'a pas encore la capacité de penser ces émotions.

L'attaque de la pensée pourrait dès lors ainsi être interprétée comme étape préalable à un travail de mentalisation. Ferro expliquera, à ce sujet, le mode opératoire des mécaniques de symbolisation :

> *L'identification projective est cette tentative naturelle qui vise à alléger la psyché des fragments sensoriels perturbateurs en les projetant dans la pensée de l'autre. Si la psyché de l'autre est réceptive, elle sera perméable et attribuera un sens non seulement à la dimension concernée (profondeur) mais aussi à la temporalité liée à l'alternance prévisible des séquences concave/convexe ; à la réceptivité viendront s'ajouter alors la capacité de transformation et la progressive alphabétisation des éléments projetés (β) qui, en se transformant (α), deviendront les petites briques de la pensée.* (Ferro, 2016, p. 115)

Ferro nous encourage ainsi à rester attentif à l'ensemble des éléments qui parcourent notre intuition : « *J'estime qu'une trame en vaut une autre, un genre narratif en vaut un autre ; ce qui importe sont les éléments α véhiculés et le travail des fonctions α impliquées »* (Ferro, 2016, p. 115). Á ce titre, chacune des productions de pensée du clinicien dans le contexte de la rencontre avec Huguette aurait valeur, non seulement d'indices du monde interne de la résidente, mais aussi de soutien à l'élaboration de celle-ci. Pourtant, dans l'ici-maintenant de ce moment, il semble impossible de se raccrocher à ces pistes théoriques qui restent abstraites. Seul l'effet d'après-coup pourra faire son œuvre.

Finalement, au bout de ce silence émerge l'ébauche d'une histoire, Huguette me dit soudainement : « Ce qui a, c'est qu'on habitait près de la frontière, alors bon… On a beaucoup souffert dans la famille. » Ses mots tombent avec une gravité douce, comme un fait ancien dont elle se serait depuis longtemps détachée. Je reste un instant silencieux, surpris mais presque rassuré. Puis, un peu malgré moi, je demande : « Comment cela ? » Elle hésite, son regard se fixe sur un point du mur, avant de répondre d'une voix un peu lasse : « Ben, on habitait près de la frontière, donc automatiquement… » La phrase se perd dans l'air, inachevée : « Oui, parce que vivre près d'une frontière pose certains problèmes », dis-je pour relancer, mais ma parole s'éteint aussitôt. À nouveau, le silence s'abat, lourd et épais. Il me semble qu'une chape de plomb s'est déposée entre nous, nous empêchant de bouger, de penser, même de respirer vraiment. Alors, presque au hasard, pour briser cette inertie, je tente : « Le problème d'une frontière, c'est qu'elle se franchit. » Huguette hoche lentement la tête : « Ben oui. Deux fois, c'est arrivé. D'abord à la guerre quatorze, et puis à la guerre de trente-neuf-quarante-cinq. Deux fois. Alors automatiquement… » Elle s'interrompt. Je répète doucement : « …Automatiquement… », « Ben… c'est dur, quoi », dit-elle enfin, d'une voix à peine audible.

Comme une première accroche discursive, cet élément de fin d'entretien réapparaîtra régulièrement. Dès le second entretien, Huguette change radicalement de posture et ébauche une plainte. Dès le début de l'entretien, elle me regarde, les yeux légèrement agrandis. Elle dit qu'elle ne va « pas trop bien », qu'elle « déraille complètement », elle ne sait plus, ne comprend plus : « Ce matin, je me suis réveillée… Je ne savais plus où j'étais… J'étais complètement perdue… C'est dingue… Je déraille. » Le discours est toujours très lent, l'intonation exprime une surprise sans inquiétude. Je lui demande comment elle a retrouvé ses esprits. Elle secoue la tête : « Non mais… Je déraille complètement… J'étais… Complètement perdue. » J'essaie de préciser : « Ça s'est passé au réveil ? » Mais elle poursuit, prisonnière de sa propre sidération : « C'est dingue… Je… Je ne savais plus où j'étais… C'était… »

Toute la première partie de l'entretien se fige dans cette répétition. J'essaie d'intervenir, de créer un arrimage possible, mais il ne fonctionne pas. Je pense à ce moment-là qu'elle ne m'entend pas, convaincu qu'il y a chez cette patiente une impossibilité à saisir cet étayage que je lui propose. Je me sens épuisé, dans un combat que je mène seul avec moi-même, en manque de reconnaissance des efforts que je fais pour relancer sa pensée. Elle parle, me regarde parfois, sans me voir vraiment. Peu à peu, j'accepte cette place d'ombre, celle d'un témoin silencieux. Cette posture me permet aussi d'entrevoir une autre approche, moins

frontale, plus en retrait. Je cesse ainsi de forcer l'échange et ne réponds plus qu'en écho, dans le creux de son monologue. « Mais vraiment, j'étais perdue… J'ai peur de dérailler… Dans ma tête, c'est… Il ne faut pas que ça se reproduise », dit-elle encore. Je souffle : « Plus jamais ça. » Elle hoche la tête : « Ah non alors, c'est trop dur. Je ne sais pas d'où ça vient. C'est sûrement… disons… psychologique. » Je propose : « Traumatique », elle approuve : « Mais ça, c'est… on a vécu près de la frontière, donc automatiquement… Il y avait les Allemands. C'était dur. » Je dis simplement : « La guerre laisse des traces. » Elle acquiesce : « Je me souviens de tout ça, c'est marrant. Il s'est peut-être passé quelque chose à ce moment-là. Parce que ce matin, là, je déraille. » Ses souvenirs affleurent, confus : « La guerre, c'était… On habitait près de la frontière, donc automatiquement… Oui. », « Automatiquement, cela explique votre état aujourd'hui », dis-je doucement, « Ah ben, il a dû se passer quelque chose. Automatiquement… Parce que bon… La guerre, c'est quelque chose... ». Je complète : « Qui s'invite dans la famille. » Elle approuve d'un geste lent : « Ben, de toute façon, il fallait bien tenir. C'est comme ça, on n'y peut rien. Vu qu'on habitait près de la frontière, automatiquement… », « Elle s'invitait chez vous », dis-je encore. Elle ajoute : « Ma mère, du coup, elle travaillait beaucoup. Elle était très courageuse. Et nous aussi, hein. On est une très grande famille. Neuf frères et sœurs… C'étaient des bons moments. » Je souffle : « La mère prend le travail du père parti combattre. » Elle baisse les yeux : « Mon père, il était très dur. Il était méchant, en fait. »

Un silence s'installe, dense, mais moins pesant, presque respectueux. Le visage d'Huguette semble s'obscurcir, on devine une intense activité de douloureuse réflexion. Puis elle explique : « Ben quand vous imposez neuf accouchements à une femme, c'est… automatiquement… » Je répète, comme en miroir : « Automatiquement… » Elle reprend : « C'est… Non, et puis il était dur. C'était un homme très… Très dur. Ben quand vous imposez neuf accouchements à une femme, c'est… », je propose, « Cruel ? », « C'est dur, quoi… Et puis bon, il avait vu la guerre. Non, deux guerres même. J'ai connu la guerre quatorze et la guerre quarante-cinq. C'était dur, hein. » Je ne perçois pas encore que j'essayais de forcer sa parole, de la faire accoucher en quelque sorte de réponses qui ne venaient pas et qu'elle associe ma façon d'être à ces accouchements subis malgré elle.

On voit apparaître dans ce second entretien un matériel clinique riche qui s'exprime plus librement. Huguette met en avant un symptôme d'ordre amnésique et marqué par la désorientation pour déployer une plainte puis un récit comme tentative d'explication

« psychologique », dit-elle, du symptôme. Il est frappant de voir, à ce titre, l'émergence de la dimension psychologique, voire d'un récit de soi presque « psychanalytique » qui se met en place spontanément après une longue phase de silence inconfortable.

L'autre élément frappant, c'est ce qui est contenu dans le souvenir ici rapporté. Huguette, en effet, est née après la guerre. Ce qu'elle décrit comme quelque chose qu'elle a vécu renvoie à une expérience familiale qui lui est antérieure. Cette forme d'appropriation du vécu d'un autre renvoie à une forme de vicariance, que l'on peut retrouver chez certaines personnes confrontées au discours d'une autre personne lourdement traumatisée : *« Un traumatisme vicariant parle d'un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact »* (Bouvier, 2019, p. 163). La dimension traumatique semble effectivement apparaître dans les images utilisées pour décrire son souvenir et dans les interventions du clinicien. La dimension d'une frontière brisée peut être entendue, en effet, en écho à la description du traumatisme chez Freud, défini comme une forme de pénétration brutale d'un élément extérieur à l'intérieur de l'appareil psychique, venant rompre la zone « par-excitante » et mobiliser l'ensemble de l'activité psychique : *« Un excitant d'une intensité exceptionnelle peut rompre la barrière protectrice. Le mécanisme de protection contre les excitations ne peut alors plus fonctionner, et il s'ensuit un état de détresse analogue à celui que provoque une effraction physique »* (Freud, 1915-1923, p. 157). Á ce titre, est évoquée chez Huguette la dimension de la vulnérabilité rappelée à maintes reprises, « on habitait près de la frontière pendant la guerre », ainsi que l'expression d'une effraction avec l'arrivée des Allemands.

Cependant, les éléments qui expriment la dimension de l'effraction semblent davantage venir du clinicien lui-même que de la résidente, exprimant, peut-être, un élément psychique en latence. De plus, on peut observer qu'une réaction émotionnelle apparaît chez Huguette non pas à l'évocation de la guerre, mais à l'évocation de ce qu'elle décrit comme une violence du père. On semble ici repérer une forme de déplacement, au sens du rêve chez Freud : *« Le déplacement consiste en ce que l'importance psychique d'un élément passe sur un autre qui en était originairement peu pourvu, de sorte que le contenu manifeste du rêve diffère totalement du contenu latent »* (Freud, 1900, p. 261). Á ce titre, nous pouvons émettre l'hypothèse que le souvenir associé à la période de la guerre vient poser le décor d'une expression, peut-être traumatique, mais qui réside ailleurs. Si pour Freud, le rêve est l'expression de l'activité psychique, chez Bion, la dimension du rêve prend une importance plus radicale : *« La plus importante contribution de Bion à la théorie du rêve est à mon avis d'avoir postulé l'existence*

d'une « pensée onirique de l'état de veille ». Il y a un rêve qui se déroule en continu et à notre insu dans notre pensée » (Ferro, 2016, p. 110). La frontière entre la vie diurne et la vie nocturne s'étiole ainsi dans une mécanique qui structure autant la narration du rêve que le contenu de la pensée. Mieux, le rêve est aux prémices de l'activité de pensée : *« Le travail du rêve consiste en une sorte d'agencement qui cryptographie le contenu du rêve ; pour Bion, le rêve a la fonction de fournir les « petites briques » de base pour penser, sentir, être soi-même »* (Ferro, 2016, p. 120). Le tableau de la Seconde Guerre mondiale viendrait alors poser le cadre de rêverie, sur lequel peut se penser le contenu traumatique d'une autre histoire qui semble convoquer les parents de Huguette dans une certaine forme de pitié à l'endroit de sa mère et de crainte à l'égard de son père. Plus encore, me semblent être condensés lors de cet entretien des éléments transférentiels que je peine sur le moment à percevoir. Si les mots qui ont été prononcés pour maintenir un échange semblaient se perdre, c'est leur tonalité et ce qu'ils ont induit chez la patiente qui ont pu faire émerger sa propre parole.

Les entretiens qui suivent cette seconde rencontre adoptent le même chemin discursif. Chacun d'entre eux laisse place à un ou deux éléments nouveaux, souvent paradoxaux, confus et emmêlés les uns aux autres. Le père d'Huguette, par exemple, peut très bien être parti sur le front, fait prisonnier puis se retrouver deux minutes plus tard face aux Allemands venus devant chez lui ou encore dans la cave avec ses enfants durant un bombardement. Il est à la fois partout et nulle part, présent dans chacun des lieux décrits par Huguette, mais sans jamais y agir véritablement. Tantôt il a fait la Première Guerre mondiale, tantôt c'est le grand-père qui a combattu. Tous ces éléments vivent les uns à côté des autres sans véritables contradictions.

Je rencontre durant cette période, à l'occasion d'une visite, la belle-sœur d'Huguette (la femme d'un de ses frères aujourd'hui décédé) qui m'explique longuement son parcours. Cette femme, que nous appellerons Hortense est elle-même âgée de 80 ans : « Huguette était l'éternelle enfant de la famille, me dit-elle, elle n'a jamais vraiment développé une vie d'adulte. » Elle évoque ensuite quelques bribes de souvenirs qui me permettent de mieux comprendre qui pouvait être Huguette : « Huguette était la plus jeune de la fratrie. Elle et sa sœur aînée ont vingt et un ans d'écart. Elles sont les seules enfants de la fratrie à rester dans la maison familiale jusqu'au décès des parents. Sa sœur aînée l'a plus ou moins éduquée. Elles se sont ensuite toutes les deux installées dans un appartement où Huguette était traitée comme une enfant, toujours encline à agiter l'anxiété maternelle de sa sœur aînée. Elle a les

caractéristiques d'une femme « couvée », paresseuse et ne connaissant que très peu les contraintes de la vie courante. »

Elle poursuit son récit comme pour se remémorer un temps d'avant, un temps à jamais disparu : « Elle ne sait pas faire à manger, ni laver son linge, ni faire le ménage, elle n'a jamais eu à le faire. » D'après les dires de la belle-sœur, ce climat de parentification s'exprimait parfois de façon explicite : « Huguette appelait souvent sa sœur « maman » » ajoute-t-elle. Suite au placement en EHPAD de la sœur aînée, Hervé et Hortense venaient aider Huguette, restée seule à domicile : « Elle avait l'air apathique et elle ne parlait jamais de sa sœur. Elle ne lui téléphonait pas, ne prenait pas de ses nouvelles. Elle restait seule chez elle, n'en sortant jamais. Personne ne sait vraiment comment, à ce moment-là, elle occupait ses journées. » Des troubles d'ordre démentiel seraient alors apparus : « Elle avait des troubles de mémoire et son discours devenait de plus en plus confus, proche du délire. » Un syndrome de Diogène est même diagnostiqué par son médecin traitant.

Hortense ajoute : « Annette (la sœur aînée) décède peu de temps après le placement d'Huguette en EHPAD et les choses s'enchaînent. Huguette n'a jamais été prévenue de son décès, elle n'a pas assisté à son enterrement ni à ses derniers mois de vie. On a mis en place des soins à domicile mais Huguette les refusait. » Hortense engage alors un placement en EHPAD. Huguette ne s'y oppose pas : « Cela fait déjà longtemps qu'elle se laisse porter sans prendre de décisions. » Hormis Hervé et Hortense, le reste de la fratrie semble assez peu concerné par sa situation.

Je demande à Hortense si la famille a été marquée par la guerre, elle raconte : « Le père d'Huguette est un déserteur de la Première Guerre mondiale. Il fuit et se cache en Belgique après avoir assisté à la mort de son frère touché par un obus. » Il en gardera des séquelles psychologiques importantes : « Á son retour de guerre, il dormait mal, avait des crises de nerfs, hurlait parfois la nuit. Il était devenu dur, agressif, alcoolique et violent. Il battait régulièrement sa femme et ses enfants. » m'explique-t-elle. Puis elle ajoute : « Huguette fut très marquée par cette violence alors qu'elle semble être celle qui l'a subie le moins. » Elle serait née, effectivement, dans un climat familial plus calme que ses frères et sœurs : « D'après mon mari, Huguette passait inaperçue. Son père était très strict avec elle, surtout pour les devoirs. Mais il ne l'a jamais battue. Ils étaient moins nombreux dans la famille à cette époque-là. Le père semblait plus calme. » me dit-elle. Sa mère, terrifiée par son mari, est d'une soumission parfaite : « Entre deux feux, elle subit à la fois les coups de son conjoint et les invectives de ses enfants qui lui reprochent de ne pas assez les protéger. » Huguette fut très marquée par ce

climat familial et nécessita rapidement de l'aide pour des difficultés psychologiques : « Elle faisait des crises d'angoisse et avait peur de beaucoup de choses. » C'est ainsi que sa sœur aînée, Annette, l'aurait prise sous son aile : « Sa mère ne pouvait pas, la pauvre. Elle était trop prise par son mari. »

Les souvenirs de la guerre auraient beaucoup circulé dans les discussions : « La famille a effectivement connu plusieurs bombardements et dû accueillir des soldats allemands durant plusieurs mois », ajoute Hortense, « les membres de la famille ont gravement souffert de la faim en raison des pénuries et des pillages. Les enfants étaient encouragés à voler de la nourriture dans les commerces pour survivre. »

Huguette a donc baigné dans les récits de cette folle époque qu'elle n'a pas connue. Pendant que sa belle-sœur m'exposait ce récit, j'avais en tête l'image d'une fillette toujours en retard sur sa fratrie, comme d'une enfant arrivée trop tard pour vraiment faire partie de la famille. Pour partager avec ses frères et sœurs cette lutte pour la survie qu'elle décrit dans un mélange de souffrance et de tendresse dans ses répétitions.

Le suivi se poursuit avec ces nouveaux éléments en tête. Ils sont en effet importants pour moi car ils me permettent d'avoir quelques éléments de vie d'Huguette. Le discours s'étiole peu à peu, Huguette prend l'habitude de se raconter à travers ce récit familial : « On parlait beaucoup de la guerre dans la famille, dit-elle. Mon père surtout en parlait. » Je tente la comparaison : « C'est comme si vous y étiez. » Elle hoche la tête et sourit légèrement, comme si elle avait compris mon jeu : « Oui. Et puis moi, j'aimais bien. Je me suis toujours passionnée d'histoire. Je collectionnais des pièces de monnaie, tout ça. » Je lui réponds : « Vous deviez donc écouter ces discours avec beaucoup d'attention », « oui, me répondit-elle, puis je lisais des livres, tout ça… J'aime bien l'histoire, moi, c'est vivant, je trouve. » Je pousse la métaphore : « Entre le discours de votre famille et vos livres d'histoire… quelque part, on pourrait presque dire que vous l'avez vécue. » Un silence s'installe. Je poursuis, doucement, en tentant de créer un pont vers son expérience actuelle : « C'est comme aujourd'hui, quand vous vous réveillez en panique, que vous avez l'impression d'avoir disjoncté… c'est comme si vous y étiez à nouveau. » Huguette sourit mais reste silencieuse. Nous restons un long moment dans un silence que je ressens comme apaisant et complice. Puis elle conclut : « Ma mémoire est comme une salade… Le passé, le présent, tout ça… Ça se mélange, dit-elle en riant. C'est avec la vie que j'ai eue, c'est ça. Avec la guerre tout ça automatiquement. » Cette prise de conscience me trouble mais me parait être une voie possible vers un chemin thérapeutique.

La dimension cognitive, dans le cas d'Huguette comme pour tous ceux qui souffrent d'une maladie neuro-dégénérative**,** vient également jouer son rôle, bien qu'elle ne semble se limiter qu'à modifier les modes de communications utilisés. On peut, à ce titre, observer que les difficultés amnésiques d'Huguette n'entachent pas la fluidité de la mécanique du rêve. Le décor du rêve ne s'inspire pas d'un élément du passé d'Huguette, mais du passé de sa famille. Ce qui peut être un indicateur de ses problématiques psychiques. Les difficultés langagières viennent également modifier la position des interprétations du clinicien, qui s'invitent, de manière littérale, comme ponctuation du discours du résident.

Les modalités du récit de soi s'expriment en creux de ce discours. Il alterne entre la plainte d'une mémoire « en salade », et, semble-t-il, les difficultés d'intégrer l'ambiguïté du père, à la fois violent et traumatisé par la guerre. S'expriment également, au fur et à mesure de la répétition de ce discours, des éléments de son individualité. Le « je » tend à remplacer le « on » pour décrire des loisirs d'abord, puis sa position familiale et son rapport à la mémoire. Ces associations se réalisent en résonance avec le contenu de la répétition dans une logique qui s'apparente à celle de la métaphore. La métaphore est un trope bien connu très souvent utilisé en poésie. Aristote la désignait en ces termes : *« La métaphore est le transport à une chose d'un nom qui en désigne une autre, transport ou du genre à l'espèce, ou de l'espèce au genre, ou de l'espèce à l'espèce ou d'après le rapport d'analogie »* (Aristote, IVe siècle av. J.-C., p. 89). Selon le Robert elle : *« Consiste à employer un terme concret dans un contexte abstrait par substitution analogique, sans qu'il y ait d'élément introduisant formellement une comparaison »* (Lerobert, s.d.). Cette figure de style est centrale en psychologie d'orientation psychanalytique et souvent utilisée comme élément même de théorisation. Freud formulait souvent ses concepts par des formes d'analogies ou par l'utilisation d'images. Certaines d'entre elles sont célèbres, comme sa métaphore archéologique (Freud,1915-1917), désignant le psychisme comme composé de plusieurs strates que le psychanalyste, comme archéologue, devrait fouiller. Citons également le nombre de métaphores théâtrales utilisées pour décrire les mécanismes inconscients, comme celle utilisée dans *Métapsychologie* : *« Nous pouvons comparer le système préconscient à une scène où se joue un spectacle ; les perceptions conscientes sont comme les spectateurs qui, assis dans la salle obscure, regardent le jeu des acteurs sur la scène »* (Freud, 1915-1917, p. 178). Le mécanisme de condensation du rêve peut également être entendu comme un principe métaphorique, la motion inconsciente investissant un champ de représentation et fonctionnant par analogie : *« Il est fréquent qu'un seul élément du rêve représente plusieurs*

pensées du rêve et, inversement, qu'une pensée du rêve soit exprimée par plusieurs éléments du rêve » (Freud, 1900, p. 246).

L'utilisation des figures de style comme mode d'analyse sera beaucoup plus développée chez Lacan qui explique la métaphore et la métonymie comme les fonctions langagières qui désignent les mécanismes psychiques : *« La condensation, c'est la métaphore ; le déplacement, c'est la métonymie »* (Lacan, 1956, p. 213), inscrivant par-là, la fonction poétique du langage comme structure de l'inconscient : *« L'inconscient est structuré comme un langage »* (Lacan, 1964, p. 123). La métaphore joue alors le rôle d'une structure logique, du point de vue psychique, qui organise la chaîne signifiante. La métaphore est, en effet, selon Lacan : *« L'effet de signification qui est de poésie ou de création »* (Lacan, 1966, p. 203), qui se produit à partir d'une opération de *« substitution d'un signifiant à un autre dans une chaîne, sans que rien de naturel ne le prédestine à cette fonction de phore »* (Lacan, 1966, p. 203). Le terme de substitution ici est au cœur de la définition de la métaphore lacanienne. Askofaré et Combres nous rappellent à juste titre que : *« La spécificité de la métaphore est d'être substitution de signifiant à signifiant, c'est-à-dire une opération qui se déploie de part en part dans le seul registre du symbolique »* (Askofaré & Combres, 2012, p. 27). *Á* ce titre elle n'agit pas par des formes de connexions avec un matériel inconscient, mais organise l'alternance des signifiants, autrement dit, non pas le lien entre les signifiants, mais leur substitution :

> *Quand Lacan parle de la substitution et qu'il l'articule à la métaphore, sa référence n'est pas Freud, mais R. Jakobson, autrement dit, il s'agit pour lui de la substitution signifiante par opposition à la connexion signifiante et non de la substitution freudienne en tant qu'elle conjoint le déplacement et la condensation* (Askofaré & Combres, 2012, p. 24).

La métaphore désigne donc un phénomène de substitution qui ne se réduit pas à la mécanique du rêve. C'est précisément la mécanique du rêve qui s'inscrit dans une logique métaphorique : « *La condensation est une métaphore au sens de Lacan, mais toute métaphore n'est pas une condensation »* (Askofaré & Combres, 2012, p. 24).

Chez Huguette, ne pourrait-on penser que les mécaniques de substitution d'un souvenir à un autre, les sauts dans le temps mais encore, les amalgames entre les personnages d'une même histoire pourraient désigner, non pas un défaut d'organisation de sa mémoire, mais bien plutôt, une mécanique métaphorique d'élaboration et d'expression d'un réseau signifiant ? Dans cette perspective, il s'agirait ainsi d'appréhender ce qui renvoie à une structure

symbolique et non ce qui renvoie à un ordre logique dans le discours. La plainte d'ailleurs, d'une « mémoire en salade » responsable d'un « déraillement », semble concerner précisément un sentiment de manque à l'endroit d'un ordre temporel qu'elle appelle de ses vœux.

Ainsi, Huguette parviendrait à se construire quelque chose qui s'apparente à une mémoire. Dans une logique de substitution, qui préside également au symptôme (Askofaré & Combres, 2012), la façon dont elle opère semble se jouer en creux de sa « volonté » ou de son effort de guérison. L'opération semble, en effet, se réaliser dans un matériel métaphorique, s'exprimant autant au niveau du discours qu'au niveau du corps.

D'UN SEXUEL COMME ETIOLOGIE DU SYMPTOME

Jusqu'ici peu évoquée, Huguette apparaît de plus en plus dans le discours des soignants. « Elle est trop lourde, dit-on d'elle, ça devient très difficile de la soulever. » Á l'occasion d'une blessure au dos d'une soignante lors des soins d'Huguette, une décision collégiale est prise : « Elle devra changer de chambre pour avoir accès à un rail de transfert. » Cette apparition soudaine d'Huguette et du poids de son corps dans le discours soulève d'autres interrogations. Les soignants ne la « comprennent pas » : « Elle ne fait strictement rien de ses journées », rapporte une aide-soignante en transmission. Sa collègue ajoute : « Si l'on n'allume pas la télévision, elle ne le demandera pas, si on ne la lève pas, elle ne cherchera pas à sortir du lit. » D'autres exemples fusent : « Un jour son repas avait été oublié, hé ben elle ne l'a jamais réclamé et ne s'est pas plainte d'avoir faim. » Très vite, son cas suscite de longues discussions d'équipes. Huguette a toujours l'air de bonne humeur mais semble repliée et introvertie. Huguette n'a que deux exigences : manger en chambre et laisser la porte de sa chambre ouverte, y compris la nuit malgré le risque d'intrusion de résidents déambulants : « C'est la seule chose qu'elle nous demande à chaque fois : « surtout, laissez la porte ouverte s'il vous plait ». »

Les entretiens psychologiques, quant à eux, se ressemblent. Il est question de la difficulté de vivre en temps de guerre, du travail courageux de la mère et de la violence du père qui impose des grossesses à sa femme. La qualité de la répétition est assez étonnante, chacun des thèmes habituels possède un espace localisé dans l'entretien. Leur expression suit un ordre temporel assez strict et utilise un vocabulaire bien précis. Les thèmes, pour le dire autrement, sont répétés avec les mêmes mots et dans le même ordre. Mais parfois, des éléments nouveaux

émergent spontanément. Lors d'un entretien par exemple, après une série de répétitions, Huguette se tait un long moment et semble prise par une profonde réflexion. Puis elle reprend : « Il a dû y avoir un viol, dit-elle, c'est pour ça que je disjoncte. » Elle ajoute avec entrain que « ça se tient », qu'« il y a eu beaucoup de viols en temps de guerre », et que, « comme on habitait près de la frontière, automatiquement… » Puis elle marque une pause, comme c'est souvent le cas après un « automatiquement », et conclut : « Et puis ici, la porte est toujours ouverte. Même fermée, une serrure, ça saute facilement. » Ses propos jaillissent presque comme un éclair de lucidité parmi des propos qui, il faut bien le dire, s'avèrent souvent énigmatiques pour moi.

Je reste un instant silencieux, perplexe comme souvent face à son discours et je m'entends dire cette question : « Nous sommes en temps de guerre ? », comme une demande de s'accrocher au présent et au rationnel. Elle esquisse un sourire discret : « Non, mais bon… » Elle désigne la télévision, où défilent en silence des images qu'elle ne commente pas. Puis elle ajoute : « Avec tout ce qui se passe en ce moment en Europe, l'Ukraine, tout ça… C'est pas bon, ça. La période est trouble. Heureusement, il y a le rail qui me protège quand même. Ça me rassure, ça », dit-elle en désignant le rail de transfert accroché au plafond.

Cet épisode est raconté avec un certain soulagement, comme si elle venait de trouver une explication, aussi horrible soit-elle, à son symptôme. Alors Huguette annonce la nouvelle à tous les soignants. Elle qui ne raconte jamais rien d'habitude, la voilà qui s'engage dans de longues explications sur le lien entre le viol et la nature de ses troubles. Bien sûr, l'équipe s'inquiète et me sollicite : « Tu as vu Huguette dernièrement ? Me demande une infirmière, elle raconte des choses bizarres à tout le monde. » Au bout d'un certain temps ressortent même en réunion de réelles préoccupations : « Vous avez vu ce qu'elle raconte ? C'est vrai ou pas ? Est-ce qu'on doit faire quelque chose ? » Le caractère étrange de ce discours est également mis en avant : « Vous avez vu comme elle est contente d'en parler ? On dirait qu'elle se trompe de mot. » Émerge ainsi, pour la première fois, un réel questionnement ne concernant pas seulement le comportement d'Huguette, mais ce qu'il s'agit de lui répondre.

Le mot « viol », a priori lourd de sens, semble ici mobiliser autre chose que sa définition même. S'il ouvre à la dimension de la sexualité, la nature violente de sa signification ne semble pas être exprimée. Huguette n'en ressent qu'un certain réconfort, voire une certaine jubilation qui ne manque pas de poser un doute, chez les soignants, sur la véracité du propos et la

pertinence de l'utilisation de ce mot. Littéralement, l'interlocuteur se demande si ce mot est à la bonne place.

Mais il serait difficile de considérer qu'Huguette fait erreur, que sa mémoire lui joue des tours ou qu'elle se trompe de mot tant l'impact de son émergence est grand. Force est de constater les mouvements défensifs du clinicien qui, à l'évocation du « viol », cherche à mettre à mal la nature même de la logique temporelle du fantasme. Le clinicien tente le refoulement, sa réaction pourrait indiquer un signe du transfert et donc, de l'actualisation d'un élément infantile crucial. De plus, la réaction d'Huguette est édifiante : c'est une véritable découverte pour elle. Non seulement ce mot permet de mettre en lien des éléments épars, mais en plus, il lui permet d'approcher les soignants qui l'entourent. La préoccupation de ces derniers, pour une résidente, jusqu'ici « sans histoires », est également un élément pertinent.

Le mot « viol », à ce titre, pourrait être un exemple de ce que Lacan désigne comme un point de capiton : *« (...) Ce que nous avons appelé le point de capiton par quoi le signifiant arrête le glissement autrement indéfini de la signification »* (Lacan, 1966, p. 145). C'est un point d'arrêt du glissement du sens sur la chaîne signifiante. C'est un élément de ponctuation qui stabilise le discours du sujet, qui fixe le sens entre le signifiant et le signifié. Il est un élément fondamental dans l'élaboration du désir : *« Tous les signifiants ne se valent pas : un ou quelques signifiants acquièrent, pour un sujet, un statut majeur, primordial, dont l'importance se mesure à leur pouvoir de transformation. C'est la définition de Lacan du point de capiton »* (Izcovich, 2004, p. 55). La dynamique de transformation opère également dans la relation à l'objet : « *Le signifiant primordial a le pouvoir de transformer, parfois de façon radicale, à la fois l'Autre et la perspective du sujet, en réinterprétant le passé et en organisant l'avenir »* (Izcovich, 2004, p. 58). Ce point de capiton, comme nous le rappellent Askofaré et Combres, s'habille des effets de la langue et s'organise comme fonction poétique : *« La métaphore fut bien au préalable identifié par Lacan comme la « structure synchronique » du point de capiton »* (Askofaré & Combres, 2012, p. 25). Chez Huguette, le « capitonnage » imprime à la fois la dimension discursive et la dimension relationnelle. Le mot « viol » devient une forme « d'arrimage » à l'autre car il semble fixer le sens de la relation et notamment, la dimension narcissique dans laquelle cherche à évoluer Huguette. En effet, le « viol » semble l'élément fondateur de son histoire, un point de butée à partir duquel s'élabore une ligne temporelle d'ordre étiologique, qui lui permet de se définir dans son rapport à l'autre.

En panne de compréhension de ce qui se passe pour Huguette, l'équipe soignante formule des représentations et laisse émerger des actes : « Elle est trop seule je trouve, entame une aide-soignante lors d'une réunion d'équipe, il faudrait qu'elle voie du monde. » L'équipe acquiesce. Un aide-soignant ayant un bon contact avec Huguette parvient à la convaincre de manger au restaurant à côté de son frère. Elle y prendrait goût puis commencerait peu à peu à demander des choses très simples à son frère d'abord, à l'équipe soignante ensuite : « Maintenant elle veut qu'on lui apporte la télécommande près d'elle, qu'on lui apporte des livres, elle nous demande de rehausser son fauteuil, etc. », me dit avec entrain une aide-soignante. Tous ces petits évènements du quotidien lui permettent d'installer un véritable dialogue avec les soignants. Ces derniers sont un peu désorientés par le discours d'Huguette : « Ces histoires de viol, c'est quand-même un peu étrange, je ne sais pas quoi lui répondre », m'avoue l'infirmière à qui Huguette aurait demandé conseil concernant un lien étiologique entre le « viol » et sa « mémoire en salade ».

Dans le même temps, la parole d'Huguette, en entretien, semble plus fluide. Et le discours s'enrichit de phénomènes affectifs. Un jour, Huguette me dit, avec une grimace de dégout, qu'elle s'est vidée, « complètement vidée ». Elle ajoute que, « Automatiquement, ça ne va pas très fort », et le mot revient encore, plus bas, plus lourd : « Vidée quoi. La honte. » Je reprends doucement : « La honte ? » Elle acquiesce aussitôt : « Ben oui quoi, il faut qu'elles nettoient après, c'est dur. Je n'ai pas envie d'embêter le monde. » J'essaie de comprendre, de mesurer l'ampleur du malaise : « Cela arrive souvent ? » Elle baisse la tête : « Parfois, oui. Le lit est souillé… C'est dur. »

Ces éléments de début d'entretiens vont introduire, pour la première fois, de véritables données associées à son ressenti et à son rapport à l'autre, qui vont ensuite s'inviter dans la répétition. Huguette souffre effectivement de symptômes digestifs depuis peu. Elle me dit que c'était récurrent chez elle à l'époque mais que ce n'était pas arrivé depuis très longtemps. Ce sentiment d'être vidée, associé à ses troubles digestifs, va constituer une plainte d'une tout autre intensité que la précédente et perturber une routine confortable. Huguette sollicite de plus en plus les soignants, parfois avec agacement. Quelques frictions voient même le jour entre les protagonistes. Elle refuse parfois de descendre manger, ce qui est souvent interprété comme une régression au sein de l'équipe qui semble attristée par cet état de fait : « Elle baisse, je trouve, dit une aide-soignante en transmission, c'est triste de voir ça, elle se replie, ne veut plus venir manger en bas. » Les problèmes digestifs constituent toujours la justification de ses demandes et de ses décisions : « Elle dit qu'elle est fatiguée, qu'elle se vide, ne se sent pas

bien. » L'exploration médicale ne relève rien de pertinent à traiter et les quelques examens médicaux se montreront infructueux. Rien n'explique cet état somatique. Du moins, pas à ce niveau.

Le suivi psychologique se présente plus saccadé, Huguette refusant régulièrement l'entretien pour ces mêmes raisons. Elle m'affirme un jour que « C'est sûrement à cause du viol, tout ça. » Elle dit qu'elle doit se remémorer pour guérir, qu'elle le sait, mais que sa mémoire « est comme une salade » : tout s'y confond, tout s'y brouille.

Un jour, alors que je lui demande ce qu'elle a découvert jusqu'ici concernant l'origine de ses problèmes, elle me répond qu'elle m'attendait justement pour en parler. Elle désigne le mur derrière elle. Deux nouvelles photos de chats y ont été accrochées, ainsi qu'une carte postale où d'autres chats apparaissent sous forme de dessin : « Les trois chats, vous voyez, ce sont comme des balises dans mon histoire, m'explique-t-elle, celui-là, vous voyez la tapisserie derrière ? C'est celle de ma chambre. C'est en 1919. Le deuxième, c'est en 1974. Je ne sais pas pourquoi, mais je le sais. Et donc, en 1919, c'est le premier viol. Parce que je ne vous l'ai pas dit, mais j'ai découvert qu'il y en avait eu deux. Le premier en 1919, et le second l'autre nuit, quand je me suis réveillée disjonctée. » Je lui demande alors si les deux ont un lien. Elle hésite, son regard se trouble. « Eh bien, je ne sais pas justement. Et surtout, je ne sais pas lequel correspond à mes problèmes. Il faut que je me remémore, mais c'est difficile. Et puis dès que j'ai la diarrhée, je perds espoir, je me décourage. Il faut que je sois forte. »

Ce travail d'association tend à enrichir le discours et à laisser place à d'autres éléments mnésiques. Les premiers éléments de répétition seront ainsi substitués à d'autres. Les deux viols deviennent les nouvelles clefs de la remémoration. Les souvenirs associés à la guerre perdurent mais de manière moins intense et le discours est moins répétitif.

Malgré quelques élans de repli, la sociabilisation d'Huguette au sein de la résidence évolue. Elle souhaite rester au salon l'après-midi, seulement une heure ou deux, regardant de loin les animations sans y participer, conversant çà et là avec les personnes qui passent à sa portée. Généralement, elle se plait à formuler des critiques très élaborées des animations sur un ton intellectuel, décortiquant avec précision ce qu'elle voit et ce qu'elle en pense. Son avis est généralement très élogieux. L'agitation des enfants de l'école voisine, par exemple, qui viennent une fois par mois présenter un spectacle sur la résidence, l'amuse et l'angoisse en même temps : « C'est très bien les enfants. C'est… la vie quoi. Mais ils crient hein ! Mais c'est comme ça. On devrait en faire plus pour eux. » C'est probablement l'activité qui suscite chez elle le plus d'ambivalence émotionnelle : « Avec les enfants, c'est tout ou rien, me rapporte

l'animatrice, elle est très souriante, très contente, puis subitement se plaint du bruit et demande à ce qu'on la remonte en chambre. »

Il est frappant ici d'observer la suite logique du déploiement symbolique chez Huguette qui, après ce que nous interprétons comme un « arrimage » symbolique par le mot « viol », semble faire apparaître un symptôme qui s'exprime autant dans sa valence médicale que dans sa définition psychanalytique. En effet, il tend d'une part à inscrire un élément de poussée « il faut que je me remémore » dans la chaîne associative qui constitue son histoire. Á ce titre, il semble pouvoir s'associer aux nouveaux éléments biographiques apparus spontanément, à savoir, les chats. D'autre part, cet élément semble enrichir l'ancrage social d'Huguette dans la résidence, de manière presque paradoxale, en exprimant une forme de complexe. La dimension narcissique tend alors à se complexifier et à exprimer un monde interne qui noue le corps à un réseau de représentations. Combres nous rappelle, dans cet ordre d'idée, les premières positions de Freud, concernant l'aphasie, sur la dynamique du symptôme : *« C'est ce réseau de représentations dont le sujet peut faire état par la parole qui constitue le moi du sujet, soit ce qui aussi transparaît par le symptôme »* (Combres, 2025, p. 32). Il transparaît ici sous la forme d'une demande, à la fois élément de signification et élément de désorganisation.

La définition du symptôme en psychanalyse dépasse largement la dimension purement médicale associée au trouble comme élément d'expression d'un désordre sous-jacent. Le symptôme n'exprime pas un désordre ou un dérèglement de l'appareil psychique mais un compromis entre plusieurs instances. Comme nous le rappellent Askofare et Combres : *« Le symptôme est une formation de compromis entre pulsion et défense, est signe, entre autres, de la division du sujet »* (Askofaré & Combres, 2012, p. 23). Il s'organise ainsi, autour de motions pulsionnelles dont il exprime le refoulement : *« Nous faisons, en psychanalyse, dériver les phénomènes pathologiques en général du refoulement »* (Freud, 1905-1918, p. 36). Le symptôme se définit comme un élément d'expression qui contient en lui, à la fois, l'élément refoulé et son travail de refoulement, c'est-à-dire, les phénomènes de substitution, dans la logique du rêve, qu'il produit :

> *Le symptôme est une formation de substitution, une formation substitutive ; à entendre doublement comme formation qui résulte d'une substitution signifiante – au sens de la métaphore lacanienne – et comme substitution de satisfaction, satisfaction substitutive.* (Askofaré & Combres, 2012, p. 23)

La complexité métaphorique du symptôme s'élabore à cet endroit qui le renvoie à une tentative de satisfaction que le sujet réprime sur le mode inconscient. Comme porte-étendard de cette satisfaction réprimée et comme solution imparfaite du conflit psychique, sa fonction est fondamentale dans l'équilibre psychique du sujet : *« Le symptôme est formation de défense. En tant qu'il localise la jouissance dans le corps (hystérie), dans la pensée (obsession) ou dans l'espace (phobie), le symptôme est défense du sujet contre l'infini de la jouissance.* (Askofaré & Combres, 2012, p. 23). Ce travail de localisation de la jouissance s'arrime à des éléments symboliques spécifiques qui en définissent l'expression. Enfin, le symptôme a valeur existentielle en permettant la localisation du sujet dans son rapport à la jouissance et ainsi : *« Le symptôme est formation de vérité en tant que modalité spécifique de retour du refoulé »* (Askofaré & Combres, 2012, p. 23). C'est dans l'ensemble de ces qualités qu'il s'élabore comme dimension propre du sujet et, malgré l'inconfort qu'il génère, tend à résister à sa « résolution ».

Chez Huguette, l'évolution de la plainte pourrait, dans cet ordre d'idée, tendre à exprimer une élaboration de plus en plus complexe et abstraite de son rapport à l'autre, en tant qu'espace pour se définir et construire son histoire : *« Le frayage de Lacan s'est poursuivi ensuite en mettant en avant l'homologie de fonction entre père et symptôme, tous deux assurant une fonction de nouage des éléments de la structure »* (Askofaré & Combres, 2012, p. 25). Á l'état apathique, quasi hypnotique du début du suivi, se présente une femme avec des complexes, à la recherche d'une explication sexuelle à ce qui lui arrive. Le symptôme, sorte d'état mental confus et angoissant du début du suivi, tend à se déployer en symptôme somatique, capable de parler au corps médical et d'engager la souffrance vers une forme de frustration localisable. Il permettrait peut-être d'élaborer chez Huguette un travail d'analyse au sens plein, qui revêt chez elle un travail d'enquête sur ce qui constitue le contenu de sa propre mémoire. C'est la scène du drame amnésique du *Mémento*[67] qui est en train de se mettre en place et dans laquelle Huguette prend corps par son symptôme.

La suite logique de ces éléments cliniques semble également faire écho à la sémantique du capiton en précisant la nature sexuelle des éléments qui composent le symptôme et le travail mnésique. Nous remarquons, ici, non pas une apparition mais une réapparition du terme « vidé » que nous avons déjà croisé lors du premier entretien et qui est apparu spontanément à

[67] Le terme renvoie à la prière du souvenir dans la chrétienté, métaphorisée dans le film de Christopher Nolan du même nom.

l'esprit du clinicien dans un moment d'inconfort manifeste. Il n'est pas rare, comme nous le rappelle Ferro, que certains éléments mnésiques de cet ordre refassent surface plus tard dans le suivi sous une autre forme :

> *On ne peut pas ne pas tenir compte de la « réalité racontée », mais si le contexte est un cabinet d'analyse, il faudra ouvrir à d'autres significations possibles qui, dans un premier temps, ne seront pas interprétées (ce serait une folie) mais qui commenceront à habiter notre appareil psychique et donc le champ que nous avons co-généré avec le patient.* (Ferro, 2009, 821)

La réapparition de cet élément serait ainsi à entendre comme le témoin d'un processus intersubjectif d'une « mémoire à deux » qui s'exprime ici dans une sémantique particulière se rapprochant de ce que Freud pouvait désigner comme de l'ordre de l'analité. En effet, il ne s'agit pas seulement d'observer la localisation anatomique du symptôme mais sa fonction dans le champ interpersonnel exprimant, par-là, sa localisation dans la vie psychique.

Nous savons que les points de fixation qu'a décrits Freud concernant l'évolution de la vie sexuelle s'apparentent à des traces mnésiques du processus de transduction d'une excitation somatique en élément psychique (Freud, 1915). La libido, au cours du développement affectif, va donc se fixer sur des espaces psychiques qui métaphorisent la sensation corporelle. Á ce titre : *« Le plaisir anal n'est pas seulement lié à l'évacuation, mais aussi à la rétention ; et cette opposition de tendances se retrouve plus tard dans la vie psychique comme ambivalence affective »* (Freud, 1915, p. 57). La métaphore de l'analité réside dans un rapport à la domination, au contrôle et à la maîtrise : *« Le plaisir de la rétention, qui se transforme plus tard en amour de l'ordre, de la propreté et de l'économie, trahit la continuité entre l'exercice du contrôle corporel et les tendances morales du caractère »* (Freud, 1915, p. 57). De ce point de vue, nous pouvons entendre l'organisation du symptôme d'Huguette sur le mode de l'érotisme anal dans le lien qu'il entretient avec l'illusion de sa résolution, c'est-à-dire, avec une volonté de contrôle de sa mémoire et de l'impératif catégorique à se remémorer. Cet impératif apparaît de manière troublante face à un symptôme jugé « humiliant » dont la dimension anale refoulée semble « pousser » Huguette vers une recherche de résolution rapide. Enfin l'évolution du cadre des entretiens, avec de nombreux refus, témoigne d'une mainmise et d'une recherche de contrôle qui contraste avec sa passivité d'alors, les éléments d'opposition étant, d'après Chappelon (2017), une des formulations les plus abouties de l'érotisme anal.

Ainsi, Huguette semble nous montrer un travail de mobilisation de sa *mnésis*, dont elle accuse la structure en « salade » qui frustre son désir de maîtrise. Mais la mémoire que cherche à retrouver Huguette semble s'apparenter davantage à un simulacre d'une autre quête qui commence à se ressentir en creux de la relation. La narration d'une recherche d'étiologie sexuelle à ses troubles digestifs semble chercher à s'associer aux éléments d'histoire qu'elle perçoit, dont le mot « viol » servirait de verrou mnésique qui empêche d'ouvrir la voie à son désir et se fait l'expression de sa souffrance.

LA CONSTRUCTION DE L'OBJET SEXUEL

Á six mois de suivi, les entretiens redeviennent plus laborieux. Huguette semble envahie d'une noirceur dépressive et se confond dans une plainte somatique. Elle refuse la plupart du temps les entretiens cliniques, où se présente peu investie dans le dialogue : « Je ne vais pas travailler aujourd'hui, disait-elle parfois à propos de l'entretien clinique, je me suis vidée ce matin, je n'ai pas le courage », ou encore, « lorsque je suis comme ça, je ne suis bonne à rien. » Apparait de nouveau l'image disqualifiée d'une femme qui interroge l'intérêt qu'elle pourrait avoir pour le psychologue que je suis. Je commençais, au bout d'un certain temps, à me demander si le suivi avait encore une quelconque valeur et je m'interrogeais sur sa pérennité et l'état de sa demande. C'était comme une dépression « en réseau ». L'équipe soignante la décrit comme douloureuse, irritable et désespérée : « On ne sait plus quoi faire, elle nous demande ce qui lui arrive mais nous, on ne comprend pas ce qui se passe, me confie une aide-soignante venue me parler explicitement d'Huguette. C'est dur de la voir comme ça, et on ne comprend pas toujours ce qu'elle veut nous dire. Elle parle toujours d'un viol mais ce n'est pas clair. Elle se dit humiliée par ses diarrhées. Elle pleure parfois assez fort. » ajoute-t-elle avec une émotion dans la voix.

Une hospitalisation en gastro-entérologie, à l'acmé de sa détresse somatique, sera décidée. Elle durera deux semaines. Á son retour le ton se maintient, nous reprenons les séances avec le même sentiment. Quand je lui demande comment s'est passé son séjour à l'hôpital, Huguette répond que « c'était dur quand même ». Elle ajoute qu'elle avait mal, qu'elle ne connaissait personne là-bas, et qu'elle est « très contente d'être rentrée ». J'évoque alors la période difficile qu'elle me parait traverser : « Je repère, avec nos derniers entretiens, que c'est dur pour vous en ce moment. Que vous avez beaucoup de mal avec le problème de « se

vider ». » Elle acquiesce : « Oui. Avec tous ces problèmes, je n'ai pas le temps de travailler. Je n'ai pas le temps de me remémorer. À l'hôpital, ce n'était même pas la peine. »

Durant les entretiens qui suivent, toujours marqués de répétitions, je me surprends dans une posture assez active qui l'aide à formaliser sa plainte, je ressens également une certaine complicité mélangée à une forme de compassion. J'écris quelque part dans mes notes : « Je crois que j'ai retrouvé Huguette quelque part. » Tout cela me paraît encore mystérieux.

Au détour d'un entretien, le discours change soudainement : « Il faut que je sois forte », dit-elle. Je lui demande alors « Comment fait-on pour être forte ? ». Elle me demande : « Comment ça ? » Je reformule : « Comment faites-vous pour être forte ? » Elle réfléchit, puis répond doucement : « Moi… c'est pour les autres. » Un silence s'installe. Elle semble attendre ma réaction avant de poursuivre. « J'aime quand les gens se confient à moi. Je ne sais pas, je suis comme ça. C'est drôle, hein ? Mais je sais que les gens ont tendance à se confier à moi. Je pense que je suis assez bienveillante, et puis j'écoute sans les critiquer, sans les juger. De toute façon, à quoi ça sert de juger ? » dit-elle d'un air évident. Je réponds : « Les gens viennent spontanément vous voir. » Elle confirme : « Oui. J'étais secrétaire de direction dans un collège. Donc automatiquement, quand un salarié n'allait pas bien, il venait me voir. Et alors je l'écoutais. J'aimais ça, j'aimais mon métier pour ça. Ça me permettait de tenir le coup. » Je me rends compte alors que je ne m'étais jamais questionné sur sa vie professionnelle. Je répète ses mots : « De tenir le coup. » Elle acquiesce : « Ben j'étais secrétaire de direction, donc automatiquement… » J'ajoute : « Vous aviez besoin de tenir le coup. Qu'est-ce qui était si dur ? » Elle secoue la tête : « Non ben, j'aimais ça. J'aide les autres, je les écoute, c'est comme ça que je tiens le coup. »

Puis vient un long silence, devenu inhabituel dans un entretien étrangement long. Huguette semble se perdre dans ses pensées, regarde autour d'elle, évite le mien, comme si elle cherchait une issue dans la pièce. Puis elle reprend : « On était proches de la frontière alors… Vous savez qu'il y avait des tunnels entre la France, la Belgique et l'Allemagne ? Ces trois pays-là, ils communiquent comme ça. Donc automatiquement… on est liés, quelque part. » J'ajoute : « C'est comme s'ils avaient une histoire commune. Par ces tunnels, on peut se transmettre des informations, mais peut-être aussi des émotions, ou même des traumatismes. » Elle hoche la tête pour acquiescer : « Moi, c'est ma sœur qui… elle m'a pourri la vie. » Un silence. Je répète : « Elle vous a pourri la vie ? » Huguette soupire : « Ben disons que mes trois sœurs… Elles m'ont comme… heu… Transmis leurs traumatismes. Mais c'est… par la force des choses, c'est comme ça… on vivait près de la frontière, donc automatiquement… Mais elle,

oui, vraiment, elle m'a pourri la vie. » Je lui demande comment elle s'y prenait. Elle répond : « Eh bien, la nuit, elle allumait et éteignait la lumière tout le temps. Celle du couloir. Elle montait et descendait l'escalier, et elle allumait la lumière. » Je demande pourquoi elle faisait cela. « Je ne sais pas. Mais moi, je ne pouvais pas dormir, alors vraiment… Ça me pourrissait la vie, quoi ! Automatiquement, comme je ne pouvais pas dormir… Mais vraiment, ça m'a pourri la vie. » L'intensité du langage qui est associée à cet élément est surprenante et inhabituelle chez une femme qui a tendance à utiliser un discours prudent, peu critique et épuré de toute signification affective.

Face à l'épreuve dépressive dans laquelle semblent se confronter les protagonistes, force est de constater l'alternance de phases laborieuses, marquées par de lourdes répétitions exprimées comme douloureuses par Huguette avec des phases de « remémoration » très riches de sens mais exprimées sans jubilation, contrairement à « l'étiologie du viol » qui semblait avoir vaincu l'amnésie. Cette calme remémoration semble exprimer une phase d'intégration et permettre des associations d'idées plus riches et plus fluides. Sans doute pourrions-nous y voir le passage obligé par des affects dépressifs qui pourraient être une des premières réponses comportementales face à un sentiment de perte**.** En effet, la séquence nous rappelle les qualités de la dépression que développe Fédida. Selon l'auteur, en effet, la dépression permet une « suspension », un « temps d'arrêt », porteur d'une symbolisation en travail : *« La dépression suspend le monde et révèle la vérité de l'absence »* (Fédida, 2009, p. 54). Cette « vérité de l'absence », intégration de la perte, permet un « accueil » de la pensée : *« La dépression est une expérience de la profondeur, non du déficit. (…) Il faut savoir déprimer pour penser »* (Fédida, 2003, p. 43). Il en va de même chez le clinicien : *« La dépression de l'analyste, dans le contre-transfert, témoigne de sa capacité à accueillir l'absence »* (Fédida, 2009, p. 71). La dépression possède ainsi en elle des qualités associatives capables de mettre en pause ou de ralentir l'activité psychique pour y intégrer et y associer des éléments mnésiques.

Ces qualités de la dépression font écho à la *position dépressive*, concept majeur de l'œuvre de Klein. L'auteure cherche à penser la structure œdipienne à partir de son travail auprès de très jeunes enfants et des nourrissons. Elle y décrit un *Œdipe précoce* (Klein, 1921-1945) marqué par l'alternance des positions dites « schizoparanoïde » et « dépressive ». Ces positions sont les traces de l'expérience précoce du nourrisson encore dans un état d'indifférenciation à l'objet : *« Les racines du complexe d'Œdipe plongent dans la première année de vie, au moment où le sein maternel est ressenti comme le premier objet d'amour et de*

haine » (Klein, 1921-1945, p. 324). L'alternance des expériences de satisfaction et de frustration à l'égard du sein maternel serait ainsi, selon l'auteure, les prémices du rapport à l'amour et à la haine. L'objet « sein », dans la position schizo-paranoïde est un objet scindé en deux. Il est tantôt le bon objet marqué par l'amour de l'enfant, tantôt le mauvais objet, persécutant, marqué par la haine. Sa structure témoigne de la projection d'angoisse d'anéantissement : *« Le Moi du nourrisson, encore faible et immature, fait face à l'angoisse provoquée par la pulsion de mort en projetant celle-ci à l'extérieur et en clivant l'objet en un sein bon et un sein mauvais »* (Klein, 1921-1945, p. 326). La position dépressive est une phase d'intégration de l'objet « sein » dans son unité, à la fois objet d'amour et objet de haine : *« Dans la position dépressive, l'objet est perçu comme un tout ; l'amour et la haine, les pulsions de vie et de mort, se dirigent vers le même objet et provoquent une angoisse de le perdre ou de le détruire »* (Klein, 1921-1945, p. 332). La position dépressive est ainsi définie comme la marque d'une intégration dans le champ symbolique de l'unicité de l'objet, marque écrite par des affects de culpabilité, de remords, par la crainte de l'abandon et par la crainte de sa propre destructivité : *« La position dépressive implique la reconnaissance de l'amour pour l'objet et, en même temps, la crainte que les attaques destructrices ne l'aient endommagé ou détruit »* (Klein, 1940, p. 75). Ces positions ne sont pas décrites comme des stases de la libido mais comme des fonctions psychiques qui alternent tout au long de la vie en reproduisant les conflits psychiques qui président à sa formalisation : *« La position dépressive n'est jamais entièrement dépassée ; elle demeure une composante essentielle de la vie psychique et de la capacité d'aimer »* (Klein, 1957, p. 87). Elle configure également les modalités du complexe d'Œdipe dans lequel elle réémerge : *« L'angoisse œdipienne naît de la crainte que la relation entre les parents ne soit détruite par la haine de l'enfant et qu'il ne perde ainsi les objets qu'il aime »* (Klein, 1957, p. 76).

L'apparition d'une tendance dépressive chez Huguette semble, dans cet ordre d'idée, faire émerger la division de l'objet. En opposition à cette « mauvaise sœur » jugée responsable d'un « pourrissement » peut-être déterminant dans son mal-être actuel, s'organiserait une position narcissique marquée par la générosité et le soin apporté à l'autre. Il est frappant de voir l'analogie des qualités d'Huguette, comme confidente et écoute bienveillante, avec celle que l'on attend d'un psychologue. Qui plus est, le changement de posture du clinicien laisse également supposer l'apparition, dans le transfert, d'un objet maternel en tension, malgré une centration du discours sur le mauvais objet qui l'empêche, dit-elle, de trouver le repos. Grostein nous disait joliment à ce titre que : « *par le rêve, l'analyste « devient » la version personnelle*

et originale de l'analysant » (Grotstein, 2016, p. 241). Peut-être s'opère-t-il alors, à cet endroit, l'ébauche d'un travail d'identification.

Nous constatons enfin, à nouveau, les qualités de la métaphore traumatique, dans la narration d'Huguette, en tant que marque d'une différence dans le discours, qualités, nous l'avons vu avec Derrida, analogues à la dimension du frayage chez Freud comme première marque du processus mnésique.

A huit mois de suivi Huguette se fait plus discrète dans la résidence. Les plaintes tendent à se calmer, contrairement à ce qui se joue en entretien. Huguette discute avec les soignants de choses simples, sans vraiment évoquer son « travail », comme elle le désignait. Elle semble moins investir la vie sociale, demande parfois à manger dans sa chambre et ne passe que très peu de temps au salon et en activité. Même dans le discours des soignants, elle se montre absente, on ne parle presque plus d'Huguette. Je remarque qu'elle lit souvent un livre de Stephen King en lien avec une histoire de féminicide. Lorsque j'entre dans sa chambre, la plupart du temps, elle referme le livre sans marquer la page. Je remarque qu'elle l'ouvre à nouveau, au hasard, dès que je quitte sa chambre.

Contrairement à ce tableau d'un calme apparent, les entretiens lui paraissent pénibles. Ou est-ce, à ce moment-là, un effet projectif de mon propre découragement ? Le travail de remémoration qu'elle s'oblige à y réaliser la confronte à beaucoup d'échecs. Je remarque pourtant que son discours s'étiole et se montre moins répétitif. Huguette semble même exprimer une sémiologie dépressive plus large, marquée par l'expression de la frustration, par des accès de colère et par une attaque dirigée explicitement vers la poursuite du suivi : « Pourquoi vous venez encore ? Ça ne sert à rien vous voyez bien. Je suis trop malade, je me vide, je ne peux pas y arriver », peut-elle me dire par moments. Les troubles digestifs servent toujours de justification à son opposition. Mais certains entretiens m'apparaissent comme très intenses et observent une richesse discursive manifeste.

Lors de l'un d'eux, Huguette exprime d'emblée : « Je ne sais pas si je vais y arriver aujourd'hui » dit-elle, d'une voix lasse marquée par une posture théâtrale : « Je n'ai pas le moral, je suis fatiguée. Il y a trop de bruit la nuit ici. » Je lui demande si elle pense qu'il faut être en forme pour la psychothérapie. Elle secoue la tête pour acquiescer : « Je n'ai pas envie de travailler, ça ne sert à rien, je ne me souviens pas. » Je lui demande de quoi elle ne se souvient pas. Elle hésite, puis murmure : « Eh bien… De ça, là… Ma sœur. Ma sœur, elle m'a

vraiment pourri la vie. Mais bon, c'est comme ça, on ne peut rien y faire. En parlant, ça ne change rien au fait qu'elle était comme ça. » Je glisse doucement : « Elle était folle. » Sans trop savoir pourquoi, il me semblait, à tort, à ce moment-là, qu'Huguette avait déjà mentionné la folie de sa sœur. Elle acquiesce : « Oui, je crois. » À ma question sur ce qu'en pensaient les autres membres de la famille elle répond que « les autres étaient comme moi », qu'ils « voyaient bien que quelque chose n'allait pas. » Puis elle ajoute : « Ma sœur disait qu'il fallait tout de même être gentil avec elle. Que ce n'était pas de sa faute. » Je lui demande un peu confus : « De quelle sœur parlez-vous en ce moment ? » Le silence s'installe, dense et lourd. Finalement, elle répète seulement : « Elle m'a pourri la vie. » J'ajoute : « Oui mais vous ne pouviez pas le lui reprocher puisque votre sœur vous avait dit de ne pas le faire. » Elle me répond : « Oui, c'est vrai. Elle était forte, elle. Pas comme moi. Elle était belle aussi, et puis surtout, elle jouait du piano. Elle était vraiment très, très intelligente. Elle savait faire plein de choses, et elle était gentille avec tout le monde. C'est fou quand même, de pouvoir être comme ça. » « On dirait que vous l'admirez » lui dis-je. Huguette sourit légèrement : « Ah ça oui… Ben automatiquement, quand on a autant de talents, ça force le respect. » Je précise : « Non, vous particulièrement, vous étiez très admirative. Elle avait peut-être des choses que vous n'aviez pas. » Huguette hoche la tête : « Moi, je suis timide. Et puis surtout, je ne sais pas jouer du piano. Je suis nulle à ça. Elle m'a appris beaucoup de choses. » Je demande s'il s'agissait bien d'une autre de ses sœurs : « C'était l'autre, oui. L'aînée. Je n'avais que deux sœurs. Elle m'a… Comment dire… On était proches. » Je souris à mon tour : « Je vois ça. »

Ce nouvel objet de la scène analytique va prendre toute la place des séances suivantes et se déployer dans une véritable anamnèse, toujours lacunaire et pauvre, mais moins soumise à la répétition. Cette anamnèse est très empreinte de mysticisme et ne correspond que très partiellement à ce que m'évoquait sa belle-sœur. La temporalité et la suite logique des faits ne semblaient pas suivre un ordre chronologique mais un ordre logique bien à elle, marqué par des phénomènes d'associations et de répétitions. Huguette semblait s'y retrouver et reprit goût aux entretiens. Le récit de son histoire avec cette sœur aînée semblait lui apporter des éléments de symbolisation efficients. Le caractère dépressif se calme. Les préoccupations vis-à-vis des troubles digestifs et leurs liens avec son passé se maintiennent. En revanche, les émotions associées aux souvenirs, bien que peu précises, étaient évoquées spontanément. Les entretiens se montraient plus vivants, empreints d'émotions variées et de représentations en flottement.

Apparaît ainsi dans les entretiens comme la face cachée du mauvais objet, une forme d'extériorité dans la personnification d'une « bonne sœur » qui semble porter la parole de la position dépressive et l'injonction au pardon. Cette figure comme, idéal du moi, semble s'envelopper dans une posture SurMoïque, à la fois mystique, autoritaire et merveilleuse. Nous pensons observer, ainsi, dans une scène qui contient désormais plusieurs protagonistes, le narratif de l'identification aperçu furtivement, jusqu'ici, dans le transfert.

Arrêtons-nous un instant sur ce concept pour clarifier notre propos. L'identification est un concept de Freud qui tend à décrire les phénomènes et instances qui président à la formation du Moi. L'identification, au sens de Freud, renvoie à la dimension de l'être et du devenir : « *Le Moi cherche à se rendre semblable à ce qu'il s'est proposé comme modèle »* (Freud, 1921, p. 105). L'identification est un phénomène élémentaire que Freud positionne comme préambule à toute relation d'objet : *« L'identification est la forme la plus originaire du lien affectif à une autre personne »* (Freud, 1921, p. 105). Elle fonctionne sur le principe de l'assimilation : « *Le sujet s'approprie un aspect, un attribut ou une propriété de l'autre et se transforme sur le modèle de celui-ci »* (Freud, 1921, p. 107). La personnalité, au sens de Freud, se construit par l'entrecroisement d'une série d'identifications. Le concept dépasse le simple mécanisme psychique en s'élaborant comme une forme de construction existentielle par l'intermédiaire de l'objet, ses racines sont profondément ancrées dans l'inconscient : *« L'identification n'est pas simple imitation, mais appropriation fondée sur la prétention à une étiologie commune ; elle exprime un « tout comme si » et se rapporte à un élément commun présent dans l'inconscient »* (Freud, 1900, p. 345). La dimension de l'incorporation renvoie, selon Freud, à des régressions orales, transductions du plaisir de l'enfant, à incorporer des aliments. Ses origines sont donc anciennes et au contact d'angoisses d'anéantissement et de dévoration caractéristiques de la pulsion orale (Freud, 1917). Son expression est plurielle, il peut s'agir d'une identification pleine à l'objet ou à seulement une partie de l'objet. Sa mécanique s'inscrit dans les modalités de l'appareil psychique et, notamment, des manifestations hystériques. L'identification peut ainsi subir des mécanismes de déplacement et se produire sur un autre point que sur des similarités inconscientes à l'objet.

Le concept s'inscrit également dans la dialectique narcissique qui oscille entre le choix d'objet narcissique (l'objet est choisi sur le modèle de la personne propre) et l'identification qui désigne le sujet comme constitué sur le modèle de ses objets antérieur (Freud, 1914-1917). C'est donc un phénomène déterminant dans la constitution et la pérennité de l'unité narcissique du sujet.

Enfin l'identification est également un phénomène structurant dans la distance qu'il permet avec les objets d'attachement précoce. Freud définit, en effet, dans le complexe d'Œdipe, une structuration du sujet par des mécanismes d'identification, les investissements sur les parents sont abandonnés au profit de la structuration d'une instance psychique, le SurMoi, comme mode d'identification à l'autorité parentale : *« Le surmoi hérite de l'influence du complexe d'Œdipe et représente une identification avec le père »* (Freud, 1915-1923, p. 64). Le SurMoi est ainsi exprimé, dans la seconde topique freudienne, comme le reliquat d'un processus d'identification et comme mise à distance de l'objet d'amour.

Chez Lacan, le concept d'identification dépasse le principe d'assimilation des caractéristiques de l'objet pour s'ériger en phénomène d'aliénation et d'arrimage au symbolique : *« L'identification, c'est l'assomption d'un signifiant comme représentant le sujet pour un autre signifiant. »* (Lacan, 1962, p. 132). Il désigne ainsi une opération symbolique par laquelle le sujet se constitue dans le champ de l'Autre. Le stade du miroir que décrit Lacan radicalise, dans le registre de l'imaginaire, la dimension de l'identification comme forme d'aliénation à des images propres à l'objet. Le sujet n'est plus seulement une construction par assimilation des caractéristiques de l'objet, mais un élément de la structure d'identification dans laquelle il émerge. Son désir est donc une dialectique du désir de l'Autre.

Ainsi, chez Huguette, les objets de son histoire semblent émerger au fur et à mesure qu'elle en retrouve le mythe qui les contient, et l'identification qui la symboliserait d'une certaine façon. Le processus de remémoration qu'elle semble appeler de ses vœux évoluerait en processus de reconstruction du monde qui l'entoure et du champ symbolique qui la contient. Cet élan s'apparenterait ici à un réamorçage de l'élan vital, à la reconstruction d'un ancrage au monde qui pourrait être de bon pronostic.

Il est également frappant de constater la présence impromptue du mot « folle », dans un moment quasi spéculaire dans le discours d'un clinicien persuadé qu'il appartenait à celui d'Huguette. Peut-être pourrions-nous interpréter une forme de synthèse d'éléments mnésiques dans un processus d'identification à l'œuvre dans le suivi. Le mot « folle » vu ainsi comme tentative de symbolisation de la plainte inaugurale du suivi psychologique : une « mémoire en salade » qui « déraille » ainsi projetée dans un mauvais objet qui en représente toute sa folie et qui permet de faire exister Huguette, dans le miroir maternel de sa sœur aînée.

LE DEUIL OU ON NE L'ATTEND PAS

Á quinze mois de suivi, Huguette semble vouloir renouer avec ses liens sociaux dans la résidence. Elle passe assez peu de temps dans sa chambre et se crée de nouvelles relations au sein de l'EHPAD. Je remarque que ces relations sont nombreuses mais toujours assez superficielles, Huguette créant surtout des discussions sans lendemain qu'elle me raconte parfois lorsque je la croise dans les lieux communs : « Je discutais avec la dame là, elle habitait près de la frontière aussi, son père a été déporté. » Jamais elle ne me parle de ces relations en entretien. Ces derniers mois, l'humeur est plus variable, marquée par des phases dépressives et des phases de plaisir bien exprimées. Huguette parvient mieux à décrire son état émotionnel et le partage avec les soignants. Par-là, elle revient dans le discours de ces derniers, plutôt à la pause-café qu'aux transmissions d'équipes : « Elle était marrante avec les enfants, elle leur faisait des compliments qui n'avaient aucun sens, raconte une aide-soignante. Ce matin, elle m'a demandé ce que je pensais des photos de ses chats. Je me suis marré parce qu'elles sont affreuses ces photos. Mais bon, j'ai botté en touche, je ne voulais pas lui faire de peine. » J'ai le sentiment qu'elle fait désormais partie intégrante de la résidence en tant que membre du groupe et non plus en tant que problématique clinique à traiter.

Les entretiens, quant à eux, sont centrés, depuis quelques mois, sur le déploiement d'un discours concernant sa sœur aînée. L'objectif « thérapeutique » de remémoration reste le même mais trouve une autre signification : « Il faut que je me souvienne. Ma sœur, elle saurait faire, elle. Je dois le faire pour elle. Pour être à sa hauteur. Elle jouait si bien du piano. » L'entreprise est laborieuse car la concurrence est rude. Les expressions dépressives sont souvent en lien avec la frustration de ne pas parvenir à la hauteur de l'idéal : « Je n'y arrive pas. Ma sœur c'est… C'est pas possible quoi. Elle est trop… Je dois le faire mais c'est trop dur. »

Un jour, Huguette démarre l'entretien en se plaignant d'une voix éteinte, presque suppliante : elle s'est vidée, dit-elle, « complètement… mais vraiment vidée. » Je lui fais remarquer que plus nous avançons, plus j'ai le sentiment que ses troubles intestinaux dirigent sa vie. Elle acquiesce sans me regarder : « C'est parce que je n'y arrive pas. Il faut que je me souvienne, les viols, la guerre, c'est ça. Mais je n'y arrive pas. Du coup, je me vide, et plus je me vide, moins j'y arrive. C'est comme un cercle… Comment dire… Vous voyez… Un cercle vicieux. » Elle s'interrompt, le regard pensif exprimant sa peine : « Il faut que je le fasse pour ma sœur. » « Vous vous comparez beaucoup à elle », lui dis-je. « Oui, mais je ne suis pas assez forte. Je suis minable. Je suis là, je ne peux pas bouger. Je reste au lit. C'est… C'est pitoyable. »

Sa voix tremble légèrement. Je lui demande quel genre de force elle voudrait acquérir : « Ma sœur, elle, savait aller de l'avant. Elle était bien avec tout le monde. Tout le monde l'aimait. Et elle avait beaucoup de talent, elle jouait du piano, c'était merveilleux. » Une intuition me vient mais je doute sur sa formulation, je prends un instant avant de lui dire doucement : « Vous pensez que vous êtes les mêmes ? » Après-coup je me rends compte que cette phrase vient d'une image apparue spontanément à mon esprit, comme une hallucination : deux poupées russes, côte à côte en uniforme allemand. Elle répond : « On était très proches. Mais… Je… Je n'arrive pas à être comme elle. » Je lui dis alors, en suivant mon intuition sans réellement parvenir à la formuler que : « Ce n'est pas tout à fait exact à mon sens. Je dirais plutôt que…Vous n'êtes pas « elle ». » Le silence qui suit est long, presque solennel : « Il faut que je me souvienne », finit-elle par murmurer.

Puis, comme pour se détourner de cette impasse, elle parle de son goût pour l'Histoire : « J'aimais beaucoup l'Histoire. Je voulais toujours regarder des émissions de télévision sur la guerre, tout ça. Les gueules cassées… Quelle horreur cette histoire. Mais ma sœur ne supportait pas ces émissions. Parce que, comme elle a connu la guerre, elle ne voulait pas regarder. » Je lui fais remarquer que, pour elle, c'était peut-être plus facile de regarder ces émissions. « J'ai connu la guerre, mais je l'ai moins vécue. C'est pas pareil. Ma sœur était grande, elle devait aller dehors, alors automatiquement… » Je demande : « Aller dehors ? » Elle répond : « Pour aider ma mère. Il fallait travailler. Mais avec les Allemands… C'était dur. »

Des souvenirs précis de la guerre s'invitent alors dans nos entretiens. Mais cette fois, ce ne sont pas ceux d'Huguette qui émergent, mais ceux de sa sœur aînée : « Un jour elle me racontait la terreur qu'elle a ressentie lorsqu'un groupe de soldats de la Waffen-SS a menacé d'enlever maman. Mais en fait ils n'ont rien fait. C'était un peu, comme une blague quoi. » Dans le récit des souvenirs de sa sœur, elle convoque d'autres images : les nuits passées à la cave, dans l'attente sourde des bombardements ; le frère malheureux qui aurait sauté sur une mine : « Il allait aux champs comme d'habitude et là « boum ! » une mine ! Ça saute ! Ma sœur me disait qu'il hurlait très fort, ça avait l'air terrible. Rien que de le raconter, ça me fait bizarre » ; la mère, épuisée, courbée sous le poids du labeur pour nourrir ses enfants : « Elle était courageuse, mais elle faisait mal au cœur. Ma sœur me disait qu'elle était toujours un peu grise, parce qu'elle était tout le temps fatiguée » ; et ce modèle familial transmis comme une évidence, où les aînés veillent sur les plus jeunes.

La précision du récit ici est édifiante et contraste grandement avec les images abstraites qui entouraient le discours d'Huguette sur la guerre. Ces images de frontière fragile, traversée par des tunnels et prompte à l'invasion qui ressemblent à ce que Ferro (2016) désigne assez joliment comme des pictogrammes. Il s'agit d'éléments mnésiques utilisés pour appréhender et exprimer un état émotionnel diffus et qui constituent, lorsqu'ils s'assemblent, ce que Bion nomme la *pensée onirique de veille.* Ces pictogrammes ne sont pas constitutifs du seul discours du patient et investissent également l'imaginaire du clinicien (Ferro, 2016). L'image des poupées russes dans leur version militaire semble, à ce propos, se localiser dans un lieu de la narration tout à fait significatif.

Huguette décrit ce qui s'apparente à de véritables souvenirs au moment où l'identification à la sœur semble permettre une certaine distance. Huguette se décrit dans ce qu'elle aime et ce qui la met en valeur, avant de localiser ses souvenirs dans un univers psychique marqué par la présence de figures importantes de son histoire. Et, en s'y définissant, elle semble parvenir à rencontrer l'autre. Huguette ne se souvient pas de son passé, son syndrome démentiel lui barre la route, mais elle « retrouve la mémoire » en élaborant un imaginaire qui s'enrichit de personnages de plus en plus complexes. Elle se retrouve alors comme un personnage de cette scène parmi les autres et semble s'y reconnaître. C'est ce « théâtre ontologique » qui inspirait tant Moreno lorsqu'il élaborait son psychodrame, transformant la scène comme espace de représentations en ce qu'il nommait « espace d'être » (Moreno, 1934). A ce titre, la règle de Moreno : *« Ne me dis pas ce que tu as rêvé la nuit dernière, montre-le-moi ! »* (Moreno, 1934, p. 67), s'applique assez bien au fonctionnement d'Huguette.

Á un an et demi de suivi, les entretiens retrouvent un rythme irrégulier. Huguette ne veut plus toujours me recevoir, reporte ou décale au lendemain, la plupart du temps sans motiver son refus. Les entretiens sont moins investis et laissent entrevoir une tendance dépressive moins sévère que la précédente, sans éléments de dévalorisation. L'humeur est triste, les moments de joie au quotidien sont plus rares et Huguette se fait plus discrète dans ce qu'elle exprime aux autres.

Les plaintes somatiques persistent et conduisent à une seconde hospitalisation de deux semaines. Á son retour, le discours change, Huguette m'évoque : « J'aurais toujours ces problèmes de diarrhée, c'est comme ça. » Sa voix est calme, presque résignée, comme si elle venait d'énoncer une vérité immuable. Je lui demande comment elle accueille cette idée : « Plutôt mal, répond-elle après un temps, mais il faut bien s'y faire. » Le silence s'étire. Puis elle

murmure : « Je ne veux plus me souvenir. C'est trop difficile. Et ça ne change rien. » Un autre silence suit, plus long, plus lourd. « Enfin bon… Quand même, je ne peux pas tout laisser tomber. Mais je ne sais pas trop comment faire. Je crois que… Je ne sais pas. »

Je tente d'ouvrir une piste : « Vous croyez que peut-être… » Elle m'interrompt doucement : « Je ne suis pas sûre qu'en me souvenant, je soigne mes problèmes de digestion. » Je lui demande s'il pourrait y avoir d'autres explications à ces troubles. Elle réfléchit, le regard fixé sur un point invisible. « Peut-être… Mais je ne crois pas que tout soit dû aux viols. »

Effectivement, Huguette diminuera par la suite son travail de remémoration pour s'engager dans ce qu'elle désigne comme « un travail de deuil et d'acceptation » : « C'est comme ça, il faut accepter. Je me souviens de certaines choses, ça m'aide. Avec le kiné aussi on travaille. Mais il faut faire, un peu, le deuil quoi. La diarrhée, c'est comme ça, ça vient on ne sait pas pourquoi. Il faut que j'accepte. » Ce thème du deuil fera le lit de nos deux derniers mois de suivi.

Les objets mystiques se maintiennent pour expliquer ses difficultés dans la vie de tous les jours, notamment son devoir de mémoire vis-à-vis de sa sœur aînée et les répercussions traumatiques produites par la « sœur folle » sur son corps. La nature du symptôme qui y est associé n'est plus de nature organique mais habille des traits de personnalité : « Je serais moins timide si elle ne m'avait pas pourri la vie », disait-elle souvent, ou encore, « Si j'étais plus comme ma sœur, je pourrais aider davantage les autres. Mais je suis coincé là et je ne me souviens plus. Alors bon, je voudrais plus quoi. » Les éléments « étiologiques » comme les viols ou les tunnels se font très rares dans le discours. Il semblerait qu'ils aient perdu de leur substance. Les répétitions sont également moins envahissantes et, si elles persistent d'une semaine à l'autre, dans l'instant présent, un dialogue assez riche est désormais possible. Huguette écoute et répond à son interlocuteur et peut raconter ce qu'elle voit, ce qu'elle en pense et ce qu'elle fait de ses journées. Le caractère apathique a quasiment disparu au profit d'une humeur plus labile mais toujours en lien avec des évènements précis, souvent des inconforts somatiques. Le suivi se termine à la demande d'Huguette : « Cela ne sert à rien d'en dire davantage. De toute façon c'est un problème physique, ce n'est pas en parlant que l'on va le résoudre. »

La thématique du deuil, explicitement évoquée par Huguette, se retrouve effectivement dans cette séquence marquée par une forme « d'armistice » vis-à-vis de la lutte pour (mais

contre) la remémoration. La fin de la lutte semble marquer la fin du suivi. Comme si l'identification à une position de thérapeute comme position hypomnésique, soutien à la mémoire, n'avait plus lieu d'être.

L'enchaînement des éléments tend à préciser les qualités de l'identification dans le processus d'introspection. La figure du SurMoi tend ainsi à extérioriser la violence de la pulsion anale dans une concurrence douce et secrète avec la figure maternelle plutôt que dans un rapport de domination vis-à-vis de sa propre mémoire. Dans le même ordre d'idée, on peut également constater l'évolution du processus non de « remémoration » mais de « mémoration », en ce sens qu'il complexifie et enrichit les éléments mnésiques présents dans l'entretien. Ce processus semble s'exprimer ici comme complexification de l'identification.

Ces derniers entretiens semblent montrer, enfin, l'expression du deuil comme verrou de son rapport au symbolique. Le deuil est défini comme réaction à la perte. Chez Freud, il s'exprime par un retrait progressif de la libido investie dans l'objet perdu (Freud, 1917). C'est un processus défensif. La perte ayant ébranlé l'unité du Moi, construit par identification à l'objet, nécessite un réagencement dans l'investissement de l'objet, en d'autres termes, un nouveau rapport au monde. Chez Klein, le deuil est à mettre en lien avec la position dépressive et consiste en une position de retrait qui permet de maintenir l'objet dans l'imaginaire malgré son absence : *« La capacité de se représenter l'objet absent, de le maintenir dans le monde interne, est la condition d'un deuil réussi et de la résolution de l'angoisse dépressive »* (Klein, 1940, p. 48). Le travail du deuil est, en ce sens, proche des tensions qui bordent l'enfant dans ses premières élaborations de la perte, marqué par la crainte à la fois de la vulnérabilité de l'objet et de ses propres capacités à le détruire : « *La douleur ressentie à la pensée de la perte de l'objet aimé, combinée au désir de le réparer, constitue le noyau du processus de deuil »* (Klein, 1940, p. 48). Chez Huguette, le deuil ne semble pas tant concerner explicitement la perte de sa sœur aînée, dont elle n'accuse jamais l'absence. Les éléments des derniers entretiens laissent plutôt entrevoir un travail du deuil centré sur sa propre faiblesse et les limites de ses capacités à réparer l'objet ainsi intériorisé. Les limites également, à se faire l'objet de l'héritage familial dont elle cherche à se constituer « la mémoire ». L'objet absent résiderait ainsi dans une forme d'identification incomplète, manque qu'elle fait vivre dans le symptôme avant de l'utiliser pour sa propre description.

Quelques mois plus tard, lorsqu'il fallut signer la feuille de consentement pour ce travail de thèse, Huguette cherche à faire le point : « Je veux bien signer, me dit-elle, ça s'est

toujours très bien passé entre nous, ajoute-t-elle de façon très sérieuse et professionnelle, et je pense que vous pouvez raconter cela aux autres. » Je la remercie, puis lui demande comment elle se sent en ce moment : « Ça va, je crois. Il y a des hauts et des bas, mais ça va. Je continue à me souvenir. J'essaie de le faire seule. Ma belle-sœur me ramène des objets qui m'aident parfois. Après, je sens qu'il faut que j'aille doucement avec mes problèmes de santé. » Je l'écoute, touché par la douceur avec laquelle elle parle désormais de ce travail de mémoire autrefois objet d'un effort douloureux. Alors, presque malgré moi, comme un désir longtemps retenu, je lui dis simplement : « Chaque chose en son temps. »

CONCLUSION

Le cas clinique d'Huguette nous donne l'impression d'un phénomène de croissance de la vie psychique vers une forme plus abstraite et plus riche de symbolisation. Mais s'il exprime, effectivement, des formes d'évolutions, les nombreuses allusions aux traumatismes qui ont parcouru le suivi nous orientent plutôt vers un travail de « remobilisation » de l'activité psychique dans un contexte de profonde désorganisation dans son mode de vie. L'état « stuporeux » du début du suivi pourrait être ainsi à entendre comme un « état de choc » s'exprimant comme forme démentielle par la désorientation, l'amnésie et l'apathie.

La mémoire, ici, n'est pas l'objet du trouble mais l'objet de sa demande. Le travail de remémoration s'inspire du symptôme et de son étiologie supposée d'abord ; est exigé par ses figures d'identification ensuite. Mais en filigrane de ce « devoir de mémoire », qui entend la métaphore du deuil, s'élabore une scène analytique où s'expérimente sa relation à l'autre, dans ce nouveau contexte d'habitat et ce nouveau cerveau « en salade ».

TRAVERSER ALZHEIMER : PARCOURS D'UNE CLINIQUE ORIENTEE PAR LA PSYCHANALYSE

« Ce sont amis que vent emporte
Et il ventait devant ma porte
Les emporta. »

(Rutebeuf)

UNE RENCONTRE TABOUE

Jeanne est une femme de 82 ans arrivée à la résidence en catastrophe. Et la catastrophe était d'autant plus dramatique que Jeanne était incapable d'en comprendre la nature. J'assiste à son arrivée dans l'établissement. Jeanne est une femme de petite taille qui marche à petits pas. Elle est assez maigre et affiche une silhouette plutôt chétive. Elle porte de larges lunettes sur un visage pourtant très fin. Jeanne pleure et implore sa fille Margot de phrases incompréhensibles : « Non, je sais pas, c'est ploplossible. On fait que… C'est quoi ? » Margot semble touchée, mais adopte le faciès dur et sérieux de quelqu'un qui s'est décidé à tenir coûte que coûte et à sauver la face.

Margot me décrit avec beaucoup de sérieux la situation de sa mère. Jeanne a été diagnostiquée d'une maladie d'Alzheimer il y a deux ans. Sa forte activité motrice, associée à une désorientation sévère, l'aurait mise dans des situations dangereuses à domicile.

Sa situation familiale, telle qu'elle est relatée, s'organise autour d'une configuration conjugale complexe : Jeanne vivait à domicile avec un conjoint issu d'une union tardive, tandis que le premier conjoint est présent en arrière-plan, bien que séparé de longue date. Quelques mois avant l'entrée en institution, ce conjoint actuel est confronté à un problème de santé nécessitant une hospitalisation prolongée. Jeanne est alors accueillie en urgence dans un EHPAD, initialement de manière transitoire.

Ce passage en institution semble avoir majoré de façon notable les troubles de désorientation : Elle sollicite fréquemment son entourage pour retrouver son chemin et manifeste un besoin répété de sortir. À la suite de l'hospitalisation, des changements dans l'environnement de vie du conjoint conduisent finalement à une admission définitive dans

l'établissement. L'un des enfants réside à proximité et assure une présence régulière, tandis qu'un autre, plus éloigné géographiquement, se montre peu présent.

L'arrivée de cette nouvelle résidente suscite d'emblée un intérêt marqué de la part des équipes soignantes. Les éléments biographiques circulent rapidement au sein du personnel et donnent lieu à des manifestations d'empathie, parfois formulées de manière informelle lors des transmissions ou des temps de soin.

Cependant, cet élan initial se trouve rapidement mis à l'épreuve par les manifestations cliniques de Jeanne. Celle-ci exprime de manière récurrente des plaintes somatiques ou des demandes de soins perçues comme incohérentes, mobilisant fortement les équipes. Les professionnels oscillent alors entre la nécessité de vérifier ces demandes et la difficulté à leur donner sens dans un contexte de désorganisation cognitive.

Par ailleurs, les troubles cognitifs apparaissent plus marqués que ce que laissait présager le premier contact, limitant les possibilités d'échange et mettant à mal les attentes relationnelles de certains soignants. Cette situation favorise l'émergence de réactions de lassitude, voire de rejet, au sein de l'équipe.

Plus largement, il n'est pas rare, dans ce type d'institution, que certains résidents occupent une place particulière dans l'économie relationnelle des soignants, pouvant aller jusqu'à des fonctions de soutien ou de confidence. À l'inverse, certaines situations cliniques viennent fragiliser les équilibres d'équipe et raviver des tensions latentes.

Dans le cas présent, certains comportements de Jeanne, notamment la déambulation nocturne et l'intrusion dans les chambres d'autres résidents, constituent un point de bascule. Les plaintes des autres résidents s'ajoutent alors aux difficultés déjà rencontrées par les soignants, contribuant à l'installation rapide d'un climat de défiance à son égard. En quelques jours, sa présence devient un objet de discussion récurrent, voire de controverse, rendant délicate toute tentative de mise à distance ou de médiation.

Sa réputation auprès des résidents n'est guère meilleure. Elle semble peureuse et sa gestuelle indique une tendance à la discrétion et à la bienséance. Timide mais en recherche de lien, son contact avec les autres est souvent ressenti de manière troublante. Elle parle à voix basse, a besoin de temps pour trouver ses mots et a tendance à suivre les gens pour tenter de communiquer avec eux. J'assiste alors à des scènes étranges où Jeanne suit un autre résident en essayant de lui parler. Le résident n'entend pas, continue son chemin et se rend compte subitement avec horreur que quelqu'un le suit. Dans la confusion, Jeanne marmonne à voix

basse des mots confus qui ne font qu'accroître la méfiance de son interlocuteur. De fait, Jeanne subit beaucoup de réprobations et de railleries des autres résidents qui l'approchent à la fois avec humour et avec crainte : « C'est la folle celle-là, me confie l'une d'elles, elle entre dans les chambres la nuit, ça c'est pas bien. Pour qui elle se prend ? » Une autre résidente me dit encore : « Il faut se méfier d'elle. Elle est très discrète mais elle vous suit dans les couloirs. On ne sait pas ce que veulent ces gens qui sont perdus. Ils peuvent vous faire n'importe quoi. » Une autre résidente encore : « C'est une perverse celle-là, je vous le dis, ça se voit. Elle vous suit et elle vous épie. Surtout les hommes, comme par hasard. » Une certaine rivalité peut même apparaître, qui donne à ces remarques une certaine tonalité érotique.

On remarque d'emblée l'inversion radicale du sentiment des soignants vis-à-vis de Jeanne, qui témoigne, semble-t-il, d'une forte implication émotionnelle dans le soin. De plus, l'évocation d'une déception concernant la prise de conscience, par l'équipe, de l'intensité des troubles cognitifs de Jeanne, semble faire le témoin d'une souffrance professionnelle que le résident pourrait combler. On constate également la radicalité du discours des soignants dans le cadre d'une situation ancienne de seulement quelques jours. On a le sentiment que Jeanne, active plus qu'elle ne produit, quelque chose d'une émotion soignante. En d'autres termes, on a le sentiment d'une latence.

Les soignants ne font pas l'économie de mouvements affectifs souvent peu maîtrisés, face à une population dont ils ont la charge qui est elle-même difficile à accompagner. S'intéressant au ressenti des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice, la psychologie du travail a pu mettre en lumière les difficultés psychologiques que peuvent soulever la pratique clinique et le contexte dans lequel elle se déploie. Desrumeaux, à partir d'une étude menée dans le cadre de la fin de vie (Dose et al., 2022), cherche à démontrer la nature des problématiques qui peuvent animer le soignant dans l'exercice de ses fonctions. L'étude relève des difficultés plurielles : « *Parmi les facteurs de détresse, les plus souvent avancés sont l'absence de latitude décisionnelle, la demande psychologique élevée, le travail répétitif, les troubles musculo-squelettiques et la dégradation des relations sociales* » (Desrumaux & Dose, 2023, p. 24). Ces difficultés témoignent de la très grande variabilité et de la demande de flexibilité de l'approche soignante que nécessitent des accompagnements de cette nature. L'approche psychologique de résidents en souffrance n'est pas non plus sans conséquence :

> *Pour les patients, la réponse aux symptômes et maladies nécessite les connaissances médicales des soignants, mais, pour un accompagnement complet et de qualité, ceux-ci doivent davantage être à l'écoute et adopter une posture empathique.* (Desrumaux & Dose, 2023, p. 24)

Cette posture mentionnée ici comme « empathique », semblerait vectrice de mouvements émotionnels et de questionnements éthiques majeurs. Selon Desrumeaux, ces deux éléments restent au centre des préoccupations soignantes :

> *Dans l'enquête AcSoiVie, à la question « Qu'est-ce qui est difficile et lourd dans votre travail ? », les aides-soignants répondent la charge morale (64 %), les charges physiques (43 %) et la charge émotionnelle (36 %), les trois se cumulant dans leur travail.* (Desrumaux & Dose, 2023, p. 25)

Ces difficultés peuvent être ressenties de façon très intense chez des soignants pouvant développer des troubles psychologiques :

> *De façon consensuelle, la détresse psychologique au travail correspond à un état subjectif désagréable, qui inclut des symptômes liés à l'agressivité, l'anxiété, l'irritabilité, la dépression, le désengagement social, l'épuisement, et à des problèmes cognitifs.* (Desrumaux & Dose, 2023, p. 25)

Cette détresse psychologique liée aux conditions du travail peut entrer en résonance avec la clinique elle-même : « *Les aides-soignants expliquent que cette détresse impacte les patients : « C'est déjà arrivé qu'on se sente perdu », « Leur mal-être va être notre détresse »* » (Desrumaux & Dose, 2023, p. 26). L'auteure analyse, à ce titre, un élément très pertinent : « *Le bien-être était corrélé négativement avec la charge de travail et les problèmes éthiques et positivement avec l'accompagnement des patients* » (Desrumaux & Dose, 2023, p. 27). Ce n'est pas tant l'accompagnement des patients en lui-même qui génère des difficultés affectives, mais bien le cadre dans lequel il se met en place. Au contraire, c'est, d'après l'étude de Desrumeaux, au cœur de cet accompagnement que le soignant cherche un apaisement :

> *Dans le cadre de la recherche AcSoiVie, les verbatims des soignants sont évocateurs du lien avec les patients et dans les équipes. Pour une infirmière, le bien-être, c'est « les patients, l'équipe peut jouer aussi, mais principalement les patients quand ils nous disent que l'on fait du bon boulot et qu'ils sont contents d'être bien soignés ». Pour une aide-soignante, le bien-être, « c'est le sourire des résidents, la satisfaction qu'on a apporté quelque chose et être présent pour*

eux. Cela m'apporte du bien-être et je suis heureuse ». (Desrumaux & Dose, 2023, p. 27)

Le résident est ainsi porteur d'un rôle dans l'équilibre psychique des soignants. Le rapport qu'il entretient avec eux est donc soumis à son niveau d'implication dans le rôle qu'on attend de lui. Mais plus une équipe exprimera des souffrances au travail, plus l'exigence de ce rôle sera élevée.

Les éléments de frustration sont également au premier plan. Le sentiment d'efficacité au travail est précisément l'élément visé dans le rapport El-Khomri (2019) pour expliquer, en partie, le *turnover* qui agite les métiers du soin. Le facteur premier ainsi désigné dans la valeur qu'accorde le soignant à son travail réside dans son effectivité même :

> *Le conflit éthique est lié aux conflits de valeurs qui sont présents lorsque la qualité est empêchée, lorsque le soignant a l'impression de faire un travail inutile et lorsqu'il doit mettre en œuvre des comportements qui le heurtent, menant à une « souffrance éthique ».* (El Khomri, 2019, p. 178).

Face aux troubles cognitifs de Jeanne, qui laissent déjà présager un rapport frustré au soin marqué par des difficultés pour répondre à sa souffrance, face également aux plaintes des autres résidents implorant une action rapide pour régler la situation, l'équipe se trouve prise dans une injonction qui rend difficile une résolution qui satisferait tout le monde. En d'autres termes, Jeanne ne présente pas un profil de résident « rentable » dans la reconnaissance et la compassion qu'on lui demande. Jeanne est déjà en dette vis-à-vis de l'institution. Tout psychologue doit pouvoir avoir en tête ces éléments qui s'avèrent déjà d'une grande importance pour comprendre les dynamiques institutionnelles.

Á notre premier entretien, je note déjà la particularité de la situation dans laquelle nous sommes. En effet, quand je rencontre Jeanne, je connais déjà son histoire alors qu'elle semble l'avoir oubliée. Je suis donc en possession du savoir d'un autre qui lui échappe.

Je la retrouve dans sa chambre en pleurs, elle m'invite à m'asseoir. Je constate d'emblée une personne atypique, les règles de bienséance qu'elle cherche à mettre en avant sont maladroites car handicapées par les troubles cognitifs et réalisées dans un climat de grande détresse. Cela donne une image étrange d'une femme qui cherche à être polie malgré un état émotionnel pathétique. Elle rate ainsi tout ce qu'elle cherche à entreprendre pour être cordiale et se le reproche. Elle essaye de me proposer quelque chose à boire, par exemple, mais

ne parvient pas à formuler sa phrase. Puis, se rendant compte qu'elle n'a rien à boire, se fige, semble parfaitement déboussolée, marmonne des mots incompréhensibles, puis se rassoit en soupirant : « Excusez-moi je…c'est pitoyable. »

Le fonctionnement mental est également très déstabilisant. Jeanne souffre d'une profonde amnésie de son passé. Surtout les évènements récents ou ayant eu lieu ces dix dernières années. Mais les souvenirs anciens sont également extrêmement flous. L'amnésie peut également s'observer dans un laps de temps très court entre le début et la fin d'une phrase. Ce qui fait qu'à la moindre inattention elle perd le cours de sa pensée et ne sait plus de quoi elle parlait il y a encore quelques secondes. Le langage s'en trouve fortement perturbé. On assiste alors à des scènes récurrentes où Jeanne nous sollicite pour quelque chose qu'elle n'arrive pas à formuler : « Bonjour, excusez-moi je… Enfin… Je voulais savoir comment on fait pour… Les choses enfin… C'est comment… Enfin savoir comment quoi. Voilà. » Les oublis du mot, si fréquents dans la maladie d'Alzheimer, sont également très importants. Á chaque oubli du mot, le cours de la phrase s'arrête et l'amnésie entre en jeu, ce qui fait que ni le mot, ni la phrase ne peuvent être formulés. Pour pallier cela, Jeanne a tendance à remplacer certains mots par d'autres qui lui viennent spontanément à l'esprit. Un jour par exemple, elle me demande : « Je cherche le… Mince… Vous savez là-bas… Le serpent… Non le reste à charge… Le reste… Heu… » elle ne finit pas sa phrase puis, « vous connaissez cette femme ? Marie… Maria… Je ne sais plus. Elle est avec vous ? » Dans les cas les plus heureux, on observe des métonymies, mais le plus clair du temps, on est face à des malapropismes, des paronymes voire des néologismes qui complexifient grandement l'expression verbale et la compréhension qu'en ont les autres : « Je suis débou… Désintribuée » dit-elle souvent. Ou encore : « Je suis quelqu'un de torpies… De torpiste. Voilà. Je suis comme ça quoi. » Le caractère anxio-dépressif et la honte ressentie face à ces difficultés n'encouragent pas Jeanne à aller au bout de ce qu'elle veut dire. Souvent, elle laisse tomber et passe à autre chose ou se tait : « Je voudrais savoir si ça racote… Si, vous savez, comment ça rap… Ça rapote. Je sais plus », dit-elle dépitée, « c'est pitoyable. »

Notre premier entretien clinique traduit un sentiment aigu de désorientation. D'entrée, Jeanne s'écrie : « Il faut m'aider ! S'il vous plaît ! Ça ne va pas du tout, là ! » Sa voix tremble, presque implorante. Je lui demande ce qui se passe. Elle répond qu'elle ne se sent pas bien du tout. Lorsque je lui dis que, peut-être, elle ressent des émotions désagréables, elle acquiesce : « J'ai très peur. » De quoi ? Elle ne sait pas. « De tout, dit-elle, avant de s'excuser, je suis désolée de vous embêter avec mes histoires. »

Je l'interroge sur son arrivée : « Que savez-vous de votre venue ici ? Que vous a-t-on dit ? » Elle explique qu'on lui a simplement dit qu'elle devait rester, mais qu'elle se sent seule, terriblement seule, et qu'elle a peur : « Vous aimeriez avoir une compagnie rassurante. » lui dis-je ; elle répond aussitôt : « Non… J'ai un ami. Il a dû lui arriver quelque chose. » L'inquiétude monte. « Ma fille saurait peut-être. » Quand je lui demande ce qui a pu arriver à cet ami, elle hésite : « Je… Non, on m'a dit qu'il est parti. » Je formule alors : « Vous faites donc le deuil de son départ. » À ces mots, Jeanne pleure : « J'ai dû faire quelque chose de travers. Il est parti, et maintenant je suis ici, toute seule, avec tous ces… Ces gens qui sont méchants. Excusez-moi monsieur, je ne suis vraiment pas présentable. » Je relance en lui disant qu'elle semble avoir honte de souffrir. Elle approuve : « Ah ben oui, c'est pas une façon d'être, ça. Allez… » Elle cherche à se reprendre : « Il faut que je sois forte. »

Dans la façon dont elle exprime puis élabore sa plainte, j'ai le vague sentiment qu'elle a déjà connu ce type d'entretien. Je lui dis, avec le sentiment étrange de « toucher quelque chose » : « Ce n'est pas la première fois que vous voyez quelqu'un comme moi. » Elle confirme : « Oui, je fais de la… Du… Mince… Enfin du cafard, quoi. J'ai été hospitalisée pour ça. » Peu à peu, elle se calme et me raconte : « J'ai dû aller à l'hôpital pour me soigner du cafard, explique-t-elle. C'est parce que je n'arrivais pas à m'occuper de ma fille. » Quand je lui demande comment elle décrirait ce "cafard", elle se justifie : « Il faut dire aussi que j'ai eu une éducation religieuse très sévère. Oh là là… » Les larmes reviennent : « Donc vous savez, les choses de l'amour, tout ça, ce n'était pas à l'ordre du jour. » Je l'interroge : « Comment ça ? » Elle répond : « Eh bien, avec ma mère, c'était dur. Très très dur. » Alors j'ajoute : « Donc, quand il a fallu avoir un enfant… » Elle acquiesce doucement : « Eh bien disons que le sexuel, tout ça… C'était compliqué pour moi. »

Ce premier entretien m'apparaît comme une mosaïque de problématiques exposées sans trop de précisions mais connectées entre elles par une organisation qui apparaît discrètement. L'angoisse, la désorientation, la solitude, la culpabilité, la maternité et le tabou sexuel s'expriment presque en même temps, comme les mots-clés d'un texte élaborant des questions très complexes. En écrivant mes notes après cette rencontre, j'avais envie de cliquer sur chaque mot-clé pour ouvrir le lien exposant son contenu. S'anime en moi, dès la fin de l'entretien, le désir certain d'élucider les énigmes que Jeanne expose devant moi.

Le décentrement de la plainte initiale est ici remarquable pour un premier entretien à peine connoté « psychologique ». D'emblée la question du rapport à l'autre, rapport de nature

sexuelle, s'invite dans la relation. C'est probablement cet élément qui a nourri ce que j'ai vécu comme une conviction. Celle d'une expérience préalable de la psychothérapie.

L'évolution rapide de l'entretien vers une problématique sexuelle peut résonner avec la thématique exposée mais peut également faire écho au contexte dans lequel s'organise la rencontre. La scène ainsi fantasmée, d'un homme qui entre dans la chambre d'une dame pour la « soulager », apporte son lot de significations sexuelles que nous ne pouvons écarter de notre esprit dans la situation présente. Plus encore, la scène ressemble à ce que Bion pouvait observer dans ses petits groupes :

> *Deux membres du groupe se mettaient à converser ensemble ; parfois l'échange était à peine descriptible, mais il était clair qu'ils étaient engagés l'un envers l'autre, et tout le groupe le percevait ainsi. À ces moments-là, le groupe restait assis dans un silence attentif — comportement assez surprenant étant donné l'impatience névrotique à l'égard de toute activité qui ne tourne pas autour de son propre problème. Chaque fois que deux personnes commencent à entretenir ce type de relation au sein du groupe — qu'il s'agisse d'un homme et d'une femme, de deux hommes ou de deux femmes — il semble s'agir d'une hypothèse de base, partagée à la fois par le groupe et par la paire concernée, que la relation est de nature sexuelle. C'est comme s'il ne pouvait y avoir aucune autre raison possible pour que deux personnes se rapprochent que le sexe. Le groupe tolère la situation et, malgré des sourires entendus, semble prêt à laisser le duo poursuivre son échange indéfiniment.* (Bion, 1965, p. 34)

Bion observe que, parallèlement au travail conscient du groupe, existe un niveau inconscient où le groupe se comporte comme s'il était guidé par ce qu'il nomme une hypothèse de base, c'est-à-dire, une croyance implicite et primitive qui structure ses réactions émotionnelles : *« Le groupe se comporte comme s'il était dominé par une hypothèse de base, c'est-à-dire comme s'il savait d'avance ce qu'il a à faire, indépendamment du but conscient qui a motivé sa formation »* (Bion, 1965, p. 35). La structuration d'un couple, aussi symbolique soit-elle, dans un groupe défini renverrait ainsi à la dimension du rapport sexuel.

Dans notre situation clinique, le groupe marquant la structuration du couple résiderait dans l'institution, qui, comme nous l'avons vu, observe une forte présence émotionnelle. Il est frappant, en effet, de constater la résonance des problématiques qu'entretient Jeanne avec son conjoint avec celle que l'institution entretient avec Jeanne. Les protagonistes partagent, en effet,

le vécu d'un amour frustré, inaccessible, empêché par des éléments extérieurs à la relation. L'ambivalence émotionnelle s'inviterait, dans ce cas de figure, dans une structuration du fantasme chez les soignants, comme projection du monde interne de la résidente. Bleger évoquait, à ce titre, les similarités qui existent entre la dynamique institutionnelle et les problématiques psychiques qu'elle est chargée de soigner (Bleger, 1987). Sur cette analyse, Pinel y ajoute l'idée d'une projection des instruments qui président à la logique psychique du sujet sur l'institution :

> *De mon point de vue, cette homologie fonctionnelle résulte d'une internalisation et d'une reproduction des principaux mécanismes de défense des sujets accueillis. La partie psychique du cadre, à savoir l'appareil psychique institutionnel (API) adopte un mode de fonctionnement analogue à celui des actants.* (Pinel, 1989, p. 80)

Dans ce jeu en miroir ne s'élabore pas une simple analogie, mais toute la spécificité des mécanismes transférentiels qui parcourent le lien entre l'institution et le patient et nous donne à voir la logique défensive qui est en train d'être jouée entre les protagonistes (Pinel, 1989). Cette citation de Kaes donne, à ce titre, un éclairage sur la séquence clinique que nous étudions :

> *L'institution n'est pas seulement le lieu d'accomplissement imaginaire de désirs refoulés. Elle est aussi le lieu d'organisations défensives contre ces désirs. Elle produit en outre des défenses spécifiques contre ce qui viendrait mettre en péril son existence ou le rapport de ses sujets à la tâche primaire qui les réunit. Elle assure, enfin, des défenses contre des angoisses dont l'origine ou la source semblent liées non pas directement au fait institutionnel, mais plutôt à la vie psychique des sujets considérés dans leur singularité.* (Kaës, 1999, p. 101).

La connotation sexuelle du cadre ainsi instituée avec Jeanne pourrait se faire l'écho, non pas spécifiquement de ses propres fantasmes, mais d'un érotisme de nature défensive, en forme de compromis, qui permettrait de canaliser, par l'intermédiaire de l'institution, des angoisses plus profondes. C'est dans ce cadre de réflexions que l'émergence de la figure maternelle, à la fin de l'entretien, apparaît comme une piste de lecture intéressante.

D'UNE RELATION « QUI A DU CHIEN »

Si les premiers entretiens montraient un langage et une pensée assez fluides, en contraste avec le comportement de Jeanne dans la résidence, au fur et à mesure que progresse le suivi et que les éléments du souvenir s'organisent, je repère une recrudescence des troubles cognitifs, principalement des troubles phasiques. Jeanne ne trouve que difficilement ses mots, les remplace par d'autres. Elle s'en plaint. « Ma tête part en vrille. C'est terrible, je n'arrive plus à parler. » De nombreuses confusions émergent également dans son récit, en particulier lorsqu'elle évoque sa problématique actuelle. Le rapport au temps est perturbé, l'enchaînement des évènements reste flou et les personnages de son récit se confondent.

Une des premières grandes confusions qui s'installe chez Jeanne concerne les figures de l'ex-mari et celle du nouveau compagnon, que son esprit semble mêler dans une même trame affective. Un jour, par exemple, elle m'accueille avec une volonté visible de tenir bon : « Cette fois je vais essayer de ne pas pleurer, d'être forte, d'être… Carou… D'être… Carougeuse », le mot s'emmêle sur sa langue. « Bon voilà », conclut-elle, un peu honteuse. Un silence s'installe, puis elle demande, comme revenue d'un léger égarement : « Qu'est-ce que je disais ? » Je lui rappelle que, selon ses mots, aujourd'hui « ça va. » Elle acquiesce vivement : « Oui. Je suis contente, j'ai eu mon mari au téléphone. Il me dit qu'il pense à moi. »

Je repense alors au moment qui a précédé l'entretien, j'ai dû, effectivement, patienter à sa porte le temps qu'elle termine un appel. Mais ma surprise est réelle car sa fille m'avait dit que Jeanne n'avait plus aucun contact avec son ex-mari depuis des années : « Votre mari ? » demandai-je sans dissimuler mon étonnement. Elle confirme, tranquille : « Oui, il est en Bourgogne, mais je ne sais pas pourquoi. » Je tente d'éclaircir : « Vous parlez peut-être de votre ami ? » Elle hésite, se trouble : « Oui… Je… Enfin… » Les mots se perdent, puis la détresse remonte : « Mais le plus dur, c'est la solitude. » Elle pleure doucement. « Si seulement je… Si seulement… Mais j'y arrive pas. » Je lui demande alors ce qu'elle souhaiterait faire. « Eh bien… ça. Faire que… Ben que ça aille. Je sais pas. »

Je cherche une cohérence, un fil : « Votre ami, dis-je, vous disiez que votre séparation avait été brutale. » Elle hoche la tête : « Oui, très brutale, voilà. Je sais pas pourquoi. » Le silence s'épaissit, comme si nos pensées se vidaient en même temps. Puis, gênée, elle murmure : « Je ne sais pas trop comment on fait ça… entre nous. » Je précise : « Vous parlez de nos séances ? » « Oui », répond-elle timidement, presque soulagée d'avoir retrouvé le sens de sa phrase.

Comme pour « botter en touche », j'évoque la règle de l'association libre et du non-jugement ce qui semble la rassurer. Ces rappels au cadre seront très courants dans la suite du suivi et marqueront une forme de suite logique des éléments de la répétition. Le besoin d'annuler une menace potentielle dans ma présence s'exprimera dans chacune de nos séances. Aussi bien pour elle que pour moi. Le « comment on fait ça, entre nous » me donne un aperçu de la nature de cette menace.

La temporalité des entretiens se construira alors, par la suite, de cette manière. Généralement on observe une phase de grande perplexité à mon entrée dans la chambre. Elle me reconnaît, identifie vaguement ma fonction mais s'interroge sur ce qu'elle doit faire avec moi. La réassurance qu'elle exprime lorsque je lui rappelle le cadre, notamment la règle de l'association libre, semble lui permettre d'évoquer plus librement, d'abord, ses difficultés sociales au sein de la résidence : « Ce n'est pas évident ici, les gens sont… Je vois bien que je ne leur plais pas…Ils sont comme si…Ils sont, elle hésite à dire le mot, je l'encourage, ils sont méchants » murmure-t-elle. Elle m'évoque généralement, ensuite, le manque cruel de sa maison et ses préoccupations vis-à-vis de cette image de « maison abandonnée » : « Qui va s'en cocuper… s'en cocup'… Enfin faire pour la maison quoi. Elle va être humide », dit-elle plaintivement. Elle évoque enfin avec plus de méfiance ses troubles cognitifs, notamment la fuite du mot qui la handicape beaucoup : « Je ne trouve pas le…Á chaque fois je veux dire mais ça part. »

Il n'est pas rare d'observer chez des patients présentant un syndrome démentiel l'alternance de phases fluides et de phases plus décousues du discours (Pakhomov et al., 2011). Plusieurs études, dans diverses orientations théoriques, traitent de cette question. Des études neurocognitives soutiennent que les phases fluides s'appuient souvent sur des circuits linguistiques automatisés et sur des souvenirs bien consolidés, mobilisant une attention encore stable et une relative coordination des fonctions fronto-temporo-pariétales (Pakhomov et al., 2011). Le patient retrouve alors un ton, une syntaxe et un rythme proches de la norme. À l'inverse, les moments de désorganisation surviennent lorsque les ressources attentionnelles s'épuisent, que la mémoire de travail se fragilise ou que la supervision exécutive se relâche ; le discours se vide alors de sa cohérence, devient haché, tangentiel ou itératif (Pakhomov et al., 2011). Balier propose une approche psychanalytique de cette question et soutient que ces fluctuations traduisent les oscillations du Moi entre présence et retrait, entre un effort de maintien du lien à l'objet et des instants d'effondrement où la pensée s'interrompt (Balier,

1976). Ils témoigneraient ainsi d'une lutte interne visant l'unicité de l'objet interne qui alterne dans la démence, selon Le Gouès, entre présence et effacement (Le Gouès, 1991).

Les phases de cet ordre qu'exprime Jeanne dépendent pourtant du lieu d'expression d'abord (entre la résidence et les entretiens cliniques), de l'évolution du suivi ensuite (l'accroissement des troubles cognitifs est progressif), de la construction sémantique ensuite. Les mots sur lesquels Jeanne « butte » sont rarement anodins ou sont placés à des endroits précis du discours. Ces éléments montrent l'impact significatif de la présence de l'autre, de sa posture et des « hypothèses de base » qui président à la rencontre dans l'expression cognitive du sujet. Ce point de vue fait écho à ce qu'ont pu développer Brossard et Caron (2018) au sujet de l'importance de la présence de l'autre pour permettre au sujet de maintenir une forme « d'arrimage » à l'objet. La présence de l'autre, selon les auteurs, dans son rythme, sa posture et son approche, joue un rôle prépondérant dans la qualité de l'expression des sujets présentant un syndrome démentiel.

À la fin d'un de ces entretiens, alors que je lui signifie mon départ, Jeanne détourne soudain la conversation : « Et il y a ça aussi. Il y a un chien ici, il me fait très peur. Enfin, ce n'est pas véritablement un chien, mais quand même. » Je reste perplexe, songeant que ce « chien » pourrait être la voisine du couloir qui crie parfois. Je lui demande : « Pourquoi vous fait-il peur ? » « Je sais que ce n'est pas un chien, dit-elle, consciente d'utiliser une image pour exprimer ce qu'elle pense, j'aime les chiens, mais celui-là, il est agressif, et puis j'ai peur qu'il me morde. » ajoute-t-elle, exprimant tout de même cette métaphore comme une réalité tangible.

Je tente un rappel à la réalité : « Vous dites que ce n'est pas tout à fait un chien. Peut-être un des résidents du couloir vous fait-il peur ? » Jeanne ignore ma suggestion et poursuit sur le registre de la mémoire et de l'attachement : « Moi, j'avais deux chiens. Je les aimais beaucoup. Cela fait longtemps qu'ils sont morts. » Sa voix se fond alors dans une reprise presque identique de son discours sur la « maison abandonnée. »

La figure du chien va occuper l'esprit de Jeanne de manière très importante d'abord puis quasi-obsédante durant les semaines qui suivent cet entretien. Elle en parle à tous les soignants, les implorant de faire quelque chose pour « dresser ce chien et le rendre docile », tout en continuant d'affirmer qu'il ne s'agit pas vraiment d'un chien « mais quand même ». Elle m'évoque durant les entretiens la détresse qu'elle ressent face à cette situation et des solutions possibles pour résoudre ce problème. Cet élément prend tout l'espace de l'entretien

et rompt brutalement avec la logique répétitive alors à l'œuvre. Nos séances se transformaient en une longue liste de conseils pour éduquer un chien. En parallèle, Jeanne évoquait tantôt sa crainte, tantôt sa révolte contre le comportement, jugé intolérable, de ce chien. Lors d'un entretien, elle me dit d'un ton hésitant mais décidé : « Mais ce n'est pas forcément de sa faute. Vous savez, un chien, il ne faut pas le laisser faire. Il faut être autoritaire, sinon il devient méchant et malheureux aussi. C'est ça qui est terrible. Je le plains, ce pauvre chien. Mais enfin, ce n'est pas tolérable. » Je lui réponds qu'il n'est pas toujours facile de se montrer autoritaire avec ceux qu'on aime. Elle acquiesce doucement : « C'est vrai. Moi, mes enfants, je les ai beaucoup gâtés. Peut-être trop. C'est pour ça qu'ils ne viennent pas me voir. J'en sais rien. » Je lui dis qu'elle pense peut-être avoir été « trop bonne ». Elle soupire : « Mais je… j'y peux rien, moi. Je voulais leur donner beaucoup d'amour. Tout le temps. C'était très difficile. Peut-être que j'étais trop envahissante, je ne sais pas. » Sa voix se perd un instant dans une profonde réflexion silencieuse.

La figure du chien devient de plus en plus persécutante, envahit tout l'espace psychique des séances et constitue une plainte ininterrompue que les soignants accusent. J'émets, en équipe, l'hypothèse que cette figure du chien possède une forme matérialisée dans la vie quotidienne. J'avais l'idée, en effet, qu'à l'instar du rêve, il fallait un contenu manifeste à cette image. En équipe, on décide d'une part de mener l'enquête et d'autre part, de lui proposer un changement de chambre. Malgré le désordre anxieux que provoque cette proposition, Jeanne accepte immédiatement. Après le déménagement, la détresse émotionnelle vis-à-vis du chien s'apaise drastiquement, bien que celui-ci reste au centre de ses préoccupations. Jeanne continue dans les entretiens d'exprimer le mélange de compassion, de craintes et de révolte qu'elle ressent vis-à-vis du chien : « Non je ne le vois plus trop. Mais je pleure pour lui tous les jours », elle fond en larmes, « ce pauvre chien, il est méchant parce qu'on est méchant avec lui. Je le sais. Moi j'ai eu des chiens. Si vous leur donnez de l'amour, ça se passe bien. » Elle ne demande plus, en revanche, au soignant de l'en protéger.

L'enquête a dégagé un suspect. Son ancien voisin d'en face, fort aimable mais très désorienté, pouvait entrer inopinément dans la chambre de Jeanne. Ce monsieur, du reste très courtois, peut renvoyer des comportements à forte connotation sexuelle, voire se retrouver nu ou en protection dans le couloir et dans la chambre des autres résident(e)s. Et, pour parfaire le tableau, il apparaît que cet homme a parfois tendance à aboyer pour se moquer d'une résidente qui crie dans les couloirs. Du reste, c'est une personne que Jeanne côtoie parfois en salle à manger et en groupe mémoire. Elle ne l'a jamais désigné explicitement comme une

menace ou cherché à l'éviter. Ce qu'elle pouvait faire avec d'autres résidents dont elle avait peur.

Cette anecdote a beaucoup amusé et intéressé l'équipe soignante, prise dans une chasse aux indices qu'elle jugeait « un peu folle » : « J'hallucine, on est vraiment en train de chercher le chien de Jeanne qui n'existe pas. Manquerait plus qu'on trouve vraiment un chien. » La désignation d'un suspect a stupéfait la plupart des soignants tant les éléments concordaient au discours de Jeanne. L'anecdote a, par ce fait, permis de créditer la parole de Jeanne d'un peu plus de véracité, bien que celle-ci s'en trouve détournée. Á de nombreuses reprises par la suite, lorsque Jeanne pouvait exprimer des demandes médicales paradoxales, dont l'équipe doutait de la véracité, était rappelé le mythe : « Souvenez-vous de l'affaire du chien, entendait-on dans les réunions d'équipes, il y a toujours du vrai, quelque part, dans ce que dit Jeanne. »

Cet épisode du chien émergeant à l'endroit d'un élément effrayant s'exprime de façon très mystérieuse. Mais ses qualités associatives et ce qu'il produit dans le groupe sont assez édifiants et témoignent de quelque chose dépassant largement le seul cadre de la « désorientation » ou de la « confusion » qui serait lié à des phénomènes neurocognitifs. Cet épisode, souvent qualifié de confusionnel, porterait ainsi en lui une véritable valeur onirique possédant les qualités propres au travail du rêve. Déplacement et condensation s'invitent alors dans un fonctionnement démentiel où l'accroche sensorielle est parfois très envahissante. C'est déjà ce que remarque Verdon à propos des rêves de ses patients :

> *C'est dire que l'activité onirique, de même que l'activité de pensée, n'est pas qu'intrapsychique mais qu'elle dépend en partie de l'environnement, du cadre, de l'investissement de l'interlocuteur. En outre l'évolution démentielle n'est pas linéaire mais est sensible aux effets de l'environnement, de ses aménagements familiaux, soignants, institutionnels.* (Verdon et al., 2023, p. 154)

Le chien qui terrorise Jeanne, bien qu'accroché à un élément perceptif, produit ainsi une activité onirique, persécutante, qui met en tension sa vie psychique.

Si cet épisode est l'expression d'une activité psychique, il semble faire apparaître une mécanique originale de refoulement au sens freudien. Le refoulement chez Freud, en effet, tend à inverser la valence affective du refoulé, une source de plaisir devient déplaisante et l'élément de représentation qui lui est associé est refoulé : *« Par le refoulement, ce qui était primitivement source de plaisir devient source de déplaisir »* (Freud, 1915-1917, p. 178). Ici, c'est

précisément une image jugée rassurante qui vient habiller un évènement inquiétant, non pas pour l'évacuer mais pour le faire vivre, nous pourrions dire, pour le mémoriser, le personnifier et le faire exister comme figure de persécution. Là où l'image refoulée devient le « pousse à l'oubli » du refoulement, chez Jeanne, l'image du chien, source de plaisir, ne se transforme pas en source de déplaisir mais habille les deux fonctions simultanément. Et au lieu de réprimer l'affect associé, elle le fait vivre. Mais nous pourrions appréhender cet épisode par la thématique du traumatisme dont Verdon nous rappelle les fonctions mnésiques :

> *S'agit-il, face aux pertes actuelles, susceptibles de rappeler avec elles les pertes passées et insuffisamment élaborées, de neutraliser leur dimension traumatique en utilisant les souvenirs à la manière dont l'enfant joue au fort-da avec sa bobine ? Ces remémorations reproduiraient alors l'angoisse initiale, mais dès lors affectée d'une valeur de signal d'alarme conférant aux souvenirs, conformément aux développements freudiens, à la fois une fonction d'« attente » du traumatisme et de « réponse atténuée » du trauma.* (Verdon et al., 2023, p. 159)

Cette fonction d'attente, par excitante dirons-nous, pourrait être une des fonctions de cette construction projective qui, à l'image du rêve, s'habille d'un élément perceptif qu'elle détourne pour se protéger d'un trop-plein d'excitation. En termes derridien, le chien serait une esthétique du traumatisme, il n'est pas refoulement mais masque de la reviviscence pour en atténuer son intensité.

Le glissement de la figure du chien vers une préoccupation maternelle se fait ici dans une grande fluidité. C'est la deuxième fois, dans ce cas clinique, qu'est approchée la figure maternelle par un élément traumatique. La peur qui envahit cet épisode renvoie à deux éléments : la crainte de se faire mordre, la crainte d'être une mère trop envahissante. Ces deux éléments pourraient exprimer des angoisses liées à la pulsion orale, développée chez Freud comme transduction du plaisir à dévorer les aliments. La pulsion orale, fixée sur la sphère buccale, renvoie sur sa forme passive à des angoisses d'anéantissement par l'autre, sur sa forme active à ses propres capacités de destruction : *« Dès le début, la libido orale est ambivalente : elle cherche la satisfaction mais peut aussi causer la destruction de l'objet qui lui procure le plaisir »* (Freud, 1915-1917, p. 114). Chez Klein, la pulsion orale possède une activité fondamentale dans l'alternance des phases dépressives et schizo-paranoïdes car elle constitue le roulement de la mécanique d'introjection : *« L'enfant est capable de détruire l'objet dans son imagination et de l'introjecter en tant qu'objet partiellement mauvais »* (Klein, 1921-1945,

p. 256). Cette expérience de destruction s'inaugure dans le rapport au sein : *« Dans l'état oral, l'enfant attaque la mère avec sa bouche, alternativement en cherchant le plaisir et en la détruisant »* (Klein, 1957, p. 68). La phase orale, en tant que fondement de l'introjection, exprime l'ambivalence de la position schizo-paranoïde, l'objet dévoré peut être bon (génère du plaisir) ou mauvais (génère du déplaisir) et s'inviterait à la base de l'angoisse paranoïde où l'objet, comme projection de la pulsion orale, est ressenti comme une menace existentielle. Chez Jeanne, la menace ne réside pas dans la figure du chien, en lui-même, mais dans la morsure qu'il pourrait lui infliger. De la même manière, les préoccupations maternelles peuvent laisser entrevoir la thématique de l'engloutissement de l'autre par un « trop plein d'amour » sanctionné par une instance morale culpabilisant la mauvaise mère « trop aimante ».

Les entretiens se poursuivent dans sa nouvelle chambre. Ce nouvel endroit reprend exactement la même disposition. Les meubles, photos et autres décorations sont disposés de la même manière. Nous reprenons également les mêmes places que dans la chambre précédente. Mais ce copier/coller ne semble qu'apparence, car Jeanne ne se comporte pas tout à fait de la même façon depuis qu'elle a déménagé. Elle semble plus prudente, ferme sa porte, jette un coup d'œil inquiet dans le couloir avant de sortir et accueille avec plus de méfiance les personnes qui entrent dans sa chambre. De la même manière, on sent à chaque entretien un léger malaise. Les préoccupations autour de ma posture et de ma fonction s'intensifient. Jeanne sait qu'elle se confie à moi, qu'elle y expose parfois des éléments intimes, mais elle ne sait pas toujours pour quelle raison. Á ce titre, au bout de trois mois de suivi, je me retrouve régulièrement dans une position où je pense devoir justifier ma présence : « Mais qu'est-ce qu'on fait ici ? » demande-t-elle l'air inquiet et suspicieux. Je lui réponds simplement que c'est un entretien psychologique. Elle hoche la tête, se souvenant soudain : « Ah oui, j'ai déjà fait ça à l'hôpital, il y a longtemps. Mais comment on fait ? » « Dites-moi ce qui vous passe par la tête, sans trop réfléchir à ce que vous dites. Parlez comme ça vient. » lui dis-je. Elle fronce les sourcils, hésite un instant, puis demande, d'une voix à la fois sincère et déconcertée : « Mais ça sert à quoi ? »

Ces questionnements, qui ne sont pourtant pas rares dans ma pratique, produisent cette fois-ci un malaise chez moi. Ils me sont inconfortables. Moi-même, lorsque j'explique le but de ma présence, je ne suis pas convaincu, et je ne me sens pas convaincant. En relisant mes notes, je me rends compte que je me pose la même question que Jeanne : « Qu'est-ce qu'on est en train de faire ? » Et cette question est anxiogène pour nous deux. Dans cette période « tendue » je commence même à sentir chez Jeanne des préoccupations vis-à-vis de mes intentions dans

ce rituel que nous avons mis en place : un rendez-vous qu'elle définit comme secret, à heure et jour fixes dans sa chambre où elle expose des secrets intimes. Le caractère érotique de la rencontre est de plus en plus sous-entendu dans son discours et je le vis assez mal :« Alors que… qu'est-ce que l'on fait ? » me demande-t-elle un jour en début d'entretien. Je lui réponds doucement : « Je vous écoute. » Elle regarde ailleurs, un peu gênée. « C'est embarrassant, je ne sais pas trop comment on fait », dit-elle. « Je pense que vous vous souvenez de comment on fait », dis-je un peu malgré moi. Alors elle se redresse, prend une inspiration : « Bon, je parle. Vous voulez que je parle. » Je lui réponds d'un ton calme : « Je vous écoute. », « Je me mets à nu alors ? » me demande-t-elle. Le caractère métaphorique de la question n'est pas clair, dans la façon dont elle est posée j'ai cru une seconde qu'elle me demandait vraiment s'il fallait qu'elle se déshabille. Dans le même temps, je sens en moi une tension qu'il m'est difficile de contenir. Je lui réponds alors à bout de souffle : « Parler, c'est se mettre à nu ? » La question est maladroite et perturbe complètement Jeanne. Le malaise s'accroît, Jeanne semble perdue et ne dit plus rien.

Les entretiens qui suivent expriment toujours cette même tension et s'expriment dans un silence malaisant. La question de « se mettre à nu » se veut plus littérale. Parfois, lorsque j'entre dans sa chambre, elle me demande d'emblée si elle doit se déshabiller. Qui plus est, à chaque fin d'entretien, elle doit vérifier qu'il n'y a personne dans le couloir avant de me laisser sortir pour, dit-elle, éviter les commérages à son sujet : « Il ne faut pas qu'on sorte tous les deux, sinon ça va jaser, ils vont se moquer. » Il en va de même lorsque je la croise, parfois, perdue dans le couloir, elle accepte que je la guide mais : « l'air de rien », dit-elle.

Puis un jour, alors que Jeanne se présente très anxieuse à l'entretien, émerge une plainte : « Je ne sais pas comment faire, je n'y arrive pas. J'ai beau faire, mais je ne sais pas comment. Je n'y arrive pas, je n'y arrive pas à…Je sais plus j'en ai marre. » Les mots se cassent sur sa fatigue : « Je n'y arrive pas, je n'y arrive pas à… Je sais plus, j'en ai marre. » Le silence s'installe. Puis, dans un souffle triste et envieux, elle ajoute : « Les autres, eux, ils y arrivent. Ils sont là, gnagnagna… Et ça rigole dans tous les sens. » « J'ai l'impression que c'est difficile pour vous de vous adapter » lui dis-je. Elle hoche la tête, les larmes montent : « Non, pas du tout. J'essaie d'aller vers les autres, mais… » Sa voix se brise. « Et je ne vois pas beaucoup mes enfants. »

Une longue description du comportement des autres résidents s'ensuit. Jeanne semble chercher à comprendre sa position dans le groupe : « Ils me tournent le dos lorsque je m'approche, on dirait qu'ils me fuient. » Le discours est marqué par des éléments dépressifs et

notamment une forte dévalorisation qui semble appeler du réconfort : « Vous comprenez. Je cherche un homme mais il n'y a personne. Il y a bien vous, mais… » Elle s'arrête ici, me regarde avec crainte comme si elle attendait une réponse : « Non… Je ne peux pas jouer avec vous » dit-elle finalement un peu déçue. « On ne joue pas de la même manière en thérapie et en amour », lui dis-je alors.

Ces éléments deviennent récurrents et de plus en plus explicites, bien que l'interdit demeure sans vraiment être bien visualisé. Á la fin d'un entretien difficile marqué par beaucoup de frustration, elle me dit, irritée, en haussant la voix : « Vous attendez, en fait, un rapport sexuel, que je me déshabille et que voilà. Au moins que je me dévoile. Enfin je veux dire, quand je parle comme ça pour trouver une réponse à mes problèmes. » Je l'interroge. « C'est votre sentiment ? Le dévoilement de soi est une mise à nu ? » Elle soupire. « Je ne sais pas. J'en ai marre que les hommes me tournent le dos lorsque je m'approche d'eux. »

Les deux entretiens suivants seront marqués d'une forte teneur dépressive associée au récit de cette problématique de séduction. Puis, en portant son attention sur d'autres sujets, Jeanne n'en parlera plus jamais.

Il est frappant de voir ici l'alternance de l'expression tantôt littérale, tantôt métaphorique des fantasmes sexuels qui s'invitent dans la relation thérapeutique et qui tendent à préciser ce que nous avions observé dans le premier entretien et analysé comme une hypothèse de base. Il n'est pas rare d'observer, dans une relation thérapeutique, l'irruption d'éléments d'ordre érotique parfois très intenses et explicites. Dès les prémices de sa pratique, la psychanalyse a pu faire face à des situations de cet ordre, allant parfois jusqu'à l'aboutissement d'un amour véritable entre l'analyste et son patient ou sa patiente. Dès 1909, Freud répondait ainsi à Jung qui se plaignait du scandale d'une patiente dont il avait refusé les avances : *« Être calomniés et roussis au feu de l'amour avec lequel nous opérons, ce sont les risques de notre métier »* (Freud & Jung, 1992, p. 137). En 1915, Freud exprime la nécessité de rédiger un ouvrage centré sur cette problématique. Dans *Observations sur l'amour de transfert* (Freud, 1915), Freud met en garde les jeunes praticiens de la psychanalyse contre toute tentation de répondre à cet amour :

> *Il s'agissait pour Freud de donner aux médecins des indications quant à la conduite à tenir quand ils se trouvent face à une situation semblable à l'exemple clinique qu'il a choisi de leur donner : une situation thérapeutique qui met le médecin face à une « grave difficulté ».* (Hamed, 2018, p. 93)

Freud évoque des situations qu'il a lui-même rencontrées, il s'agit de patientes ayant déclaré leur flamme au médecin et, par la suite, ne voulant : *« Ni entendre parler ni parler elle-même que de son amour dont elle demande la réciprocité »* (Freud, 1915, p. 35). Tout psychologue orienté par la psychanalyse peut se trouver alors confronté à une situation complexe car, selon Freud, on ne peut pas considérer cet amour comme un simple élan affectif qui serait de l'ordre du semblant, ou de l'illusion : *« Rien ne nous permet de dénier à l'état amoureux, qui apparaît au cours de l'analyse, le caractère d'un amour « véritable » »* (Freud, 1915, p. 38).

La véracité de cet amour, selon Freud, est en lien avec la reviviscence, chez le patient, d'éléments de sexualité infantile non remémorés mais rejoués sur la scène de l'entretien. Il est un objet, en d'autres termes, du transfert :

> *Le malade répète, sous la forme de cet amour pour l'objet, des événements psychiques qu'il a déjà une fois vécus – il a transféré sur l'objet des attitudes psychiques qui étaient déjà prêtes en lui et sont en rapport intime avec sa névrose. Et il répète aussi sous nos yeux ses réactions de défense d'alors ; il aimerait reproduire, dans ses rapports avec l'objet, toutes les vicissitudes oubliées de sa vie. Ce qu'il nous montre est ainsi le noyau de son histoire intime, il le reproduit de façon palpable, présente, au lieu de s'en souvenir.* (Freud, 1925, p. 154)

L'amour ressenti pour le clinicien ne dépend donc ni des qualités qu'il peut représenter pour son patient, ni, purement et simplement, du caractère original de la scène analytique, cet amour désigne un « tiers » et renvoie à une position du clinicien comme objet de la vie psychique de son patient :

> *Les transferts sont de nouvelles éditions, des copies des tendances et des fantasmes qui doivent être éveillés et rendus conscients par les progrès de l'analyse, et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin.* (Freud, 1911, p. 254)

Si Freud met en garde tout psychologue orienté par la psychanalyse contre ces élans amoureux dans un premier temps, en complexifiant la notion de transfert, il en désigne, non plus une résistance à la thérapie, mais l'outil fondamental de la pratique clinique. Le transfert permettant de passer outre les limites de la remémoration en plaçant l'élément mnésique au centre de la scène relationnelle. L'intensité de sa survenue n'aurait d'égal que son efficacité thérapeutique. Freud l'exprime pleinement dans ses *Cinq psychanalyses* :

> *Ce fragment de vie affective qu'il ne peut plus rappeler dans son souvenir, le patient le revit dans ses relations avec le médecin ; et ce n'est qu'après une telle reviviscence par le transfert qu'il est convaincu de l'existence comme de la force de ses mouvements sexuels inconscients. Les symptômes qui, pour emprunter une comparaison à la chimie, sont les précipités d'anciennes expériences d'amour (au sens le plus large du mot), ne peuvent se dissoudre et se transformer en d'autres produits psychiques qu'à la température plus élevée de l'événement du transfert. Dans cette réaction, le médecin joue, selon l'excellente expression de Ferenczi, le rôle d'un " ferment catalytique " qui attire temporairement à lui les affects qui viennent d'être libérés.* (Freud, 1911, p. 255)

L'amour du résident, dans cette conceptualisation du transfert, est à envisager comme l'élément fondamental de la résolution de ses problématiques psychiques.

Mais ce n'est pas chose aisée. Car le transfert n'est pas à considérer comme une simple formation psychique du résident. Il investit pleinement la scène analytique et est à entendre comme une pleine implication des deux protagonistes. Le terme de contre-transfert est ainsi décrit comme la réaction du clinicien face aux éléments transférentiels. Ce dernier peut ainsi ressentir des élans amoureux, ou chercher à s'en protéger par des mécanismes défensifs de rejet ou de culpabilité. L'amour de contre-transfert, selon Ben Hamed, possède les mêmes caractéristiques que l'amour de transfert :

> *En nous appuyant sur l'hypothèse qu'il existe, côté face, un amour de transfert pour l'analysant et côté pile, un amour de contre-transfert pour l'analyste, nous garderons la même acception énoncée par Freud au sujet de l'amour de transfert, à savoir, que celui-ci est soumis au courant « tendre » et au courant « sensuel » de l'amour, mais aussi qu'une intégration des deux sortes d'amour serait nécessaire pour atteindre l'équilibre psychique souhaité.* (Hamed, 2018, p. 99)

L'auteur avance l'hypothèse que les difficultés du clinicien vis-à-vis des sentiments amoureux de son patient résideraient dans une mauvaise intégration conjointe des éléments « tendres » et des éléments « sensuels ». Leur résolution est nécessaire à la poursuite de l'analyse :

> *Pour cela, il nous semble nécessaire que l'analyste ne présente pas un embarras fondamental à recevoir le transfert amoureux, qu'il puisse au contraire, admettre sa réactualisation sans se sentir menacé par un passage à l'acte, mais*

> *aussi qu'il n'ait pas de mal à se faire l'objet d'un transfert maternel et qu'il puisse laisser s'exprimer ses capacités maternantes sans se sentir menacé de débordement.* (Hamed, 2018, p. 100)

C'est donc dans le maniement des éléments transféro-contre-transférentiels que peut se déployer, puis se « résoudre » l'amour de l'analysant, comme expression « tendre » et « sensuelle » de motions pulsionnelles refoulées.

Chez Jeanne, nous pouvons y observer à nouveau, dans cette mécanique transférentielle, la fonction du rêve. Jeanne arrimant ces contenus fantasmatiques à des bribes d'éléments de son environnement et notamment, aux sentiments du clinicien. Car, en effet, elle semble se confronter à la frustration d'une absence de réciprocité de son amour, qui semble se développer dans une forme taboue dont l'expression « violente » semble se manifester lorsqu'elle évoque au clinicien le refus de vouloir « jouer » avec lui. De la même manière, l'intense répression que semble s'infliger le clinicien dans cette séquence laisse à penser l'émergence d'une forme taboue dans l'amour qui se joue ici.

De cette lecture clinique que nous proposons, le sexuel ainsi désigné dépasse largement une simple confusion prosopagnosique ou l'inconfort d'un cadre d'entretien très intime. Il désigne un tiers dans la relation dont le scénario n'est encore que murmuré dans les sous-entendus de l'affect.

LE CADAVRE HUMILIANT

Á sept mois de suivi, je remarque de notables évolutions sur le plan cognitif au cours des entretiens, notamment dans le cours de la pensée et de la construction des phrases. Jeanne fait également des liens entre les séances, sans vraiment s'en rendre compte, et peut identifier les éléments dont elle a déjà parlé par le passé : « Je ne vais pas vous refaire l'histoire du chien » pouvait-elle dire parfois. Ou encore : « Ça je crois bien que je vous en ai déjà parlé, je ne vais pas continuer à vous embêter avec ça. » Le discours tend également à faire des liens entre son histoire personnelle et ses difficultés actuelles. Un mode analytique qui contraste avec le caractère de récit qui habillait jusqu'ici son discours.

Cependant, Jeanne exprime subitement et de manière importante de fortes préoccupations concernant ses troubles cognitifs. Cette problématique semble prendre le relais

dans l'expression d'une plainte plus fondamentale : son isolement social. Jeanne vit toujours cet isolement comme une étrangeté venant de l'extérieur. Comme une espèce de force en surplomb qui l'empêche de créer et de développer une relation : « Je n'y arrive pas… Je n'arrive pas à me souvenir… C'est terrible, vous savez. » Les mots trébuchent, se perdent : « Il y a toutes ces choses qui viennent, mais je n'arrive pas à… Enfin je n'arrive pas. » Elle pleure, et dans ses sanglots se mêle la détresse de ne plus pouvoir dire : « Même ça, je n'arrive pas… » Je lui dis que c'est comme un puzzle déconstruit, que toutes les pièces sont là mais qu'elle ne sait plus comment les assembler. Elle relève la tête : « Oui, c'est ça ! C'est comme s'il y avait eu une explosion et que je n'arrivais pas à tout ranger. »

La dimension de la réparation, ici très symbolique, amène avec elle une plainte récurrente concernant ses difficultés à faire des rencontres. Mais cette fois-ci, la plainte est contextualisée : Jeanne dit qu'elle rate tout. « Je cherche à… à… à faire des rencontres, mais je rate tout le temps. » Son élan se brise dans l'hésitation, elle ajoute : « C'est comme madame heu… comment… disons madame Klourks, vous voyez qui ? » Étrangement, malgré ce nom inventé pour avancer dans sa phrase, je vois très bien de qui elle parle, il y a quelques liens phonologiques, une sorte d'évidence sonore. Elle poursuit : « Sa mère me l'a confiée, mais bon, elle n'est pas très, disons, expressive quoi. Je ne sais pas comment lui dire de partir. Alors j'essaye de l'éviter un peu, mais ça me fait mal au cœur. » Un silence s'installe, je remarque que Jeanne supporte mieux ces mouvements de flottement qui pouvaient, jadis, la mettre dans l'embarras.

À l'expression de cette solitude se mêlent des résonances familiales, tout à fait pertinentes, qui font exister cette fille projetée sur la personne de madame Klourks, octogénaire sourde et désorientée : « Ma fille ne vient pas assez. C'est vrai, il faut le dire. Je ne sais pas ce que je lui ai fait. Et puis elle refuse de me parler de ses amours », m'évoque-t-elle ensuite, « Vous aimeriez en savoir plus », lui dis-je. Elle répond : « Eh bien oui, disons, pour savoir comment elle va au moins. C'est normal que je lui pose la question, mais elle s'énerve, elle me dit : on parle pas de ça. Mais je sens qu'elle n'est pas très heureuse. »

Á nouveau, ce sont les éléments de frustration qui s'expriment ici au premier plan. D'un objet à l'autre, Jeanne cherche à comprendre par quoi elle est empêchée. A l'amour frustré de la relation analytique répondrait une forme de dévalorisation par l'action d'objets extérieurs. La frustration est à entendre ici, à l'instar de la psychanalyse, comme l'effectivité de la puissance de l'autre. Le sujet frustré de la position dépressive, chez Klein, en faisant

l'expérience de la perte, s'engage dans la dialectique de la haine et de la réparation (Klein, 1940). Il engage à la fois des fantasmes de destruction, des angoisses de perte de l'objet ainsi détruit, et des tentatives de réparation. Chez Klein, c'est une activité fondatrice du monde interne qui permet l'intériorisation des éléments de la réalité extérieure : *« La frustration de la faim et du désir d'amour est au fondement du développement du Moi et de la capacité à supporter la réalité »* (Klein, 1921-1945, p. 217). Cette capacité à supporter la réalité s'exprime par la formation interne d'un conflit psychique qui déploie, dans l'imaginaire du sujet, des représentations qui vont constituer le contenu de la pensée et du discours. On voit comment Jeanne, au fur et à mesure du suivi et de l'expression de sa frustration, mobilise cette dimension imaginaire, d'un objet à l'autre, faisant apparaître les personnages qui constituent son monde interne et le rôle qui leur est attribué. La frustration apparaît ainsi comme l'affect qui pousse la recherche d'une résolution sur le plan psychique et la relecture de son entourage.

Toujours chez Klein, l'expérience de la frustration est au cœur de l'élaboration des angoisses de castration (Klein, 1921-1945). Au niveau symbolique, la castration est vécue comme une réponse de l'objet face aux fantasmes de destruction induits par le sujet dans son expérience de frustration. L'objet alors fantasmé comme meurtri, abîmé, violenté déploie chez le sujet le sentiment coupable de la position dépressive, mais également la crainte des représailles de celui-ci (Klein, 1921-1945). La métaphore de la castration, comme empreinte indélébile d'une faute inaugurale, s'élabore ainsi dans la projection d'une puissance menaçante et autoritaire qui répète l'expérience de frustration. C'est à la recherche de cette forme d'autorité que semble s'atteler Jeanne par des projections et des mouvements de pensée qui tendent à complexifier de plus en plus la figure maternelle, pour le moment, seulement très brièvement décrite au début du suivi. De la même manière le trouble cognitif appelant la figure maternelle pourrait être entendu comme image de la castration, c'est-à-dire comme empreinte dans le corps d'une perte symbolique.

La plainte concernant les troubles cognitifs se répète et s'étend à des demandes médicales qui font débat au sein de l'équipe quant à leur pertinence. Jeanne fait des prises de sang, est régulièrement auscultée. Le médecin refuse d'abord un scanner puis finit par céder à sa demande. L'imagerie n'exprime aucune évolution significative.

Ces actes ne semblent pas rassurer Jeanne, l'équipe exprime même le sentiment que leur réponse aggrave la détresse : « Plus on cherche quelque chose, plus elle est inquiète. Plus on répond, plus elle demande. C'est sans fin », m'explique une infirmière.

Ce cheminement médical s'exprime de manière explicite dans les entretiens : « Je souhaiterais voir mon docteur, mais il ne vient pas. Je ne sais pas… » Son visage se ferme dans une moue désespérée. Je lui demande ce qui motive sa demande : « Eh bien, c'est tout ça. Ce que je dis. Comment je le dis. Ça ne va pas du tout. » Elle pleure doucement : « J'ai peur. Je pense que quelque chose ne va pas. » Je lui réponds : « Vous parlez de vos difficultés. », « Eh ben oui, à parler, à me souvenir. Mon mari, je me souviens de lui, mais je ne me souviens pas de son visage. J'ai rêvé de lui cette nuit… Enfin je crois. Et… Ou alors c'était l'autre. Je ne sais plus. » Elle s'arrête, déroutée par sa propre confusion.

Puis elle ajoute subitement : « J'ai peur d'avoir un cancer du cerveau. Il y a des signes. Vous imaginez, si j'ai un cancer ! Il faut que j'en parle à mes enfants. Est-ce que j'ai encore une utilité dans la famille ? Je ne sais pas. Je sais que je leur manquerai, mais je ne sais pas si cela aura beaucoup d'incidence pour eux. » Je glisse doucement une image : « Une mère de famille qui disparaît. » Elle reprend : « Ma mère est morte comme ça. Elle avait un cancer de partout. C'était très dur. Je suis restée près d'elle très longtemps. » Elle évoque ensuite sa relation à cette mère, faite d'ambiguïté, de haine mêlée de devoir : « Elle ne m'aimait pas mais il fallait que je m'occupe d'elle. » Un attachement contraint, marqué par une exigence morale de maintenir la famille debout : « C'est ma mère quand même, je ne peux pas la laisser tomber… De toute façon ça n'a jamais été avec ma sœur. » La sœur ? Me voilà un peu confus : « Vous parliez de votre mère. », « Oui pardon, ma mère était très dure avec moi. Elle m'en voulait d'être ce que j'étais. Elle était humiliante. »

Puis vient un silence qui dure, s'épaissit, quelque chose se passe. Je tente : « On dirait bien que votre sœur amène un silence pesant. » Jeanne se met subitement à pleurer, longuement, sans un mot, puis se ressaisit. « Ma sœur est morte à dix-sept ans. Elle avait un cœur trop gros. Je sais pas trop comment ça s'appelle. C'est ce que les médecins ont dit, un cœur trop gros. Elle en est morte. Mais après, c'était pire. » Elle raconte les humiliations que lui faisait subir sa sœur, par des images proches des clowneries que l'on peut voir dans les dessins animés pour enfants. Elle décrit une forme de harcèlement marqué par des moqueries, des blagues, et d'étranges récits de tartes à la crème lancées au visage sous les rires : « Tout le monde riait. » Surtout sa mère qui, dit-elle, en profitait pour lui rappeler à quel point sa sœur était drôle et intelligente alors que Jeanne se laissait faire de manière pitoyable. Je tente une image sur le même thème : « Donc, vous, c'était… le fou du roi. » Elle ne relève pas. « Après son décès, c'était pire encore. » Elle pleure, puis sa voix se brise : « Maman disait : quelle différence ! » Les larmes l'empêchent d'expliquer davantage.

Après un silence, je lui dis : « Il me semble qu'avec la mort de votre sœur, le jeu de concurrence est devenu un jeu de comparaisons. » Elle acquiesce : « Oui. Elle me disait toujours à quel point ma sœur était mieux que moi. Je n'étais plus qu'une déception. » Puis, brusquement : « De quoi je parlais ? » Je lui réponds qu'elle m'expliquait se sentir comme l'objet du deuil de sa mère : « Oui. Et donc j'avais tous les reproches. Je ne devais pas être trop en bonne santé, mais je ne devais pas me plaindre non plus. De toute façon, je ne pouvais rien dire sans qu'elle évoque ma sœur. » Un silence soudain. Son visage s'anime d'inquiétude : « Et puis il y a ce chien… Je ne dormais plus, vous savez, mais heureusement il y a une soignante qui est bien, qui m'a dit comment… heu… le… le retourner. Et ça marche. Maintenant je ne l'entends plus et je dors mieux. »

Cet élément d'anamnèse fera le lit des entretiens qui suivent et qui seront marqués par une intense activité affective. Au carrefour de l'un d'eux, elle s'effondre subitement : « « Quelle différence ! » disait ma mère. » Jeanne pleure : « Je n'oublierai jamais, c'était terrible. » Ce « quelle différence » revenait plusieurs fois dans chacun de nos entretiens et sollicitait toujours des pleurs importants. Puis un silence qui s'étire, elle s'enfonce d'abord dans ses pensées, puis me regarde, désemparée : « Je ne sais pas trop quoi vous dire. » Je lui dis : « J'ai l'impression qu'après le décès de votre sœur, il devait être encore plus difficile de gagner le respect et l'amour de votre mère, malgré toute la séduction que vous pouviez lui offrir. » Le mot « séduction » placé volontairement dans la phrase la heurte. Jeanne relève la tête et me regarde perplexe et gênée : « Séduction, quand même pas… non… Ma mère était très dure. » Je lui demande ce qu'elle veut dire. « Elle m'humiliait. »

Un silence dense envahit la pièce pendant plusieurs minutes. Puis elle raconte : « À l'enterrement de ma sœur, c'était terrible. J'avais donné ma jupe au… au… vous savez, au… comment… au pressing voilà ! Elle en est sortie raccourcie. C'était trop tard pour en trouver une autre. Ma mère s'est mise en colère ! Elle ne voulait pas me prêter une de ses jupes. C'était comme… Un genre de punition pour elle. Je n'avais qu'à faire attention. » Jeanne baisse la tête : « Je suis allée à l'enterrement avec cette jupe noire trop courte. Ma mère avait honte, et moi aussi. » Elle pleure doucement, puis me regarde avec une grande détresse dans le regard. Son corps s'agite. Elle crie presque : « Tous ces gens qui m'ont vue avec cette jupe trop… enfin… comment dire… trop sexy quoi. C'était terrible ! » Elle pleure longuement, haletante, puis parvient à reprendre son souffle pour continuer : « Ensuite, il a fallu porter le deuil. J'ai dû rester habillée en noir pendant des semaines. Les gens se retournaient dans la rue. C'était terrible. Je n'osais plus sortir. »

Á aucun moment Jeanne n'évoque le décès de sa sœur comme une épreuve de perte dont elle aurait dû faire le deuil. Le deuil est décrit comme un habit qui lui était imposé et qu'elle a vécu comme une punition : « Ma mère m'obligeait à m'habiller en noir et je n'osais pas lui dire non parce qu'elle avait du chagrin. Elle ne comprenait pas pourquoi je ne voulais pas sortir et je n'osais pas lui dire. Je trouvais ça ridicule. » L'entretien fut très lourd, très long et marqué par une forte charge émotionnelle. J'avais la sensation que Jeanne était tout à fait seule lorsqu'elle m'a évoqué cet épisode. Je n'ai pas eu à l'aider pour formuler ses phrases et cette fois-ci, très peu d'éléments érotiques ont émergé dans la relation. Elle semblait abattue, lasse et épuisée. Je sentais moi aussi une fatigue grandissante et, pour la première fois, à la place d'un inconfort, une certaine tristesse.

J'appris, plus tard, par les orthophonistes, qu'elle s'est effondrée en larmes peu de temps après l'entretien en entrant dans le groupe de l'atelier mémoire qui porte le très indiqué titre « réminiscence », à la stupéfaction des autres résidents. Elle qui, habituellement réservée et en retrait, se serait longtemps caché le visage en s'excusant de son comportement. Son rapport au groupe « réminiscence » fut plus complexe à la suite de cet évènement. Elle semblait plus encline à participer librement aux conversations et y prenait plaisir, là où par le passé elle se montrait discrète. En revanche elle pouvait manquer des séances, exprimait des refus de participer et semblait de manière générale s'interroger sur la continuité de sa participation à l'activité.

Cet épisode de vie est le seul qui ne revint jamais dans nos échanges, qui sont pourtant souvent marqués par des répétitions importantes.

On peut repérer dans cette séquence l'évolution de l'activité associative de Jeanne qui semble se déplacer plus librement d'une représentation à l'autre en valorisant des contenus affectifs. Ces épisodes d'intense activité émotionnelle sont rares mais toujours marqués par un langage fluide. L'évocation de ces souvenirs s'exprime de manière fluide mais est très peu contextualisée. Difficile de savoir quel âge avait Jeanne au moment des faits et quelle était sa position dans les derniers jours de sa sœur. Par une déduction nous savons que cette scène se déroule probablement au début de l'adolescence.

L'expression de cette séquence est lourde d'affect et semble faire lien avec ce que nous avons observé dans le transfert : la dimension d'un sexuel humiliant, non consenti et en public qui s'exprime comme punition arbitraire, voire perverse. On y entend, en écho, les nombreuses

fois où Jeanne demandait au clinicien s'il fallait qu'elle se déshabille, parfois avec des projections violentes, comme s'il s'agissait d'un ordre que lui aurait donné ce dernier. Á ce titre, la scène ressemble à une forme d'abréaction, que Freud et Breuer décrivent comme une intense décharge émotionnelle liée à l'expression d'un affect refoulé : *« Nous appellerons abréaction la réaction par laquelle un sujet se libère de l'affect associé au souvenir d'un événement traumatique »* (Breuer & Freud, 1895, p. 77). L'affect qui s'exprime alors correspond à ce que le sujet n'a pas pu exprimer au moment du traumatisme, marqué par une paralysie liée à l'effraction et à la contre-charge qu'exerce le psychisme. L'affect reste inconscient, son énergie est libre et détachée de la représentation : *« L'affect reste emprisonné ; le souvenir du traumatisme devient pathogène »* (Breuer & Freud, 1895, p. 79). L'abréaction, dans le cadre thérapeutique, vise alors à revivre ce souvenir avec son affect afin de le décharger.

Peut-on pour autant parler de souvenirs traumatiques ici ? Les premières considérations psychanalytiques associées à la question du traumatisme évoquent plutôt des accès de « frayeurs » qui font effraction par leur violence et leur surprise (Freud, 1915). Mais des études plus récentes, sur le harcèlement et le *burn-out* ont exprimé l'incidence d'une exposition répétée à la violence, particulièrement à l'humiliation, dans l'expression d'un traumatisme. Caron et Libbrecht parlent à ce titre du *burn-out* comme : *« un processus lent qui détruit l'enveloppe corporelle et préempte la pensée »* (Caron & Libbrecht, 2022, p. 166). L'exposition répétée à une situation traumatogène implique une dimension traumatique par épuisement des défenses du sujet. Face à un psychisme vulnérable, déjà en proie à une activité par-excitante saturée, l'évènement « en trop » s'habille des caractéristiques du traumatisme :

> *Mais l'événement ne se transforme pas en souvenir, il reste « en l'état » sans possibilité d'être transformé ; ce qui a été perçu reste dans le psychisme sous sa forme sensorielle originelle, rendant le souvenir traumatique « réel et présent », atomisant la personnalité comme dans le cas d'événements traumatiques répétés.* (Caron & Libbrecht, 2022, p. 159)

L'épisode de l'enterrement est décrit comme le bout d'une chaîne d'évènements humiliants. La dimension sexuelle fortement coupable, punitive et outrageuse de la scène est comme une image plus manifeste, plus intense et plus grave des humiliations de la sœur. Et l'expérience se répète, dans l'habit du deuil devenu habit d'un sexuel soumis au regard de l'autre. L'importance accordée à la phrase de la mère « quelle différence » semble fournir le même élément de ponctuation, à l'instar de l'enterrement, d'un vécu d'humiliation long et répété au sein de la famille. Ces deux ponctuations sont exprimées dans une fraîcheur typique

des contenus mnésiques marqués par la trace du traumatisme, alors que la plupart des souvenirs de Jeanne restent flous, sont évoqués avec de nombreux oublis du mot et souvent enveloppés dans des éléments très imagés et romancés. Le souvenir ici semble brut et s'exprime après un « quelle différence » comme « corps étranger » fantomatique qui semblait l'obséder :

> *L'enseignement freudien nous permet d'entrevoir la puissance de l'événement traumatique faisant voler en éclats le pare-excitation et donnant à l'image le statut de corps étranger qui fait alors éternellement retour par défaut d'élaboration.* (Caron & Libbrecht, 2022, p. 158)

Plus encore, les scènes décrites par Jeanne témoignent également d'une emprise de son environnement familial qui ne lui permet aucune échappatoire. Á ce titre, les réactions de la mère sont éloquentes et semblent signifier, chez Jeanne, une dimension de la haine qu'elle ne parvient pas à réparer. Chez Winnicott, l'expérience traumatique s'exprime en écho de traumatismes infantiles en lien avec une défaillance de ce qu'il nomme le *holding* (Winnicott, 1974). Pour Winnicott, le bébé naît dans un état de dépendance absolue. Il ne peut exister psychiquement que si la mère (ou la figure maternelle) assure une présence *suffisamment bonne,* capable d'anticiper et de répondre à ses besoins corporels et affectifs (Winnicott, 1971). Lorsque cette continuité est rompue, par exemple, par une absence prolongée, une stimulation brutale ou un défaut d'adaptation, l'enfant vit un traumatisme : il éprouve une terreur primitive d'anéantissement. Winnicott parle alors de *terreur sans nom, ou crainte de l'effondrement* (Winnicott, 1974). Le traumatisme n'est alors pas seulement décrit comme l'expérience d'un évènement brutal, mais comme une répétition de failles dans la fiabilité de l'environnement. Á ce titre, la réaction hostile de l'institution à l'égard de Jeanne ainsi que ses nombreuses demandes médicales parfois paradoxales pourraient être entendues comme autant de réactualisations d'un environnement infantile lacunaire et menaçant dans lequel elle n'avait le droit ni d'être malade, ni d'être en bonne santé. Plus encore, l'hostilité de l'institution à son égard pourrait être entendue comme le ressentiment de la mère tel qu'il est fantasmé chez Jeanne et transféré dans l'objet. Les demandes de Jeanne, souvent à côté, souvent mal formulées, parfois incompréhensibles, aidées par les troubles cognitifs, marqueraient autant de tentatives sabordées d'invoquer une mère *as good enough* que théorise Winnicott.

ANALYSE DES REVES ET ARRIMAGE HISTORIQUE

Á la suite de cet épisode, le cadre des entretiens tend à évoluer. Mes interventions se font plus rares, les troubles mnésiques moins présents et Jeanne semble mieux supporter mon silence. Elle me dit observer l'apparition d'un nouveau symptôme, quelque chose qui lui est plus habituel selon elle : des terreurs nocturnes. Elle se réveille la nuit en panique et parvient tout juste à éviter de crier pour ne pas alerter les autres : « Je me réveille et j'ai très peur… mais je le dissi… le di… je le docimule pour ne pas que ça jase. » Jeanne me parle alors de ses rêves et de ses cauchemars qui, dit-elle, se font plus présents et plus prégnants.

Elle se plaint de ne pas toujours parvenir à séparer le rêve de la réalité. Au cours d'un entretien, elle me dit : « J'ai vu mon mari hier. » Puis elle se reprend : « Non, j'ai rêvé de lui. Enfin, je ne sais plus trop. Mais en tout cas, je le voyais partir comme ça, sans se retourner. C'était tellement triste… J'aurais voulu qu'il se retourne. Je voulais l'appeler, mais je ne l'ai pas fait. Du coup, j'attends son appel. » Je lui demande si elle a encore des contacts avec lui. « Oui, il habite en Bourgogne, mais je l'ai au téléphone tous les soirs. Il me manque. »

S'élabore ensuite un discours où nouveau conjoint et ex-mari sont exprimés comme une seule et même personne s'attribuant les qualités et les défauts des deux. Leurs histoires respectives, dont la temporalité ne coïncide pas, se regroupent également dans un seul et même scénario. La description de cet homme fusionné aboutit à l'expression d'une souffrance évoquée à maintes reprises : « Mais maintenant je ne le vois plus. Dans le rêve je le vois partir et je me sens seule. C'est comme maintenant ici. Il n'y a personne pour moi. » Me revient alors à l'esprit un élément dont elle m'avait déjà parlé et qu'elle n'évoquait plus depuis quelques mois. Je lui demande : « Vous cherchez à rencontrer un homme ici ? » Elle sourit, complice : « Eh bien, je pense en effet que ce serait bien. C'est rassurant, la compagnie d'un homme. Et j'ai vu qu'il y avait des couples ici. Mais c'est difficile, parce que la plupart des hommes sont… Comment dire… On ne peut pas parler avec eux. Ou alors ils sont grossiers, ça je n'aime pas du tout. Et puis, moi, comme j'ai du mal à parler avec… heu… » Elle désigne sa tête comme pour évoquer ses troubles cognitifs : « Ce n'est pas facile quoi. » Je lui dis : « Ce n'est pas toujours facile de plaire aux hommes et de les séduire. » Elle rit, un peu gênée : « Boh, vous savez ce que c'est. Les hommes, il faut un peu les exciter, quoi. Moi, j'ai quand même beaucoup de mal maintenant. »

Son discours s'oriente alors vers le souvenir de ses séductions passées, ses rencontres, les échos d'un corps autrefois convoité. Elle évoque aussi une relation ambiguë avec son

nouveau compagnon, alors qu'elle était encore mariée, une histoire qui aurait provoqué la colère de ses enfants et leur rejet de cet homme devenu indésirable. « Je pense que mes enfants ont profité du moment où j'étais malade pour le sortir de ma vie. Alors bon, maintenant je suis toute seule, et je cherche quelqu'un. Mais il n'y a personne. Enfin, à part vous, quoi. » Elle sourit. Cette fois-ci ce sous-entendu est évoqué avec douceur, comme une boutade dans une relation complice. Á la fin de l'entretien, je me rends compte que cela fait plusieurs semaines que Jeanne ne vérifiait plus le couloir avant que je parte. Les moments de flottement et d'inconfort des premiers entretiens avaient cessé. Ils furent remplacés par des doutes concernant son « envie de parler » du jour et par des phrases comme « Je ne sais pas quoi vous dire aujourd'hui. Je fais comme je peux quoi, ça va. »

Lors des entretiens suivants, à travers la vie amoureuse de sa fille, Jeanne raconte en filigrane la sienne. S'y glissent ses propres fantasmes, ses désirs d'autrefois, parfois teintés d'adultère ou de double vie. Par exemple, alors qu'elle évoque un jour avec douleur le départ de sa fille en vacances dans le sud, sans elle, elle tente de se rassurer : « Elle va sûrement rencontrer un homme là-bas. C'est pour ça qu'elle ne veut pas que je vienne. Je la comprends, deux maris c'est beaucoup mais c'est tentant. »

Dans le même temps, des éléments du couple vont commencer à imprégner la dimension de l'agir. Un nouveau résident très désorienté et très discret vient d'arriver dans l'établissement. Jeanne se rapproche très vite de lui. Ce monsieur semble plutôt indifférent mais accepte la présence de Jeanne. Ils deviennent rapidement inséparables. Se forme alors un couple étrange de deux résidents aussi perdus l'un que l'autre dans les couloirs de la résidence et marchant main dans la main à la recherche de rien. Lui ne parle presque pas et semble plus accepter la présence de Jeanne que d'y vraiment prendre part. Jeanne le suit et le guide, elle mène la danse.

Cette relation n'apparaît que très peu dans les entretiens psychologiques. Pendant plusieurs mois, Jeanne reprendra le rêve du conjoint qui s'en va pour exprimer ses difficultés à rencontrer quelqu'un sans jamais évoquer ce monsieur. Un entretien posa tout de même une exception : « Je n'y arrive pas, je n'arrive pas à parler aux hommes. Il y a bien un monsieur là bon, il est gentil. On marche un peu, voilà », me dit-elle comme pour minimiser, « Vous n'avez pas l'air très emballée… », lui dis-je, « Si ça va, c'est bien comme ça. » Ce monsieur semble loin de combler le désir de Jeanne. C'est d'ailleurs cet élément qui va convoquer le récit de son conjoint parti en Bourgogne et qui lui manque, mais qui ne soulève pas non plus une passion ardente : « Il venait réparer, bricoler chez moi souvent. Et puis on s'est rapproché »,

me dit-elle sans entrain. Je lui demande : « Que ressentiez-vous pour lui ? », elle me répond « Je l'aimais bien, il était gentil. Et surtout, il m'aidait bien pour la maison. Lui, il voulait qu'on ait des rapports. Moi ça ne me dérangeait pas. C'était comme ça. »

Je me suis vu à la fin de cet entretien lui proposer de remettre à l'heure son réveil, comme si, moi aussi, il fallait que j'apporte ma petite bricole à l'édifice d'un couple qui s'agite dans le transfert. J'ai d'ailleurs longtemps regretté ce geste. Comme s'il exprimait un véritable acte érotique transgressant les règles que j'avais fixées dans ma relation à Jeanne.

Un beau jour, son compagnon de balade dut quitter l'établissement. Cela se passa sans deuil. Dans le discours de Jeanne, il semblait comme s'être évaporé.

Nous voyons à nouveau dans cette séquence l'utilisation de phénomènes psychiques pour accéder à des souvenirs. La mémoire de Jeanne s'exprime par projection, par transfert, par identification et ici, par l'intermédiaire d'un mécanisme qui mobilise et structure ces phénomènes psychiques, le rêve. La confusion chez Jeanne, entre l'espace du rêve et celui de la perception immédiate, pourrait être interprétée comme le résultat d'un trouble commun d'attention et de vigilance. Johnson montre en effet l'implication des troubles de la mémoire épisodique dans les confusions temporelles que peuvent présenter les patients qui souffrent d'un syndrome démentiel (Johnson et al., 1993). Cet état de fait produirait des défaillances de *sources monitoring* (Henkel et al., 1998) et des difficultés à reconnaître l'origine d'une perception ou d'un souvenir.

Mais il est frappant de voir les capacités d'association que permet cette « confusion » chez Jeanne et les perspectives de projection qu'elle préfigure. Verdon adopte une autre lecture de ce phénomène :

> *Certains sujets âgés semblent (…) confondre l'espace du rêve et celui des souvenirs remémorés en présence d'un autre, en même temps qu'ils nous font témoins d'un désinvestissement apparent du monde extérieur qui s'exprime dans des formes de retrait solitaire. (…) Celles-ci, pour autant, ne sont pas toujours à entendre dans une dimension de clôture ou de désinvestissement narcissique, mais dans l'ouverture possible à un espace en soi, espace de rêverie, de fantasme, ou de souvenir.* (Verdon et al., 2023, p. 157)

Dans le cas précis de Jeanne, l'émergence du rêve dans le discours est vécue comme élément vaguement désorganisant et son expression ambivalente constitue une plainte. Mais le contenu

du rêve est rapidement investi dans une tentative de traduction par l'affect. En d'autres termes, l'interrogation sur la source du souvenir est très vite remplacée par une étude de son contenu. Le « trouble » serait ainsi considéré comme une étape dans la formalisation du fantasme. Une mécanique inconsciente prenant dans son roulement ce nouveau rapport confus au monde que l'on nomme démentiel. Le rêve permet ainsi, au sens de Verdon, l'intégration des éléments fantasmatiques dans une forme d'intériorité :

> *L'investissement autoérotique de la rêverie, plaisir pris dans la passivité, s'avère alors éminemment trophique dans sa dimension de transaction pare-excitante face aux exigences internes et externes et offre des opportunités de réapprovisionnement libidinal et narcissique extrêmement précieuses.* (Verdon et al., 2023, p. 157)

On remarque globalement, à ce titre, un apaisement de l'activité projective des entretiens au profit d'un récit que l'on pourrait qualifier « d'analytique » qui s'évertue à rechercher l'origine et le sens de telle ou telle formation psychique.

Mais Verdon nous rappelle à juste titre qu'on ne rêve jamais seul :

> *C'est dire que l'activité onirique, de même que l'activité de pensée, n'est pas qu'intrapsychique mais qu'elle dépend en partie de l'environnement, du cadre, de l'investissement de l'interlocuteur.* (Verdon et al., 2023, p. 154)

Plus encore, au sens bionnien, l'activité de rêverie, comme mentalisation des expériences sensorielles, est une activité à deux protagonistes (Bion, 1962). L'enfant développe en effet sa capacité de rêverie par l'intermédiaire d'un autre rêveur qui, pour reprendre la formulation d'Anzieu, lui « prête son appareil à penser » : *« La mère prête à l'enfant son appareil à penser les pensées, le temps qu'il se constitue le sien propre »* (Anzieu, 1995, p. 68). Par définition bionnienne, une rêverie, source de la pensée, est toujours le résultat d'une relation entre deux instances psychiques (Bion, 1962). Á ce titre, la mise en acte du clinicien qui semble « remettre les pendules à l'heure » peut être entendue comme l'expression effective du rêve. La tension pulsionnelle étant canalisée dans cet « amant bricoleur » dont il représenterait la figure onirique. Cet « amant bricoleur » qui, dans les mots de Jeanne, permet un rapport sexuel dénué d'excitation, comme récompense d'une sollicitation de sa part et d'un service rendu. Le « sexuel neutre » marqué par la douceur de l'autre venant apparaître ici, dans un contraste saisissant avec l'humiliation et la violence préalablement décrites par Jeanne et dont elle ne fait plus jamais mention.

Nous sommes à un an de suivi. Alors que la description de l'activité onirique s'élabore, Jeanne s'accroche littéralement à une autre résidente, très désorientée elle aussi. Les deux compères sont inséparables, leurs familles font même connaissance. Ce couple, à l'origine de nombreux coups d'éclat, notamment une tentative d'évasion réussie, semble modifier la réputation de Jeanne. Sa partenaire est une dame qui vient d'arriver et qui a déjà bonne réputation auprès des soignants et des résidents. Une douceur s'installe : « Elles sont marrantes toutes les deux, dit une aide-soignante en transmission, vous avez vu comment elles se sont tirées l'autre soir, en passant par l'escalier de service, je n'avais jamais vu ça, ajoute une autre en riant, c'est Bonnie and Clyde quoi », conclut une autre provoquant l'hilarité du groupe. Jeanne apparaît également pour la première fois sur les photos des animations. Mieux, le duo s'invite régulièrement à la table à manger des soignants ou de la direction et partage ses repas avec le personnel.

Généralement les entretiens de cette période se construisent autour d'un même rêve que Jeanne me raconte à chaque fois comme s'il venait de se produire la nuit précédente. Le rêve en question apparaît comme une forme plus élaborée d'un autre rêve déjà aperçu : les deux hommes de sa vie sont de dos sur le quai d'une gare et s'en vont. Ce rêve soulève une grande tristesse à chaque fois qu'il est évoqué. Cette fois-ci, il est bien traité comme un rêve et non comme un souvenir. Le discours sur le mari s'installe alors spontanément. Jeanne dit : « C'était pas mal avec lui, mais je ne pouvais plus. » Je lui demande comment s'est passé le divorce. Elle se redresse aussitôt : « Ah non… ce n'est quand même pas un divorce. C'est, enfin, non. » Je lui demande alors comment elle définirait ce qui s'est passé : « Non mais, je ne pouvais plus. C'est venu comme ça. On s'est séparés. » Je reformule : « D'un commun accord. » Elle hésite, puis lâche : « À un moment donné, c'était fini. » Un long silence s'installe, lourd, presque coupant. Je lui exprime mon intuition : « Ce n'est pas ce qui s'est passé. » Elle répond vivement : « C'est moi qui ai dit stop. Il n'était jamais à la maison. Toujours au bistrot. » Elle poursuit : « C'est important, vous savez. Une femme, elle est bien… heu… Avec un homme bien, quoi. Moi, ça n'a pas marché. On faisait de moins en moins l'amour et puis voilà… Maintenant je suis toute seule. Il faut dire aussi qu'il était sale. » Je lui demande : « Vous aviez du mal à le désirer. « Ben oui, alors après, ben voilà. » me répond-elle.

Une longue description très précise d'un mariage marqué par la frustration habilla les séances suivantes. Sans l'accuser véritablement et sans plaintes, Jeanne décrit un couple sans amour qui fonctionnait tout de même correctement jusqu'au jour où la séparation arriva,

presque inévitablement, comme dans l'ordre logique des choses. Dans la famille, Jeanne se plaint d'être celle à qui on attribue la responsabilité de la séparation. Ce qui a généré des conflits avec les enfants.

Se précise ici la fonction du rêve comme mécanique de synthèse d'éléments clivés. Le processus de mentalisation à l'œuvre dans les projections initiales s'élabore ici, par l'analyse des rêves, comme une sorte de conclusion. Les allers et retours entre anamnèse et interprétation des rêves sont éloquents et entrent en résonance avec cette citation de Bion : *« Le rêve est une forme de pensée, non pas dirigée vers l'action, mais vers la transformation des éléments bruts d'expérience en éléments susceptibles d'être pensés »* (Bion, 1962, p. 21). Jeanne retrouve son histoire par les rêves qui en formulent une trace et expriment par-là la projection imaginaire qui survit à toute expérience de la perte. Winnicott dirait : *« Le rêve permet à l'individu de continuer à exister, malgré l'absence de l'objet »* (Winnicott, 1971, p. 136). Est-ce à entendre, chez Winnicott, la fonction du rêve de Jeanne comme survivance de l'objet face au traumatisme ? Mais plus encore, comme la perpétuation d'une expérience sexuelle possible dans un compromis psychique permettant de « par-exciter » la jouissance du trauma ?

Les fonctions de liaison de ces éléments psychiques entre eux par la mécanique du rêve s'élaborent chez Jeanne, dans une fluidité cognitive et langagière insoupçonnée et spécifique à cette activité-là. Lacan dirait peut-être que Jeanne y retrouve sa prose : *« Le rêve, c'est le discours de l'inconscient »* (Lacan, 1955, p. 156).

QUELLE MAMAN POUR JEANNE ?

Nous sommes à quinze mois de suivi. Jeanne poursuit son anamnèse marquée par de nombreuses répétitions et des oublis du mot. Je dois intervenir régulièrement pour l'aider à reprendre le fil de sa pensée qui s'évade au détour d'un oubli. Le langage reste néanmoins assez fluide, riche et la source du souvenir est bien localisée. Le récit démarre presque toujours par des rêves, souvent les mêmes, que Jeanne me décrit, à chaque fois, avec la surprise et l'intrigue d'une première fois. Tantôt Jeanne rêve qu'elle embrasse son ami, tantôt elle est enfermée dans une cabane au fond d'un jardin, parfois même, elle rêve d'un magasin se trouvant dans un hall d'hôpital dont elle ne parvient pas à sortir. Dans cette anamnèse reviennent des éléments du début du suivi comme ses difficultés psychologiques post partum et

l'hospitalisation en psychiatrie pour un « cafard » qui l'a profondément marqué : « J'avais le cafard, donc je ne pouvais pas m'occuper de ma famille. C'est quand elle est née j'ai… J'étais perdue », me dit-elle un jour. « Une maman perdue », lui dis-je, « Oui, perdu c'est ça. J'avais tellement peur. »

L'analogie entre son mode éducatif et celui de ses parents s'exprime dans une logique du négatif. L'amour qu'elle apporte à ses enfants, dit-elle, est une tentative de réparer le manque d'amour qu'elle a vécu : « Je ne sais pas comment faire, ma mère était horrible, tyrannique. Je veux être l'inverse pour mes enfants mais parfois j'ai comme… Je déborde d'amour et ils le sentent… J'ai envie de les envelopper, mais ça leur fait peur j'ai l'impression. » disait-elle souvent avec un fort sentiment de culpabilité.

Depuis trois mois, chaque entretien démarre par une longue réflexion sur la pertinence de poursuivre le suivi. Jeanne s'interroge puis décide de laisser « une dernière chance » avant de demander un autre entretien à la fin de notre échange. Chaque rencontre est donc appréhendée comme la dernière.

Á l'occasion de l'un d'eux, je trouve Jeanne absorbée par l'émission qu'elle regarde à la télévision. C'est rare. Souvent, l'écran reste allumé sans qu'elle y prête la moindre attention. Jeanne éteint la télévision puis, spontanément : « Avant que vous arriviez, je regardais l'émission », me dit-elle. Puis elle cherche le titre : « Rah je… attendez c'est… c'est terrible, hein… Je ne me souviens plus. » Je lui demande de quoi parle l'émission : « Eh bien, c'est… enfin… de mères, quoi… des mères. Alors elles parlent un peu des enfants, tout ça. » Je lui demande si cela l'intéresse : « « Les Maternelles », c'est ça ! C'est bien, je trouve, qu'elles parlent entre elles comme ça. Moi, je n'ai pas eu ça, et c'était très difficile. »

Le silence s'installe puis elle ajoute : « J'ai été hospitalisée, je vous l'ai dit je crois. C'était dur, mais dur… On m'a hospitalisée, je ne sais pas pourquoi. Je n'arrivais plus à m'occuper de ma fille. »

Puis Jeanne repart dans sa rêverie. Je tente des relances mais elle n'y répond pas. Je laisse le silence se poser, longuement. Par moments elle me regarde sans rien demander. Puis elle reprend sa rêverie, le regard figé. Á pas feutrés, je mets fin à l'entretien. Avant de partir, elle me demande de rallumer la télévision.

Puis un beau jour, Jeanne me dit, convaincue, que cet entretien sera le dernier. Elle évoque alors dans un ultime élan des éléments nouveaux de son enfance : « Ma mère était très croyante », me dit-elle, « Nous étions dans une école religieuse. Mais les bonnes sœurs étaient

méchantes. Elles nous battaient et il fallait toujours s'habiller avec de longues robes moches. » Elle me décrit ensuite l'emprise de cette éducation sur sa vie. Sa mère, dit-elle, suivait les conseils des nonnes, si bien qu'à l'école ou à la maison, c'était pareil. Jeanne se montrait obéissante mais n'adhérait pas à ces préceptes : « Je faisais, mais bon, moi j'aimais bien… comment… Enfin mon corps quoi et… Enfin ce qu'on peut faire avec vous voyez… Bon. » Sa mère, ajoute-t-elle, commentait beaucoup ses vêtements, les trouvant toujours trop courts, ou trop moulants : « Il n'est pas question que tu sortes dans cet état. On dirait une pimbêche », lui disait-elle. Jeanne restera chez sa mère jusqu'à son mariage au début de la vingtaine : « J'étais la sainte vierge, me dit-elle, mais les hommes ils voulaient autre chose. Je ne comprenais pas. Je ne savais pas comment… faire quoi. J'avais peur de mal faire. J'avais peur aussi qu'ils me fassent mal. » Elle évoque également des rapports sexuels sans plaisir avec son mari, comme un devoir à accomplir. Ces rapports ont nettement diminué après la naissance des enfants, à mesure que la bouteille gagnait le quotidien de monsieur : « Quand je vous le raconte comme ça… Pitoyable… Quelle triste vie j'ai eue… La vie d'une sainte, elle sourit à son sarcasme, j'aurais aimé… vous savez… comment dire… être plus… comment, elle avale son dernier mot puis reprend, sex… duli, durilé… disons, plus délurée quoi… c'est ça. »

Jeanne, dans les derniers mois de son suivi, mobilise ainsi la figure d'une mère comme agent d'une forte répression du désir sexuel. Le moment de la séparation semble également exprimer une synthèse des fonctions psychiques sous le signifiant maternel, intériorisé ici dans une logique de détachement. Jeanne semble chercher une « autre mère » dont elle peine à définir les limites affectives et les orientations éducatives.

La fonction maternelle, ici, semble ancrée dans les dimensions plus larges du sexuel et de la conjugalité. En témoigne, chez Jeanne, la suite logique du discours. À ce sujet, Jeanne fait mention, à de nombreux endroits du suivi, d'une sexualité barrée, dans son affect et sa jouissance même. Le plaisir sexuel semble camisolé dans une logique maternelle qui le contraint.

Cette dimension de la sexualité, qui semble au cœur de la détresse de Jeanne, témoigne de sa dimension fondamentalement politique. Elle s'inscrit en effet, chez elle, comme un élément d'une éducation morale d'une part, et d'une répression sociale d'autre part. Les récits des humiliations publiques témoignent de l'inscription de la dimension de groupe dans le fantasme. Cette appréhension de la sexualité comme rapport sociologique au monde est un des fondements de la pensée de Reich, qui cherche à entendre la névrose non comme un défaut

d'arrimage des pulsions au principe de réalité, mais comme l'expression d'une forte répression sexuelle *: « La structure autoritaire de la société s'enracine dans la structure caractérielle de l'individu, et celle-ci est formée avant tout par la répression sexuelle »* (Reich, 1933, p. 51). À ce titre, Reich fera partie des mouvements politiques œuvrant pour une libération de la sexualité : *« Toute politique qui ne tient pas compte des besoins biologiques fondamentaux de l'être humain n'est que mystification »* (Reich, 1933, p. 56) faisant de la fonction sexuelle un élément central de l'organisation politique : *« La liberté sexuelle de la jeunesse n'est pas un luxe ; elle est la condition psychique d'une société réellement démocratique »* (Reich, 1933, p. 57).

Dans cet ordre d'idées, il est frappant de constater l'analogie entre les conflits psychiques de Jeanne, liés à la dimension sexuelle, et les tensions politiques qui animaient la période des années 1940, 1950 et 1960, qui correspondent à son enfance, son adolescence et sa vie de jeune adulte.

La période d'après-guerre en France, nous rappelle Jaspard, est marquée par une forte période réactionnaire associée à la moralité sexuelle. Cette période répond à un début de XX^{e} siècle qui a vu émerger des mouvements de libération sexuelle et de reconceptualisation de la sexualité féminine :

> *À la charnière du XIX^{e} et du XX^{e} siècle, sur un arrière-théâtre nationaliste, se joue un combat où puissance démographique et liberté sexuelle s'affrontent. L'esprit communard semblant resurgir dans les mouvements féministes, socialistes, anarcho-syndicalistes et néo-malthusiens, cette fin de siècle inquiète les défenseurs de la famille et de la repopulation.* (Jaspard, 2017, p. 36)

Ces mouvements de libération s'expriment dans les grandes figures de la littérature. De Beauvoir et Margueritte, au premier plan, rencontrent un succès littéraire sans précédent. Les auteurs amorcent les grands thèmes qui marqueront les mouvements féministes de la seconde moitié du siècle :

> *Démonstration de la construction sociale de l'infériorité féminine et de la domination de la sexualité masculine, dénonciation de l'assujettissement à la fonction de reproduction, remise en cause de l'instinct maternel et de l'institution matrimoniale, revendication d'un érotisme féminin : autant de thèmes ayant trait à la sexualité qui seront rémanents dans les écrits féministes de la seconde moitié du siècle.* (Jaspard, 2017, p. 39)

Les écrits de De Beauvoir, particulièrement, pensent le corps de la femme dans son inscription politique : *« Le corps de la femme est un objet qui s'achète ; pour elle, il représente un capital qu'elle est autorisée à exploiter. (…) En tout cas, elle a le droit de se laisser entretenir et même la morale traditionnelle l'y exhorte »* (De Beauvoir, 1949, p. 134). Des mouvements politiques prônent également la libre maternité, notamment via le développement de la contraception, qui soulève de lourds débats dans la société. Globalement, une partie de la société tend à décorréler le sexuel de sa fonction de reproduction et à remettre en cause la position de la femme dans la structure sociale. Par-là, elle revient sur les modèles traditionalistes de la conjugalité et de la famille : *« Dans la première moitié du siècle, la pratique du flirt se généralise. Le mariage par affinités, "mariage d'amour", remplace les mariages arrangés par les familles »* (Jaspard, 2017, p. 41). Cet aspect des choses va nourrir la critique réactionnaire, qui y voit une menace pour la famille et, par extension, pour la structure sociale dans son ensemble (Rougemont, 2001).

Les années d'après-guerre, toujours selon Jaspard, voient se renforcer la tendance réactionnaire, alimentée par un repli familial imposé par les guerres et encouragé par le régime de Vichy. Les deux décennies suivantes seraient ainsi marquées par l'expression frustrée d'une culture de la libération sexuelle (Jaspard, 2017). Les règles de la conjugalité connaissent une stricte répression sexuelle par l'intermédiaire de l'Église. La sexualité s'exprime de façon dissimulée et dans la honte :

> *Selon les résultats d'une enquête de l'IFOP (Les Françaises et l'amour, 1959), un tiers des femmes mariées entre 1920 et 1959 reconnaissent "s'être données à leur futur mari avant le mariage". Ces relations sexuelles entre futurs conjoints sont mal tolérées : deux tiers des hommes et trois quarts des femmes pensent qu'une femme devrait être vierge le jour de ses noces. Ces rapports préconjugaux, souvent imposés par le fiancé, se déroulent dans une clandestinité peu propice à l'épanouissement sexuel.* (Jaspard, 2017, p. 43)

Cette vie souterraine de la sexualité s'exprime également, d'après Jaspard, dans l'éducation sexuelle, rejetée par la famille et souvent réalisée seule, avec un manuel du début du siècle (Jaspard, 2017). Hommes et femmes ont ainsi du mal à comprendre le désir des uns et des autres. La sexualité féminine, nous rappelle l'auteur, est particulièrement réprimée et souvent associée à un rôle social et démographique de reproduction, de préférence purifié du plaisir sexuel (Jaspard, 2017).

La dimension romantique dans le mariage demeure, mais s'apparente désormais, selon Jaspard, plus à un fantasme ou à un rêve de petite fille qu'à un véritable projet marital :

> *L'enquête de l'IFOP (Les Françaises et l'amour, 1959) révèle que, dans le mariage, la raison l'a souvent emporté sur l'amour, ce dernier tenant plus du fantasme que de la réalité : 44 % des femmes interrogées pensent que le grand amour existe, mais seulement 29 % l'ont rencontré, et une sur cinq considère l'amour indispensable au bonheur.* (Jaspard, 2017, p. 44)

Les conditions matérielles d'un « bon mariage » primant sur la dimension romantique, reléguée au fantasme, dans les années 1950, le rôle de la femme est associé au foyer et intrinsèquement lié à celui de la mère, et ce de manière très précoce. Ces représentations, nous rappelle De Beauvoir, parcourent le développement de la maturité féminine :

> *Moins romanesque que naguère, elle (la jeune fille mûre) commence à songer beaucoup plus au mariage qu'à l'amour. Elle ne pare plus son futur époux d'une auréole prestigieuse : ce qu'elle souhaite, c'est avoir en ce monde une situation stable, commencer à mener une vie de femme.* (De Beauvoir, 1949, p. 148)

Marquée par une famille aux valeurs traditionnelles et spirituelles, dont la mère représente à la fois l'objet et le garant de l'oppression, la jeunesse sexuelle de Jeanne émerge ainsi dans un climat d'injonctions, où la sexualité libérée, aperçue dans les « objets » de la révolution sexuelle qui parcourt la société, est réprimée et humiliée. La jouissance coupable qu'exprime Jeanne serait ainsi à entendre également dans son référentiel historique. Le parcours thérapeutique de Jeanne, en articulant son histoire à sa solitude actuelle, serait ainsi à entendre comme l'interrogation d'une maturité sexuelle bridée dans une logique maritale. Peut-être alors s'érige la figure improbable de « la mère vierge », sainte sexualité, qui attise le sarcasme de Jeanne lorsqu'elle la rencontre enfin.

« Ma mère conclut Jeanne, a eu la bonne idée de mourir juste avant mon mariage. Tout le monde pleurait, alors que j'étais censée vivre le plus beau jouir de ma vie. » Je note pour moi le lapsus mais ne lui dis rien. Les morts sont tous des braves disait Brassens : « Même dans la mort, elle aura terni mon plaisir, elle m'aura rendu triste. » Ce sabordage est le dernier récit venant clore un suivi psychologique d'un an et demi.

CONCLUSION

Il est frappant d'observer dans ce cas clinique l'orientation des préoccupations de Jeanne concernant ses troubles cognitifs. Cette orientation témoigne du mouvement qu'elle emprunte dans son parcours. Elle ne cherche pas à retrouver ses « esprits » ou « sa mémoire » qui seraient désorganisés, perdus dans la démence. Elle ne cherche pas à réveiller quelque chose d'une cohérence cognitive qui serait la prémisse de tout travail associatif structurant ou restructurant. Jeanne ne suit pas ce « programme mnémonique », d'emblée, elle est « au travail ». Elle cherche la logique de son symptôme et les éléments qui en tissent la trame. Transfert, projection, rêves : autant de processus psychiques qui ne viennent pas tant reconstruire une mnésis brisée par la démence, qu'élaborer un véritable parcours thérapeutique.

Chez Jeanne, ce n'est pas le trouble cognitif, qui semble pourtant si handicapant, qui constitue le noyau de sa souffrance, mais bien la question de son propre désir sexuel. Si, au détour d'un syndrome démentiel, la voilà reléguée à une position sociale déconcertante, la détresse qu'elle y exprime s'arrime d'emblée à des éléments traumatiques dont elle cherche, confusément, la réparation. Ce n'est donc pas tant le trouble cognitif, ici, qui forme le centre de la maladie d'Alzheimer, mais la position sociale qu'il impose et qui appelle une reviviscence douloureuse d'une solitude fondamentale, marquée, selon nous, par l'impossible articulation du plaisir sexuel et de la maternité.

Jeanne met un terme à son suivi devant le tableau d'un mariage triste, témoin d'une vie qu'elle juge triste, comme d'un poème solitaire auquel il manquerait la chanson. *« Toute poésie destinée à n'être que lue et enfermée dans sa typographie n'est pas finie ; elle ne prend son sexe qu'avec la corde vocale, tout comme le violon prend le sien avec l'archet qui le touche »* (Ferré, 1970), pourrait lui souffler Léo Ferré, comme la trace sonore de ce qui, en elle, demeure en quête de sens.

CONSTELLATION ET FRAGMENTS : L'OBJET DEMENTIEL

« De deux choses lune
l'autre c'est le soleil. »

(Jacques Prévert)

ELIRE DOMICILE

Aude est une dame de 88 ans, très maigre, toujours en fauteuil roulant qu'elle utilise seule via la technique du podal.[68] *Résidente de l'EHPAD depuis deux ans, un diagnostic de maladie d'Alzheimer avancée est posé lors de son entrée. Elle se présente avec des cheveux blancs rares, une posture qui semble toujours accablée et hypotonique et une tendance à pencher sur le côté droit. Cette posture semble terriblement inconfortable mais se maintient tout au long de la journée. Des interventions soignantes régulières sont nécessaires pour la redresser. Son visage semble marqué par l'angoisse. Il est à la fois crispé et las, comme si douleur et « ras-le-bol » avaient trouvé le moyen de se partager cette partie du corps. Sa peau est très marquée par les rides et la marque des os. Elle voit mal derrière ses lunettes et souffre de problèmes d'audition mineurs. Les crises d'agitation quotidiennes lui donnent un air délabré malgré des vêtements qui témoignent d'un certain goût de l'esthétisme.*

Personne ne parvient à comprendre Aude. Son langage est rarement compréhensible et si quelques phrases audibles émergent de son discours, celles-ci ne sont que rarement comprises par les personnes qui l'entourent : « Elle a essayé de me parler hier, pendant la toilette, j'ai vaguement entendu le mot « arrivé » mais je n'en suis pas sûre », m'indique un jour, en guise d'exemple, une aide-soignante.

Elle se déplace beaucoup, presque tout le temps, toujours en fauteuil roulant, parcourant de long en large l'unité de vie protégée où elle passe ses journées, souvent la bouche entrouverte et un regard à la fois accusateur et plaintif. Les autres résidents l'évitent, ils semblent se méfier d'elle. Aude transforme son comportement au fur et à mesure de la journée. Elle est généralement souriante en début de matinée, pendant la période des soins, elle cherche

[68] La technique du podal consiste à utiliser les pieds plutôt que les mains pour se déplacer en fauteuil roulant.

à converser et rit avec les soignants malgré un air épuisé et plaintif qui ne la quitte pas. Son teint pâle présente alors des nuances de rose. Aude adopte un faciès de plus en plus triste et déprimé au fur et à mesure que la mi-journée approche. Son teint change et affiche désormais des nuances de gris. Le contact relationnel devient compliqué et Aude semble en proie à une colère sourde. En début d'après-midi, les choses se compliquent. Un état d'agitation émerge brutalement et s'intensifie peu à peu au fur et à mesure que l'on avance dans la journée. Son expression prend une forme très théâtrale, traversée tour à tour par la lassitude, la douleur morale et l'épuisement : « Mama ! », « Qu'ils viennent ! », « Aïe, aïe, aïe ! » Puis par la révolte, la colère et la tyrannie : « Tu vas voir ! », « Sale garce ! », « Va-t'en ! » répète-t-elle avec véhémence. Ces agitations sont violentes, bruyantes, souvent agressives et sont jugées par l'ensemble de l'équipe : « impossibles à calmer. » La plupart du temps, à ce moment de la journée, Aude est « remontée » à son étage, où elle continue de se déplacer et de hurler seule dans les couloirs. D'autres fois encore, elle est « mise au lit » porte fermée et hurle depuis sa chambre. L'accalmie apparaît généralement en fin d'après-midi, marquée par un discours déprimé et une quête affective ambivalente. Aude semble, à ce moment-là, chercher du réconfort et un appui à ses pleurs : « Quelqu'un vient, quelqu'un vient ? » répète-t-elle en pleurant, ou encore, « J'ai froid, j'ai froid ! », tout en exprimant une profonde indifférence vis-à-vis de celui ou celle qui cherche à l'aider. Lors de ces phases, elle suit les soignants en exprimant ses plaintes, sans jamais répondre à l'aide qu'ils cherchent à lui proposer. Malgré l'intensité des crises et les perturbations que cela occasionne dans l'unité, rares sont les résidents qui cherchent à l'apaiser, ou au contraire, à l'invectiver. La scène dramatique quotidienne d'Aude trouve toujours le même écho : un public indifférent. Le soir, elle s'effondre dans son lit après une journée harassante.

Sa fille et tutrice, Caroline, m'apporte quelques éléments de son histoire : « Les troubles cognitifs et comportementaux sont apparus à peu près deux ans avant qu'elle arrive ici. » Ces troubles auraient émergé, selon Caroline : « à la suite d'une blessure au genou qui s'est infectée et qui a mal soigné. » Serait apparue, alors, une préoccupation anxieuse majeure vis-à-vis de cette blessure avec une tendance à imaginer des conséquences terribles pour la suite : « Elle faisait de moins en moins de choses, accusant toujours son genou qu'elle ne semblait pas vraiment soigner d'ailleurs. Elle vivait seule car papa est décédé il y a une dizaine d'années. Elle m'appelait parfois tard, pour me parler de son genou, craignant que ça s'infecte à nouveau. » Ce comportement aurait surpris toute la famille. Inconsolable, cette anxiété tend à s'installer durablement dans un syndrome dépressif peu explicite mais jugé très intense : « Elle

ne disait plus rien, ou râlait tout le temps parfois au sujet de choses qui n'avaient aucun sens. Le plus terrible, c'est qu'elle avait perdu toute joie de vivre. Même nos visites ne lui apportaient aucune joie », me confie Caroline émue. Son autonomie baisse et une fuite dans l'isolement s'installe. Le contexte de confinement durant la période du Covid-19 aurait vu émerger de sérieux troubles cognitifs avec, d'emblée, des comportements dangereux. Aude oublie sa casserole sur le feu, laisse ses aliments moisir, mange peu et mange mal. Elle chute également de manière répétée.

Elle entre en EHPAD « sans trop d'opposition », d'après Caroline. Le diagnostic formulé est celui d'une maladie d'Alzheimer sans explorations approfondies : « Depuis qu'elle est ici, je trouve que les troubles persévèrent voire qu'ils évoluent », ajoute-t-elle. Il en va de même pour les chutes qui furent nombreuses avec des conséquences graves allant de simples douleurs articulaires aux traumatismes crâniens. Aude n'exprimerait pas d'antécédents dépressifs ou anxieux, en dehors de la période récente. Elle est décrite par Caroline comme : « Une femme de caractère qui ne se laisse pas faire et qui peut se montrer très dure avec son entourage. » Elle serait autoritaire, très active et travailleuse, ce qui contraste avec une posture actuelle marquée par l'inertie, l'angoisse et la peur. Caroline conclut : « Elle a très peu de contacts avec sa fratrie et s'est toujours montrée plus proche de sa belle-famille. »

Je rencontre Aude dans sa chambre, elle hurle, agite ses bras et son fauteuil roulant, renverse son adaptable et le petit déjeuner qui va avec puis commence à frapper sa télévision. J'alerte l'équipe en imaginant un état de crise qu'il s'agirait de calmer : « C'est habituel chez cette dame, c'est tous les jours comme ça », me dit le médecin. J'essaie de l'approcher pour la calmer mais rien n'y fait. Aude semble, au pire, faire fi de ma présence, au mieux, m'insulter dans un discours incompréhensible à tendance paranoïaque. Je finis par abandonner, à bout de patience, et quitte la chambre d'Aude. Les quelques soignants qui ont assisté à la scène me disent, comme on dirait à un petit nouveau : « Ne t'en fais pas. Elle est toujours comme ça, on n'y peut rien. Ce n'est pas la seule d'ailleurs. »

Quelques jours plus tard, j'engage une première approche. En début d'après-midi, Aude est généralement seule au premier étage. Elle va et vient le long du couloir. Elle crie, appelle au secours et prononce des mots incompréhensibles. Elle devrait être dans l'unité de vie protégée mais une aide-soignante l'a remontée en chambre face à un état sévère d'agitation dont personne « ne savait plus quoi faire », me dit l'aide-soignante en question. C'est d'ailleurs son leitmotiv dans le cadre institutionnel : « Il n'y a aucun endroit dans l'établissement qui pourrait accueillir les cris d'Aude, me dit la même soignante, au salon, les animations sont

perturbées. Á l'espace protégé, elle risque d'agiter les autres résidents. » Le premier étage est celui des bureaux médicaux et infirmiers ainsi que de sa chambre. Fatigué de ses cris, le personnel demande généralement à ce qu'elle redescende en unité protégée. C'est ainsi qu'au cours de l'après-midi, elle voyage d'un espace à l'autre sans jamais y être invitée et sans véritable accueil. Je m'invite ainsi dans sa vie nomade, sans domicile fixe, et accompagne dans les premiers temps son périple du premier étage, en silence, cherchant à faire partie de son monde sans l'effracter. Aude ne semble pas prêter attention à ma présence et continue ses hurlements.

Il est toujours difficile de faire preuve de patience et d'empathie face à des comportements comme ceux qu'exprime Aude, qui sont, il faut le dire, plus fréquents qu'on ne l'imagine. Le sentiment d'impuissance qui en découle, la colère parfois de ne pas avoir su tenir une posture clinique ne font que renforcer le rejet de tels résidents. Mais maintenir une posture clinique impose aussi que l'on puisse réfléchir à ce qui nous anime à ce moment-là pour pouvoir prendre un peu de distance et ne pas se sentir trop disqualifié. Cette posture d'approche s'inspire aussi des travaux de Blanquet associés à ce qu'elle nomme « la clinique des frontières », particulièrement pertinente chez des sujets vulnérables à l'effraction psychique : « *La mise en place de dispositifs psychothérapiques nécessite pour ces sujets un ajustement constant qui tient compte conjointement de leurs zones de méfiance et de leur périmètre de sécurité »* (Blanquet & Merucci, 2022, p. 4). Cette dimension du périmètre de sécurité est radicale dans la clinique des sujets gravement atteints par la maladie d'Alzheimer et qui expriment souvent un besoin de mouvement perpétuel. Comme s'il fallait reproduire l'errance qu'ils subissent du dehors et l'agitation qui les anime en dedans. Marcher à côté d'Aude me semblait être la seule manière de l'approcher qui pouvait, un tant soit peu, respecter ce « périmètre de sécurité » tout en me permettant d'exister, non pas dans la relation, mais à sa « périphérie ».

Blanquet évoque également les spécificités des entretiens au domicile du patient :

> *Dans leur espace, ils conservent un ersatz de maîtrise face au sentiment de dépendance inquiétante. Là, les souvenirs bordent et enserrent la fragilité de leur moi. Là, l'ambiance du décor raconte l'histoire de leurs traumatismes et des solutions posttraumatiques qu'ils ont dû mettre en place pour y survivre ?* (Blanquet & Merucci, 2022, p. 4)

Forts de ces quelques réflexions**,** nous pourrions sans doute considérer qu'Aude, en revanche, ne trouve pas domicile dans sa chambre mais dans le mouvement. Durant ses « promenades », elle bute en effet, au sens littéral, sur les éléments du décor qui l'entoure. Elle peut aller au bout du couloir en ne s'arrêtant qu'au moment où son pied heurte le mur. Voilà tout son domicile, deux bouts de couloirs qui bordent sa course en lui donnant une limite. Peut-on y entendre une histoire ? Une expérience psychique ? Toujours est-il que s'inviter dans cette promenade peut-être entendu comme s'inviter chez elle.

Mais il ne s'agirait pas ici seulement de respecter le périmètre de sécurité mais d'en trouver l'enveloppe psychique au sens d'Anzieu, c'est-à-dire : *« toute figuration dont le Moi de l'individu se sert pour se représenter lui-même comme contenant psychique, à partir de son expérience de la surface du corps, du pare-excitations et des échanges avec autrui »* (Anzieu, 1995, p. 71). Chez Anzieu, en effet, ce qui fait l'unité narcissique n'est pas la frontière entre soi et les autres, mais l'enveloppe qui permet de maintenir, dans son rapport à l'autre, un contact avec soi-même. Il s'agit ainsi, d'y entendre pour Aude, quelque part, la possibilité d'une rencontre qu'elle pourrait investir sans s'y perdre. Cette rencontre pourrait-elle se faire auprès de celui qui veut bien accepter de transformer son errance en promenade ? Là s'y déposerait, en effet, quelque chose d'une adresse à l'autre, aussi confuse soit-elle. Là également, s'invitent d'autres interlocuteurs qui viennent nous parler, ce qui est rare quand elle est seule :

*Parfois un témoin assiste à cette drôle de scène. Alors il me parle un peu d'elle, comme pour me donner un code de conduite qui fait consensus au sein de l'établissement : « Elle est très perdue et très agitée. Elle aime bien les massages des mains parfois. Si jamais elle s'énerve, tu peux nous appeler, on la descendra. » Ces quelques conseils me soutiennent quelque peu mais je comprends aussi que mon propre désœuvrement appelle chez l'autre une certaine empathie**.** Je repère de l'agacement chez Aude lorsque le discours la concerne, sans qu'elle y soit invitée. Parfois même, elle vocifère des insultes lorsqu'elle entend des soignants parler de tout et de rien dans le couloir. Comme si leur discours la concernait de près.*

Aude n'existe pour le moment que comme « cas » au sens littéral, objet d'étude de l'autorité soignante. Ma présence à ses côtés semble faire exister le cas, ce qu'elle combat.

Dans nos « promenades » marquées par son indifférence d'abord, ma présence semble, au bout de quelques temps, prendre de la consistance à mesure que j'essaie d'investir ses paroles : « Madanamamama c'est pas… aux voleurs ? » bredouille Aude. Je réponds : « C'est pas « aux voleurs » mais quelque chose qui y ressemble. » « Oui », me répond-t-elle enfin à ma grande surprise, « madamanana » ajoute-t-elle. Je lui demande : « Qu'est-ce qu'on peut bien crier quand on a mal ? » « Je sais pas », conclut-elle.

Ce genre d'échange commence doucement à s'installer après quelques jours de promenades silencieuses. Ils émergent souvent après plusieurs tentatives de ma part. Généralement mes dires ne trouvent pas de rebond. Mais parfois une ébauche de dialogue s'installe.

Un échange de cet acabit peut durer jusqu'à quinze minutes. On ne se comprend qu'à peine mais le langage semble rebondir de l'un à l'autre. Durant ces échanges, je n'ai pas le sentiment d'exister pour elle. J'éprouve d'ailleurs une certaine confusion et j'ai parfois le sentiment de ne pas me reconnaître. Par moment subitement, j'éprouve une sensation de ridicule assez anxiogène. Le temps ne me semble pas suspendu, il me semble s'arrêter pour de bon, sans présager aucune suite, si ce n'est un inlassable recommencement tel un Sisyphe mortifère, inquiétant mais qui porte en lui également un calme étonnant. Tous ces éléments, que je ressens alors, restent à l'état d'émotions, sans parvenir encore à les analyser, je cherche à survivre la relation. Je remarque tout de même que les bouts de phrases qu'exprime Aude, parfois en criant, ne constituent pas une réponse discursive à ce que je lui dis, mais bien plutôt une forme d'écho phonologique. Nos sons rebondissent les uns sur les autres. Parfois un accord se fait ressentir, mais cela reste rare. Face à cette espèce de boucle sonore qu'elle crie presque huit heures d'affilée, je cherche à exister, quitte à n'être qu'un son parmi ceux qu'elle produit.

Le clinicien ici semble chercher à mettre en place un « jeu d'écho ». Blanquet, à ce titre, nous rappelle assez joliment la pensée de Winnicott : *« Mais pour jouer, il faut être au minimum deux et accepter de ne pas connaître les règle »* (Blanquet, 2020, p. 254). C'est de cette manière en effet que Winnicott introduit son *Squiggle Game* qui vient proposer un jeu anodin en espérant y trouver quelque chose d'une forme : « *Dans tous les cas, ce qui est attendu, c'est une trouvaille qui se loge dans un espace transitionnel. Un passage de l'informe à une forme. Un objet trouvé ? »* (Toesca, 2014, p. 55). Trouver le sujet « perdu » de la démence que décrit Grosclaude (2003), impliquerait, en effet, d'accepter, d'abord, que ces expressions chaotiques soient à la recherche de quelque chose : « *De façon résumée, il s'agit de prendre en compte tout*

ce qu'« émet » le dément comme nous étant aussi adressé dans le moment présent » (Grosclaude, 2003, p. 137). Puis d'en élaborer une contenance :

> *Puis d'établir des liens dans nos pensées et les introduire dans l'échange, en demeurant attentifs tant aux contenus réels de ces productions : mots, phrases, aux affects qui les connotent (intonations, vocalises), à leur forme (geste, posture), qu'aux diversités des significations, des métaphores dont ceux-ci sont porteurs et nous imprègnent, à nos pensées et aux représentations qui nous viennent.* (Grosclaude, 2003, p. 137)

Cet état de fait implique un accueil préalable du clinicien qui prend la forme, dirons-nous dans la logique de Grosclaude, d'une acceptation de l'existence d'une vie psychique qui préside à la mise en forme de cette parole « étrange ». Blanquet nous le rappelle ici : « *C'est sans doute grâce à une confiance dans les processus psychiques que le psychiste peut lâcher la maîtrise du cadre en le laissant agir à l'aube d'une nouvelle aventure, au sein de la rencontre singulière clinicien/sujet »* (Blanquet, 2020, p. 255). Cette liberté vis-à-vis du cadre, au sens strict du terme, implique d'accepter, pour le dire autrement, que ce verbal chaotique soit un langage au sens propre du terme, c'est-à-dire, une façon d'enchaîner les signifiants les uns aux autres pour faire exister une forme.

S'INVITER CHEZ AUDE

Aude questionne l'équipe et agite les opinions de chacun. Les réunions qui la concernent sont assez uniques car elles regroupent l'ensemble du personnel, y compris la direction et l'administration. Faut-il répondre par autorité à ces agitations théâtrales ? : « Elle en fait des tonnes tout le temps et on n'en peut plus. C'est malheureux mais elle ne peut pas être avec les autres résidents. Je suis désolé. Moi je la mets au lit dans ces cas-là », entame une aide-soignante. Faut-il prendre en compte la détresse anxieuse qu'elle témoigne et chercher à la rassurer ? : « Quand on l'occupe, parfois, elle se calme un peu. Moi je crois qu'elle a besoin de compagnie. Ce sera pire si on l'isole. Il faut lui trouver un endroit où elle est bien », répond une autre aide-soignante. Mais comment faire ? Les nombreuses discussions autour du cas « Aude » n'aboutissent jamais à de véritables décisions. Les quelques pistes évoquées sont souvent abandonnées. L'équipe fait face à un pessimisme général parfois empreint d'un vécu de violence : « De toute façon elle n'y arrivera pas, s'agace une aide-soignante émue, si on fait

ça elle va nous tuer et les autres résidents avec. » Ou encore, des logiques d'abandon : « On dit ça aujourd'hui mais l'autre équipe ne le fera pas, ça ne sert à rien, ajoute sa collègue, au moindre problème les familles vont nous tomber dessus. »

Je remarque que le cas d'Aude semble porter quelque chose d'un universel. La plupart des soignants évoquent la difficulté de travailler à l'unité de vie protégée et le sentiment d'impuissance que cela génère. Or, c'est le cas d'Aude qui est le plus souvent utilisé en guise d'exemple d'un environnement invivable, où l'impossibilité de répondre à la détresse des résidents est intolérable. La direction tente alors d'amortir le choc en intensifiant les rotations au sein de l'équipe. Cette réorganisation se traduit parfois par un abandon partiel de l'unité : « Certaines soignantes se retrouvent seules à gérer l'UVP, me dit la cadre de santé, leurs collègues s'étant éclipsées sous divers prétextes liés aux demandes des autres services. » La souffrance soignante culmine le lendemain d'une grave agression : une aide-soignante, violemment prise à partie par une résidente très agitée, subit un arrêt de travail prolongé et des séquelles psychologiques importantes. Le cas « Aude » devient paradigmatique des souffrances qui circulent au sein de cette unité de vie, où les résidents agités, angoissés et désorientés ne parviennent pas à rencontrer un affect soignant auquel s'arrimer.

Une solution se présente alors de manière consensuelle. Les nouveaux médias « TNM », acronyme de thérapies non-médicamenteuse viennent d'arriver à l'EHPAD. Aude s'est d'ailleurs immédiatement saisie d'une des poupées empathie qu'elle garde avec elle toute la journée, qu'elle cajole, gronde, affectionne et qu'elle nourrit au moment des repas.

La poupée empathie, qu'Aude saisit spontanément ici, est une médiation de type « non-médicamenteuse » associée aux pratiques de soins relationnels auprès des personnes âgées désorientées, notamment en unité de vie protégée. Ces poupées sont lestées et se rapprochent des caractéristiques physiques (poids, taille, apparence) d'un enfant d'un ou deux ans. Issue des approches anglo-saxonnes de la *doll therapy* développées dans les années 1990, cette pratique a été introduite en France au cours de la dernière décennie (Sécher, 2021). La poupée, à l'aspect réaliste et au toucher doux, se distingue du jouet : elle constitue un objet médiateur pensé pour susciter la rencontre affective et réintroduire du lien symbolique. Sécher rappelle que *« la poupée d'empathie joue le rôle d'un médiateur relationnel non-médicamenteux, réactivant des comportements d'attachement, de tendresse et de sollicitude et facilitant ainsi l'expression émotionnelle chez des personnes atteintes de troubles cognitifs »* (Sécher, 2021, p. 22). Par la simple prise en bras, la personne âgée réinvestirait un geste de soin, parfois oublié, et

retrouverait une expérience sensible de présence à l'autre. Ce geste, apparemment anodin, favoriserait une réémergence d'éléments affectifs et un meilleur contact avec l'environnement du résident (Ng et al., 2017). Certaines études montrent également un impact significatif sur les éléments cliniques :

> *In most instances, cognitive, behavioural and emotional symptoms were alleviated and overall wellbeing was improved with doll therapy. (Traduction libre : Dans la plupart des cas, les symptômes cognitifs, comportementaux et émotionnels étaient atténués et le bien-être global était amélioré grâce à la thérapie par la poupée).* (Ng et al., 2017, p. 45)

D'autres études montrent des effets plus pertinents que le traitement classique sur le comportement du résident :

> *Doll Therapy was more effective in reducing agitation and aggressiveness as respect to standard treatment. (Traduction libre : La thérapie par la poupée s'est révélée plus efficace que le traitement standard pour réduire l'agitation et l'agressivité).* (Ng et al., 2017, p. 45)

Enfin, il est globalement recommandé d'utiliser les poupées dans un travail d'interaction avec le résident pour en optimiser l'impact :

> *Subgroup analyses revealed that the DT process employing empathy dolls and coordinating with caregivers was more beneficial for improving all behaviors. (Traduction libre : Les analyses par sous-groupes ont révélé que l'utilisation de poupées empathiques en coordination avec les aidants était plus bénéfique pour améliorer tous les comportements).* (Peng et al., 2024, p. 128)

L'outil se veut donc un média d'interaction, dont l'intérêt sur le plan clinique réside dans une prise de contact avec le résident.

Dans le même temps, la direction organise une réunion sur la mise en place et le pilotage des « TNM ». Le cas d'Aude est alors tout de suite évoqué : « Il faut essayer avec elle, on ne peut plus rien en faire, engage une infirmière, elle a l'air d'aimer les nouvelles poupées là, elle les garde avec elle et elle leur donne à manger », ajoute l'autre infirmière présente. Le groupe statue sur la mise en place d'un « test ».

Cette proposition s'inscrit dans un moment particulier de l'établissement. La résidence, en effet, se lance dans une politique « TNM » qu'elle cherche à valoriser au sein du groupe d'EHPAD auquel elle appartient pour obtenir le label ISO 9001 (Afnor, s.d.) *et accroître sa visibilité auprès du public. Ainsi, la politique « TNM » se doit d'être visible, chiffrée et étudiée : « Il faut faire les choses dans les règles. Si l'on veut observer des résultats, il faut une bonne traçabilité, indique le directeur. Nous sommes dans une situation « d'établissement pilote » des TNM, si on s'en sort bien, ces outils peuvent devenir une spécificité de l'établissement. » Le groupe décide alors de suivre le protocole directement enregistré dans le logiciel. Sera noté, chez Aude, l'impact des poupées empathies sur un indicateur diagnostic nommé « troubles du comportement » sur une période de trois mois, période maximale acceptée par le logiciel. L'indicateur sera évalué via la NPI-ES (Cummings, 1994), une célèbre échelle standardisée mesurant la gravité, la fréquence et l'impact des « troubles du comportement » sur la charge de travail. L'échelle est fournie également par le logiciel de soin. Ensuite, ce dernier formulera des statistiques de performances qui donneront une idée de l'efficience de la « TNM » sur les « troubles du comportement ». Est ajouté à cela le tout nouveau produit fraîchement sorti des cartons, un plaid dit « sensoriel », chauffant le dos, s'illuminant de lumières luminothérapeutiques et reproduisant le bruit de la mer, des baleines et des vagues : « C'est un outil spécifique pour les résidents agités, indique la cadre de santé, cela peut être pertinent pour Aude. » Son évaluation par le logiciel nécessite également une temporalité précise. L'équipe décide alors de le lui « mettre » de 14 h à 16 h, ce qui correspond à la période la plus agitée. Le pronostic ainsi formulé est plutôt optimiste : la résidente devrait se calmer et soulager l'ensemble de l'unité ; l'EHPAD devient avant-garde du groupe dans l'expérimentation des « TNM » et les indicateurs de « performances des soins », eux aussi calculés par le même logiciel, s'en trouvent améliorés, rapprochant l'établissement de l'ISO 9001.*

Cet aspect des choses s'inscrit dans une politique de soins plus large dans laquelle les données cliniques doivent être quantifiées et rationalisées dans des systèmes algorithmiques. Dans un contexte soignant en tension qui met à mal, à la fois la communication entre professionnels et leurs valeurs éthiques, apparaissent rapidement des systèmes d'information et de communication dans un contexte gériatrique d'automatisation du travail par le numérique. Désormais appelés « gérontechnologies », ces systèmes visent à compenser les déficits d'autonomie des résidents et à soulager le travail soignant. Comme nous l'indique Nirello :

> *Les gérontechnologies, en particulier, se développent depuis la fin des années 1990. Elles peuvent être définies comme l'ensemble des outils technologiques au service des personnes âgées et dont l'objectif est de favoriser leur autonomie. (…) L'enjeu est important au regard de la problématique des conditions de travail car, ces dernières années, le nombre d'accidents du travail n'a cessé d'augmenter.* (Nirello, 2016, p. 73)

Ces logiques « gérontechniques » vont largement se déployer dans les structures de soin, transformer les modèles de communication entre professionnels et restructurer l'organisation du travail soignant. C'est également l'approche même du résident qui s'en trouve modifiée.

Dans les EHPAD notamment, l'intervention des technosciences est double. D'une part, l'entrée d'un résident dans ces structures nécessite la création d'un profil virtuel biopsychosocial sur une plateforme en ligne souvent issue d'une société commerciale (Nirello, 2016, p. 73). Y est exposé de manière centralisée l'ensemble de son dossier médical comprenant comptes rendus, diagnostics et prescriptions. On y trouve aussi plusieurs éléments de son histoire de vie dans l'onglet « projet personnalisé », ainsi que ses aspirations, ses goûts et parfois ses relations au sein de la résidence (Ramée, 2025). La plateforme propose également un accès à tous les comptes rendus psychologiques et paramédicaux permettant d'avoir un aperçu à la fois de la dynamique psychique du résident et de ses troubles moteurs, cognitifs ou phasiques. Enfin, y est centralisé l'ensemble des transmissions du personnel qui accompagne le résident, permettant ainsi une visibilité et une surveillance globale de son comportement à la fois psychologique et physiologique au jour le jour (ramée, 2025). La plupart du temps, le résident n'est pas impliqué dans l'élaboration de cette archive qui deviendra vitrine, interface de son rapport au milieu médical dans lequel il évolue désormais. Le caractère numérisé de cet espace permet une visibilité et une centralisation efficace de toutes ses données.

D'autre part, la généralisation des résidents qui présentent des troubles cognitifs et des troubles d'ordre démentiel au sein des EHPAD ainsi que la politisation des dynamiques de soin dans une dimension éthique plus large engagent actuellement ces structures à promouvoir et mettre en place ce que nous voyons apparaître dans notre séquence clinique, à savoir, des « thérapies » ou « interventions non médicamenteuses », appelées également « TNM » ou « INM ». Ce champ thérapeutique regroupe un ensemble de médias de communication, de stimulation ou de relaxation inscrit dans un univers de recherche marqué par l'informatisation (Ninot et al., 2018). La Plateforme universitaire CEPS propose la définition suivante depuis 2017 :

> *Intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'usager. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socioéconomiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques.* (Ninot et al., 2018, p. 22)

L'idée est de concilier technologies numériques, sciences cognitives et catégorisation diagnostique. À ce titre, la gériatrie se montre précurseur de ce domaine et a déjà enrichi très largement son panel de produits « TNM ». Sont ainsi proposées des techniques de canalisation des comportements agités inspirées des espaces Snoezelen® (Verheul, 2007), des éléments de stimulation des sens regroupés dans des « chariots flash », des outils d'aide à la verbalisation comme le photolangage®, les poupées empathies ou encore des animaux robotisés. On y retrouve également des techniques de simulation visant à calmer l'anxiété comme la thérapie du voyage qui vise à simuler un trajet en train. Toutes ces techniques subissent un traitement computationnel. Elles doivent en effet être inscrites dans un process défini à l'avance et organisé par le logiciel de soin. La réponse du résident à l'activité proposée va déterminer, par informatique, la pertinence ou non de sa pérennisation. Tous ces éléments sont donc théoriquement connectés à une dimension numérique plus large. Leur traçabilité définissant de manière algorithmique la marche à suivre.

Les soignants interviennent avec ces nouveaux outils mais expriment la même impuissance : « Aude ne se calme pas. On a beau faire, elle crie sans arrêt, appelle à l'aide. Elle fait mal au cœur », me confie une aide-soignante au bord des larmes. Des formateurs « TNM » du groupe interviennent sur l'établissement et briefent l'équipe : « Peut-être que les outils proposés sont utilisés trop tard. Il faudrait les mettre en place plus tôt quand la tension commence à monter. » Malheureusement, rien ne bouge, pire, les statistiques communiquées par le logiciel montrent un accroissement des troubles, ce que les soignants remarquent également : « C'est encore pire qu'avant. Pourtant on fait ce qu'il faut, exprime une aide-soignante lors d'une formation « TNM », en fait la seule chose qui change, c'est que maintenant

on doit « tracer ». On note qu'elle s'agite, ce qu'on fait et que ça ne marche pas. On est juste en train de noter que ce qu'on fait ça ne marche pas. » ajoute sa collègue dépitée.

Je remarque qu'Aude se saisit des poupées, mais seulement comme elle l'entend. Lui en apporter une en pleine phase de crise ne change rien, elle la rejette. Le plaid sensoriel, au dire des soignants, tend à l'agacer davantage : « Elle le jette par terre en criant « non ! » », me dit une aide-soignante. Au comble du désespoir, dans un après-midi de crises intenses, j'aperçois Aude tourner en rond dans l'unité de vie, hurlant à tue-tête, trois poupées sur les genoux qu'elle parvient à peine à tenir ensemble. Le plaid sensoriel, quant à lui, semble davantage crier que murmurer le bruit des vagues à son oreille, ne faisant qu'augmenter le volume de sa voix qui cherche à se faire entendre par-dessus : « Voleuse ! Voleuse ! Crie-t-elle, Ces salopes ! Ces salopes ». Le plaid sensoriel est jeté au sol, Aude roule dessus et brise les LED qui y sont accrochées. Elle continue à crier. Je lui apporte un poupon, elle le prend, me jette un regard mauvais et continue sa route en hurlant. Lorsque j'essaie d'aborder la conversation, elle m'invective : « Qu'est-ce que tu mmh va, elle s'embrouille, t'as toi ?! Et papapa et monmonmon et… Dégage ! »

Dans les réunions, on propose de remettre en place d'anciennes mesures coercitives : « Ce n'est plus possible. Je vous jure c'est pire qu'avant, se plaint une aide-soignante, il faut la monter plus tôt dans sa chambre, dès qu'elle commence à s'énerver », ajoute-t-elle. Ainsi, de façon plus systématique, Aude est enfermée seule dans sa chambre lorsqu'elle s'agite, l'intérêt du groupe primant sur celui de cette patiente si résistante au traitement, pourtant non médicamenteux et plein de promesses. Les indicateurs de performance des soins, en revanche, sont bons, car les TNM, bien qu'inefficaces, sont bien tracées. Ils sont valorisés dans le cadre d'audits « ISO 9001 » durant lesquels l'efficacité des TNM n'est pas évaluée : « Seule leur utilisation est analysée et cotée, m'explique l'auditeur, le critère de performance ne rentre pas dans son évaluation, car, conscient des faiblesses thérapeutiques de ces nouveaux outils, il a été décidé de ne plus coter leur efficacité pour ne pas mettre en défaut les établissements. »

Dans les services de gériatrie, il n'est pas rare de constater que l'agressivité est considérée comme un trouble à éradiquer et non comme source d'investissement. Charazac décrit, en effet, cette dimension par une tentation à l'essentialisme : « *Il est plus facile de comprendre qu'un sujet âgé soit à l'occasion agressif que de donner à l'agressivité dans le soin la place qui lui revient, en tant que de source d'investissement et non de symptôme »* (Charazac, 2023, p. 93). Cette « facilité » s'appuierait sur une conception de la vieillesse, comme l'indique

Maisondieu, marquée du sceau de l'incurable et de la déraison démentielle, positionnant le soignant dans l'injonction : *« Soignez les déments, ce sont des malades, mais ne les guérissez, pas ils sont incurables »* (Maisondieu, 2011, p. 54). Plus encore, Charazac décrit l'hostilité du résident comme phénomène excluant, car non compatible avec la fonction soignante : « *Le fait que l'hostilité puisse aller jusqu'à mettre en échec un plan d'aide la rend a priori incompatible avec toute démarche d'aide et de soin »* (Charazac, 2023, p. 93).

Pourtant, Spitz avait montré à quel point l'agressivité, comme témoin d'opposition, est un facteur d'autonomisation vis-à-vis de l'objet avec lequel la dépendance est marquée *: « L'agressivité n'est pas seulement destructrice ; elle constitue une étape nécessaire du processus de séparation d'avec l'objet primaire »* (Spitz, 1954, p. 87). Cet aspect des choses est d'autant plus manifeste dans un contexte social marqué par la dépendance au soin de l'autre. L'agressivité, entendue comme révolte, cherche l'unité du sujet dans son indépendance : *« L'enfant ne peut accéder à une véritable autonomie qu'en affrontant l'objet dont il dépend, c'est-à-dire en s'y opposant »* (Spitz, 1954, p. 89). Chez Winnicott, l'expérience de l'agressivité est également un élément de compréhension du monde et d'intégration des qualités de l'objet : *« C'est par l'agressivité que l'enfant découvre que l'objet survit à sa destructivité »* (Winnicott, 1971, p. 102), inspirant ainsi au sujet les perspectives d'une continuité de la présence de l'objet malgré la persistance de la haine dans son univers fantasmatique. Freud, enfin, rend compte d'un élément simple qui exprime la structuration du sujet dans son rapport à l'autre : *« L'amour ne peut se détacher que par la voie de la haine ; c'est elle qui rend possible la désunion d'avec l'objet »* (Freud, 1921, p. 58).

Mais la clinique agit avec elle des éléments projectifs, parfois intenses, qui mettent en difficulté les soignants (Grosclaude, 2007). Souvent à bout de souffle et habités par un sentiment insupportable d'impuissance et d'incompétence, ces derniers peuvent même se tourner de fait vers des solutions matérielles ou invasives, lorsqu'une impossibilité de communiquer avec le résident devient prégnante (Grosclaude, 2007). L'utilisation numérique, ici, des outils TNM, semble venir appuyer une volonté d'étouffer le symptôme dans une analogie « neuroleptique » avec le traitement classique. Aude s'y oppose, peut-être nous montre-t-elle que ses poupées TNM ont une autre fonction.

Un beau jour, un aide-soignant me raconte que, sur une intuition, il a accompagné Aude et sa poupée au salon de la résidence, en dehors de l'unité de vie : « Elle était assez calme mais très plaintive et je sentais que sa plainte devenait de plus en plus intense. » Le pari est risqué,

car c'est à cet endroit que se rencontrent résident, famille, animation et direction. C'est la vitrine de l'établissement. Très vite, un élément intéressant émerge : « La poupée d'Aude attire l'œil de certains résidents qui se prêtent au jeu. Ils lui demandent : « Elle est belle ta poupée ! », « Elle est mignonne cette petite fille ! Comment s'appelle-t-elle ? » », me dit-il avec entrain. Et à son grand étonnement : « Aude a l'air d'abord un peu désemparée mais elle finit par répondre aux questions en souriant. » Il remarque alors un élément intéressant : « Cette poupée a une identité déjà définie. Elle a un nom, une personnalité et même, quelques anecdotes de vie qu'Aude raconte, tant bien que mal, aux autres résidents », me dit-il assez ému. Enchantée de cette escapade, Aude rejoint ses quartiers, souriante.

Je propose à l'équipe de s'inspirer du récit de ce soignant pour repenser la prise en charge : Aude ne pourrait-elle pas aller et venir librement entre l'unité de vie protégée et le salon ? La proposition est accueillie avec méfiance mais acceptée. Dès le lendemain matin, j'aperçois Aude investir spontanément le salon, l'air renfrogné mais calme. Elle semble chercher à en découvrir les moindres recoins. Parfois son fauteuil roulant se coince dans un angle, ou derrière une table. Elle ne semble pas tellement tenir compte de ce fauteuil sur le plan proprioceptif. Je l'aide sans lui parler. Aude m'apparaît à ce moment, pleinement concentrée dans sa découverte. Elle revient d'elle-même à l'unité de vie lorsque l'environnement commence à être bruyant autour de l'heure du midi. Dans les jours qui suivent, les soignants me font des retours intéressants : « Elle va et vient calmement. Et quand elle commence à s'énerver, hop, on change d'endroit et elle se calme, me dit une aide-soignante, en général on prend la poupée avec nous », ajoute-t-elle. Quelques problèmes seront évidemment à déplorer : « Parfois elle se met à gémir au milieu du salon. Elle n'est pas agressive mais elle gémit. Elle crie très fort, me dit la secrétaire, l'autre jour elle s'est approchée d'une table où était installée une famille. Puis elle s'est mise d'un coup à leur crier dessus. Je ne comprenais pas ce qu'elle disait », ajoute-t-elle. Le directeur s'invite à notre conversation : « Parfois, elle s'arrête dans l'entrebâillement de la porte de mon bureau et, enfin, elle m'agresse quoi. Elle me traite de voleur », dit-il un peu amusé. Un mode de « roulement » se met spontanément en place : « Lorsqu'elle crie au salon, je l'emmène dans l'unité et eux ils font pareil », me dit l'hôtesse d'accueil. Cet état de fait n'est pas sans soulever quelques conflits entre les soignants : « Dès qu'elle crie un peu au salon, ils nous la ramènent, me dit un aide-soignant, il faut que tout le monde fasse des efforts. » Et effectivement, ce nouveau format élargit l'espace de rencontre d'Aude qui côtoie désormais d'autres personnalités.

Au bout de quinze jours nous faisons le point en équipe : « C'est plus stable, commence l'infirmière, elle est moins hostile, on peut l'approcher un peu mieux. » « Elle m'a parlé de ses poupées l'autre jour, j'ai rien compris mais c'est la première fois qu'elle me parle de quelque chose », ajoute une aide-soignante. L'équipe décide ainsi d'encourager Aude à parler de ses poupées auxquelles elle aura désormais accès quand elle veut et qu'elle peut ramener en chambre si elle le souhaite : « L'idée à travers cette activité simple, leur dis-je, est d'aller explorer son univers et de trouver des « accroches » pour lui parler. » Revient dans cette réunion un autre élément : « Elle a une bonne accroche avec le directeur. Elle l'insulte parfois mais souvent, elle vient se plaindre chez lui. Et dans ces moments-là, je trouve qu'elle parle mieux », me dit la secrétaire. Le directeur, un peu amusé, ajoute : « C'est vrai, je ne sais pas ce qu'elle a avec moi. Elle me demande souvent de lui rendre quelque chose que j'aurai volé. » Est également décidé de transformer le « cas Aude » comme paradigmatique de l'unité de vie protégée et d'en modifier la politique. L'unité se voudra alors projet « d'inclusivité » où les résidents pourront aller et venir librement dans la résidence et où des animations en commun avec le salon auront lieu. Enfin, elle sera également un « laboratoire » des « TNM » qui y seront développées à plus grande échelle.

Deux objectifs semblent alors se dégager de cette proposition de soin : Soulager l'équipe de l'unité de vie protégée épuisée par les crises d'Aude et enrichir ses supports relationnels. Pour reprendre les termes de Blanquet, il s'agit là d'élargir les possibilités de « transfert périphérique » pour soulager les angoisses intrusives et multiplier les possibilités d'identification :

> *L'espace périphérique en tant que barrière protectrice, les prémunit du danger de la relation frontale, de la figure du double inquiétant et/ou de celle de l'autre menaçant, et qui constitue l'aporie de toutes leurs démarches de soin. Ces sujets expérimentent à la périphérie, une figure suffisamment pare-excitante. Cet espace s'avère indispensable au travail interdisciplinaire qui se déploie à plusieurs du fait de la diffraction du transfert, mais aussi par petites touches dans différents espaces de dépôts et auprès des différents professionnels.* (Blanquet, 2020, p. 248)

Le cas d'Aude soulève alors une problématique de l'espace intersubjectif qui fait écho à une problématique spatiale inhérente à l'architecture de l'établissement. Ce dernier cherchant à se transformer dans le giron des problématiques de sa résidente.

S'élabore ainsi, autour d'Aude, ce que Delion décrit comme une *constellation transférentielle* se définissant comme une ramification, au niveau institutionnel, des phénomènes transférentiels :

> *La constellation est un mot habituellement réservé aux étoiles. Plusieurs d'entre elles peuvent constituer ensemble un repère précieux pour le navigateur, surtout lorsqu'il est perdu en mer. Tout prédisposait donc la constellation transférentielle à devenir à son tour un repère précieux pour les patients perdus sur l'océan de la Folie.* (Delion, 2022, p. 12)

La constellation en question concerne l'ensemble des personnes qui ont un lien, de près ou de loin, avec le patient : « *Il ne s'agit pas de désigner les soignants qui appartiennent à la constellation et d'en exclure d'autres, mais plutôt de se poser la question ensemble : « Qui est au contact de ce patient ? » »* (Delion, 2022, p. 21). C'est une élaboration collective de l'institution qui vise à assurer une cohérence et une consistance dans l'accompagnement du patient. Associée à la notion de transfert, cette approche implique des réunions régulières pour penser et symboliser les affects qui peuvent émerger chez le patient et entrecroiser les informations pour enrichir l'analyse (Delion, 2022). Chez Aude, on remarque en effet, que son langage semble plus « audible » en équipe puisqu'il varie fondamentalement d'une personne à l'autre. On remarque également que le travail d'élaboration en équipe, parfois frustré par les réactions de la résidente, voit émerger des initiatives innovantes et spontanées qui, peu à peu, vont encourager la transformation de son environnement et de l'institution elle-même. Car le collectif institutionnel n'est pas seulement un système de transmissions d'informations, Oury nous le rappelle : *« Le collectif n'est pas un groupe ; c'est un espace de circulation du transfert »* (Oury, 1986, p. 221).

UN DOMICILE POUR UN FOYER

Dans l'élaboration de cette dynamique institutionnelle, je décide de structurer mon suivi auprès d'Aude. Je la vois ainsi deux fois par semaine à heure précise en fin de matinée. L'unité de vie n'ouvrant qu'à midi, les entretiens se passent généralement dans les couloirs de son

étage. D'autres fois, je la retrouve au salon du rez-de-chaussée. Je l'accompagne ensuite au restaurant. Dans ces entretiens, Aude balbutie des mots que je ne comprends pas, souvent parce que leur ponctuation m'échappe : « Papalitufaisavoirpartit… » J'ai l'impression d'entendre des phrases construites en un seul mot. Parfois Aude me regarde subitement et cherche à me parler : « Tu dois… faire là ? » Je tente une réponse : « J'ai fait ce que j'avais à faire, j'ai du temps pour discuter », « ah », me répond-elle comme pour acquiescer. Les échanges sont rares et la plupart du temps nous nous déplaçons en silence. Je remarque qu'Aude scrute les moindres détails de son environnement. Un jour elle me regarde et me dit avec entrain « 163 », ce qui correspond au numéro de la chambre en face de laquelle nous sommes. Comme elle semble attendre une réponse, je lui dis : « Une de vos voisines ? » Elle me répond vivement : « Ah celle-là. Toujours à réclamer des piopioles ! Elle se renfrogne, cette salope ! »

Au bout de quelques semaines, nos entretiens évoluent. Aude ne semble pas me reconnaître et paraît exprimer une certaine indifférence vis-à-vis de ma présence. En revanche, lorsqu'elle est en colère, elle se calme dès que je m'adresse à elle et se met à pleurer. Dans ces moments-là je sens qu'elle m'adresse une plainte que je ne parviens pas à formuler : « Ohlàlàlà, mama c'est lafi, kévoilà », dit-elle en pleurant, « C'est la vie qui est là », lui dis-je, elle ne réagit pas.

Puis, peu à peu, les allers et venues dans le couloir ne sont plus systématiques. La plupart du temps les entretiens se font dans sa chambre en présence de ses poupées. La scène de la rencontre se transforme. Je retrouve généralement Aude dans le couloir en train de crier ou de se déplacer. Lorsque je m'approche d'elle, elle se tait subitement et adopte une moue de lassitude et de désespoir. Après quelques échanges, elle me conduit en direction de sa chambre. Le temps du trajet est l'occasion d'un jeu de piste où il s'agit de lire tous les panneaux d'indication du couloir et les numéros des chambres. Cette lecture est réalisée avec sérieux, minutie et dans une prononciation très distincte : « Salle-de-soin » dit-elle, « vous connaissez ? » lui dis-je, « bah » répond-elle de dépit. Á notre arrivée dans la chambre, Aude se montre plus expressive mais ne cherche pas mon regard. Les premières minutes sont souvent marquées par un monologue qu'il m'est difficile de comprendre et au sein duquel je cherche à glisser des esquisses d'éléments que j'ai pu voir apparaître dans son discours : « J'ai plus parti sur lui. Sans ces trois, sansétrop », dit-elle dans le vague. Je lui réponds « Il habite dans le 163 », « oui », me répond-elle, « sépine, séfolapine. » Je glisse : « Avec cette folle de voisine », « ah celle-là ! » me répond-elle.

Ces dialogues sont souvent « introductifs ». Vient ensuite un temps où Aude se raconte, laborieusement, dans un discours décousu mais plus compréhensible dans sa syntaxe. Le sens

du discours m'échappe mais les éléments de langage qui émergent me servent à rebondir lors des phases plus agitées et plus confuses des débuts d'entretiens. Dans ces jeux de mots, on relève deux thèmes flous mais très récurrents :

- *Il est question d'une dette qu'Aude aurait contractée auprès d'une autre femme. Parfois cette autre femme est une boulangère, parfois non. Aude s'énerve ou panique presque à chaque fois qu'elle l'évoque et se met à intégrer dans son discours et sur un mode persécuté les bruits qu'elle perçoit dans le couloir.*
- *Il est également question d'enfants à nourrir, ce qui lui demanderait un travail jugé harassant. Cet élément, bien qu'il semble moins intense sur le plan émotionnel, est de loin le plus présent dans ses répétitions. Il semble également activer une humeur voire une détresse dépressive.*

Ainsi dans les phases d'agitations marquées souvent par des insultes peut émerger ce genre de dialogue, Aude crie : « Salope ! Salope ! » Je réponds, dans un écho : « Ah, cette salope ! » « Oui, la salope ! » répète-t-elle, haletante. Je poursuis : « Qui vient tout le temps réclamer son argent ! » Aude s'emporte : « L'argent, argent, ils me prennent tout. » Je lui dis qu'elle donne tout ce qu'elle peut. Elle répond : « Oui, à mes enfants. Elle dit que j'ai volé le pain. » Les larmes montent : « Le pain… J'ai pas volé, pas volé, pavolé, pavolé… » Son agitation s'épuise et son visage se referme, accablé, une moue triste au bord du silence. Je lui dis qu'elle devait bricoler avec ce qu'elle avait sous la main. Elle acquiesce, lentement, j'ajoute : « Et vous n'étiez pas toujours aidée », « maman, elle m'aidait. » conclut-elle.

L'approche clinique de patient atteint d'une maladie d'Alzheimer, avec un syndrome démentiel aussi évolué, suscite généralement, aux premiers abords, un grand désarroi, voire une véritable confusion. Les effets d'amnésies, de dysphasies, et de désorientation temporo-spatiale produisent un discours profondément décousu et confus dans sa grammaire même. Cet état de fait peut laisser le clinicien impuissant devant une réaction émotionnelle, parfois intense, dont il peine à saisir les signifiants qui la structurent. La construction sémiologique de la démence permet une fuite dans une étiologie essentialisante qui apaise le sentiment coupable. Caron évoquera le terme de « démission thérapeutique » pour catégoriser cette tendance à l'évitement du dialogue démentiel :

> *Des propos délirants sont souvent au cœur de cet épisode. Ils peuvent entraîner en retour des réponses inadaptées de la part de l'entourage ou une démission*

> *thérapeutique lorsque, considérés comme inauguraux d'une démence, ils s'inscrivent dans un contexte d'affaiblissement cognitif ou de perturbations psychiques.* (Caron, 2020, p. 109)

Á l'extrême, ces stratégies de démission peuvent engager des processus de déshumanisation, souvent décrits par Maisondieu (2011). Certains auteurs, comme Quadéri, ressentent le besoin, pour aborder une approche analytique de la démence, de formuler un pari, à l'image du pari pascalien : « *Placé dans une situation identique, devant le néant qu'inspire la présence du dément, je parie sur la persistance d'une vie psychique, en dépit des atteintes neurologiques majeures »* (Quaderi, 2003, p. 34).

Pourtant, il n'est pas besoin de formuler un système de croyance qui s'apparenterait à une forme d'animisme démentiel pour aborder cette clinique. Caron nous rappelle à juste titre la fonction d'un délire dans le champ psychanalytique : *« Mais quelle que soit son étiologie, sa particularité est d'être avant tout la production singulière et subjective d'un sujet en mal d'être qui parle, à travers un discours ou un comportement aussi désorganisé soient-ils, de lui et de sa réalité psychique »* (Caron, 2020, p. 111). La psychanalyse maintient le délire dans la logique de l'inconscient et de ses modalités défensives : *« Loin d'être une erreur qu'il conviendrait de corriger pour rétablir une évidence, il vient questionner le rapport que celui qui délire entretient avec le réel et l'environnement en général, projetant le sujet dans un monde hors du commun »* (Caron, 2020, p. 111). Cette fonction projective est une façon de protéger le sujet d'éléments effractants, le délire se positionnant ainsi comme compromis morbide cherchant à reconstruire une unité psychique viable marquée par des angoisses insoutenables : *« Aux prises avec une réalité insoutenable qui vient faire effraction dans la psyché, le sujet, plutôt que de sombrer, édifie grâce au délire un monde dans lequel la césure serait ainsi colmatée »* (Caron, 2020, p. 112). Cette modalité défensive est d'autant plus éloquente dans des manifestations type « délire confusionnel » qui émerge souvent brutalement face à un évènement de vie d'une forte intensité. Plus qu'une désorganisation ou une destruction des facultés mnésiques, le délire confusionnel, pour Caron, s'exprime également dans une tentative d'adresse à l'autre : *« Mais si le syndrome confusionnel nécessite une prise en charge médicale, il n'en reste pas moins que dans la séquence qui le caractérise, le symptôme devient un signe langagier, dont la mission est d'être déchiffré »* (Caron, 2020, p. 114). Soulignant au passage la dimension active, éphémère, voire, transitionnelle dirons-nous, qu'il peut amorcer lorsqu'il est au contact d'une posture psychothérapeutique : *« Témoignant d'un état transitoire dans lequel la personne vit*

une expérience, il rend compte de la traversée d'une aventure qui l'exile hors du monde et hors de notre réalité » (Caron, 2020, p. 113).

Aude formule ainsi quelque chose qui ne se limite pas à la dimension du sens ou de la signification. L'édification de cet ensemble langagier s'élaborerait à la fois comme « par-excitant » et comme adresse à l'autre. La dimension de la signification s'élabore peu à peu, par petites touches sémantiques. On se souvient alors des mots de Derrida : *« À l'intérieur de l'appareil psychique, il n'y a jamais de rapport de simple traduction »* (Derrida, 1967, p. 223).

Á quatre mois de suivi. Le comportement d'Aude tend à se modifier. Elle crie désormais « Maman » dans les couloirs et pleure souvent lorsque quelqu'un s'approche d'elle : « Elle s'énerve moins mais pleure plus qu'avant, me décrit une infirmière, elle dit « maman » et semble inconsolable. » Certains soignants m'expriment le sentiment de pouvoir « l'atteindre » comme si le symptôme psychique, ici, était aussi une notion spatiale : « Avec moi ça va, elle se calme. Je peux l'atteindre. Elle me raconte des trucs concernant sa voisine et ses enfants », m'indique une aide-soignante. Les soignants me sollicitent régulièrement à propos d'une conversation troublante qu'ils ont eue avec Aude. Troublante parce que presque cohérente d'une part et troublante également dans son contenu : « Aude fait souvent référence à des enfants abandonnés puis recueillis par elle. Elle évoque aussi des enfants qui souffrent, voire qui sont tués puis jetés dans une fosse commune », me confie une aide-soignante. L'équipe, un peu effrayée, me questionne sur la véracité du contenu, je les questionne sur l'intérêt qu'ils portent à ce discours : « C'est horrible si elle a vécu tout ça », me dit-on.

Le suivi psychologique semble, quant à lui, s'organiser autour de préoccupations maternelles centrées sur deux poupées empathies qu'elle ne quitte jamais : « Les enfants sont méchants parfois, ils me volent tous mes fruits, me confie-t-elle un jour, pourtant je les aime, c'est dur de s'en occuper. » Aude répète avec un large panel d'émotions la difficulté de prendre en charge financièrement des enfants recueillis dans la rue, alors que la boulangère du coin lui réclame ses dettes et salit sa réputation auprès des autres résidents du quartier : « Cette garce est allée dire à tout le monde… Mais moi, je ne veux pas les laisser mourir de faim et finir dans une fosse. » L'évocation des poupons induit chez elle des discours ambivalents typiques d'une position maternelle, à la fois très aimante, attendrie, comme angoissée et haineuse : « Elle, elle est bien, mais elle est filoute et elle a mauvais caractère, dit-elle en grondant un poupon, hein ma mignonne », ajoute-t-elle subitement en la caressant.

Á l'occasion d'une visite, j'interroge la fille de madame sur des éléments plus précis de sa biographie. Elle m'apprend que jamais dans son histoire, Aude ne s'est approchée de quelque chose qui ressemble à l'adoption d'enfants désœuvrés. D'après sa fille, elle n'a jamais connu de problèmes financiers non plus : « C'est vrai qu'elle me raconte ces histoires depuis quelque temps. Ça m'a surprise et je ne sais pas trop quoi en penser », ajoute-t-elle.

Je communique à l'équipe quelques-unes de mes remarques lors d'une réunion : « Je pense que vous avez compris que les poupées empathies, seule « TNM » qu'elle saisit spontanément, ont probablement une fonction psychique plus profonde. Mieux, elles semblent lui permettre d'élaborer une histoire, certes délirante, qui canalise ses angoisses. » L'équipe soignante n'a pas besoin d'être convaincue : « C'est clair que l'histoire de ces poupées coïncide avec ses émotions, glisse une aide-soignante, moi aussi j'ai connu ça, éduquer des enfants sans argent. C'est très dur. Je comprends qu'elle soit triste », ajoute une autre. L'intensité du contenu de son récit capte l'attention des soignants qui, déjà, sentaient que ces poupées n'étaient pas dans ses bras par hasard : « Avant ça m'énervait qu'elle leur donne à manger, il fallait nettoyer derrière. Maintenant je comprends mieux. Et puis elle leur parle dans ces moments-là. Elle veut qu'ils se régalent mais ne veut pas qu'ils gâchent la nourriture. » L'équipe décide alors d'approfondir l'étude et cherche à saisir ces outils « TNM » pour accompagner un nouveau désir soignant : une quête du sens de ce discours.

Ainsi, des échanges s'élaborent entre Aude et les soignants au sujet des poupées. Les thèmes de la maternité ressemblent à des espaces sur lesquels s'échangent calmement des impressions, des ressentis et des opinions. Discuter avec Aude devient quelque chose d'intéressant, révélant une richesse discursive inexplorée. Mieux, l'aspect délirant est moins choquant. Sans véritablement le comprendre, une mise en sens devient parfois possible par l'intermédiaire de ces poupons. Et, au bout de cette quête du sens, on peut rassurer Aude, parce que l'on comprend mieux ce qui agite ses angoisses. Même si ce qui secoue l'agitation ne semble ni tout à fait compréhensible ni tout à fait cohérent, l'équipe soignante peut sentir, d'une certaine manière, l'angoisse qui l'anime. Ainsi, ce qui compte, c'est la porte d'entrée relationnelle que permet cette TNM. Elle est support de communication, média d'échange puis zone de proximité relationnelle, où quelque chose d'intime communique sans vraiment s'expliciter.

La poupée empathie dépasse ainsi le simple cadre de l'apaisement et peut être rapprochée, ici, du concept d'objet transitionnel formulé par Winnicott qui assure l'illusion

d'une continuité entre la réalité interne et la réalité externe *: « L'aire transitionnelle entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu est une illusion, mais une illusion nécessaire, que l'individu entretient tout au long de sa vie »* (Winnicott, 1971, p. 123). L'objet transitionnel assure la possibilité d'une séparation de l'enfant vis-à-vis de ses objets primaires en lui assurant un espace du « jeu » qui lui permet de symboliser ses premières expériences affectives et relationnelles : *« Le jeu se situe dans un espace potentiel entre l'individu et l'environnement, entre la réalité intérieure et la réalité extérieure »* (Winnicott, 1971, p. 125). La poupée empathie occuperait cette place d'interface entre deux formes de réalité, qui, dans l'expérience du syndrome démentiel, ne parviennent que difficilement à communiquer entre elles : elle « devient » l'espace où le sujet peut éprouver, jouer et symboliser. Les poupées d'Aude permettraient ainsi de lui assurer un espace du jeu dans lequel peuvent se mobiliser son expérience de « sujet soigné » et la dimension affective qui l'accompagne.

Mais plus encore, l'intérêt porté à Aude témoigne de son invitation, en direction des soignants, à investir cette scène du jeu. Investissement qui agite comme mot d'ordre le cri qu'elle formule désormais et qui appelle une « maman ». Mais cette aire du jeu ne se réduit pas à l'utilisation des poupons. Elle s'élabore également dans la pensée soignante qui lui donne un espace : *« L'espace potentiel dépend de l'expérience de la fiabilité de la mère. Il existe tant que la mère est capable d'adapter suffisamment sa manière d'être aux besoins de l'enfant »* (Winnicott, 1971, p. 126), nous rappelle Winnicott. Mais cette fiabilité ne s'exprime pas seulement comme méthode d'approche, mais bien comme possibilité d'intégration psychique et de mentalisation des éléments que produit Aude. (Bion, 1962). Á ce titre, les premiers éléments d'identifications exprimés par les soignants sont tout à fait éloquents et témoignent d'une résonance des psychismes entre eux. Cet état de fait, indique Maisondieu, est particulièrement important dans des situations cliniques associées au syndrome démentiel : *« Les déments, blessés narcissiques, ne se contentent pas de signes extérieurs de respect, ils ont besoin pour revivre que nous acceptions de nous identifier à eux »* (Maisondieu, 2011, p. 154). L'identification, dans une position sociale si disqualifiée, apparaît alors comme « organe vital » de la pensée du sujet et de son contact avec l'autre.

Nous sommes à sept mois de suivi. Les entretiens sont plus hétérogènes. Certains sont marqués par des accès dépressifs importants et une logorrhée confuse et peu structurée dans laquelle je ne peux intervenir que par esquisses. Ces entretiens me paraissent très coûteux et très frustrants. Je rapporte ce sentiment à la place qu'Aude m'accorde dans ces moments-là :

Aude ne me parle pas, ne me regarde pas, sort de sa chambre, parle toute seule, comme s'il n'y avait personne à côté d'elle. Je note quelque part que j'ai l'impression de ne pas exister pour elle, et que ce sentiment m'est douloureux. D'autres entretiens sont radicalement différents, Aude me parle de ses poupées et en développe une histoire dont les thèmes se répètent. Parfois même, elle me regarde et me demande de répéter parce qu'elle n'a pas entendu ce que j'ai dit, ce qui est tout à fait nouveau et qui témoigne, me dis-je alors, d'un certain intérêt pour l'interlocuteur.

Le thème des enfants à nourrir reste prégnant, ainsi que le deuil de la mère dont elle peut désormais m'évoquer le décès : « Maman ! Maman ! Mamamama », crie-t-elle un jour, « elle vous manque », lui dis-je, « oui, elle est morte maman ! Lémorte ! Lémorte ! Oooh », ajoute-t-elle. Ou encore à un autre moment : « Peupa ! Peupa ! Peupa ! », dit-elle en s'agaçant, j'ajoute « Peupapossible de s'occuper des enfants dans ces conditions », « Non ! », hurle-t-elle « Maman est morte je suis toute seule ! »

Autre fait nouveau, l'émergence d'entretiens « légers » marqués par une humeur joyeuse, un discours plus proche de quelque chose de consensuel (philosophie de vie, météo, vie quotidienne etc.) et une légèreté du ton qui détonne avec les autres phases : « Il fait beau aujourd'hui. Labau. Les gens aiment ça. » Ou encore : « Ce voleur ! C'est mal de voler ! Moi je vais lui voler dans les plumes », me dit-elle en riant. C'est au sein de ce type d'entretiens qu'émerge un nouveau personnage : un mari, pataud, volage et fainéant, qu'elle prend plaisir à moquer dans un élan matriarcal étonnant où elle se montre sûre d'elle et autoritaire, contrairement à l'air plaintif qu'elle déploie habituellement. Ce personnage prend rapidement une place très importante, au détriment des autres thèmes, et semble faire la pluie et le beau temps. Ainsi, un bon matin, je la retrouve à l'une des fenêtres de la résidence qui donne directement sur la rue. Elle m'annonce la nouvelle : « Ça y est, il est parti. » Je lui demande comment elle se sent après ce départ. Elle répond, avec un air de mépris : « De toute façon il ne sert à rien, le bonhomme. Moi je suis toujours toute seule. » Elle pleure un peu. J'ajoute : « Seule à s'occuper des enfants ? », « oui, les fanfans qui prennent toutes les cuillères. » Je répète, surpris : « Les cuillères ? » Elle ne répond pas. Le silence suit dans un environnement étrangement calme pour un mardi matin. Puis, de retour à son histoire, elle dit en me regardant : « Je l'ai vu passer tout à l'heure », « ah bon ? », « oui, il est passé devant là. » Un sourire fend son visage : « Haha, je lui ai dit de rentrer à huit heures. Il est encore parti chez l'autre garce là. » Elle rit, puis comme une promesse de petite revanche : « La tête qu'il va faire en rentrant celui-là ! » Je lui demande : « Comment allez-vous l'accueillir ? » Elle

réplique, brusque et sarcastique : « Je vais lui voler dans les plumes, tiens. » Un silence suit, puis, avec une pointe d'amertume déguisée en maxime, elle me dit en souriant : « Ah je vous le dis, la vie c'est pas tout rose et mignonnette. »

Dans cette période, les phases d'agitations sont d'ailleurs plus promptes à des revendications, d'aspect délirant mais très bien formulées. C'est surtout le directeur qui en fait les frais. Il me raconte un jour : « Elle vient plusieurs fois par jour dans mon bureau et elle crie toujours « Voleur ! Rends l'argent ! » mais c'est plus élaboré maintenant elle ajoute « Je sais que tu m'as escroquée ! Elle me l'a dit Francine ! Je sais que c'est toi ! C'est un peu terrifiant parfois mais j'ai l'habitude. Et puis, elle n'a pas tort, avec la hausse des prix de l'hébergement ça commence à lui faire cher. » Je lui réponds : « On dirait que la dynamique de la dette semble se réorienter dans une réalité plus concrète, celle d'une résidente qui n'en a pas pour son argent. » Les cris des premiers jours semblent s'organiser dans une révolte tous azimuts, mais qui s'adresse à des revendications précises, avec tout de même, la direction dans le viseur.

Émergent ainsi chez Aude des figures qui mettent en scène son monde intérieur. La colère, la frustration et le désespoir semblent s'arrimer à des figures humaines au sein desquelles se concentre la revendication. La dimension de la dette s'élabore également en s'arrimant à des objets environnants.

L'impact de l'environnement dans l'élaboration des patients souffrant d'un syndrome démentiel fut longtemps étudié comme symbole d'une régression au niveau symbolique (Péruchon, 2014). Bonnet et Quaderi iront jusqu'à évoquer une régression vers un « Moi-corps » qui suit le chemin de la dégénérescence : *« La maladie d'Alzheimer (MA) est une neurodégénérescence induisant un réaménagement du moi freudien au niveau perceptif. (…) Le moi freudien régresse à un moi corps »* (Bonnet & Quaderi, 2014, p. 104). L'amalgame ainsi posé propose une lecture originale des données cliniques : *« Nous analysons les symptômes tels que les verbalisations du dément comme des réactions à des signifiants énigmatiques de son environnement. La relation clinique est ainsi doublement contextualisée et le dément compris comme un individu-environnement »* (Bonnet & Quaderi, 2014, p. 104). Ce modèle dégénératif de la régression s'appuie ainsi sur une mécanique de régression narcissique pour décrire un phénomène que les auteurs qualifient de « désertion symbolique » :

> *À l'origine de la régression topique que vit le sujet dément, elle amène, par la déliaison de l'affect et de la représentation, la prévalence de l'expérience*

> *cénesthésique sur la pensée. Elle induit ce que l'on peut nommer une désertion symbolique rendant compte de la prégnance des processus primaires.* (Bonnet & Quaderi, 2014, p. 105)

Si Aude, en effet, semble s'approprier le monde sur un mode hallucinatoire, il serait difficile ici de parler de « désertion symbolique » ou d'une toute autre forme de dégénérescence au niveau topique. Au contraire, Aude semble s'arrimer à l'environnement, le connecter à son monde interne, non pas pour lutter contre la régression, mais pour l'intérioriser. En témoigne sa façon d'arpenter les couloirs et d'utiliser les éléments du décor pour se construire une histoire familiale. Mieux encore, la sensation chez les personnes qu'elle fréquente, d'une vérité derrière le délire, ce que le directeur exprime de manière très explicite, témoigne des capacités de connexion de ce monde interne avec l'environnement qui le borde.

Á cet endroit, Grosclaude apporte une autre illustration de cette approche sensible du langage :

> *La reconstruction démentielle a un caractère perceptif marqué. L'oubli instrumental fait place au souvenir dans une mémoire que je qualifie de corporelle/infantile. Le dément retrouve son regard d'enfant, au sens propre, perceptif, jusqu'à l'hallucination ou au moins la fausse (vraie) reconnaissance, c'est-à-dire un regard d'enfant ramenant le monde à d'autres proportions, et sa syntaxe à celle de la phonation de l'autre temps.* (Grosclaude, 2020, p. 101)

Le particularisme langagier du dément trouverait ainsi son pendant dans une utilisation archaïque du langage qui viendrait suppléer au défaut mnésique. L'infantile viendrait au secours d'un sujet perdu. Á ce titre, le monde est reconstitué à partir d'une grille régressée où perception et représentation se confondent encore dans les processus primaires : *« La démence constitue un processus de rabattement de la psyché vers le soma et implique la « corporalisation de la psyché » et des « états corporalisés » de la parole »* (Grosclaude, 2003, p. 136). Ce modèle régressif du langage n'implique pas une perte des capacités de symbolisation, ni des processus cognitifs dans leur ensemble. Le langage ne dégénère pas, il s'habille de sa consistance sensorielle : *« La parole du dément persiste dans sa nature mais s'habille d'une autre texture, aussi sûr que la glace conserve les propriétés de l'eau »* (Grosclaude, 2003, p. 136).

Cette tendance à la corporalisation du langage nous apporte un nouveau terrain de jeu où la parole devient un espace sensoriel. La tonalité de la voix, le rythme et la résonance du son nous encouragent à travailler nos interprétations dans leur dimension temporelle. Le bon mot,

à la bonne tonalité, au bon moment. Et ce, à partir du référentiel sensorio-langagier du résident. Á ce titre, la proposition de Grosclaude se rapproche de ce que pouvait formuler Ferro (2016). Mais la dimension existentielle qu'elle prend face à des sujets qui présentent un syndrome démentiel engage une clinique très intuitive. Le soutien cognitif que demande cette pratique engage également le clinicien à participer à la construction langagière de son patient. Chez Aude, on peut remarquer à certains endroits que les phrases utilisées par le clinicien en guise d'interprétations semblent co-construites, déjà en latence dans la sonorité du discours du patient.

Grosclaude nous invite à nous décentrer du contenu du discours pour nous approprier et synthétiser tous les éléments sensoriels qui envahissent l'espace de la séance : « *Le comportement, les pensées, se font jour des objets flottants (contenus, mots, affects, objets de la réalité, etc.) en apparence déconnectés de tout sens et de toute utilité »* (Grosclaude, 2020, p. 102). Ces objets flottants possèdent, à juste titre, les qualificatifs de l'objet au sens plein du terme :

> *C'est poser le principe de la nature « projective », contre toute attente, de symptômes pourtant pris dans l'organique, insensés, stéréotypés, généralisés à toute une catégorie d'individus. Ceci ne signifie pas qu'ils soient « symboliques » (comme s'ils étaient névrotiques), mais qu'ils peuvent fonctionner comme support, littéralement, à des restes concernant des investissements, des objets, des expériences, en rapport étroit avec le sujet perdu, dément. (…) Leur analyse indique qu'ils concernent de près le sujet, dans ce qui a présidé à son existence, que leur fonction est de réaliser la présence actuelle d'un objet perdu par l'illusion de sa retrouvaille, et d'assurer, avec les moyens restant, la continuité (en pointillé : d'un objet à l'autre) comme une prothèse, de l'existence personnelle du dément.* (Grosclaude, 2020, p. 101)

En effet, la façon dont le langage d'Aude touche la sensorialité, la rêverie et l'affect des soignants pourrait témoigner de mécaniques de projection. La projection est entendue chez l'auteure non comme actualisation de l'objet névrotique, mais comme support de mémoire qui cherche à maintenir, dans sa constellation environnante, l'unité psychique du sujet. *« Chacun se retrouve littéralement détenu dans des fragments pourtant externes, lieux d'élection, de réduction, mais aussi de restitution de l'Identité »* (Grosclaude, 2020, p. 102). La cohérence de la rêverie institutionnelle joue donc un rôle majeur dans la reconstitution de cette unité psychique en direction du résident.

D'autres épisodes semblent faire apparaître des réminiscences. Á l'unité de vie protégée, un après-midi je la retrouve dans une phase agitée très théâtrale. Elle crie, vocifère des accusations, se déplace et commente le discours des soignants comme s'il lui était destiné, j'interviens. Sa voix claque : « Ça balance, ça balance ! Fainéantes ! », dit-elle en direction des soignantes. Ces dernières échangent un regard amusé, un peu las. Je lui dis doucement qu'on dirait Jacqueline. Jacqueline, l'amante supposée de son mari, celle sur qui retombent d'ordinaire les insultes. Aude crache : « Ça ! Et pendant ce temps, c'est moi qui fais tout. » Puis, tout à coup, elle se tourne vers moi, les traits changés : « Si seulement ma mère était là. » Je lui dis qu'elle se sent vulnérable sans elle, elle me l'avait déjà confié. Mais la scène bascule à nouveau : agitation, phrases éparses, gestes brusques. C'est un théâtre étrange, différent des colères ordinaires : « Aïe ! Mon père a eu un accident ! Un accident, papapapapa ! » Elle pleure, s'agite violemment. Aucune parole ne la rejoint. Une image s'invite spontanément dans mon esprit et me perturbe, celle d'Aude chez elle s'apitoyant sur son genou. Je lui dis alors : « Oui, à cause de cet accident, il s'est blessé au genou. » Soudain, le tumulte s'interrompt. Elle se fige. Son regard s'accroche au mien, longuement. Puis elle baisse la tête, l'air contrarié, mais d'un calme retrouvé : « Oui. » Je lui demande comment il va : « Mon père ? Oh, mon père est mort depuis longtemps », me répond-elle. C'est la première fois qu'elle évoque son père. Je lui demande comment il était : « Il était bien », dit-elle comme pour conclure. Elle quitte la pièce tranquillement, dans une colère sourde, et rejoint le salon. Aude passera le reste de la journée au salon, en silence, refusant tout contact. J'écris quelque part dans mes notes, dans mes rêves : « Je crois que le père d'Aude est sorti de son genou. »

L'inscription corporelle d'un souvenir, aussi édifiante soit-elle, n'a rien d'étrange du point de vue de la psychanalyse. La pulsion, phénomène de traduction psychique d'un évènement traumatique, trouve sa source, selon Freud, dans des excitations corporelles : *« La pulsion n'est pas le stimulus d'origine externe, mais le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme »* (Freud, 1905, p. 56). Elle en constitue ainsi le prototype d'un souvenir, la conséquence du frayage. De cette accroche somatique s'arriment des éléments symboliques par l'intermédiaire de ce que Lacan nomme l'aliénation par le langage : *« La pulsion, c'est l'écho dans le corps du fait qu'il y a un dire »* (Lacan, 1973, p. 154). C'est dans ce rapport au langage que s'élabore le souvenir, dans la dimension du rêve, par des mécaniques de déplacement et de condensation. Le souvenir ne se réduit jamais à sa

mnésis mais articule par des représentations, l'appropriation sexuelle du corps : *« Le corps est la scène originaire où la pulsion prend appui, mais c'est par la sexualisation que ce corps devient signifiant »* (Laplanche, 1967, p. 254), sexualisation qu'il rencontre dans son rapport au désir de l'autre.

Dans la scène que nous venons d'évoquer, cette dynamique pulsionnelle semble s'exprimer de manière littérale, sans détour :

J'écris quelque part dans mes notes, dans mes rêves : « Je crois que le père d'Aude est sorti de son genou. »

Cette phrase résonne comme une brève hallucination que j'aurais rencontrée au détour d'un cri qu'Aude adresse au tout-venant. L'hallucination, nous rappelle Freud : *« Est une tentative de retrouver la perception liée à la satisfaction originaire »* (Freud, 1900, p. 169). Loin d'une forme pathologique de rapport à la perception, elle constitue une étape préalable à la séparation. C'est la trace mnésique d'une expérience primordiale qui se maintient dans le psychisme en l'absence de l'objet. L'hallucination est une étape préalable à la pensée. C'est dans son rapport au processus de réalité qu'elle trouve sa limite et se transforme en une forme mnésique plus complexe médiatisée par le Moi : *« Entre la représentation de désir et la perception réelle s'interpose la pensée »* (Freud, 1900, p. 167). La pensée serait ainsi une forme secondaire d'expression du désir. Bion reprend cette formulation dans une acception moins génétique en décrivant l'hallucination comme un impensé : *« L'hallucination est la transformation psychotique d'une expérience émotionnelle que l'appareil à penser ne peut contenir »* (Bion, 1962, P. 95). Ce défaut de contenance inscrit l'hallucination comme trace archaïque d'un défaut de symbolisation.

La plainte somatique d'Aude s'arrête brutalement dans l'évocation du père. Comme si la douleur hallucinatoire devenait souvenir dans la contenance du père. Mais la particularité de la scène que nous venons de décrire, c'est que l'hallucination s'élabore à deux. La plainte somatique d'Aude semble s'arrimer à l'image qui émerge dans mon esprit et qui renvoie à une formulation imaginaire du récit de sa fille. Les balbutiements d'Aude formaient déjà des prototypes de langage, des tentatives d'accroche au symbolique qui trouve sa contenance dans cette phrase que je lui renvoie. Sa réaction est alors édifiante, Aude se met à « faire la tête », preuve, s'il en fallait une, qu'elle ne l'a pas encore perdue.

LA OU LE CORPS ELIT DOMICILE

Au bout d'un an de suivi psychologique et de ce nouveau format institutionnel, on repère une nette accalmie. D'après les soignants, les symptômes persistent mais sont plus rares et se calment plus facilement. Les états de détresse et d'agitation restent importants mais ils ne sont plus quotidiens et peuvent s'apaiser par l'intervention d'un soignant : « Quand elle crie maintenant, c'est souvent pour demander quelque chose. Quand on lui répond, elle se calme tout de suite », m'indique une aide-soignante. Ils sont également moins marqués de violence physique : « Elle n'a rien cassé depuis des mois », ajoute-t-elle. Je remarque qu'elle est également moins souvent dans sa chambre et nos entretiens ont tendance à se réaliser dans les lieux publics de la résidence.

Le langage quant à lui est toujours très difficile à appréhender mais je repère de nettes améliorations des soignants, dans leur capacité à comprendre ce qu'elle dit : « Au début c'est comme un rébus. Quand elle dit « fanfan », c'est les enfants, quand elle parle d'une « salope », c'est souvent sa voisine et quand elle commence à paniquer, souvent je lui dis qu'elle ne me doit rien, pas d'argent et que je suis là pour l'aider. En général à ce moment-là elle se calme et elle pleure », me dit une aide-soignante, « et là, ajoute sa collègue, elle raconte des trucs un peu dingues mais c'est plus distinct. » De ce fait Aude peut s'inscrire dans des rapports sociaux plus soutenants. Elle peut également profiter de conversations individuelles avec des soignants, au détour d'un café, dans des moments où son langage semble brièvement retrouver sa structure. Aude tend de plus en plus à investir d'autres environnements sociaux et participe même à certaines activités du salon, prévues pour des résidents aux troubles cognitifs légers, notamment des jeux de société réalisés avec des enfants de l'école d'à côté. Nous organisons également avec elle des sorties sur l'extérieur, en plein centre-ville, ce qui n'était pas envisageable à l'époque pour les soignants. Lors de ces sorties, elle nous surprend à se comporter comme une femme du quartier, serrant la main des passants et nous racontant les derniers potins du moment : « Lui, c'est le fils de Thérèse, il est gentil, me dit-elle. Bonjour monsieur ! Elle serre la main d'un passant, vous ferez attention à vos schnoules hein. C'est dangereux pour les fanfans. » Elle me donne également des indications sur le quartier qu'elle ne connaît pourtant pas selon les dires de sa fille : « Là c'est la rue « voche », elle va chez Marilène. Attention à la voiture ! » réagit-elle.

Je remarque également, dans les réunions d'équipe, qu'Aude n'est plus abordée comme un « problème à résoudre » malgré la persistance de certaines phases d'agitations, notamment

en début d'après-midi. Comme si un terrain d'entente symptomatique avait été trouvé dans la relation.

Les thèmes du discours subissent également des évolutions notables. Les problématiques de la « mère morte » et du « mari volage » semblent passées de mode, les préoccupations vis-à-vis des enfants restent importantes. Les entretiens se font plus denses, et davantage traversés par des zones d'intimité qu'elle laisse parfois affleurer. Lors d'un entretien, Aude se tourne subitement vers le miroir, l'air absorbée. Elle appelle : « Thérèèèse ! » Sa voix se dédouble dans la pièce, adressée à son reflet qu'elle semble prendre pour une autre. Je lui demande si c'est Thérèse qu'elle voit en face d'elle : « Oui. », « comment va-t-elle ? », « elle est triste », « pourquoi ? » Elle cherche, hésite, les mots s'éparpillent : « Parce que… son pantalon est trop sec. » Puis s'ouvre un flot de paroles confuses, une logorrhée où le sens se dissout. Les phrases deviennent des fragments, impossibles à fixer par l'écriture.

Puis le calme revient, je lui dis que Thérèse lui ressemble. Elle me répond : « Ah bon ? Moi je suis plus dure. Elle, elle est… molle. » Je corrige doucement : « Plus douce », « oui. Moi je suis dure avec les autres. Mais c'est parce que je ne me laisse pas faire. Quand on est une femme, il faut savoir se défendre. » Je lui rappelle ce qu'elle m'avait déjà dit, qu'elle a longtemps dû protéger seule ses enfants : « Ben oui, alors bon, j'ai un peu appris à me méfier de tout, quoi. Je sais que parfois ça me joue des tours. » Elle se tait. Son regard se fige dans le miroir : « Je suis vieille. C'est moche, je n'ai plus de muscle. » Je lui demande ce que c'est, « être vieille. » Elle sourit : « Ce n'est pas tout rose et mignonnette. » Je souris aussi, malgré moi, laissant l'évitement… éviter.

L'apparition ici d'un jeu du miroir, presque littéralement dans le sens qu'en développe Lacan (1966), n'est pas simplement fortuite. Elle témoigne, pensons-nous, d'un moment particulier, dans le parcours de soin d'Aude, qui lui permet d'exprimer sa position dans le miroir. Si Messy parle d'un miroir brisé par les difficultés de la vieillesse (Messy, 2002), se repèrent ici des éléments de substitution de personnes, dans le miroir certes, mais également chez les passants qu'elle croise à l'occasion des promenades. C'est presque tout un monde qui se substitue où chaque ruelle, chaque boulevard qu'elle croise s'habille de son monde interne. Le miroir n'est pas un reflet, c'est une fonction active d'observation : « *C'est à celui qui se regarde dans le miroir de faire le travail de compréhension de ce qui est en train de se*

produire : voir le reflet de son image » (Chardon, 2021, p. 83). Ce reflet n'est pas anodin. Il porte en lui la marque du désir de l'autre :

> *Lacan a décrit la jubilation d'un enfant face au miroir lorsqu'il anticipe l'unité de son corps qu'il vit encore comme morcelé, et la progressive reconnaissance de son image grâce au regard de l'autre et à cet autre qui le nomme et dans le désir duquel il se voit inscrit.* (Herlant-Hémar & Caron, 2012, p. 237)

Chez Aude, l'image dans le miroir lui permet de s'identifier dans le négatif de ce qu'elle lui renvoie. Le « je ne suis pas Thérèse » résonne comme une opposition structurante, unifiante qui témoigne de son rapport à l'autre. La revendication, l'agressivité, la révolte, qu'elle déploie tous azimuts, trouveraient alors sa synthèse dans ce miroir de l'anti-Thérèse. Herlant-Hémar nous rappelle à juste titre, au travers d'une situation clinique, l'importance d'un tiers pour l'élaboration d'un reflet :

> *Il semble par ailleurs, à ce moment, que je ne suis pas simplement « prise à témoin » de la scène mais bien protagoniste, à la fois faisant tiers entre madame Codet et son image spéculaire, et opérant par mon regard cet aller et retour entre sa personne et son reflet dans le miroir.* (Herlant-Hémar & Caron, 2012, p. 237)

Car le miroir peut être un élément d'effraction, nous rappelle Messy, reproduisant une position narcissique humiliante, Moi-hideur, dans son rapport à l'autre (Messy, 2002). S'y reconnaître implique une contenance, une enveloppe : *« Quand le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient une surface qui ne renvoie rien »* (Winnicott, 1971, p. 145), enveloppe ici mise en péril par un corps sans soutien, « sans muscle ».

Une grippe carabinée se déclare et fait hécatombe. Le service retrouve ses agitations d'antan, ses cris, ses déambulations, ses angoisses montantes : « Aude, elle, rechute », me dit l'infirmière, « c'est clair, ajoute une autre, c'est comme au début, elle crie et on n'a aucun moyen de la calmer. » Je temporise sur cette injonction au calme récurrente : « Si elle crie, c'est qu'elle est en colère et qu'elle a peur. C'est ce qu'on a repéré ces derniers mois et il faut s'en servir. Peut-être, à cause de la grippe, ressent-elle des choses dans son corps qu'elle ne supporte pas ? »

Dans les entretiens, le discours s'effiloche, la confusion revient plus intensément, la dépression s'installe. Les mots sont pauvres, hésitants, troués de silences. Entre deux soupirs, des « qué voilà » viennent ponctuer sa parole, comme des béquilles verbales soutenant une misère qu'elle ne parvient plus à dire. Un jour, elle m'évoque sa volonté de rentrer « à la maison » : « Je veux plus ! Veuplu ! Veuplu ! Où est ma maison ? Je veux partir ! » J'interprète cette maison comme le lieu d'où elle n'aurait pas voulu partir, l'EHPAD comme une rupture imposée : « Vous ne vouliez pas partir de chez vous et venir ici. » Elle acquiesce faiblement, puis évoque sa mère. Les larmes montent aussitôt. Je lui dis que parler de sa mère la rend triste. Elle répond : « C'est parce qu'elle n'est pas là. » Je lui dis que, dans des moments comme celui-ci, lorsqu'elle est malade, j'ai le sentiment qu'elle lui manque davantage : « Oui, j'ai besoin d'elle, j'ai besoin d'elle… Répète-t-elle, encore et encore, dans un écho presque mécanique, je suis toute seule maintenant. » Je lui demande pourquoi ce besoin se fait si pressant : « Depuis que je suis ici, ça ne va pas », dit-elle. Je tente : « Quand vous dites ça ne va pas, j'ai l'impression que c'est la peur qui parle. » Elle pleure à nouveau. « Oui, j'ai peur, j'ai peur, j'ai papapeur, j'ai papapeur et papa c'est le même. » Le glissement surgit, involontaire. Dans la répétition, le mot papa se mêle à peur. Quelque chose d'enfantin affleure, confus, bouleversant. Je demande doucement : « De quoi avez-vous peur, Aude ? » Elle crie presque : « De partir, de partir, de partir, de partir ! » Je me tais. Le silence pèse, lourd, comme une faute muette. Un malaise m'envahit. Ce mot « partir » m'échappe, je n'en comprends pas le sens.

Puis, d'une voix plus calme, elle dit : « Un bleu est resté à la maison. » Je me répète la phrase : « Un bleu. » Elle ajoute : « Oui, un bleu, je crois… Ou quelque chose comme ça. » Je lui demande si c'est quelque chose d'important. Elle répond : « Un bleu, un bleu, je ne sais pas, je ne sais pas, je ne sais pas. » Elle fixe le mur, les yeux perdus dans un point invisible. Son regard s'absente. Je sens ma pensée se vider à son tour : « Bleu », « partir », aucun lien n'émerge. J'écoute sans comprendre. Alors, comme une mise en scène, je conclus : « On se voit la semaine prochaine. » Elle ne répond pas. Son silence, encore, est un miroir opaque. Je quitte la pièce.

Un autre entretien, mené à la même période, se déroule dans une atmosphère plus brumeuse. Les mots d'Aude se répètent, se heurtent, tournent sur eux-mêmes. La communication paraît altérée, presque étrangère. Elle répète : « Pas de place, pas de place, padeplace, papadeplace… » Les mots se collent, se déforment, deviennent matière sonore. Je reste silencieux. Parfois, je reprends ses paroles, doucement. Elle prend acte de ma présence,

se tourne lentement vers moi. Je lui dis qu'on va en faire, de la place. Je range quelques objets dans sa chambre, remets un peu d'ordre dans le désordre. Je lui demande où poser ce que je tiens. Elle répond : « Là, ici. » À côté des poupons. Je lui demande comment vont ses enfants : « Eux, ça va bien, ça va bien, ça va bien, çavabien… » La phrase s'étire, son visage se ferme. Je lui demande ce qui la rend si triste : « Y'a pas, y'a pas, papayapa, yaplus, plulaplula… » Je mets des mots sur ce qui s'entend à travers les siens : « Vous pleurez ceux qui ne sont plus là, ceux qui vous manquent. » Elle pleure plus fort, puis se calme : « Lamanque, lamanque, lamanque. » Je parle de sa mère : « Ma mère, ma mère, c'est la fin. » Je lui demande ce qu'elle veut dire, question trop directe, maladroite. Elle se tait. J'essaie autrement, évoque ce qui s'est peut-être terminé trop tôt entre elles, avant qu'elles n'aient pu régler ce qui devait l'être. Silence. Elle se tourne vers la glace, marmonne des mots indistincts. Son regard s'accroche à son reflet, s'y perd. Je sais qu'elle ne se reconnaît pas toujours dans le miroir. Alors, je tente une métaphore. Je lui dis qu'elle se regarde sans se reconnaître. Son visage se fige, grave : « Lamiroir, lamiroir, lamiroir. C'est pas moi, c'est pas moi, c'est pas moi. » Les larmes coulent. Je lui demande ce qu'elle voit : « Je suis vieille. » Les mots sortent comme une gifle. Son visage se tord de dégoût : « C'est pas moi. Jamais j'aurais cru être comme ça. Jamais, jamais, jamais. » Je lui dis : « C'est dans votre vieillesse que vous ne vous reconnaissez plus. » Elle répond : « Parfois, je pense que je ne vais pas m'en sortir. » Son regard retrouve le mien, calme enfin. Elle se tourne vers les photos accrochées au mur. Sur l'une d'elles, sa petite-fille sourit devant une enseigne où l'on lit « fruits et légumes ». La photo cache le début du mot, mais depuis le début de l'entretien, c'est elle qui attire mon regard. Aude la fixe à son tour : « Ils ont bouffé tous mes fruits, tous mes fruits, tous mes fruits. Alors que je n'étais pas là. » Sa voix se fait lente, presque chantée. Cinq minutes passent. Elle s'endort, se réveille, marmonne, retombe dans le sommeil. Je reste là, en silence. À son réveil, elle murmure : « Oui, ils ont tout mangé. Je n'ai plus rien à leur donner maintenant. » Sa fille entre soudain dans la chambre. L'entretien s'interrompt là, suspendu à cette phrase de manque et d'offrande épuisée.

Il n'est pas aisé d'interpréter les mots d'Aude, car son langage s'appuie sur le mien par un effet de résonance. Les mots qu'elle exprime signifient, comme nous l'avons vu, davantage un travail d'élaboration à deux qu'une véritable construction discursive. Comment, dans cet ordre d'idée, interpréter son « partir » qu'elle hurle à trois reprises ? Est-ce une sémantique de la mort ? Un lien est-il possible avec le « je ne vais pas m'en sortir » de la séance suivante ? Est-ce une réponse à l'utilisation, de ma part, du mot « partir » pour exprimer le départ de son

domicile ? Est-ce encore, à l'image de mon départ, la crainte d'une séparation ? Nous pensons que des éléments manquent pour pouvoir exprimer une véritable interprétation compte tenu du caractère décousu du discours et du manque d'éléments d'anamnèse.

En revanche, Ferro nous rappelle à juste titre que, dans l'analyse des séquences cliniques : « *Il ne s'agit pas de faire référence à des faits historiques ou à des réactualisations, mais de se centrer sur la tentative de développer la capacité de penser (de rêver) du patient* » (Ferro, 2016, p. 119).

Ici, cet environnement sémantique mobilise des personnages qui servent d'appui pour soutenir l'effort langagier d'Aude par la suite. Ces personnages qui, pour la plupart, possèdent les caractéristiques de l'objet maternel, à la fois envahissant et persécutant, à la fois apaisant et réconfortant. Aude évoque à ce titre pleurer un objet maternel abîmé de sa propre absence qui la laisserait dans une position de vulnérabilité très anxiogène. L'utilisation de figures infantiles pour organiser un rapport au monde est très courante chez des personnes qui présentent un syndrome démentiel. Longtemps considérée comme un effet de la dégénérescence produisant une personnalité régressée, elle est plutôt entendue aujourd'hui, nous rappelle Verdon, comme un soutien au processus de pensée :

> *C'est ainsi que nous comprenons la prégnance de l'évocation de l'enfance, dans le discours de certains de nos patients, non pas comme le « retour en enfance » que l'on prête abusivement à ce qui pourrait s'apparenter à un investissement en nostalgie des objets perdus, mais bien comme une mise en histoire qui retrouve, par régression, la voie des identifications aux imagos parentales, dans leur valence archaïque et/ou œdipienne.* (Verdon, 2023, p. 158)

Ce n'est pas tant l'enfance en elle-même qui se rejoue ici, mais la fonction du repli, face à l'effraction démentielle, vers des figures précoces. Selon Grosclaude, face à la dimension catastrophique de la perte de l'objet, la démence peut constituer à ce titre une solution :

> *De gratification fondamentale dans le repli avec l'objet qui seul importe encore au sujet dispersé, par une satisfaction normalement abandonnée par l'humain mais demeurée ici en suspens. Sa réalisation est rendue possible à travers des éprouvés de retrouvailles dans le Moi avec un scénario infantile et des objets primordiaux d'un temps/lieu actuel/d'antan, voie originelle, d'une enfance où le dément est d'ailleurs vite retombé.* (Grosclaude, 2005, p. 387)

Cette gratification cherche à conserver l'objet perdu :

> *Au moins de façon hallucinatoire, aidé par les troubles mnésiques et du jugement. (…) Son investissement par le sujet et ses effets d'actualisation constituent pour celui-ci, un contrepoids consolateur à la perte consentie à la seule fonction défensive, mettant un coup d'arrêt à toute possibilité de deuil.* (Grosclaude, 2005, p. 387)

Il est frappant, en effet, de voir chez Aude des allers et retours entre la présence de l'objet, parfois de manière persécutrice, et son absence, plus structurante, mais soulevant des affects dépressifs qui lui semblent difficilement soutenables. Le jeu du miroir tend à reproduire ce fonctionnement entre présence et effacement de l'objet (Le Gouès, 1991), qui laisse alors apparaître un corps vieillissant qu'Aude ne supporte pas. Au point peut-être d'en vouloir « sortir ».

La fin de l'entretien semble montrer à ce titre une porte de « sortie » de l'impasse dans laquelle elle se perd. Les enfants d'Aude lui permettent, en effet, la réactualisation d'une position maternelle, non dans l'alternance hallucinatoire de l'objet, mais comme fonction maternelle intériorisée dans une dimension narcissique. Aude « devient » la mère perdue, dans une mécanique de substitution imaginaire permettant la survie de l'objet dans le monde interne (Klein, 1940). Puis sa fille entre dans la chambre, mettant fin à l'entretien et exprimant, peut-être, dans cette substitution, la position que le clinicien occupe dans la vie psychique d'Aude.

LA OU S'INVITE L'OBJET

Á un an et demi de suivi, les entretiens sont plus homogènes et plus « stables ». Ils se déroulent toujours dans sa chambre à une heure précise où je la sais disponible. Le dialogue s'élabore toujours autour des poupées empathies, dont Aude me raconte l'histoire et le quotidien. Souvent, elle prend une poupée avec elle ou en positionne plusieurs à un endroit précis de la pièce dans une logique particulière qu'elle décrit en même temps qu'elle la met en scène. Durant ces moments, les mots sont difficiles à trouver mais le langage est tout à fait compréhensible. Au détour d'un entretien, je lui demande : « Comment vont vos enfants ? » Elle me corrige aussitôt : « Ce ne sont pas des enfants, ce sont des poupons. » Je précise : « C'est vrai, mais parfois j'ai l'impression que vous les traitez comme s'ils étaient vos propres enfants. » Elle prend René sur ses genoux, le visage illuminé : « Lui, c'est René. Il est sage et très gentil, je l'aime beaucoup. C'est un beau garçon, toujours très sage et propre. » Ses mains

se font délicates, et sa voix se fait presque inaudible. Elle lui murmure longuement des mots affectueux, tandis que l'autre poupée, à la base maintenue droite par René, bascule sur le fauteuil, ignorée. L'abandon et le rejet traversent alors mon esprit : peut-être que ce qu'elle ignore ou refuse dans cette scène exprime ce qui la tourmente le plus. Je lui demande, dans cet état d'esprit, le nom de l'autre poupée : « Josiane, mais c'est une enfant difficile, me répond-elle, je l'aime quand même, mais c'est plus compliqué. » Je lui demande pourquoi : « Elle se révolte et elle vole de la nourriture », me dit-elle. Elle lui parle avec douceur, mais de loin, sans la prendre dans ses bras : « Tu crois que je ne te vois pas ? », rit-elle. Puis, se tournant vers moi pour la première fois depuis le début de l'entretien, elle me demande : « Vous avez des enfants ? » Je lui réponds, et elle continue, riant : « Il faut toujours qu'ils aient à manger et qu'ils soient en sécurité. Eux, ça va. Mais parfois ils exagèrent. Ils mangent trop alors que j'ai beaucoup de mal à trouver de quoi manger. » Son visage s'assombrit : « C'est triste quand même. » Puis elle décroche, retourne dans son monologue murmuré et inaudible. Ses mains caressent René avec tendresse, mais ses yeux restent empreints d'une tristesse profonde, suspendue entre le soin qu'elle prodigue et le manque qu'elle ressent.

Peu de temps après, lors d'un autre entretien, Aude est souriante et semble apaisée : « Je suis de bonne humeur », dit-elle en riant en guise d'accueil, puis elle se tait. L'entretien est marqué par de longs silences où elle me déploie doucement son monde sans bruits. Elle va d'abord vers la fenêtre de sa chambre en se faufilant difficilement avec son fauteuil roulant : « Il fait gris… Je préfère quand il fait soleil », dit-elle. Elle se balance quelques temps d'avant en arrière en regardant dehors. Puis elle recule difficilement et bute sur la porte de la salle de bain, une roue s'y coince. Á chacun de ses balancements, la porte s'ouvre et se ferme en suivant le fauteuil. Aude n'en tient pas compte. Ce mouvement laisse parfois apparaître une trace d'excrément sur les toilettes qui, malgré l'habitude d'être confronté à ce genre de scène, me perturbe. Elle se libère de la porte, retourne à la fenêtre, revient, regarde ses photos de famille puis me regarde dans le miroir. Ce regard à travers le miroir est troublant. Une expression d'apathie habille ses yeux, comme si elle me regardait sans me voir.

Mais elle se place subitement en face de moi, prend un petit singe avec qui elle discute longuement comme une mère discute sur un ton enfantin avec son enfant. Le manque de tonus de la poupée la perturbe un peu, elle le lui reproche. Je prends un poupon sur mes genoux, il est à moitié dénudé, ses vêtements déchirés. Aude explique : « Elle, elle mange de trop, son ventre est tout rond. » Le ton est assez accusateur. Elle revient vers son petit singe qu'elle cajole beaucoup puis me reparle de la poupée : « C'est la première celle-là, alors on est tous

autour d'elle comme ça…tout le monde dit « oh la petite fille » et blablabla et blablabla… » Le ton est accusateur et sarcastique. Un échange s'opère entre nous deux, chacun sa poupée sur les genoux. Aude évoque le caractère de ses poupons : « René est gentil et toujours très sage. Josiane plus caractérielle. Elle me ressemble un peu. J'ai eu beaucoup de mal avec elle. Mais on les aime nos enfants, n'est-ce pas ? » Je lui réponds : « Je vois qu'ils occupent une place importante dans votre vie », elle sourit sans me répondre.

Depuis le début de l'entretien, on entend sa voisine crier « Hubert !! » dans le couloir de manière répétée et sur un ton monocorde. Je sais que cette femme appelle son mari qui habite également la résidence mais qui demande à être séparé d'elle face à des actes de maltraitance. La voisine en question appelle régulièrement son mari depuis sa chambre, en criant et en ajoutant des avances sexuelles relativement obscènes pour l'attirer. Ce cri met à mal mon attention et devient vite insupportable. En quelques minutes seulement, l'entretien devient lourd et génère en moi des sensations de plus en plus désagréables. J'ai envie d'y mettre un terme rapidement, je lutte contre la tentation de fuir cet endroit au plus vite, comme si un danger allait s'exprimer. Á ce moment, elle questionne la poupée qui est sur mes genoux : « C'est ton copain alors lui ? » dit-elle sur le ton du reproche. Mais elle se reprend vite et semble vouloir justifier son intervention : « Elle n'arrête pas de crier celle-là : et René ! Et chéri ! Et mamour ! Et machin ! Tous les matins ! Ça m'énerve ! » J'acquiesce à son propos, elle sourit. Elle tente ensuite de faire tenir la poupée debout sur le bureau avec difficulté. J'ai déjà posé la mienne à côté du chat : « Voilà, c'est bon », dit-elle. Le singe est adossé contre le mur sur la table les jambes croisées, relax : « Oh il est bien là. Je vais en mettre d'autres à côté. » Elle ne s'exécute pas. Elle me parle ensuite d'un sujet récent mais récurrent, d'animaux à qui on aurait coupé les « ailfes ». Elle tergiverse un peu autour de cela. Elle trouve cela barbare, ça fait pleurer les enfants et elle ne voit pas pourquoi on doit le faire. Elle pleure doucement : « Moi je ne ferai jamais ça à mes fanfans, je les aime trop. Je ne veux pas leur couper les ailfes. »

On remarque ici que la tendance métaphorique tend à s'estomper au profit d'un discours construit avec des images explicites et un récit cohérent entourant la scène. Les personnages sont bien identifiés. Le rôle des enfants deviendra un invariant qui s'exprimera d'un entretien à l'autre. Le garçon est toujours docile, sage et rassurant. La fille est plutôt le personnage rebelle, qui génère des difficultés mais qui est appréciée pour cela. Elle est tantôt investie, tantôt rejetée. Sa relation avec le garçon est plus stable.

La présence du clinicien, dans cette mise en scène, semble exister au-delà de ses qualités syntaxiques, de ses phrases et de ses intonations. Comme si une personnification était à l'œuvre et remplaçait ce que le clinicien vivait, jadis, comme une existence en écho dans le langage d'Aude. La question de la paternité qui lui est directement adressée indiquerait le nœud par lequel s'élabore l'identification à l'autre. Comme si l'autre était d'abord le père avant que d'être. Pourrait-on parler ici de la présence d'un objet dans sa dimension pleine : *« I think of an object as whatever a subject relates to, and a subject as whatever relates to an object. (Traduction libre : « Je pense à un objet comme à tout ce à quoi un sujet se rapporte, et à un sujet comme à tout ce qui se rapporte à un objet ») »* (Kishik, 2023). Ici une dialectique s'exprimerait dans le rapport au clinicien non plus seulement comme jeu des phonèmes, mais comme économie pulsionnelle : *« L'objet de la pulsion est ce par quoi ou à travers quoi la pulsion peut atteindre son but. Il est ce qu'il y a de plus variable dans la pulsion, non lié à elle originellement, mais lui est seulement attribué en raison de son aptitude à permettre la satisfaction »* (Freud, 1905, p. 45). Á ce titre, l'inconfort du clinicien surgit dans un moment où la dimension sexuelle s'exprime dans l'environnement : l'amour désespéré et obscène de la femme qui crie ; l'expression taboue d'une relation amoureuse avec une petite fille qui émerge dans le discours d'Aude ; l'image excrémentielle qui hante l'esprit. Est-ce à entendre dans cette résonance contre-transférentielle l'irruption d'un objet par la personne du clinicien dont il ferait les frais de l'identification projective ?

Le suivi se termine à mon départ de l'établissement, après deux ans d'entretiens bihebdomadaires. Les thèmes qui entourent la maternité sont venus conclure la thérapie, tantôt introspective et anxieuse dans le rêve des enfants, tantôt dépressive et dénudée dans le rêve de la mère morte : « Vous savez, les fanfans, il faut les nourrir correctement. Je ne veux pas mourir de faim moi », me dit-elle lors de notre dernier entretien.

CONCLUSION

Le parcours d'Aude, à travers son rapport à l'institution, résonne comme une construction cosmologique de sa propre mémoire dans laquelle elle cherche son identité. Au travers d'éléments langagiers archaïques dont le jeu affectif appelle l'autre à le décoder, l'altérité ainsi retrouvée d'Aude lui permet d'organiser son langage, pour dire l'univers spectral qui entoure ses figures primordiales et la position maternelle qu'elle cherche à y rencontrer. Là, elle retrouve ses « fanfans » amputés de leurs « ailfes » qui résonnent d'abord dans l'environnement qui l'entoure, se glissent ensuite dans la relation, s'élaborent enfin comme objets parmi les objets. Derrida chuchote à Aude sa méthodologie mnémonique : *« Appelons cela « une hantologie. » Cette logique de la hantise plus ample et plus puissante qu'une ontologie ou qu'une pensée de l'être »* (Derrida, 1997, p. 213).

Discussion et conclusion

« Qui cherche trouve toujours. Il ne trouve pas nécessairement ce qu'il cherche, moins encore ce qu'il faut trouver. Mais il trouve quelque chose de nouveau à rapporter à la chose qu'il connait déjà. »

(Jacques Rancière)

Á partir de l'expérience clinico-théorique ainsi mise à l'épreuve, voyons maintenant les pistes de réflexion qui s'offrent à nous en lien avec la problématique que nous avons formulée et que nous rappelons ici :

Dans quelle mesure la rencontre avec « la mémoire » des sujets souffrant d'un syndrome démentiel de type Alzheimer nous invite à repenser notre posture clinique ?

Nous tenterons une synthèse en mettant en tension nos hypothèses à la lumière de la clinique pour en prolonger les aspects théoriques.

I. LA FONCTION DES ELEMENTS MNESIQUES

I.1 L'ACCROCHE SCRIPTURALE

Á l'issue de notre recherche, nous ne pouvons que constater la richesse des éléments mnésiques fournis dans l'expérience clinique et les fonctions psychologiques dans lesquelles ils s'inscrivent. Á ce titre, les émanations de la mémoire qui s'expriment dans le syndrome démentiel de type Alzheimer renvoient autant à la dimension du symptôme qu'à la dimension du trouble. L'élaboration mnésique de chacun des sujets rencontrés dans le cadre de notre thèse s'inscrit dans des problématiques psychiques très larges et s'élabore par des « échos sensoriels ». Huguette, par exemple, aborde ainsi son amnésie comme paradigme d'un héritage familial oublié dont elle se doit d'être, pourtant, la gardienne. Le lien recherché, dans l'effort de remémoration, n'est pas un lien logique mais une dimension associative qu'elle décrit comme une étiologie de ses problèmes somatiques. Chez Jeanne, le cognitif se fait l'écho d'une position narcissique, marquée par l'ambivalence de la jouissance sexuelle humiliée qu'elle inscrit dans son rapport à l'autre. Chez Aude, enfin, la mémoire « désorientée » ne cherche pas des balises pour s'orienter dans le monde, mais des lieux de domiciliation de ses propres fantasmes et des angoisses associées.

Á ce titre, dans la proposition conceptuelle de Derrida (1967) d'une mémoire comme métaphore de l'écriture, nous pouvons rappeler que le psychisme surdétermine toujours la mécanique mémorielle. Un trouble de mémoire serait ainsi à entendre dans sa fonction psychique, comme rapport perturbé à sa propre écriture. Dans cet ordre d'idée, nous pouvons

aussi nous appuyer sur les conceptions de Grosclaude (2020) qui proposent une compréhension du sujet présentant un syndrome démentiel comme d'un sujet « perdu » au centre de ses propres productions mnésiques. Sujet perdu, quelque part, dans une « forêt d'écriture » (Derrida, 1967), dont le psychique ne saurait supporter ce nouveau rapport au monde dit « démentiel ».

Dans ce domaine de l'écriture, la dimension spatiale joue un rôle prépondérant, que rappelle Grosclaude à plus d'un égard : *« Le parler du dément, dépourvu de sa dimension métaphorique, aussi saugrenu et troublé puisse-t-il sembler, demeure un lieu de résidence »* (Grosclaude, 2003, p. 143). Le sujet se localise dans les productions psychiques qu'il déploie et dans le rapport qu'il entretient à l'autre. L'interlocuteur aurait ainsi une fonction transitionnelle au sens winnicottien du terme, permettant un espace psychique où peuvent s'arrimer des éléments du monde interne à la condition externe du sujet (Winnicott, 1971). Fonction transitionnelle qui participerait à la possibilité d'une enveloppe psychique telle que définie par Ciccone (2001) c'est-à-dire, une structure limite fondamentale, à la fois contenante et organisatrice, qui recueille et transforme les éprouvés sensoriels afin de les rendre supportables et pensables. L'enveloppe psychique permet ainsi, selon Ciccone, l'émergence d'une première unité psychique tout en assurant la distinction entre un dedans et un dehors, condition d'un sentiment de soi suffisamment différencié. Cette enveloppe joue également un rôle protecteur, en préservant le sujet des intrusions ou des risques de désorganisation, et constitue un appui essentiel à la symbolisation. Peut-on entendre cette enveloppe comme structurée par les lieux de résidence qui la domicilient et l'organisent ?

Huguette, face à l'état de choc, domicilie sa parole dans le corps, qui devient objet d'une étude historique. De la même manière, les photos des chats s'élaborent comme autant de repères spatiaux d'une histoire en mal de temporalité dans laquelle elle cherche à se reconnaître. L'objet « sœur », enfin trouvé dans le dialogue, localise une position narcissique qui exprime avec elle une souffrance, puis un désir. Les fragments de domiciliation viennent ainsi, par association, rencontrer l'objet qui, dans sa spécularité, renvoie l'unité du sujet (Lacan, 1966). Jeanne, de la même manière, face à la détresse abandonnique, cherche la pièce manquante de sa subjectivité, son « âme sœur » qu'elle se défend toujours d'approcher. Son rapport à la sexualité se localise dans sa parole polysémique, joueuse, faite de lapsus un jour, d'expressions littérales un autre jour. Jeanne s'y redécouvre sur un autre paradigme, celui d'une femme en manque de « sexe », barré comme il est par l'empreinte menaçante qui lui est apposée et qui perpétue les conditions de la répression sexuelle qui domine son adolescence. Chez Aude, la question de la domiciliation est autrement plus explicite. Aude, dans la forêt de ses phonèmes, cherche sa

langue, celle que l'autre peut entendre, première martyre « démentielle » qui l'isole dans son rapport à l'autre. Mais ce n'est pas n'importe laquelle, Aude cherche sa langue maternelle qu'elle introjecte dans les objets qui l'entourent, qu'ils soient vivants ou manufacturés. Le désintérêt qu'elle porte à la nature fictive des « fanfans », dont elle connaît l'inanimé, témoigne de la dimension de support mnésique que revêt son rapport à l'autre. Puis, quand l'objet émerge enfin dans le miroir, il est décevant. Il porte en lui la mémoire « brisée » d'une laideur intolérable comme pouvait le développer Messy (2002).

Si le processus mnésique s'arrime ainsi à des objets extérieurs ou des productions psychiques pour y organiser quelque chose d'une anamnèse.[69] Sa fonction dépend en grande partie de la fiabilité des objets utilisés. Leur capacité d'enveloppement proposant un espace plus ou moins sécurisant d'expression subjective.

I.2 LA QUESTION DE L'HYPOMNESE

Poussons notre métaphore scripturale jusqu'à la ligne. Les cas cliniques ici relatés semblent suivre le chemin d'une remémoration exprimée comme remobilisation des éléments psychiques d'abord, comme synthèse objectale ensuite. Un regard psychanalytique nous permet de comprendre que les éléments ainsi observés font office de « pousse au mémoriel » et de balises subjectives dans la relation thérapeutique. Les concepts psychanalytiques que nous avons aperçus dans notre expérience clinique comme l'identification projective, le point de capiton, le transfert ou la projection, s'élaborent, à leur manière, comme des phénomènes transitionnels permettant l'accès à d'autres éléments d'associations. Ces phénomènes revêtent une dimension littérale, voire perceptive manifeste, parfois proche de l'hallucination, et seraient à entendre sur le même registre que l'état corporisé de la parole que décrit Grosclaude (2003).

Mais ce qui nous marque ici, c'est les traces écrites qui émergent et persistent pour peu qu'on puisse les saisir comme telles. Les mots, images, figures, affects, qui apparaissent soudainement et investissent la répétition, malgré le symptôme amnésique**.** Des lieux de domiciliation du sens qui se rapprochent du concept d'archive chez Derrida. L'archive se caractérise chez l'auteur par deux concepts : « arkhé », sa mémoire d'abord, qui nomme à la fois le commencement (selon la nature ou l'histoire : principe ontologique) et le commandement (selon la loi : principe nomologique), ainsi qu'« arkhéïon », son sens qui tient

[69] Entendu ici dans son acception étymologique comme « remontée », « rappel » du souvenir.

lieu de domicile ou encore d'adresse (Derrida, 1995). L'archive fait ainsi autorité en tant qu'elle garde en demeure, qu'elle consigne et qu'elle synthétise à la fois sa genèse, sa loi et son sens. Sa dimension topo-nomo-logique institue une forme de domiciliation, un foyer dynamique d'une grande fidélité de conservation capable de rassembler un ensemble de signes dans une synthèse stable et inscrite dans la durée : *« La consignation tend à coordonner un seul corpus en un système dans lequel tous les éléments articulent une configuration idéale »* (Derrida, 1995, p. 196). Mais l'archive est également décrite par Derrida comme technique hypomnésique, [70] c'est-à-dire comme prothèse ou support de mémoire organisable et automatisable. C'est une forme extériorisée de la mémoire : *« Point d'archive sans un lieu de consignation, sans une technique de répétition et sans une certaine extériorité. Nulle archive sans dehors »* (Derrida, 1995, p. 154). Ici, le rapport à la technique ne s'appuie pas sur une fusion du cognitif au fictif, du concret au virtuel, mais sur la consignation d'un ensemble de signes domiciliés dans une technique précise qui s'apparente alors à une véritable prothèse mnémonique. Les qualités de l'archive, telles que décrites par Derrida, s'expriment comme les objets de la mémoire dont l'extériorité lui permet de maintenir le rapport qu'elle entretient avec ses signes.

Dans les cas que nous avons relatés, nous pourrions entrevoir l'impression de l'archive dans une dimension qui dépasse la question technique et qui s'élabore dans le champ discursif. Cela peut être des mots dont le sens ou la sonorité semblent venir soutenir la pensée : le « viol » comme archive étiologique, le « vider » comme archive de l'angoisse, la « sœur folle » comme archive d'une plainte chez Huguette ; le « chien » chez Jeanne comme archive d'une angoisse orale, le « quelle différence » emprunté à la mère, archive d'une plainte dépressive. Chez Aude encore, les productions verbales s'apparenteraient à des tentatives de recherche de l'archive qui contient le sens, à ce titre, les « fanfans », les « aifles » et « qué voilà » s'invitent dans la répétition et mobilisent, au fur et à mesure, une parole. Mais chez Aude, cette parole en archive se soutient d'éléments perceptifs dont les poupées empathie et les soignants sont, à la base, les supports mnémoniques. Chez Huguette également, les photos des « chats » s'arriment aux archives d'une temporalité historique qui viennent appuyer une localisation des « viols » dans l'histoire. Chez Jeanne, les supports d'archive semblent davantage s'inscrire dans les relations qu'elle élabore au sein de la résidence comme possibilités de remémoration par réactualisation des éléments de son histoire. L'archive ainsi observée se fractionne sur plusieurs plans

[70] Terme emprunté au grec *hypomnemata* qui désigne des supports extériorisés de mémoire sensés garder en demeure une information précise. Derrida y élargit le sens dans une dimension métaphorique.

(discursif, matériel, relationnel), et ne s'élabore comme archive qu'à partir du moment où le mot qui désigne le sens s'arrime à une technique de domiciliation que l'on retrouve dans des TNM, sur le plan matériel, dans la mise en place de certaines relations, sur le plan relationnel, mais aussi dans l'appareil à penser du clinicien ou du soignant.

Mais l'accès à ces éléments scripturaux de la mémoire s'élabore, dans nos cas cliniques, par des mécanismes psychologiques que nous avons pu repérer dans les dynamiques transféro-contre-transférentielles. L'émergence de l'archive dans le discours survient en effet, après l'expression et la canalisation d'une poussée pulsionnelle. L'identification projective chez Huguette qui amène les premiers éléments discursifs. La projection d'un sexuel refoulé chez Jeanne qui émerge durant la période du « chien ». Mais encore chez Aude, où la qualité de la TNM rencontrée sur sa route ne s'exprime pas comme média de canalisation par nature, mais comme possibilité hypomnésique de produire des phénomènes psychiques avec son interlocuteur. C'est parce que le tiers investit ces poupées qu'elles s'érigent en archive. Comme si ces archives, que décrit Derrida, n'avaient d'existence qu'à s'habiller de la pulsion pour devenir des objets animés et : *« Effacer le vif du rapport à la mort »* (Derrida, 1995, p. 205). Le travail de remémoration s'inscrirait alors dans une « réanimation » des objets qui composent la mémoire. Réanimation rendue possible par un réamorçage pulsionnel que permet l'approche psychanalytique.

I.3 LE REVEIL ET LE MAL D'ARCHIVE

Dans ce travail de remémoration, on ne peut que constater la qualité d'une approche soignante plurielle qui, au-delà de ses possibilités créatrices, semble permettre la mise en place d'un espace transitionnel plus fourni et plus riche. Cette approche, dans sa dimension de constellation transférentielle (Delion, 2022), permet de déployer le caractère fractionné du sujet et d'établir ses lieux de résidence (Grosclaude, 2020). Oury nous a en effet enseigné que face à l'éclatement de la pensée, l'institution, dans sa dimension plurielle, propose *« des possibilités multiples de transfert »* (Oury, 2017, p. 325) qui répondent à un « transfert dissocié » dont la synthèse s'organiserait dans le collectif. Mais il n'est évidemment pas tant ici, dans le syndrome démentiel, d'éclatement de la pensée que d'une désorganisation du rapport au monde, notamment dans sa dimension perceptive. Notre recherche nous a permis de constater que nous ne pouvions approcher le monde intérieur de ces résidents, parfois en errance psychique, que dans l'attention soutenue portée aux éléments rapportés par la famille, les soignants, voire les

autres résidents eux-mêmes. La remémoration s'élabore ici comme un récit coécrit avec le résident, dont chaque paragraphe se localise dans les objets qui l'entourent. La mémoire ne serait donc pas à « retrouver », mais elle s'inscrit, ou s'imprime, dans un environnement. De plus, et c'est manifeste chez Aude, les multiples figures d'identification permettent une approche plus « mesurée » de l'archive. Nous remarquons en effet que l'archive émerge dans un climat de confiance, voire dans un rapport de périphérie au sens de Blanquet (2020) et s'accompagne d'une mobilisation des défenses psychiques. Comme si face à un « risque d'archive », devait se déployer une enveloppe psychique suffisamment viable pour permettre son expression.

Les éléments de l'archive se montrent également imparfaits dans leur logique de support mnésique et peuvent mobiliser, chez le sujet, des effets de frustration voire des éléments angoissants. Chez Huguette notamment, la dimension de la répétition se montre particulièrement frustrante. Le mot « viol » intégré dans une acception jubilatoire d'abord, est ressenti ensuite comme le foyer d'une souffrance et, s'il ne s'arrime pas à une histoire plus large, s'inscrit dans une répétition stérile qui engage le corps. Chez Jeanne, la figure du « chien » fait sens et permet des associations, mais elle est également objet d'une persécution qui, à un moment donné, a justifié une mise à l'abri. Chez Aude, la figure des « fanfans » soulève des associations intéressantes et permet une vie relationnelle plus soutenante, mais c'est au prix d'affects dépressifs importants. De la même manière, Aude s'agite lorsqu'un nouveau mot exprimé dans son discours se trouve pris dans la répétition. Au fur et à mesure que le mot se répète, il monte en intensité sur le plan affectif, jusqu'à son paroxysme. Aude hurle alors ses archives qui semblent blesser sa psyché par leur répétition. Le risque de l'archive, comme nous l'entendons ici, c'est celui de l'élément traumatique : la répétition fidèle et infinie de la reviviscence (Freud, 1915).

Revenons à la façon dont Derrida lit ce concept. Pour lui, l'archive peut être considérée comme métaphore du fonctionnement mnésique, ou, dirons-nous, comme forme d'extériorité en résonance avec l'appareil psychique. Le sens qui élit domicile en l'archive s'articule toujours à la loi qui le conditionne (Derrida, 1995), nous pourrions avancer que cette loi est celle de l'inconscient. C'est dans cet ordre d'idée que Derrida mobilise le « mal d'archive » dans son rapport à la pulsion de mort :

> *S'il n'y a pas d'archive sans consignation en quelques lieux extérieurs qui assure la possibilité de la mémorisation, de la répétition, de la reproduction ou de la ré-impression, alors rappelons-nous aussi que la répétition même, la*

> *logique de la répétition, voire la compulsion de répétition reste, selon Freud, indissociable de la pulsion de mort. Donc de la destruction. Conséquence : à même ce qui permet et conditionne l'archivation, nous ne trouvons jamais rien d'autre que ce qui expose à la destruction, et en vérité menace de destruction, introduisant a priori l'oubli et l'archiviolithique au cœur du monument. Dans le « par cœur » même. L'archive travaille toujours et à priori contre elle-même.* (Derrida, 1995, p. 198).

L'archiviolithique est ici désignée comme pulsion de mort de l'archive, dans son prolongement hypomnésique. Chez Freud (1915), la pulsion de mort désigne la tendance fondamentale du vivant à retourner vers l'inorganique, principe de déliaison qui s'oppose à *Eros* et travaille silencieusement toute organisation psychique. Cette pulsion, silencieuse et conservatrice, s'oppose à la dynamique expansive des pulsions de vie : « *À côté de l'Eros qui tend à unifier et à conserver, nous devons admettre une pulsion opposée tendant à détruire et à dissoudre »* (Freud, 1915, p. 187). Derrida (1995) reprend cette intuition pour penser la logique même de l'archive : toute mise en mémoire, tout geste d'inscription, porte en elle un mouvement de destruction interne. Cette force « archiviolithique », désigne la dimension de l'archive qui « s'autodétruit » au moment même où elle cherche à se conserver. Ainsi, l'archive n'est pas seulement conservation, mais aussi exposition à l'effacement, à l'altération et au risque de disparition qui fait écho à la pulsion de mort, laquelle agit, *« contre les visées du principe de plaisir »* (Freud, 1915, p. 187), rongeant de l'intérieur les systèmes que les pulsions de vie tentent de maintenir. Chez Derrida (1995), cette pulsion destructrice n'est pas extérieure à l'archive : elle en constitue la condition même. De même que, chez Freud, la vie est inséparable de la force qui la défait, l'archive, pour Derrida, est inséparable de ce qui la menace structurellement, condition paradoxale de son existence et de sa transmission.

Cette dimension de la mémoire qu'expose Derrida après Freud dépasse alors le seul cadre du refoulement qui répond à une logique du principe de plaisir. L'archiviolithique répond à une logique de la finitude radicale, de la destruction et de la neutralisation de la trace elle-même. Á l'image du traumatisé qui cherche à détruire, finaliser, neutraliser l'objet traumatique : « *Il n'y aurait certes pas de désir d'archive sans la finitude radicale, sans la possibilité d'un oubli qui ne se limite pas au refoulement »* (Derrida, 1995, p. 204). En revanche, si l'archive travaille toujours contre elle-même, dans la répétitivité d'une trace qui s'annihile, son processus mnésique permet de faire survivre à la destruction un simulacre érotique : *« La pulsion de mort tend ainsi à détruire l'archive hypomnésique, sauf à la déguiser, maquiller, peindre, imprimer,*

représenter dans l'idole de sa vérité en peinture » (Derrida, 1995, p. 205). L'empreinte de l'appareil psychique sur l'archive projette devant elle, *« une belle impression »* (Derrida, 1995, p. 205), qui demeure flottante dans la rêverie du sujet malgré une origine désormais inaccessible. Voilà ce que Derrida appelle le : « Mal d'archive ».

Le psychisme joue ainsi d'ambivalence dans les prothèses même de la mémoire, alimentant les mécanismes de répétition si présents dans la maladie d'Alzheimer. Mnémo-lésés comme ils le sont, les sujets que nous avons rencontrés cherchent dans des prothèses extérieures, dans des archives, véritables « rocs sémantiques »[71], à formaliser des souvenirs permettant une pensée continue, temporalisée et « altérisée » dans son rapport à soi. Mais les archives elles-mêmes s'inscrivent dans un retour du même qui exprime un discours hors temps, une psyché en suspens, marquée comme elle l'est d'une inscription traumatique qui se répète inlassablement. Ce n'est pas seulement la mémoire qui oublie au fur et à mesure, c'est la mécanique de l'oubli elle-même qui ne se reconnaît plus.

Huguette, par exemple, veut se fixer une discipline de remémoration. Elle le fait comme chacun d'entre nous, en ruminant. Mais dans cette activité solitaire, elle semble alimenter un archiviolithique qui aspire à détruire la substance de l'archive elle-même. Plus elle se remémore, plus l'objet de la remémoration semble s'effacer, laissant la place à d'autres objets qui s'y associent. L'origine du « viol », comme archive étiologique, reste inaccessible et semble porter une répétition douloureuse. Apparaissent alors inopinément les « sœurs », comme les deux faces d'un même objet, qui viennent érotiser la dimension de l'archive en affichant des figures d'identification. Aude, quant à elle, explose tous azimuts sa souffrance mais, ne parvenant pas à trouver une oreille extérieure, cette souffrance se répète en écho, rebondit contre un mur ou contre sa langue et demeure objet de persécution. Les bribes de mots qu'elle répète se veulent hypomnèses, prolongement d'une pensée désorganisée. Aude donne alors vie aux « fanfans », média de son rapport à l'autre et figures esthétiques d'une archive en mal d'*Éros*. Seule la fonction poétique de l'écriture permettrait alors une différance, au sens de Derrida et la possibilité d'une association d'idée enrobant le souvenir d'une forme assimilable. La remémoration est ainsi entendue dans un travail de différenciation et de localisation des objets dans l'espace mnésique. Elle agirait contre la répétitivité de l'archiviolithique. L'archive s'en veut le support, mais ne se suffit jamais à elle-même. Son « Mal d'archive » nécessite sa « psychisation » dans le lien à l'autre.

---

[71] En écho au « roc biologique » que décrivait Freud à propos des limites de la psychanalyse.

Peu importe donc la véracité du souvenir, du moment qu'il convient à celui qui le produit. Pire, c'est bien la véracité du souvenir elle-même qui pose problème ici car sa dimension scripturale est avant tout une dimension traumatique. Dans la relation thérapeutique, quelque chose d'une co-pensée, d'un co-langage, permet le développement d'une esthétique, l'élaboration dans des fonctions transférentielles, d'une histoire que l'on raconte à partir de « simulacres érotiques ». En somme, une histoire d'impressions laissées par l'Histoire, ou encore, une mnésis comme esthétique de l'hypomnèse. Et peu à peu, les éléments de destructions projetés dans l'archive, s'objectalisent, adoptent une forme concrète et intime qui permet au sujet de s'y identifier puis de s'y définir dans sa différence. Huguette se reconnaît car elle n'est pas sa sœur, Aude se souvient qu'elle n'est pas Thérèse, Jeanne qu'elle n'est pas l'amante de son thérapeute. Ainsi, dans le lien thérapeutique et dans la poésie des échanges, la mémoire trahit l'archive, elle « l'extirpe de sa mort imagée »[72] et cherche à y associer, dans la logique du rêve, des éléments captés au cours d'une parole, d'une pensée, d'un ressenti ou d'un souvenir éphémère.

Le caractère démentiel ici nous invite à observer de manière chirurgicale un travail mnésique marqué par un système de localisation topique. Système qui utilise des processus inconscients variés pour, non pas reconstruire, mais formaliser des souvenirs à partir d'un rapport sensible au monde brutalement modifié par la maladie d'Alzheimer et les changements de mode de vie qu'elle implique. Les sujets que nous rencontrons semblent chercher à produire les objets capables de mettre en scène ce qui s'active au niveau pulsionnel. Huguette, Jeanne et Aude nous invitent à procéder par l'archive, à l'altériser par un monde des objets plus vaste, voire à l'esthétiser dans une histoire originale. Elles nous montrent par-là comment s'organise la remémoration et nous invitent à y prendre part.

[72] Expression empruntée à Léo Ferre dans « Il n'y a plus rien ».

II. LE LIEU OU RESIDE LE REVE

II.1 LES INSTRUMENTS DE LA PENSEE

L'expérience clinique que nous avons analysée ici, si nous l'entendons dans son rapport à l'écriture et à l'archive, c'est aussi par la mécanique qu'elle laisse transparaître dans son travail d'élaboration. Qu'il s'agisse de l'archive ou des fonctions psychiques qui président à son expression, le regard du clinicien tend, peu à peu, à s'orienter vers les « objets » qui constituent le phénomène d'élaboration mnésique. Nous n'apercevons en effet que très peu d'interprétations sur le contenu du discours et, lorsqu'elles émergent, elles sont toujours à mettre en lien avec des phénomènes relationnels ou des « éléments psychiques » qui s'expriment dans l'institution.

Pour prendre un exemple concret, ce n'est pas le terme « vider » en lui-même qui inspire chez Huguette la dimension de la pulsion anale, mais bien l'irruption de ce terme parmi des phénomènes somatiques, comportementaux et identificatoires qui s'en font l'écho. De la même manière, ce n'est pas seulement les nombreux lapsus de Jeanne qui témoignent d'une dimension sexuelle taboue, mais la résonance relationnelle, institutionnelle et les liens, à posteriori dans le discours qui en rendent compte. Chaque interprétation s'appuie ainsi sur les instruments de l'expression fantasmatique. Et tout travail de remémoration s'inscrit dans cette expression. Dans le cas d'Aude, l'équipe soignante elle-même ne parvient à communiquer avec elle qu'à partir du moment où elle peut saisir quelque chose d'un sens dans les archives qu'elle produit. Il ne s'agissait pas de savoir ce que « veut dire » la poupée d'Aude, mais de comprendre les moments où elle la mobilise et l'utilité qu'elle en fait dans un dialogue avec l'autre. En comprenant la fonction des « fanfans », une réponse émerge.

Ce n'est pas un hasard si nous avons vu passer les apports de Ferro à plusieurs endroits de l'ouvrage, notamment à l'évocation des fonctions de la rêverie. L'auteur, dans une acception bionnienne, encourage le clinicien à se concentrer davantage sur ce qu'il nomme les « instruments » de l'appareil à penser, plus que sur la pensée elle-même :

> *La défectuosité de ces instruments est la source de la pathologie. Une fois ces instruments reconstruits et rendus opérationnels, ils donnent naissance à des contenus adéquats. Dans cette optique, le genre narratif des contenus importe*

> *peu, qu'il s'agisse de souvenirs d'enfance, de récits de sexualité ou de vie quotidienne, cela ne change pas ou peu.* (Ferro, 2016, p. 111)

Chez les sujets que nous avons rencontrés, nous repérons davantage un travail de localisation de ces instruments de la pensée dans le champ des identifications plutôt qu'une forme de reconstruction ou de réparation. La transformation soudaine de la fluidité du discours en fonction des éléments qui y sont intriqués en témoigne. Á chaque fois d'ailleurs, que ce soit pour l'émergence, chez Aude, d'une description précise du caractère de ses « fanfans » ou pour l'évocation très précise de la scène humiliante de l'enterrement chez Jeanne, nous avions été surpris.

La qualité et la nature de l'élément mnésique en lui-même importent peu. Dans notre expérience clinique, « les instruments de la pensée » dans leur assertion libidinale semblent faire office de « pousse à l'identification » et fonctionnent comme instruments mnésiques, en ce sens qu'ils organisent une localisation des éléments du sujet dans un univers psychique qui compose ses attachements. Le deuil, dans ses qualités dépressives, semble fournir la mécanique nécessaire à la réorganisation de son ordre de significations. C'est ce que repérait déjà Klein (1940) à propos du travail psychique du deuil où le sujet se trouve confronté à la tâche de rétablir en lui l'objet aimé perdu et de réparer intérieurement ce qui, dans son fantasme, a été détruit. La reconstruction de l'objet dans le deuil permettrait de rétablir sa fonction spéculaire qui, dans nos cas cliniques, s'exprime également sur le plan cognitif. Cet aspect des choses se repère dans l'étonnante fluidité du discours des phases déprimées, lorsque Jeanne, par exemple, raconte avec précision la pauvreté de son mariage, elle qui n'utilise habituellement que des souvenirs flous. On le repère également lorsqu'Aude se reconnaît dans le miroir et semble subitement mettre en pause ses problématiques habituelles pour parler très distinctement de la vieillesse. Mais aussi chez Huguette, qui, sans jubilation aucune, décrit très précisément dans sa forêt d'amnésie le rapport identificatoire qu'elle entretient avec sa sœur aînée et l'histoire qui contient ce récit.

Huguette, Jeanne et Aude ne « retrouvent pas la mémoire » dans ces moments éphémères, mais brièvement, elles relocalisent le rapport que cette dernière entretient avec les différentes composantes de l'appareil psychique. Dirons-nous alors que la « mémoire Alzheimer » est une mémoire à la recherche de ses instruments perdus ? La fonction de l'interlocuteur s'érigerait ainsi comme support de localisation de ces éléments.

II.2 LE RAPPORT AU REVE

Á de nombreux endroits de notre élaboration clinique, nous avons comparé le fonctionnement des sujets que nous avons rencontrés à la mécanique du rêve au sens de Freud. L'analogie déconcertante qu'exprime Jeanne, concernant le rapport qu'entretiennent ses rêves avec la réalité, nous semble tout à fait révélatrice d'une tendance à alterner sans véritables distinctions vie onirique et vie diurne. La source du souvenir se mêle alors aux éléments de rêverie et la distinction entre contenu manifeste et contenu latent semble s'habiller d'un flou parfois jugé déstabilisant. Nous avons vu l'intérêt que pouvait revêtir cet état de fait, non plus appréhendé comme un trouble d'ordre régressif, mais comme une tentative de mise en sens et de mise en lien d'éléments « délocalisés ». En effet, loin d'un défaut de localisation de la source du rêve ou du souvenir, nous avons interprété cette analogie entre vie onirique et vie diurne dans le sens de Verdon (2023), c'est-à-dire, comme l'expression d'un espace de rêverie, un retour sur soi moteur de symbolisation.

Dans cet ordre d'idée, nous avons convoqué à plusieurs reprises la théorie bionnienne pour éclairer ce que nous avons interprété comme des mécanismes de « mentalisation » repérés sur le plan clinique. Et ce n'est pas un hasard, car la mentalisation bionnienne trouve son fondement dans une reformulation de la logique du rêve et de son mode épistémique :

> *Freud entendait par le travail du rêve la transformation en rêve d'un matériel inconscient qui, sans ce travail, aurait été parfaitement compréhensible. Il prescrivait donc de défaire le produit de ce travail pour rendre compréhensible ce qui était devenu incompréhensible. Je prétends que le matériel conscient doit être assujetti au travail du rêve afin de le rendre apte à être stocké, sélectionné et disponible pour la transformation.* (Bion, 1963, p. 32)

La rêverie bionienne est effectivement une mécanique de formalisation d'éléments archaïques issus du conscient, c'est-à-dire, du rapport sensible à l'environnement. Le rêve est un système de veille qui a une action pro-active sur l'expérience sensorielle. Le contenu latent n'est plus ce que doit découvrir la thérapie, mais ce qu'elle produit à partir des éléments conscients traduits dans le discours du patient :

> *L'origine du rêve n'est pas dans un contenu latent préalable qui aurait été travaillé par le travail du rêve, mais dans une expérience émotionnelle qui est rationalisée pour produire le récit du rêve. C'est l'analyste en interprétant qui*

produit le contenu latent dont il fait une hypothèse explicative secondaire au récit du patient. (Hochmann, 2011, p. 873)

Le rêve est un système de mentalisation, au centre des théories bionniennes qui structure à la fois sa théorie du psychisme et son épistémè :

> *Analogue au « fait choisi », le contenu latent, tel qu'il est formulé dans la reconstruction analytique, est un modèle, un « comme si ». Le travail du rêve, plutôt qu'un travail de déguisement, est un travail de digestion, une rumination (chewing the cud) aussi bien des données sensorielles associées au principe de réalité que des motions pulsionnelles soumises au principe de plaisir, un travail qui les transforme en idées capables d'une manipulation psychique. (…) C'est ce processus, ce travail « sur les contreparties idéationnelles » des stimuli internes et externes que Bion appelle « l'apprentissage par l'expérience » (learning from experience).* (Hochmann, 2011, p. 873)

Le contenu latent est ainsi une construction de l'analyse et non plus une vérité de l'inconscient en mal de conscientisation. Il témoigne des « rêveries » du clinicien et de son patient dont les objets structurent la relation clinique et orientent la thérapeutique. L'inconscient devient ainsi le produit de la pensée du rêve et non son origine : *« Profiter de l'expérience signifie être capable de faire du matériel perçu consciemment un matériel qui peut être stocké de telle manière qu'il devient susceptible à la fois de concrétisation et d'abstraction »* (Hochmann, 2011, p. 879). Cette refonte de la théorie du rêve implique de repenser la façon de « rêver » du psychologue orienté par la psychanalyse et de la méthode scientifique qui en découle. Bion modifie ainsi l'épistémologie psychanalytique en modifiant l'objet de la psychanalyse.

En inversant la théorie du rêve, l'approche bionnienne donne ainsi toute sa consistance aux « éléments flottants » (Grosclaude, 2004) dans la relation, ces éléments perçus par le clinicien et appréhendés comme des phénomènes extérieurs, presque hallucinatoires et qui trouvent, malgré tout, une localisation dans le discours du patient. Á de nombreux endroits de notre étude, nous avons rencontré ces objets flottants, d'abord ressentis comme des éléments « parasites » venant attaquer nos facultés d'attention. Les images écœurantes perçues par le clinicien avec Aude, les idées obsédantes et l'inconfort somatique en présence d'Huguette mais aussi, les projections sur une scène imaginaire avec Jeanne, où, au détour d'un service rendu, anodin, d'un réveil à remettre à l'heure, le clinicien se retrouve projeté dans le rêve de Jeanne, d'un amant qui tourne le dos et quitte la gare.

II.3 LE CHAMP ANALYTIQUE ET SA PROJECTION CLINIQUE

L'analyse clinico-théorique à laquelle a conduit ce travail de thèse révèle une clinique traversée par l'incertitude et la surprise, et marquée par des mouvements affectifs parfois difficiles à contenir. Comme a pu le souligner également Grosclaude (2007), le contact avec les sujets rencontrés est souvent « déroutant », « surprenant » et parfois difficile à assumer émotionnellement. Garder coûte que coûte et parfois à notre corps défendant le cap de la clinique a été un objectif difficile mais à chaque fois nécessaire. Ces incertitudes sont également issues du langage de nos patients, souvent difficile à appréhender. Dans les « phrases à trous » d'Huguette, Jeanne et Aude se glissent parfois des éléments « étranges » amenés par nous-mêmes parfois sur une intuition vague, parfois de manière incontrôlée et qui peuvent s'apparenter à un réductionnisme ou une synthèse un peu « sauvage » mais aussi à de fausses reconnaissances ou un manque de compréhension. Pourquoi, en effet, désigner le père d'Huguette comme « cruel » ou sa sœur comme « folle », alors qu'elle-même n'utilise pas ces formulations ? Pourquoi convoquer le genou d'Aude lorsqu'elle évoque l'accident de son père alors que cet élément est issu de la parole d'un autre ? Pourquoi mentionner à Jeanne qu'elle a déjà bénéficié de soins psychologiques alors que la discussion ne semblait pas s'orienter vers ce point ?

Parfois le patient y réagit d'une manière intéressante, parfois il ne semble pas en tenir compte. Ces éléments, à l'instar de la mémoire de nos patients, ne peuvent s'apparenter à des « troubles » mais, nous l'avons vu, témoignent d'une dynamique relationnelle plus large. Ils émergent généralement après un phénomène psychique comme une hallucination, une idée obsédante, une fausse reconnaissance, voire une mise en acte. Ils se rapprochent alors de ce que Ferro (2016) désigne joliment comme des « pictogrammes » qui semblent, ici, formuler un récit à partir des « éléments flottants » dont ils constitueraient la synthèse. En effet, ces pictogrammes, selon Ferro, sont des formations mnésiques mobilisées pour saisir et mettre en forme un état affectif indistinct. En se combinant, ils donnent naissance à ce que Bion a désigné comme la *pensée onirique de veille* (Ferro, 2016). L'émergence de ces éléments ne relève donc ni d'une logique sémantique ni d'une logique analytique, mais s'apparente à un travail de mentalisation de contenus affectifs qui circulent dans la relation sans encore pouvoir être repérés ou tolérés. Á ce titre, notre sentiment de pensée « vidée », tel qu'elle fut décrite dans les notes post-séance d'Huguette, réémergera plus loin dans le mot qu'elle emploie pour désigner son symptôme dont elle se sent « vidée ». Toujours chez Huguette, l'image des poupées russes qui traverse notre esprit, presque comme une hallucination, nous engage à

formuler une interprétation concernant sa sœur (*« Vous pensez que vous êtes les mêmes ? »)* qui ne semble pas forcément pleinement en lien avec la scène. Chez Jeanne également, nos nombreuses intuitions, notamment sur les raisons de la séparation maritale, s'expriment comme l'aboutissement d'un récit en creux et qui semble envelopper l'espace thérapeutique. Les entretiens avec Aude semblent également hantés par ces éléments flottants, qui s'expriment parfois dans un récit, ou s'invitent dans une bribe de phrase, lorsque, ayant le sentiment d'être hanté par la photo d'une jeune fille devant des fruits et légumes, nous avons sans doute expérimenté quelque chose d'un pictogramme renvoyant à l'archive des « fanfans » voraces que nous décrit Aude.

Ainsi, ce n'est pas tant le clinicien en lui-même qui digère et restitue quelque chose de sa rêverie. Ce n'est pas lui non plus qui prête son appareil à penser à son patient, pour qu'il en formule une fonction alpha (Bion, 1962). Ces pictogrammes apparaissent tantôt dans notre bouche, tantôt dans celle de nos patients. La fonction alpha s'élaborerait davantage dans un 2+1, entre clinicien, patient et institution qui formulent, chacun à leur manière, les pictogrammes qui parcourent leur esprit. Le clinicien découvre sa rêverie au contact du patient, dans des formulations, des réactions et des scènes auxquelles il ne s'attendait pas et qui témoignent d'une articulation soudaine, au même endroit, de la logique du rêve qui échappe parfois à la compréhension mais qui permet de continuer à rêver. Cet aspect des choses est manifeste dans le syndrome démentiel car il s'habille d'une dimension cognitive qui exprime des pictogrammes de façon plus brute et plus explicite. De la même manière, la qualité de l'interprétation du clinicien s'exprime directement chez des patients qui, s'ils ne se sentent pas atteints par l'intervention, semblent au mieux ne pas la comprendre, au pire l'ignorer totalement.

La rêverie s'habille ainsi de la métaphore localiste de Grosclaude (2020) que nous semblons suivre dans cette conclusion. Il ne s'agit pas tant de considérer la rêverie comme dialectique intersubjective, mais plutôt comme espace de mentalisation. Cet espace se rapproche du concept de « champ analytique » développé par Ferro :

> *Donner une centralité à la « pensée onirique de veille » nous aide à faire nôtre le concept de « champ analytique », entendu comme cet espace-temps où prennent vie et se développent tous les dérivés narratifs dont nous parlons*. (Ferro, 2016, p. 112).

Des personnages s'élaborent ainsi dans ce « champ analytique » qui, selon Ferro, ne témoignent ni de souvenirs réels, ni d'une forme objectalisée du monde interne du patient, mais bien du fonctionnement du couple thérapeutique en lui-même :

> *Alors que, dans le modèle historico-reconstructiviste, les personnages sont considérés comme historiques, réels, et dans le modèle du monde interne, les personnages – objets internes – renferment et synthétisent l'histoire émotionnelle et relationnelle du patient avec ses caregivers et leurs qualités ou leurs manques, dans le modèle que j'évoque, les personnages sont les « hologrammes affectifs du fonctionnement du couple », à savoir ce qu'il en résulte une fois ces personnages déconstruits, déconcrétisés et re-rêvés.* (Ferro, 2009, p. 822)

Les « amants qui s'en vont » de Jeanne, la sœur mythique d'Huguette et la Thérèse d'Aude comme ses « fanfans » témoigneraient d'archives qui dépassent la dimension projective. Ils seraient, en suivant le raisonnement de Ferro, autant de personnifications de la relation qui est en train de s'élaborer au sein des entretiens cliniques et de l'institution.

Ainsi, si l'archive se comprend comme un élément de domiciliation élaboré au fil de l'histoire du patient, son expression se pare du rêve et de ses pictogrammes, lesquels, face à l'archiviolithique, actualisent l'archive dans l'esthétique de la relation. La « relocalisation » du sujet « perdu » (Grosclaude, 2020) serait ainsi à entendre dans sa dimension contextuelle, le sujet n'étant pas perdu à lui-même, mais perdu dans l'environnement où il réside ici et maintenant et dans l'espace relationnel qu'il est en train d'expérimenter. Ce qu'il retrouve, par ses archives, ce n'est pas une description de lui-même car ce ne sont pas des éléments du passé qui constituent l'archive, mais la domiciliation d'un sens. Par ses archives donc, le sujet rencontre des personnages qui lui permettent de mettre en scène et de produire une narration de ce qui est en train de se jouer pour lui, comme il le faisait à l'époque. L'introspection s'élabore ainsi, comme la recherche du rôle que le sujet joue dans cette histoire.

III. PERSPECTIVES CLINIQUES

En guise d'ouverture, nous développerons les perspectives cliniques, notamment la posture du clinicien, qu'inspire notre recherche. Ces perspectives, issues de l'expérience clinique auprès de patients présentant un syndrome démentiel de type Alzheimer, fussent-ils peu nombreux, se veulent généralistes et montrent l'intérêt, pour l'approche psychanalytique, de s'intéresser à ce type de population. Il ne s'agit pas ici de constituer un « échantillon » de patients atteints de la maladie d'Alzheimer qui en formulerait un paradigme, mais d'esquisser une posture clinique susceptible de s'ajuster à chaque individualité, à chaque singularité et à chaque histoire, et de proposer une démarche, une méthode, permettant d'approcher l'énigme clinique qui habite chaque sujet pris au piège de cette maladie.

Nous avons cherché à montrer l'intérêt d'une immersion du clinicien dans son objet d'étude. Immersion au sens plein dans l'intime de la rencontre dans laquelle nous nous sommes d'abord « perdus » pour y élaborer ensuite les éléments nous permettant de rêver ce que nous avons vécu. Cette méthodologie se base sur la formation d'un savoir a posteriori, issu de l'expérience clinique qui implique une position « d'ignorance » préalable. Il s'agit, selon Grosclaude : *« D'admettre que nous ne savons pas ce qui se passe chez le dément, dans sa psyché, et que ce doute doit profiter au « sujet perdu » »* (Grosclaude, 2020, p. 99).

Au bout du compte, notre approche clinico-théorique exprime une très grande proximité avec la proposition philosophique de Rancière (1987) à partir de sa réflexion sur Jacotot. Jacotot est un pédagogue du XIX^{ème} siècle qui a élaboré une méthode simple d'apprentissage appelée « méthode universelle ». Il apprend le français à des étudiants hollandais, sans connaître un seul mot de hollandais. Pour enseigner le français, il utilise une traduction de *Télémaque*. Les élèves n'apprennent pas la grammaire ou la conjugaison mais apprennent à reconnaître des mots, à les retrouver dans le texte et à en déduire les autres mots de la phrase qui s'y accroche. Ils n'apprennent pas la structure de la langue, mais son réseau de signification. En décryptant *Télémaque*, ils apprennent *Télémaque* dans lequel est contenue la langue française. Si le livre ne contient pas de manière exhaustive l'ensemble des mots qui composent la langue, il contient, dans son réseau de signification, suffisamment de liens sémantiques pour l'apprendre. Jacotot procédera de la même manière pour faire apprendre le piano sans savoir en jouer et sans connaître le solfège. Il enseignera sa méthode aux parents d'enfants déscolarisés qui ne

possèdent pas les connaissances académiques nécessaires pour enseigner ce qui est prescrit dans les manuels scolaires.

Cette philosophie du « maître ignorant », terme défini par Rancière, abolit la dimension hiérarchique du rapport au savoir au profit d'une « tautologie de la puissance » (Rancière, 1987) de la capacité intellectuelle : *« Tout est dans tout (...) Toute la puissance de la langue est dans le tout d'un livre »* (Rancière, 1987, p. 62). Le savoir est contenu dans le manuscrit, qui contient, par là même, des dimensions du savoir qui dépassent largement le seul talent de l'auteur ou les éléments de sa narration. Par cette mnémotechnique, le maître, selon Rancière, n'est pas le savant, il est celui qui accompagne l'étudiant non vers l'obéissance de l'apprentissage mais vers l'émancipation de la puissance intellectuelle. L'ignorance du maître, chez Rancière, le libère de son autoritarisme et permet à l'élève un rapport autonome et créatif au savoir.

Le « maître ignorant » ainsi défini semble radicaliser la proposition de Bion : *« À chaque séance, le psychanalyste devrait tenter de se mettre dans l'état d'esprit qui serait le sien s'il n'avait jamais vu son patient auparavant. S'il en est autrement, il est en train de se tromper de patient »* (Bion, 1967, p. 1450). Aboutissant à une position clinique : *« sans mémoire, sans désir et sans compréhension »* (Bion, 1967, p. 1450). Cette proposition, nous l'avons vu, est à vivre au sens littéral auprès des patients atteints par un syndrome démentiel. Frappé par les bizarreries, l'intemporalité et les fluctuations du langage Alzheimer, face à ce vaste champ de l'inexpliqué, de l'incompréhensible dans sa syntaxe même, ce n'est pas seulement l'impuissance qui gagne l'affect du clinicien. Ce qui le frappe, c'est, tout intellectuel qu'il est, ce rappel brutal à sa propre ignorance. Le clinicien ignore non ce que *veut dire*, mais ce que *dit* son patient. Ce que nous avons cherché à montrer, c'est la qualité de cette ignorance en tant que potentialité de la rencontre et de la construction d'un langage propre à la scène thérapeutique. Et si « tout est dans tout » (Jacotot, 1823), de la même manière qu'un livre possède en lui le savoir de l'auteur, de l'imprimeur, des références de l'auteur, de la grammaire qui s'y déploie, de la poésie de la langue qui s'exprime ou même du contexte de sa rédaction, la moindre production langagière du sujet possède en elle l'ensemble de sa mémoire. Mémoire consignée dans des archives qui, faisant lien par des mécaniques psychiques, retranscrivent la mémoire de la rencontre, et la mémoire des sujets qui s'y rencontrent. Notre travail consiste alors, non pas à élaborer un savoir sur la sémiologie qui s'exprime ou sur la nature étiologique des symptômes, mais à produire une méthode permettant l'émancipation du patient et l'ouverture vers des

schèmes associatifs encore insoupçonnés. La théorisation consiste ainsi à cultiver notre ignorance.

Nous ne pourrions cependant pas affirmer pratiquer une clinique « sans mémoire ». La façon dont nous avons approché le concept dépasse le réductionnisme que met en avant Bion, probablement pour l'intérêt de la démonstration : *« La mémoire concerne les impressions sensorielles de ce qui est censé s'être passé. (…) L'observation psychanalytique ne porte ni sur ce qui s'est passé, ni sur ce qui va se passer, mais sur ce qui est en train de se passer »* (Bion, 1967, p. 1452). Mais selon nous, les éléments mnésiques n'ont pas forcément à voir avec le passé, tant leur mécanique d'actualisation est à l'œuvre dans le champ analytique. Certes, l'entretien vise toujours à *connaître* le patient, pas à le *reconnaître*, mais cela n'est pas contradictoire avec un processus intuitif qui laisse advenir dans la rêverie du clinicien des éléments d'entretiens précédents, voire parfois de la description d'un proche ou d'un soignant. Dans la clinique que nous avons expérimentée apparaissent effectivement dans les entretiens plusieurs éléments issus du passé, mais aussi de l'avenir par des impressions hallucinatoires qui ne sont pas encore formalisées sur le plan narratif. Ces éléments s'accrochent au discours du patient ou à la pensée du clinicien non pas parce qu'ils constituent une suite logique dans l'histoire, mais bien parce qu'ils occupent une place particulière dans le processus associatif qui, surtout dans le cadre du syndrome démentiel, travaille à partir de répétitions.

Plus que la mémoire comme archive du passé, c'est bien avec cette mémoire, relationnelle, scripturale, marquée par la répétition, que résonnent les psychés au travail de la psychothérapie orientée par la psychanalyse. Ainsi nous pourrions reprendre à notre compte la proposition de Bion en l'exprimant autrement : le clinicien doit se garder de convoquer sa mémoire sur la scène clinique pour accueillir la mémoire de la clinique mise en scène.

Bibliographie

Abraham K. (1920). Le pronostic du traitement psychanalytique chez les sujets d'un certain âge. *Essais théoriques – Œuvres complètes*, t. II, Paris, Payot, 1973, p. 92-96.

Albert. E. (1965) « Senile Demenz und Alzheimersche Krankheit als Ausdruck des gleichen Krankheitsgeschehens » in, *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 12*.

Anzieu, D. (1974). *Le Moi-peau (II^e éd.)*. Dunod. 1995.

Argoud, D., & Villez, M. (2025). Les accompagnements ordinaires à l'épreuve des vieillissements extraordinaires. *Gérontologie et société*, *47176*(1), 21-32. https://doi.org/10.3917/gs1.176.0021

Aristote. (IVe siècle av. J.-C.). *Problèmes, tome 1 : Sections I-X* (Bilingual-Critical édition). Les Belles Lettres. 2003.

Aristote. (IVe siècle av. J.-C.). *Éthique de Nicomaque*. Flammarion. 2004.

Aristote. (IVe siècle av. J.-C.). *Poétique*. Le Livre de Poche. 2014.

Armengaud, A. (1980). Livre I - La démographie française du XXe siècle. In *Histoire économique et sociale de la France* (p. 593-630). Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.braud.1980.01.0595

Askofaré, S. (2023). Retour sur le surmoi. *Psychanalyse YETU*, *52*(2), 29-36.

Askofaré, S., & Combres, L. (2012). Symptômes et suppléances. Un essai de problématisation. *Recherches en psychanalyse*, *13*(1), 22-30. https://doi.org/10.3917/rep.013.0022

Assoun, P.-L. (1983). Le vieillissement saisi par la psychanalyse. *Communications*, *37*(1), 167-179. https://doi.org/10.3406/comm.1983.1559

Assoun, P.-L. (1990). *Introduction à l'épistémologie freudienne*. Payot.

Assoun, P.-L. (2004). La recherche freudienne : Petit Discours de la Méthode à l'usage de la Recherche en psychanalyse. *Recherches en psychanalyse*, *1*(1), 49-63. https://doi.org/10.3917/rep.001.0049

Ayouch, T. (2017). « Réglons-lui son cas ». Psychanalyse, récits cliniques, enjeux. *Psychologie Clinique*, *44*(2), 99-114. https://doi.org/10.1051/psyc/20174499

Bachelard, G. (1953). *Le matérialisme rationnel*. Presses universitaires de France. 2021.

Balard, F. (2019). Des anthropologies de la vieillesse. *Hommes et libertés, 186,* 51-53.

Balier, C. (1976). Chapitre III : Le devenir du narcissisme au cours du vieillissement. *Gérontologie et société*.

Balier, C., Guillaumin, J., & Reboul, H. (1982). *Le temps et la vie : Les dynamismes du vieillissement*. Chronique sociale.

Batard, Y. (2022). *La retraite en France : Comprendre pour mieux débattre*. Editions L'Harmattan.

Beauvoir, S. de. (1949). *Le deuxième sexe, tome 1 : Les faits et les mythes*. Folio essais. 2012.

Bennett, S., Laver, K., MacAndrew, M., Beattie, E., Clemson, L., Runge, C., & Richardson, L. (2021). Implementation of evidence-based, non-pharmacological interventions addressing behavior and psychological symptoms of dementia : A systematic review focused on implementation strategies. *International Psychogeriatrics*, *33*(9), 947-975. https://doi.org/10.1017/S1041610220001702

Bétourné, F. (2008). Le complexe de Prométhée. *Le Journal des psychologues*, *256*(3), 27-33.

Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience* (5e éd.). Presses universitaires de France. 2018.

Bion, W. R. (1963). *Éléments de la psychanalyse* (4e éd.). Presses universitaires de France. 2011.

Bion, W. R. (1965). *Recherches sur les petits groupes*. Presses Universitaires de France - PUF.

Bion, W.R. (1967). *Notes sur la mémoire et le désir*. Gallica. 1989. https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54482875

Bion, W. R. (1970). *L'attention et l'interprétation*. Payot. 1974.

Blanquet, B. (2020). Le transfert périphérique : Un paradigme pour penser le soin du sujet « rebelle ». *Cliniques méditerranéennes*, *102*(2), 245-256. https://doi.org/10.3917/cm.102.0245

Blanquet, B., & Merucci, M. (2022). De la clinique des frontières au soin psychique à domicile. *Psychothérapies*, *42*(1), 3-10. https://doi.org/10.3917/psys.221.0003

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (Unveränd. Neuaufl. der Ausg. Leipzig, Wien, Deuticke). Psychosozial-Verl. 2014.

Bois, J.-P. (1989). *Histoire de la vieillesse* (Collection « Que sais-je ? »). Presses universitaires de France.

Bois-Reymond, E. D. (1872). *Uber Die Grenzen Des Naturerkennens—Die Sieben Weltrathsel*. Tredition Classics. 2012.

Bonnet, A., & Quaderi, A. (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*(80), 102-106. https://doi.org/10.1016/j.npg.2013.12.006

Boutinet, J.-P. (2020). *Chapitre III. Du fossé des générations au brouillage des classes d'âge : Vol. 6e éd.* (p. 39-49). Presses Universitaires de France. https://www.cairn.info/psychologie-de-la-vie-adulte--9782715404496-p-39.htm

Bouvier, G. (2019). Les traumatismes vicariants : Définition, contexte et propositions de prise en charge. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *3*(3), 163-169. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.004

Bouvier, G., & Dellucci, H. (2017). Chapitre 25. Les traumatismes vicariants. *Psychothérapies*, 269-278. https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2017.01.0269

Bradley, F. H. (1893). *Appearance and reality: A metaphysical essay*. Swan Sonnenschein & Co. 2020.

Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Presses universitaires de France. 2011.

Brion, J.-P. (2006). Immunological demonstration of tau protein in neurofibrillary tangles of Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, *9*(3 Suppl), 177-185. https://doi.org/10.3233/jad-2006-9s321

Brossard, F., & Caron, R. (2017). Gestes signifiants, à travers l'imitation, dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère : Vécus subjectifs. *Psychothérapies*, *37*(4), 211-223. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/psys.174.0211

Brossard, F., & Caron, R. (2019). De l'importance du maintien de la présence de l'autre dans la maladie d'Alzheimer comme possible arrimage au monde : Essai d'élaboration de la rencontre clinique. *Cliniques mediterraneennes*, *99*(1), 151-164.

Caron, R. (2000). *Comprendre la personne âgée*. G. Morin.

Caron, R. (2014). Vieillir, jusqu'où, comment ? In *Manuel de soins palliatifs: Vol. 4e éd.* (p. 104-110). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.jacqu.2014.01.0104

Caron, R. (2020). Chapitre 9. Le syndrome confusionnel aigu chez la personne âgée : Une séquence hors lieu dans une temporalité familiale. In *Manuel de soins palliatifs: Vol. 5e éd.* (p. 109-114). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.centr.2020.01.0109

Caron, R. (2021). *L'énergie psychique : Émergence de la découverte freudienne*. https://alea.univ-lille.fr/docs/lea06.pdf

Carrel, A. (1935). *L'homme, cet inconnu*. Plon. 2007.

Castel, P.-H. (2018). *Le mal qui vient : Essai hâtif sur la fin des temps*. Les Éditions du Cerf.

Chamahian, A., Caradec, V., & Argoud, D. (éd. 2023). *La sociologie face á la maladie d'Alzheimer*. Presses universitaires du Septentrion.

Chapellon, S., & Gadio, G. (2017). Quand surgit l'opposition : Le stade anal. *Enfances & Psy*, *73*(1), 30-41. https://doi.org/10.3917/ep.073.0030

Charazac, P. (2023). Chapitre 8. La fonction de l'agressivité dans le soin. *Psychothérapies*, 93-106.

Charcot, J.-M. (1874). *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques.* Gallica. https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6227985m

Charcot, J. M. (1890). *L'hystérie*. Editions L'Harmattan. 1998.

Chardon, C. L. (2021). Chapitre 5. Destins de la subjectivité. *Psychismes*, 83-106.

Chevance, A. (2003). Alzheimer, le mal de Léthé. Une hypothèse psychogène de la maladie d'Alzheimer est-elle crédible ? *Cliniques méditerranéennes*, *67*(1), 75-86. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/cm.067.0075

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, *17*(2), 81-102. https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081

Clément, J.-P., & Leger, J.-M. (2006). Troubles mentaux non démentiels des personnes âgées. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *190*(6), 1175-1185. https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)33226-1

Clément, J. (2009). Questionnements sur la dépression chez le sujet âgé. *L'Encéphale, 35*, 10.1016/S0013-7006(09)72512-6.

Cogitations Radiophoniques (Thomas Rego, Sam Badet, Paul Poulain). (2023). *Pierre-Henri Castel—Épisode 1/5—Pourquoi la psychanalyse ?* https://www.youtube.com/watch?v=D3xZIYGR2OY

Combres, L. (2024). Langage et désir au XX^{ème} siècle. *Revue des Collèges de Clinique psychanalytique du Champ Lacanien*, *23*(1), 101-111. https://doi.org/10.3917/rccpcl.023.0101

Combres, L. (2024). Les cliniques et le politique : Faut-il définir le symptôme ? *Cliniques méditerranéennes*, *109*(1), 23-34. https://doi.org/10.3917/cm.109.0019

Combres, L. (2025). Se mettre à délirer. *Revue des Collèges de Clinique psychanalytique du Champ Lacanien*, *24*(1), 31-40. https://doi.org/10.3917/rccpcl.024.0031

Connes, A., & Gauthier-Lafaye, P. (2022). *À l'ombre de Grothendieck et de Lacan : Un topos sur l'inconscient*. Odile Jacob.

Crochot, É., & Bouteyre, É. (2005). Être le parent de son propre parent atteint d'un syndrome démentiel de type Alzheimer : Des capacités de résilience pour cette parentalité spécifique. *Dialogue*, *169*(3), 111-123. https://doi.org/10.3917/dia.169.0111

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory : Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, *44*(12), 2308-2314. https://doi.org/10.1212/wnl.44.12.2308

Darwin, C. (1871). *La descendance de l'homme : Les facultés mentales de l'homme et celles des animaux inférieurs*. L'Harmattan.

Dawkins, R. (1976). *Le gène égoïste*. Odile Jacob.

Deckers. (2017). *The role of lifestyle factors in primary prevention of dementia : An epidemiological perspective* [maastricht university]. https://doi.org/10.26481/dis.20170511kd

Defebvre, M.-M., Cerf, E., Fournier, P., Puisieux, F., & Loens, I. (2007). Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour « Médecine » de la région Nord-Pas-de-Calais. *Santé Publique*, *19*(2), 133-146. https://doi.org/10.3917/spub.072.0133

Delion, P. (2022). *La constellation transférentielle*. Éditions érès.

Derrida, J. (1967). *De la grammatologie*. Éditions de Minuit.

Derrida, J. (1967). *L'Ecriture et la Différence*. Seuil.

Derrida, J. (1993). *Spectres de Marx*. Editions Galilée.

Derrida, J. (1995). *Mal d'archive : Une impression freudienne*. Galilée.

Desrouesné, C. (2018). La maladie d'Alzheimer, une maladie mentale d'origine neurologique. In *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* (p. 37-49). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.berge.2018.01.0037

Desrumaux, P., & Dose, É. (2023). Les aides-soignants et les infirmiers face à la fin de vie : L'impact sur leur détresse et leur bien-être. *Le Journal des psychologues*, *407*(6), 22-27. https://doi.org/10.3917/jdp.407.0022

Diodore, G., Dreuil, Daniel, Schoenenburg, Sylvie, Puisieux, François, & Caron, Rosa. (2019). Qu'est-ce que vivre et vieillir au quotidien, aujourd'hui en institution gériatrique ? *La revue de gériatrie*, *T. 44, n°8*, 459-470.

Dorlin, E. (2005). De l'usage épistémologique et politique des catégories de « sexe » et de « race » dans les études sur le genre. *Cahiers du Genre*, *39*(2), 83-105. https://doi.org/10.3917/cdge.039.0083

Dose, E., Desrumaux, P., & Akbly, S. (2022). *Conflits éthiques, charge de travail : Etude quantitative rôle du soutien hiérarchique sur le bien-être psychologique des aides-soignants Rapport de recherche Projet AcSOIVIE Juin 2022*. Université de Lille. https://hal.univ-lille.fr/hal-04451806

Douville, O. (2014). Des psychanalystes sous la première guerre mondiale : De la névrose traumatique à la folie traumatique. *Bulletin de psychologie*, *531*(3), 237-251. https://doi.org/10.3917/bupsy.531.0237

Dik, M. G., et al. (2003). "The Role of Lifestyle in the Prevention of Dementia." *The Lancet Neurology*, 2(8), 480-487.

Dubois, B., et al. (2016). *Revised diagnostic criteria for Alzheimer's disease: Validity, diagnostic accuracy, and reproducibility*. *Alzheimer's & Dementia*,

Duffau, H. (2017). *L'erreur de Broca : Exploration d'un cerveau éveillé*. Pocket.

Durazzo, T. C., Mattsson, N., Weiner, M. W., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2014). Smoking and increased Alzheimer's disease risk : A review of potential mechanisms. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, *10*(3 Suppl), S122-145. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.04.009

El Khomri. M., (2019). *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 : Rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé

Engasser, O., Bonnet, A., & Quaderi, A. (2015). L'approche non médicamenteuse de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer et apparentées:Fondements conceptuels d'une clinique thérapeutique. *Psychothérapies*, *35*(3), 151-158. https://doi.org/10.3917/psys.153.0151

Ereira, S., Waters, S., Razi, A., & Marshall, C. R. (2024). Early detection of dementia with default-mode network effective connectivity. *Nature Mental Health*, *2*(7), 787-800. https://doi.org/10.1038/s44220-024-00259-5

Euripide. (431 av, J.-C.). *Médée : Suivi des Troyennes*. J'ai lu. 2014.

Familles Solidaires. (s. d.). *La colocation Alzheimer d'Erquinghem-Lys*. https://investir.familles-solidaires.com/projet/la-colocation-alzheimer-erquinghem-lys/

Fédération des Centres Mémoire (s. d.). *Le 1er plan Alzheimer : 2001–2004*. https://www.centres-memoire.fr/le-premier-plan-alzheimer-2001-2004/

Fédida, P. (1999). *Le cas en controverse*. Presses Universitaires de France.

Fédida, P. (2003). *Des bienfaits de la dépression : Éloge de la psychothérapie*. Odile Jacob.

Fédida, P. (2009). *Le site de l'étranger : La situation psychanalytique*. Presses Universitaires de France.

Ferenczi, S. (1909). *Transfert et introjection*. Payot.

Ferenczi, S. (1917). La psychanalyse des troubles mentaux de la paralysie générale (théorie). Dans *Œuvres complètes* (éd. 1968). Payot.

Ferenczi, S. (1919). Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge. Dans *Œuvres complètes* (éd. 1968). Payot.

Ferro, A. (2009). Transformations en rêve et personnages dans le champ psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, *73*(3), 817-842. https://doi.org/10.3917/rfp.733.0817

Ferro, A. (2016). Rêve et transformations oniriques. *Le Coq-héron*, *225*(2), 110-126. https://doi.org/10.3917/cohe.225.0110

France. (1997). *Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000747703

France. (2023). *Vieillissement de la société française : réalité et conséquences*. info.gouv.fr. https://www.info.gouv.fr/actualite/vieillissement-de-la-societe-francaise-realite-et-consequences

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet. Neurology*, *3*(6), 343-353. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00767-7

Freud, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies : Une étude critique*. (5e éd.) Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie*. Érès éd.

Freud, S. (1900). *L'interprétation du rêve* (Nouvelle éd.). Éd. du Seuil.

Freud, S. (1904-1919). *La technique psychanalytique*. (3e éd.) Presses universitaires de France.

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard.

Freud, S. (1905-1918). *Cinq psychanalyses* (5e éd.) Presses universitaires de France.

Freud, S. (1908). Caractère et érotisme anal. *Névrose, psychose et perversion*. Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1912-1915). *L'Amour de transfert : Et autres essais sur le transfert et le contre-transfert*. Payot.

Freud, S. (1913). *Totem et tabou*. Petite Bibliothèque Payot.

Freud, S. (1914-1917). *Pour introduire le narcissisme et autres textes*. Payot & Rivages.

Freud, S. (1915). *Huit études sur la mémoire et ses troubles*. Gallimard.

Freud, S. (1915). *Pulsions et destins des pulsions*. Payot.

Freud, S. (1915-1923). *Essais de psychanalyse*. Payot.

Freud, S. (1915-1917). *Introduction à la psychanalyse*. Payot & Rivages.

Freud, S. (1915-1917). *Métapsychologie* (2e éd). Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie*. Payot & Rivages.

Freud, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. Payot.

Freud, S. (1924). *Névrose, psychose et perversion* (13e éd). Presses universitaires de France.

Freud, S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse. Psychanalyse et médecine*. Gallimard.

Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Payot.

Freud, S. (1930). *Le Malaise dans la civilisation*. Points.

Freud, S. (1937). *L'analyse finie et l'analyse infinie : Suivi de Constructions dans l'analyse*. (2e éd.). Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Presses Universitaires de France.

Freud, S., & Fliess, W. (2006). *La naissance de la psychanalyse : lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans (1887-1902)*. Presses Universitaires de France.

Freud, S., & Jung, C. G. (1992). *Correspondance (1906–1913)*. Gallimard.

Galien. (IIème siècle). *Œuvres médicales choisies*. Gallimard. 1994.

Galton, F. (1883). *Inquiries into human faculty and its development*. AMS Press.

Giannakopoulos, P., Hof, P. R., Michel, J.-P., & Bouras, C. (2003). Vieillissement cérébral normal, troubles de la mémorisation et maladie d'Alzheimer : Des lésions neuropathologiques à l'altération de la cognition. *Cliniques méditerranéennes*, *67*(1), 67-74. https://doi.org/10.3917/cm.067.0067

Glenner, G. G., & Wong, C. W. (1984). Alzheimer's disease : Initial report of the purification and characterization of a novel cerebrovascular amyloid protein. *Biochemical and Biophysical Research Communications*, *120*(3), 885-890. https://doi.org/10.1016/s0006-291x(84)80190-4

Gleyze, J.-F. (s. d.). *Exquises requêtes*. http://jf.gleyze.free.fr/ExquisesRequetes.html

Grand, A. (2016). Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : Cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. *Vie sociale*, *15*(3), 13-25. https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0013

Groot Kormelinck, C. M., Janus, S. I. M., Smalbrugge, M., Gerritsen, D. L., & Zuidema, S. U. (2021). Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care. *International Psychogeriatrics*, *33*(9), 873-889. https://doi.org/10.1017/S1041610220000034

Grosclaude, M. (2003). Les déments parlent donc ? *Gerontologie et societe*, *26106*(3), 129-145.

Grosclaude, M. (2005). Démence, perte de l'objet, dépression et deuil. *Perspectives Psy*, *44*(5), 384-393.

Grosclaude, M. (2007). Nurses in geriatrics and Alzheimer's disease : Knowledge, image, and common practice-results from a survey in a French area (Alsace). *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, *5*(2), 139-152.

Grosclaude, M. (2020). Entendre le sujet dans la démence. *Topique*, *150*(3), 97-104. https://doi.org/10.3917/top.150.0099

Grotstein, J. S. (2016). *Un rayon d'intense obscurité : Ce que Bion a légué à la psychanalyse*. Ithaque.

Grünthal. E. (1926) « Über die Alzheimersche Krankheit » in, Zeitschrift fur die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 101.

Grünthal. E. (1927) « Klinisch-anatomisch vergleichende Untersuchungen über den Greisenblödsinn » in, Zeitschrift fur die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 111.

Gutton, P., & Talpin, J.-M. (2025). Introduction. L'expérience affective du vieillir. In *Les affects du vieillir* (p. 9-12). In Press. https://doi.org/10.3917/pres.gutto.2025.01.0009

Gutton, P., & Verdon, B. (2025). « Psychanalyse et vieillissement » : Le collectif. In *Les affects du vieillir* (p. 5-6). In Press. https://doi.org/10.3917/pres.gutto.2025.01.0005

Hamed, S. B. (2018). Analyste-analysant roussis au feu de l'amour:Transfert et contre-transfert : « Pas l'un sans l'autre et sans l'ensemble qui les contient ». *Imaginaire & Inconscient*, *41*(1), 91-119. https://doi.org/10.3917/imin.041.0091

Harvey, W., Carty, J. A., & Willis, R. (1628). *On the Motion of the Heart and Blood in Animals : A New Edition of William Harvey's Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* (New édition). Resource Publications. 2016.

Haute Autorité de Santé. (2012). *ALD n° 15 – Maladie d'Alzheimer et autres démences*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_820000/fr/ald-n-15-maladie-d-alzheimer-et-autres-demences

Hauw, J.-J. (2019). *La maladie d'Alzheimer*. Presses Universitaires de France. https://www.cairn.info/la-maladie-d-alzheimer--9782130804178.htm

Henkel, L. A., Johnson, M. K., & De Leonardis, D. M. (1998). Aging and source monitoring : Cognitive processes and neuropsychological correlates. *Journal of Experimental Psychology. General*, *127*(3), 251-268. https://doi.org/10.1037//0096-3445.127.3.251

Herlant-Hémar, K. (2011). *Temporalité et désordre psychique : Rencontres aux temps de la démence* (Thèse de doctorat, Université Paris 7). https://theses.fr/2011PA070056

Herlant-Hémar, K., & Caron, R. (2012). Le rythme comme générateur de continuité chez le sujet en proie à la démence avancée. *Cliniques méditerranéennes*, *86*(2), 229-243. https://doi.org/10.3917/cm.086.0229

Hippocrate. (Ve siècle av. J.-C). *Traité des airs, des eaux et des lieux. Tome 2*. Hachette Livre BNF. 2023.

Hochmann, J. (2011). Wilfred Bion, philosophe des sciences. *Revue française de psychanalyse*, *75*(3), 869-891. https://doi.org/10.3917/rfp.753.0869

Izcovich, L. (2004). Du point du capiton à l'orientation de la jouissance. *Champ lacanien*, *1*(1), 53-63. https://doi.org/10.3917/chla.001.0053

Jacotot, J.-J. (1823). *Enseignement universel : Langue maternelle*. HardPress.

Jaspard, M. (2017). En amont de la « révolution sexuelle », première moitié du XX^{ème} siècle. *Repères*, *3*, 33-46.

Jellinger, K. A. (2022). Recent update on the heterogeneity of the Alzheimer's disease spectrum. *Journal of Neural Transmission 129*(1), 1-24. https://doi.org/10.1007/s00702-021-02449-2

Johnson, M. K., Hashtroudi, S., & Lindsay, D. S. (1993). Source monitoring. *Psychological Bulletin*, *114*(1), 3-28. https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.1.3

Kaës, R. (1999). Une conception psychanalytique de l'institution. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, *32*(1), 9-22. https://doi.org/10.3406/rppg.1999.1432

Katzman, R. (1976). The Prevalence and Malignancy of Alzheimer Disease : A Major Killer. *Archives of Neurology*, *33*(4), 217. https://doi.org/10.1001/archneur.1976.00500040001001

Kennedy, B. K., Berger, S. L., Brunet, A., Campisi, J., Cuervo, A. M., Epel, E. S., Franceschi, C., Lithgow, G. J., Morimoto, R. I., Pessin, J. E., Rando, T. A., Richardson, A., Schadt, E. E., Wyss-Coray, T., & Sierra, F. (2014). Geroscience: Linking aging to chronic disease. *Cell, 159*(4), 709–713 https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.10.039

King, P. H. M. (2006). The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly*. In *Is It Too Late?* Routledge.

Kishik, D. (2023). SELF STUDY : Notes on the Schizoid Condition. In *Self Study : Notes on the Schizoid Condition*. ICI Berlin Press. https://press.ici-berlin.org/doi/10.37050/hs-01/kishik_self-study.html?utm_source=chatgpt.com

Klein, M. (1921-1945). *Essais de psychanalyse*. Payot.

Klein, M. (1940). *Deuil et dépression*. Payot.

Klein, M. (1957). *Envie et gratitude et autres essais*. Gallimard.

Kleist. K et Herz. K. (1925). « Die Alzheimersche Krankheit » in , *Programme der Medizinischen Filmwoche V/ 18*.

Kraepelin, E. (1883–1915). *Clinical psychiatry : A textbook for students and physicians* (A. R. Diefendorf, Trad.). Kessinger Publishing. 2007.

Lacan, J. (1955). *Le séminaire Livre II. Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points.

Lacan, J. (1956). *Le séminaire. Livre III. Les psychoses.* Seuil.

Lacan, J. (1962). *Le séminaire. Livre IX. L'identification*. Seuil.

Lacan, J. (1964). *Le séminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse.* Seuil.

Lacan, J. (1966). *Écrits*. Seuil.

Laplanche, J. (1967-1992). *La révolution copernicienne inachevée*. Presses Universitaires de France.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.

Le Gouès, G. (1991). *Le psychanalyste et le vieillard*. Presses universitaires de France.

Le Gouès, G. (2001). La psychanalyse tardive. *Champ psychosomatique*, *24*(4), 45-55. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/cpsy.024.0045

Le Gouès, G., & Péruchon, M. (1992). Ultimes processus de pensée. *Revue française de psychanalyse*, *56*(1), 135-148. Cairn.info.

Lichteim, L. (1885). On Aphasia1. *Brain*, *7*(4), 433-484. https://doi.org/10.1093/brain/7.4.433

Lubie, L., & Leygnac-Solignac, I. (2021). *Goupil ou face*. Delcourt.

Macron, E. (2024, 31 décembre). *Vœux aux Français*. Élysée. https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2024/12/31/voeux-aux-francais

Maisondieu, J. (2010). L'autruicide, un problème éthique méconnu. *Laennec*, 58(1), 18–29. https://doi.org/10.3917/lae.101.0018

Maisondieu, J. (2002). La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ? *Gérontologie et société*, *25 / 102*(3), 227-235. https://doi.org/10.3917/gs.102.0227

Maisondieu, J. (2002). L'exclusion : Un processus mortel. *Études sur la mort*, *122*(2), 85-91. https://doi.org/10.3917/eslm.122.0085

Maisondieu, J. (1996). *Le crépuscule de la raison* (5e éd. revue et augmentée). Bayard.

Malige-Labart, K. (2024). Le résident au centre dans les Ehpad : De la loi à la culture organisationnelle. *Gérontologie et société*, *46173*(1), 63-81. https://doi.org/10.3917/gs1.173.0063

Malthus, T. R. (1798). *An Essay on the Principle of Population*. 12th Media Services.

Maurer, K., Maurer, U., Langer, O., & Langer, R. (1999). *Alzheimer : Vie d'un médecin, histoire d'une maladie*. Michalon.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, *7*(3), 263-269. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005

Menon, V. (2023). 20 years of the default mode network : A review and synthesis. *Neuron*, *111*(16), 2469-2487. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2023.04.023

Messy, J. (2002). *La personne âgée n'existe pas : Une approche psychanalytique de la vieillesse*. Payot & Rivages.

Meyer J.E et Lauter. H. (1968) « Clinical and Nosological Concept of Senile Dementia » in, *Ch. Müller et L. Ciompi (édit.), Senile Dementia*, Stuttgart / Berne.

Meynert, T. (1884). *Psychiatrie : Klinik Der Erkrankungen Des Vorderhirns Begründet Auf Dessen Bau, Leistungen Und Ernährung...* Legare Street Press.

Montaigne, M. D. (1580). *Les Essais : Livre I* (1er édition). Kinoscript.

Montani, C. (1994). *La maladie d'Alzheimer : Quand la psyché s'égare*. L'Harmattan.

Moreau Ricaud, M. (2005). Grandir jusqu'à la mort ? A propos de M. Balint « The Psychological Problems of Growing Old ». *Topique*, *93*(4), 7-22. https://doi.org/10.3917/top.093.0007

Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives : Atlas*. chez J.B. Baillière. https://books.google.fr/books?id=9OU-AAAAYAAJ

Moreno, J. L. (1934). *Who Shall Survive? : A New Approach to the Problem of Human Interrelations*. Forgotten Books.

Morris, M. C., Tangney, C. C., Wang, Y., Sacks, F. M., Bennett, D. A., & Aggarwal, N. T. (2015). MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, *11*(9), 1007-1014. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.11.009

Mousli, M. (2008). La dominance des retraités : Naissance d'une nouvelle société ? *Le Journal de l'École de Paris du management*, *69*(1), 25-30. https://doi.org/10.3917/jepam.069.0025

Ng, Q. X., Ho, C. Y. X., Koh, S. S. H., Tan, W. C., & Chan, H. W. (2017). Doll therapy for dementia sufferers : A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *26*, 42-46. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.11.007

Ngatcha-Ribert, L. (2007). D'un no man's land à une grande cause nationale. Les dynamiques de la sortie de l'oubli de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, *30 / 123*(4), 229-247. https://doi.org/10.3917/gs.123.0229

Ngatcha-Ribert, L. (2012). *Alzheimer : La construction sociale d'une maladie*. Dunod.

Ngatcha-Ribert, L. (2018). *Alzheimer : Vers une société « amie de la démence ? »* Le Bord de l'eau.

Ngatcha-Ribert, L. (2023). Éléments pour une socio-histoire récente de la maladie d'Alzheimer. In A. Chamahian & V. Caradec (dir.), *La sociologie face à la maladie d'Alzheimer* (p. 71-90). Presses universitaires du Septentrion. https://doi.org/10.4000/books.septentrion.145414

Ninot, G., Agier, S., Bacon, S., Berr, C., Boulze-Launay, I., Bourrel, G., Carbonnel, F., Clément, V., David, M., Gerazime, A., Gomez, A., Guerdoux-Ninot, E., Laurent, A., Lavoie, K., Libourel, T., Lognos, B., Maffre, F., Maitre, J., Martin, S., Trouillet, R. (2017). La Plateforme CEPS : Une structure universitaire de réflexion sur l'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM). *Hegel*, *1*(1), 53-56. https://doi.org/10.3917/heg.071.0053

Ninot, G., Boulze-Launay, I., Bourrel, G., Gerazime, A., Guerdoux-Ninot, E., Lognos, B., Libourel, T., Mercier, G., Engberink, A. O., Rapior, S., Senesse, P., Trouillet, R., & Carbonnel, F. (2018). De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*, *1*(1), 21-27. https://doi.org/10.3917/heg.081.0021

Nirello, L. (2016). Les outils technologiques au service du contrôle de gestion dans les Ehpad:Conséquences sur la qualité du travail. *Retraite et société*, *75*(3), 73-90. https://doi.org/10.3917/rs.075.0073

Noailles-Siméon, P., & Bachelot, D. (2017). Esquisse d'une France innovante. *Entreprendre & Innover*, *32*(1), 83-93. https://doi.org/10.3917/entin.032.0083

Nyberg, L., Lövdén, M., Riklund, K., Lindenberger, U., & Bäckman, L. (2012). Memory aging and brain maintenance. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*(5), 292-305. https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.04.005

Olievenstein, C. (2000). *Naissance de la vieillesse*. Jacob.

Ortigues, M.-C., & Ortigues, E. (1984). *Œdipe africain* (3. ed). L'Harmattan.

Oury, J. (1986). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Champ Social. 2017.

Pakhomov, S. V. S., Kaiser, E. A., Boley, D. L., Marino, S. E., Knopman, D. S., & Birnbaum, A. K. (2011). Effects of age and dementia on temporal cycles in spontaneous speech fluency. *Journal of Neurolinguistics*, *24*(6), 619-635.

Paugam, S. (2016). *La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté* (5e éd., 3e tirage). Presses Universitaires de France.

Peng, Y., Liu, Y., Guo, Z., Zhang, Y., Sha, L., Wang, X., & He, Y. (2024). Doll therapy for improving behavior, psychology and cognition among older nursing home residents with dementia : A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, *55*, 119-129. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.10.025

Péruchon, M. (2001). Démence et vie opératoire. *Cahiers de psychologie clinique*, *16*(1), 123-129. https://doi.org/10.3917/cpc.016.0123

Péruchon, M. (2014). Point de vue économique de la maladie d'Alzheimer, résonances neuropsychanalytiques. *Psychologie Clinique*, *37*(1), 186-197. https://doi.org/10.1051/psyc/201437186

Peter, A. *This is my life*. (2015). Dementia Alliance International. https://dementiaallianceinternational.org/blog/peter-ashley-this-is-my-life

Petersen, R. C. (2016). Mild Cognitive Impairment. *Continuum.* 404-418. https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000313

Petits Frères des Pauvres. (2019). *À quel âge devient-on vieux ?* https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/a-quel-age-devient-on-vieux

Pierre-Henry Castel. (2016). *L'enfant, l'image, le jeu, le rêve.* Philosophie de l'esprit, psychopathologie, psychanalyse. http://pierrehenri.castel.free.fr/

Pierrette, M., & Cuny-Guerrier, A. (2024). Les logiciels de soins en Ehpad : Effets perçus des soignants sur leur activité et conditions d'usage. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *85*(2-3), 102068. https://doi.org/10.1016/j.admp.2024.102068

Pinel, J. (1989). Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, *13*(1), 77-87. https://doi.org/10.3406/rppg.1989.1040

Pitaud, P., & Deschamps, R. (2021). Personnes âgées, technologies numériques et rupture du lien social : Risques de l'exclusion ou leurres de l'inclusion ? In *Vieillir dans une société connectée ?* (p. 33-81). érès. https://doi.org/10.3917/eres.pitau.2021.02.0033

Plastow, M. G. (2019). L'émergence de la pulsion de mort chez Sabina Spielrein. *Essaim*, *43*(2), 79-89. https://doi.org/10.3917/ess.043.0079

Plaute (IIIe–IIe siècle av. J.-C.). *Casina*. CreateSpace Independent Publishing Platform. 2016.

Ploton, L. (2009). De l'hystérie à la maladie d'Alzheimer, quelle peut être la fonction du symptôme ? *Cliniques méditerranéennes*, *79*(1), 63-77. https://doi.org/10.3917/cm.079.0063

Poulichet, S. L. (2004). De la clinique à la recherche. *Recherches en psychanalyse*, *1*(1), 71-79. https://doi.org/10.3917/rep.001.0071

Pourchet, F., & Villa, F. (2024). La santé en psychanalyse : Enjeux et définition d'un problème métapsychologique. *Cliniques méditerranéennes*, *110*(2), 267-279. https://doi.org/10.3917/cm.110.0267

Powers, R., & Pellegrin, J.-Y. (2008). *La chambre aux échos*. Le Cherche midi.

Pratt, H. J. (1976). *The gray lobby*. University of Chicago Press.

Puisieux, F. (2021). La gériatrie africaine, un sujet d'actualité et d'avenir. *La Revue de Gériatrie*. https://www.revuedegeriatrie.fr/publication/la-geriatrie-africaine-un-sujet-dactualite-et-davenir/

Quaderi, A. (2003). La psychanalyse au risque de la démence. Le pari pascalien dans la clinique du dément. *Cliniques méditerranéennes*, *67*(1), 33-52. https://doi.org/10.3917/cm.067.0033

Quinodoz, D. (1997). Psychanalyse des personnes âgées et fantasme d'éternité. *Revue française de psychanalyse*, *vol. 61, n° 5 spécial*, 1881-1889.

Quinodoz, J.-M. (2004). Lire Freud aujourd'hui ? *Hors collection*, 301-302.

Ramée, E. L. (2025). Netsoins : un logiciel incontournable pour l'accompagnement des résidents en EHPAD. *IdeoSenior*. https://www.ideosenior.fr/8108/netsoins-un-logiciel-incontournable-pour-laccompagnement-des-residents-en-ehpad/

Rancière, J. (1987). *Le maître ignorant : Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*. 10/18. 2020.

Rea, C., & Caron, R. (2011). Le rapport au monde dans la maladie d'Alzheimer. Pour une lecture plurielle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *169*(1), 26-30. https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.10.018

Reagan, R. (1994). *Letter announcing his Alzheimer's diagnosis*. Ronald Reagan Presidential Library. https://www.reaganlibrary.gov/reagans/ronald-reagan/reagans-letter-announcing-his-alzheimers-diagnosis

Reich, W. (1930). *La révolution sexuelle : Pour une autonomie caractérielle de l'homme*. 10/18. 2020.

Reich, W. (1942). *La Fonction de l'orgasme*. L'Arche Editions. 1978.

Reich, W. (1933). *La psychologie de masse du fascisme*. Payot. 2015.

Rigaux, N. (1998). *Le pari du sens : Une nouvelle éthique de la relation avec les patients âgés déments*. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

Rocher, P., & Lavallart, B. (2009). Le plan Alzheimer 2008-2012. *Gérontologie et société*, *32128129*(1), 13-31. https://doi.org/10.3917/gs.128.0013

Ross, S. D., Ziegert, N., & Rodriguez, F. S. (2025). Non-pharmacological interventions in dementia care : What is being implemented. *BJPsych Bulletin*, 1-8. https://doi.org/10.1192/bjb.2025.10120

Rougemont, D. de. (2001). *L'amour et l'Occident*. 10/18.

Santagata, F., Massaia, M., & D'Amelio, P. (2021). The doll therapy as a first line treatment for behavioral and psychologic symptoms of dementia in nursing homes residents : A randomized, controlled study. *BMC Geriatrics*, *21*, 545. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02496-0

Sauret, M.-J., Combres, L., Rossi-Neves, P., Zapata-Reinert, L., Askofaré, S., & Macary-Garipuy, P. (2015). La contribution de la psychanalyse à l'analyse de la logique du monde contemporain. *Nouvelle revue de psychosociologie*, *20*(2), 43-56. https://doi.org/10.3917/nrp.020.0043

Schoenenburg, S., Dreuil, D., Boury, D., Puisieux, F., Clercx, A., Blin, A., & Chambon-Douniol, M. (2019). Clinique de l'attente anxieuse en gériatrie. *Le Journal des psychologues*, *371*(9), 58-63. https://doi.org/10.3917/jdp.371.0058

Schoenenburg, S., & Puisieux, F. (2016). Accompagner les aidants familiaux de malades Alzheimer. *Le Journal des psychologues*, *342*(10), 27-30. https://doi.org/10.3917/jdp.342.0027

Sécher, C. (2021). Les poupées d'empathie en gérontologie, un outil d'apaisement. *Soins Aides-Soignantes*, *18*(99), 22-23. https://doi.org/10.1016/j.sasoi.2021.01.009

Shakespeare, W. (1606). *Le Roi Lear*. Folio. 2016.

Shorter, E. (1998). *A History of Psychiatry : From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. Wiley.

SIDA : une quinzaine de militants d'Act Up ont barbouillé de faux sang le siège des laboratoires Roche. (2004, 17 avril). *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/archives/article/2004/04/17/sida-une-quinzaine-de-militants-d-act-up-ont-barbouille-de-faux-sang-le-siege-des-laboratoires-roche_4298181_1819218.html

Soboul, A. (1981). *Comprendre la Révolution. Problèmes politiques de la Révolution française (1789-1797)*. La Découverte. https://shs.cairn.info/comprendre-la-revolution--9782348029981

Sophocle, & Lauxerois, J. (441–401 av. J.-C.). *Antigone, Oedipe Tyran, Oedipe à Colone suivi de " L'Ame tragique "*. Pocket. 2022.

Spitz, R. A. (1954). *De la naissance à la parole : La première année de la vie* (10e éd., 4e tirage). Presses universitaires de France. 2012.

Sterz.G. (1921). « Zu Fragen der Alzheimerschen Krankheit » in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medizin 37.*

Stiegler, B. (2013). *De la misère symbolique*. Flammarion.

Stiegler, B. (2015). *La Société automatique : 1. L'avenir du travail*. Fayard.

Stone, R. I. (2014). *The Impact of Preventive Geriatrics on Aging Populations. Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(3), 348-357.

Talpin, J.-M. (2011). Penser le vieillissement. Entre pathologie et création. *Études*, *415*(7-8), 43-53. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/etu.4151.0043

Talpin, J.-M. (2018). Du corps virtuel au réel du corps en gériatrie. *Connexions*, *110*(2), 99-108. https://doi.org/10.3917/cnx.110.0099

Taylor, R. (s. d.). *Thoughts on dementia*. Dementia Alliance International. https://dementiaallianceinternational.org/blog/thoughts-on-dementia-by-the-late-dr-richard-taylor

Ternon, Y. (2005). Penser, classer, exclure. Origine du racisme biologique. *Revue d'Histoire de la Shoah*, *183*(2), 17-47. https://doi.org/10.3917/rhsho.183.0017

Toesca, É. C. (2014). Le squiggle, une invention de Winnicott revisitée avec Lacan. *Psychanalyse*, *31*(3), 53-61. https://doi.org/10.3917/psy.031.0051

Toulouse, É. (1924). *Demain, efforts de pensée et de vie meilleures*. Hachette Livre BNF. 2024.

Tournay, A. (2021). Bien-être, bien vieillir entre marketing et enjeu sociétal : La création d'une marque porteuse de sens. *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, *11*, Article 11. https://doi.org/10.25965/trahs.3916

Vanderheyden, J.-É., Devilers, R., Beucken, J., Behets, E., & Thiroux, A. (2017). Chapitre 21. Le Cantou® : Structure, fonctionnement, bénéfices et formation du personnel. In *Démence et perte cognitive* (Vol. 2, p. 271-284). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.vande.2017.01.0271

Van der Linden, M., & Juillerat Van der Linden, A.-C. (2016). Quand un Centre de la Mémoire fait des annonces inacceptables sur le diagnostic précoce de la « maladie d'Alzheimer » ! *Penser autrement le vieillissement*. http://www.mythe-alzheimer.org/2016/11/quand-un-centre-de-la-memoire-fait-des-annonces-inacceptables-concernant-le-diagnostic-precoce-de-la-maladie-d-alzheimer.html

Verdon, B. (2012). *Cliniques du sujet âgé*. Armand Colin.

Verdon, B. (2022). Chapitre II. L'appareil psychique. *Que sais-je ?*, *3*, 36-48.

Verdon, B. (2022). Chapitre V. Le fonctionnement psychique dans les maladies liées au vieillissement cérébral. *Que sais-je ?*, *3*, 92-107.

Verdon, B. (2022). Chapitre VI. Pratiques cliniques et thérapeutiques. *Que sais-je ?*, *3*, 108-116.

Verdon, B. (2022). La maladie d'Alzheimer : Entre présence et absence à soi-même. *Le Carnet Psy*, *251*(3), 39-42. https://doi.org/10.3917/lcp.251.0039

Verdon, B., & Gutton, P. (2024). Introduction. D'une duplicité qui ne veut pas être dupe. In *L'écoute clinique à l'épreuve du vieillissement* (p. 11-20). In Press. https://shs.cairn.info/l-ecoute-clinique-a-l-epreuve-du-vieillissement--9782848358833-page-11

Verdon, B., Racin, C., & Talpin, J.-M. (2023). Vieillir : La vie rêvée ? In *Le rêve* (p. 149-163). In Press. https://doi.org/10.3917/pres.misso.2023.01.0150

Villa, F. (2010). *La puissance du vieillir*. Presses Universitaires de France.

Villa, F. (2014). Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement. *Le Carnet PSY*, *180*(4), 21-26. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/lcp.180.0021

Villez, A. (2007). EHPAD : La crise des modèles. *Gérontologie et société*, *30123*(4), 169-184. https://doi.org/10.3917/gs.123.0169

Villez, M. (2020). Fiche 1. Les représentations sociales de la vieillesse. In *Psychogérontologie fondamentale et théorique* (p. 11-19). In Press. https://doi.org/10.3917/pres.menec.2020.01.0012

Villez, M. (2023). Maladie d'Alzheimer et accompagnement en lieu de vie collectif : Un éclairage socio-historique. In A. Chamahian & V. Caradec (dir.), *La sociologie face à la maladie d'Alzheimer* (p.91-110). Presses universitaires du Septentrion. https://doi.org/10.4000/books.septentrion.145424

Viriot Durandal, J.-P. (2003). *Le pouvoir gris : Sociologie des groupes de pression de retraités*. Presses universitaires de France.

Visentini, G. (2017). Frontières d'une clinicographie psychanalytique. *Psychologie Clinique*, *44*(2), 14-31. https://doi.org/10.1051/psyc/20174414

Whitehouse, P. J., George, D., Juillerat, A.-C., & Van der Linden, M. (2009). *Le mythe de la maladie d'Alzheimer : Ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*. Solal.

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard. 2002.

Winnicott, D. W. (1974). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard. 2018.

Winnicott, D. W. (1979). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Gallimard.

Yasmin Aga Khan : Le naufrage de ma mère a bouleversé ma vie. (2009). Paris Match. https://www.parismatch.com/Royal-Blog/Yasmin-Aga-Khan-Le-naufrage-de-ma-mere-a-bouleverse-ma-vie-163991

Annexes

ANNEXE 1 : EXPOSE DU CAS « AUGUSTE D » PAR ALOÏS ALZHEIMER TEL QUE RELATE PAR MAURER[73]

« Les signes cliniques sont particuliers dans ce cas et ne permettent aucune classification dans une des maladies connues. Je vais les résumer :

Une femme de 51 ans a d'abord manifesté une jalousie maladive à l'égard de son mari. Bientôt apparurent des absences de mémoire de plus en plus graves. Elle ne se retrouvait plus dans son appartement, trainait les objets ici et là, les dissimulait, croyait parfois qu'on voulait la tuer et se mettait à crier. Son comportement à l'Asile donne la preuve d'une totale confusion.

Elle est complétement désorientée dans le temps comme dans l'espace. Il lui arrive parfois de déclarer qu'elle ne comprend plus rien, qu'elle ne s'y reconnait plus. Tantôt elle salue le médecin comme s'il s'agissait d'un visiteur et elle s'excuse de n'avoir pas terminée son travail, tantôt elle se met à crier, disant qu'il veut la découper ou encore elle le chasse avec des paroles laissant entendre qu'il cherche à attenter à son honneur de femme. Elle est parfois totalement délirante, traîne sa literie partout, appelle son mari et sa fille et donne des signes d'hallucinations auditives. Il lui arrive de crier des heures durant d'une voix atroce.

Incapable de comprendre la situation, elle se met à crier dès qu'on veut l'examiner. Seuls de longs et patients efforts ont permis de faire quelques constatations.

Sa perception est complétement perturbée. Si on lui montre certains objets, elle les désigne souvent correctement, mais aussitôt après, elle a tout oublié. Quand elle lit, elle saute d'une ligne à l'autre, ânonne les mots avec une intonation erronée. En écrivant, elle répète plusieurs fois certaines syllabes, en oublie d'autres et s'égare rapidement. En parlant, elle s'embrouille ou utilise des paraphrases à la place d'un mot (verseur à lait pour tasse, par exemple). Manifestement, elle ne comprend pas le sens de nombreuses questions.

---

[73] Maurer, K., Maurer, U., Langer, O., & Langer, R. (1999). *Alzheimer : Vie d'un médecin, histoire d'une maladie*. Michalon.

Elle semble avoir oublié l'usage de certains objets. La marche est normale et elle se sert correctement de ses mains. Le réflexe rotulien existe, les pupilles réagissent. Les artères radiales sont un peu rigides, le rythme cardiaque est normal, pas d'albumine.

Les symptômes se manifestent de manière plus ou moins aiguë mais l'hébétude progresse en général. La mort intervient après quatre années de maladie. A la fin, la malade était totalement apathique, étendue sur son lit, les jambes allongées, incontinente et, malgré les soins, elle finit par avoir des escarres. »

ANNEXE 2 : JOURNAL CLINIQUE RECONSTITUE PAR HERLANT[74] A PARTIR DE L'OUVRAGE DE MAURER.[75]

« Le 26 novembre 1901, le Dr Aloïs Alzheimer, médecin-chef à l'asile pour aliénés et pour épileptiques de Francfort-sur-le-Main, feuillette, comme à l'accoutumée, les dossiers des patients entrés la veille dans le service. Intrigué par le dossier de la malade Auguste D., née le 16 mai 1850, le Dr Alzheimer décide de la rencontrer.

— Comment vous appelez-vous ?

— Auguste.

— Votre nom de famille ?

— Auguste.

— Comment s'appelle votre mari ?

— Auguste, je crois.

— Votre mari ?

— Ah bon, mon mari…

— Etes-vous mariée ?

— A Auguste.

— Madame D. ?

— Oui, à Auguste D.

— Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

— Trois semaines.

— Qu'est-ce que je tiens dans ma main ?

— Un cigare.

— Exact. Et qu'est-ce que c'est que ça ?

---

[74] Herlant-Hémar, K. (2011). *Temporalité et désordre psychique : Rencontres aux temps de la démence* [These de doctorat, Paris 7].
[75] Maurer, K., Maurer, U., Langer, O., & Langer, R. (1999). *Alzheimer : Vie d'un médecin, histoire d'une maladie*. Michalon.

— Un crayon.

— Merci. Et ça ?

— Une plume.

— Exact aussi. Et qu'est ceci, Madame D. ?

— Votre porte-monnaie, Docteur.

— Oui. Exact. Et ceci ?

— Un livre.

— Et qu'est-ce qui se trouve à côté de mon carnet ?

— Un trousseau de clés.

— De quoi se compose-t-il ?

— De plusieurs clés.

Au moment du déjeuner, Madame Auguste D. mange du chou-fleur et du porc ; cependant, lorsque le Dr Alzheimer lui demande ce quoi est composé son repas, elle répond : « des épinards. […] J'ai d'abord mangé des pommes de terre et puis du raifort. » Le Dr Alzheimer lui présente ensuite divers objets en lui demandant de les nommer ; très rapidement, madame Auguste D. ne sait plus ce qu'il lui a montré et répète le terme « jumeaux ». Lorsque le Dr Alzheimer lui demande d'écrire son nom, « Frau Auguste D. », elle débute l'écriture et après « Frau », ne sait plus ce qu'elle doit écrire. Le Dr Alzheimer donne à ce symptôme le nom de « trouble amnésique de l'écriture ». Si chaque mot est annoncé isolément, elle l'écrit. Elle se trompe toutefois sur « Auguste », en écrivant « Auguse ». Dans la soirée, le discours est plus fluide mais certains mots prennent la place d'autres et la patiente persiste obstinément sur certaines idées. Le 28 novembre 1901, Madame Auguste D. est « désemparée et anxieuse »; elle répète : « Je ne veux pas me laisser couper ! ». Son comportement est celui d'une personne aveugle, tournant en rond et venant toucher le visage des autres patients, rendus agressifs par ces gestes. « Je dois mettre de l'ordre » dit-elle lorsqu'on l'interroge sur son comportement. Le 29 novembre 1901, Madame Auguste D. se voit placée en salle d'isolement. Elle est très calme, allongée sur le lit et semble perdue. Lorsque le Dr Alzheimer l'interroge, elle ne sait pas où elle se trouve et donne une réponse inappropriée aux questions posées, parfois du fait d'associations verbales. Lorsqu'il lui demande sa date de naissance, elle répond « Mil huit cent… », puis « cette année, non, l'an

dernier », et finit par oublier la question. Elle énumère les mois de l'année avec exactitude et très rapidement ; en revanche, lorsque le médecin lui demande le onzième mois de l'année, elle est mise en échec, et répond : « Le dernier, en somme… Non, pas le dernier… ». Elle répond parfaitement aux questions concernant la couleur de la neige, de la suie, du ciel, de la prairie, à des questions simples sur l'anatomie (« Combien de doigts avez-vous ? ») ou les tables de multiplication élémentaires. En revanche, lorsque Madame Auguste D. ne sait pas répondre, elle donne une réponse autre, en lien avec la question :

— Si vous achetez six œufs à sept pfennigs la pièce, ça fait combien ?

— On les fait pocher.

— Dans quelle rue habitez-vous ici ?

— Je peux vous le dire, je dois seulement attendre un instant.

A d'autres moments, les réponses semblent sans aucun lien avec la question posée, ou correspondent à une question formulée précédemment. Madame Auguste D. nomme sans difficulté les objets qui lui sont présentés, même lorsqu'elle a les yeux bandés et qu'il lui faut les reconnaître par le toucher. Lorsqu'il lui est demandé d'écrire son nom, comme la veille elle note « Frau » puis oublie la consigne qu'il faut continuellement lui répéter. 330Tout au long de l'exercice, elle n'a de cesse de dire : « Je me suis pour ainsi dire perdue. » Lorsque le médecin lui demande de lire, Madame Auguste D. omet des lignes ou au contraire relit la même à plusieurs reprises ; lorsqu'un mot lui vient spontanément à l'esprit, elle le répète jusqu'à la fin du test. Lors de l'interrogatoire ou de l'examen physique et neurologique pratiqué par le Dr Alzheimer dans la salle d'isolement, Madame Auguste D. est calme et compliante ; en revanche lorsqu'elle doit en sortir pour retourner dans son lit, elle devient anxieuse et agitée : « Je ne serai pas coupée… Je ne me laisserai pas couper.» Un autre entretien se déroule le 30 novembre 1901 ; Madame Auguste D. se montre, envers le Dr Alzheimer, tantôt accueillante tantôt récalcitrante à la rencontre, avec des comportements d'agitation importante, traduisant une forte anxiété. Elle ne semble pas savoir où elle se trouve. A la question « Où êtes-vous ici ? », elle répond : « Ici et partout — ici et maintenant. Ne m'en veuillez pas. » Puis, à un autre moment de l'entretien, à la même question elle répond « A la maison. » Début décembre font suite d'autres entretiens entre Madame Auguste D. et le Dr Alzheimer. La patiente se dit très énervée, ce qu'elle avance comme argument pour ne pas répondre à toutes les questions ; son agitation s'accompagne souvent de la phrase « Ne m'en veuillez pas… ». Durant ces rencontres, retranscrites dans leur intégralité par K. et U.

Maurer, on note une persistance dans les réponses de Madame Auguste D. : à la question de son âge, elle répond « 51 » ; puis le chiffre 51 se répète dans ses réponses, en tant qu'âge, en tant que date, que période depuis laquelle elle est hospitalisée, etc. Elle ne se souvient plus depuis combien de temps elle est à l'hôpital, ce qu'elle faisait huit jours auparavant, un mois, ou à Noël dernier. En revanche la reconnaissance d'objets est toujours intacte et le calcul mental, pour les opérations simples, totalement conservé. Sur la demande du médecin, Madame Auguste D. récite l'alphabet, mais à deux reprises s'arrête à la lettre J ; « Je ne me souviens de rien » conclura-t-elle. Aloïs Alzheimer s'interroge sur le jeune âge de sa patiente en vue d'un diagnostic de démence sénile, pathologie au sujet de laquelle il avait fait des recherches et publié un article. Fidèle à ses travaux, il qualifie la maladie de Madame Auguste D. d' « atrophie artérioscléreuse du cerveau » et la fait figurer dans la catégorie « dérangement du psychisme » (1907). Aucun antécédent familial n'est cependant à noter et l'anamnèse fournie par le mari de la patiente n'indique aucun signe particulier, Madame Auguste D. étant décrite comme une épouse travailleuse, de bon caractère ; le couple avait eu une fille. Les troubles de Madame Auguste D. étaient apparus six mois avant son hospitalisation, sous la forme de sentiments de méfiance envers son mari, d'inquiétude, d'idées de préjudice, de pertes de mémoire, d'erreurs dans les actes de la vie quotidienne, ainsi que des comportements d'errance, de déambulation 331 dans l'appartement ou, au contraire, des comportements d'agitation anxieuse. Le médecin de famille diagnostique alors une « paralysie chronique du cerveau » ; Auguste D. est conduite à l'asile. Le Dr Alzheimer, convaincu des bienfaits des bains chauds et tièdes quotidiens et prolongés, applique cette thérapeutique à sa patiente, alliée à un traitement médicamenteux pour favoriser le sommeil. En février 1902, les entretiens du Dr Alzheimer avec Madame Auguste D. ont toujours lieu quotidiennement mais les propos de la patiente sont de plus en plus décousus et sa capacité de concentration pour répondre aux questions a déjà largement diminué. Les comportements d'agitation sont plus fréquents et elle est souvent isolée la nuit afin d'éviter qu'elle ne se lève et ne réveille les autres malades. Elle erre alors sans but dans sa chambre avant de s'endormir, enroulée dans les draps et les oreillers. U. et K. Maurer restituent dans leur ouvrage la dernière note apposée par Aloïs Alzheimer au dossier de la patiente Auguste D., en juin 1902 : « Auguste D. refuse de nouveau de se laisser examiner et elle se met à crier et à frapper si on tente de le faire. Elle crie aussi sans raison, parfois des heures durant, de sorte qu'elle doit être maintenue au lit. En ce qui concerne la nourriture, elle ne se préoccupe plus des repas. Un furoncle s'est formé sur son dos. » Un dernier entretien rapporte une grande agitation : « Ah, allez-vous-en donc ! Je ne peux pas parler. » Madame Auguste D. déambule,

déploie des activités sans but apparent et crie durant des heures ; durant ces périodes de crise, elle semble effrayée et répète : « Ah, mon Dieu, mon Dieu ! Henri ! Henri ! » ».

ANNEXE 3 : DESCRIPTION DE LA MALADIE D'ALZHEIMER PAR KRAEPELIN[76]

« Alzheimer a signalé un curieux ensemble de cas présentant de graves altérations cellulaires. Il s'agit d'un affaiblissement mental très prononcé évoluant lentement, qui s'accompagne de symptômes croissants de maladie cérébrale. En quelques années, les malades régressent mentalement, leur mémoire et leur pensée dépérissent, ils sont égarés, désorientés, ne sachant plus où ils se trouvent, ne reconnaissent plus les gens, distribuent leurs affaires. Par la suite, ils développent une certaine agitation, transpirent beaucoup, marmonnent, chantent et rient sans raison, courent, se recroquevillent, se mettent à gratter, à déchiqueter les tissus, deviennent incontinents. De nombreux désordres asymboliques apparaissent : les malades ne comprennent plus les demandes ni les signes, ne reconnaissent plus les objets ni les images, n'exécutent plus les actes qu'on leur ordonne, ne savent plus copier, ne font aucun mouvement pour se protéger si l'on fait un geste menaçant, bien qu'ils trouvent les piqûres d'épingle très désagréables. Les troubles de la parole sont particulièrement profonds. Les malades ne parviennent plus à prononcer distinctement certains mots ou certaines phrases, se limitent la plupart du temps à un bredouillage complètement dénué de sens avec répétition incessante et scandée des mêmes syllabes monocordes. Il s'agit manifestement ici d'une forme particulière de blocage. Le texte suivant donnera peut-être un aperçu de ce trouble:

Nicht gut, gut, trinke selber, nicht süss, süss. Die Lumpa, Lumpa haben, haben alle sie alle, alle, zam zambrack, schmeissen hen alle Wasser. Die hat gsagt soll dia auch habe du nicht nie kommen…

On ne reconnaît que quelques mots, çà et là, ou de rares associations de mots. Le reste n'est qu'une série de syllabes totalement dénuées de sens avec blocages répétitifs. Tentant d'obtenir quelques explications, j'obtins ainsi pour réponse cette série de syllabes prononcées à la suite, très vite et suivant un rythme soutenu : Un a so sâs sa schosche da awè olse ru dis so ro hab man o rä so sä sä sä so sa sa sa so so geht's tât so so schä du ta teu schä schä schä à ra wa ra sa schä schä schä schä.

Finalement, les malades perdent totalement la parole, ne s'expriment plus qu'en état d'agitation et par quelques mots compréhensibles, mais isolés, ou par des groupes de syllabes dénuées de sens. Ils ne savent pratiquement plus écrire. Ils plongent alors dans un état de totale

---

[76] Kraepelin, E. (2007). *Clinical Psychiatry : A Textbook For Students And Physicians* (A. R. Diefendorf, Trad.). Kessinger Publishing.

hébétude. Il arrive que les malades lèvent les yeux quand on s'adresse à eux ou même sourient, mais ils ne comprennent aucun mot et leur visage n'exprime rien. Ils ne reconnaissent plus leurs proches et ne se manifestent que lorsqu'on les empoigne directement, esquissant alors des gestes de colère et jetant très vite une série de syllabes répétées, entre lesquelles on distingue çà et là une injure compréhensible. Ils sont incapables de manger et de s'occuper d'eux-mêmes, mettent dans la bouche ce qu'on place dans leur main et sucent les objets qu'on leur présente. Parfois, ils deviennent agités et même anxieux. Sur le plan physique, on observe d'une manière plus ou moins marquée des zones tétanisées, plus fréquentes dans les jambes, un affaiblissement général, une démarche trottinante, incertaine, mais en règle générale pas de systématisation en dehors des troubles asymboliques et paraphasiques. Plusieurs de mes malades ont eu des crises isolées d'épilepsie. La réaction pupillaire est peut-être un peu atténuée, de même que la sensibilité de la peau, dans la mesure où il est possible de contrôler le malade compte tenu de son état d'hébétude. Il y a parfois artériosclérose. Cette description concerne le stade final. Le malade peut mettre plusieurs années à l'atteindre dans un état apparemment stationnaire. D'après mes observations, la mort est généralement provoquée par une affection extérieure. À l'autopsie, Alzheimer constate des altérations du cerveau représentant en quelque sorte des formes aiguës de sclérose sénile. On distingue des dépôts protéiniques anormalement nombreux et près du tiers des cellules nerveuses semblent avoir disparu. Elles sont remplacées par de curieux faisceaux de fibrilles colorables, c'est tout ce qui reste du corps cellulaire. La glia présente de nombreux néoplasmes en voie de formation, surtout autour des dépôts. Ils sont exceptionnels sur les vaisseaux où, par contre, les processus de résorption semblent massifs. L'interprétation clinique de cette « maladie d'Alzheimer » n'est pas claire pour l'instant. Les signes anatomiques semblent indiquer une forme aiguë de démence sénile, mais le fait qu'elle débute vers la fin de la quarantaine va, dans une certaine mesure, à l'encontre de cette définition. Il semblerait que l'on puisse parler plutôt de Senium praecox, du moins s'il s'agit bien d'un processus pathologique plus ou moins en rapport avec l'âge. Par ses troubles particulièrement marqués de la parole, ses phénomènes moteurs, ce malade se distingue pourtant nettement de la presbyophrénie qui accompagne la véritable démence sénile. Il existe peut-être quelques rapports avec certains traits des affections préséniles. La description est déjà très précise mais le traitement à peu près inexistant dans un cas comme dans l'autre. Il consiste le plus souvent en une surveillance attentive du malade pour éviter tout incident, à recommander une vie bien réglée, surtout en ce qui concerne les repas et la digestion, à soulager l'anxiété au moyen de faibles doses d'opium et l'insomnie par des bains prolongés et des enveloppements, à administrer occasionnellement du paraldéhyde

et du véronal. Dans les états de délire agité, le malade est placé dans un lit capitonné ou dans un bain prolongé et l'on ajoute parfois un calmant à sa nourriture. ».

ANNEXE 4 : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Pour des raisons de confidentialité, les noms des signataires ont été retiré. Ils sont disponibles sur demande.

Je soussignée madame [redacted] personne de confiance de madame [redacted]
déclare accepter, librement, et de façon éclairer, que madame [redacted] participe comme sujet à l'étude intitulée : *Un langage à deux voix, Alzheimer et sa prose.*
Sous la direction de Rosa Caron
Promoteur : Université de Lille 42 rue Paul Duez 59000 Lille – France
Investigateur principal : Baptiste Le Diagon
But de l'étude : Etudier les perspectives psychothérapeutiques avec des patients présentant des troubles de mémoire.
Méthodologie : Rédaction d'une étude de cas à la suite du suivi psychologique réalisé avec le participant.
Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.
Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.
Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.
Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.
Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à [redacted] 22/04/2024 en 2 exemplaires
Signatures :

Le participant

[redacted]

L'investigateur principal