HAL
open science

Le temps et la mémoire chez la personne "cérébro-lésée"

Marie-Josée Manifacier-Fournier

To cite this version:

Marie-Josée Manifacier-Fournier. Le temps et la mémoire chez la personne "cérébro-lésée". Philosophie. Université Paris-Est, 2009. Français. NNT : 2009PEST1077 . tel-00584394

HAL Id: tel-00584394

https://theses.hal.science/tel-00584394v1

Submitted on 8 Apr 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris-Est

ETE, département Cultures & Sociétés

Thèse pour obtenir le grade de

Docteur de l'Université de Paris-Est

Directeur de thèse : Professeur Dominique Folscheid

Le temps et la mémoire chez la personne « cérébro-lésée »

soutenue publiquement le 1er décembre 2009

par **Marie-Josée Manifacier-Fournier**

Jury :
Rapporteurs :
- Professeur Georges Chapouthier, Paris
- Professeur Frédéric Worms, Lille

Membres :
- Professeur Chantal Delsol, Paris-Est
- Professeur Dominique Folscheid, Paris-Est
- Docteur Isabelle Blondiaux, Paris

À mes parents, en leur mémoire, aux souvenirs toujours présents.

Deux choses irréductibles à tout rationalisme : le temps et la beauté. C'est de là qu'il faut partir.

(Simone Weil, La Connaissance surnaturelle)

À travers tout cet univers, je cours et voltige de-ci de-là, je m'enfonce aussi loin que je peux ; de limites, nulle part. Si grande est la puissance de la mémoire ! Si grande est la puissance de la vie, chez l'homme, ce vivant voué à la mort !

(Saint Augustin, Les Confessions)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction ***3***

Première Partie ***11***

La conception du temps à travers quelques courants philosophiques ***11***

Intérêts et limites pour l'accompagnement du patient en neurologie ***11***

Chapitre premier : Petite histoire du temps **12**

Poser le problème *12*

1. Temps et mythologie 13
2. Le temps cyclique, temps archaïque 14
3. Temps et passé collectif 24
4. Temps et mémoire collective, héritage reconnu ou méconnu ? 30
5. Le temps des neurosciences 32

Chapitre II : Le temps de la neurologie **36**

1. Le temps dans les atteintes neurologiques 36
2. Temps et plasticité 37
3. Temps et démence 39
4. Le temps de la vieillesse et de l'attente 44

La vieillesse, un temps pour les rencontres ? *46*

5. La philosophie, un remède pour penser le temps de la neurologie ? 47

Saint Augustin et la question du temps *47*

Temps mesuré ou temps vécu ? *61*

Platon, Aristote et Bergson, le temps de l'homme est un passage *64*

Pouvons-nous penser le temps de la mort ? *71*

Chapitre III : Le temps des soins **74**

1. Les malades vivent-ils hors du temps ? 74

Michel Siffre, ou comment être dans le temps, même « hors » du temps… *75*

2. Temps et identité 80
3. Prendre soin 83
4. Quand l'écoute est un soin 84

Le temps de la parole et de la poésie *84*

Accompagner ou rééduquer ? *86*

Deuxième partie ***96***

À propos de la mémoire ***96***

Introduction : Les âges de la mémoire, les muses **97**

Chapitre Premier : Mémoire et neurosciences **98**

Présentation 98

1. Le cadre neuroscientifique 99
2. La mémoire et les neurosciences 104

L'approche cognitive *104*

L'approche neuro-cognitive *104*

Chapitre II : Mémoire et démence **110**

1. Pouvons-nous appréhender la mémoire ? 111
2. Eloge de l'oubli, l'hypermnésie est un fardeau 115
3. Mémoire et vieillissement, le souvenir à l'épreuve de la démence 117

Regret et nostalgie *121*

5. Une relation asymétrique : quand les parents déclinent 125

Mémoire et Alzheimer *126*

6. À propos de l'anosognosie et du diagnostic 130

Chapitre III : La mémoire, au cœur du corps et de l'esprit **136**

1. Le souvenir vif : la rencontre 137
2. Evaluer la mémoire ? 138
3. Le bilan, une étape dans la relation 143
4. Mémoire et esprit 152
Mémoire et raison ____ *162*
5. Réflexions sur la mémoire d'après Bergson *Matière et Mémoire* 165
Image et perception ____ *167*
La fabulation est-elle un remède ? ____ *172*
Les deux types de mémoire : la mémoire-habitude et la mémoire-souvenir ____ *177*

Troisième partie ***188***

La maladie neurologique à l'épreuve du temps ***188***

Introduction **189**

Chapitre premier : L'éprouvé du temps en neurologie **195**
1. Evolution de la maladie 198
Le corps en question ____ *205*
2. Temporalité et accident vasculaire : le temps déchiré 210
3. Temporalité et maladie d'Alzheimer, le temps déplacé 230
Continuité de la vie affective ____ *230*

Chapitre II : Le temps du psychisme dans les maladies neurologiques **237**
1. La psychanalyse est-elle encore de notre temps ? 237
Lorsqu'une neuro-anatomiste fait l'éloge de la relation ____ *239*
2. L'inconscient version neurosciences 243
Implicite ou inconscient ? ____ *253*
3. Les différents temps de l'accident vasculaire 255
Premier temps : l'urgence ____ *256*
Deuxième temps : après l'accident ____ *263*
Troisième temps : celui de la réflexion ____ *265*
4. Le temps de la thérapie 267
Le soin psychique implique une durée ____ *267*
Perlaboration et cristallisation : la durée en question ____ *271*
Pseudo-temps ou remémoration ? ____ *273*
Le temps de la réminiscence, un temps de la skholé ? ____ *302*

Quatrième partie ***317***

Au cœur de la dialectique du temps et de la mémoire : l'esprit ***317***

Introduction **318**

Chapitre premier : Conscience, psychisme, âme ou esprit ? **320**
1. L'esprit : au cœur du temps et de la mémoire 323
L'esprit : objet des neurosciences? ____ *325*
Le corps animé, corps biologique ? ____ *328*
2. Une place pour l'âme et les affects en neurologie ? 332

Chapitre II : Permanence et changement **339**
1. L'identité en question 341
2. Identité et identique : *idem/ipse* 350
3. Prendre soin : être présent, être à l'écoute 353
Être touché, aller vers l'autre ____ *373*

Conclusion ***378***

Bibliographie ***382***

Index **390**

Introduction

Notre travail auprès des personnes atteintes de maladies neurologiques nous a conduite à rencontrer des patients touchés au cœur de leur être. L'investissement particulier du cerveau comme organe privilégié, détenteur si ce n'est réceptacle des sentiments, de la raison, du langage, des émotions, de tout ce qui nous constitue en tant qu'êtres de chair, nous a offert la possibilité de réfléchir sur ce qui pouvait être communément évoqué comme plaintes par toutes ces personnes. Par communément, nous entendons ce qui est commun mais non équivalent. Précision de taille à une époque où les statistiques, les normes, les protocoles, l'*evidence based medicine*[1] balisent notre savoir-faire et nous font parfois oublier que chacun reste unique et nous raconte son histoire singulière à sa manière.

Dans le premier temps de notre travail hospitalier, quand nous étions psychologue débutante, novice, apprentie (que nous sommes toujours) nous avons rencontré des patients atteints de démences débutantes, et nous avions commencé une réflexion autour de thèmes tels que l'accompagnement, l'articulation démence (acception neurologique) et folie, le don et la dette. Cette réflexion avait fait l'objet de mémoires pour l'obtention du DU de philosophie pratique, puis pour l'obtention du DEA de philosophie pratique.

Ensuite notre travail clinique, notre cheminement auprès de ces patients et leur entourage nous a amenée à nous interroger sur le sens du vieillissement. Enfin, le changement d'orientation du service dans lequel nous travaillons, nous a mise en présence de personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux et de personnes atteintes de scléroses en plaques. Dans le cadre des consultations, nous continuons à rencontrer des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Au cours des premières années de notre pratique quotidienne, de nombreuses personnes, traversant parfois le service de neurologie avant d'entrer dans mon bureau, nous ont confié : « si je devais perdre complètement la tête, je

---

[1]. *Evidence based medicine* : terme anglo-saxon utilisé couramment par les médecins dans l'exercice de leur fonction et qui désigne les bonnes pratiques cliniques déduites des études statistiques et recommandées par consensus.

demanderais à mes enfants, à mon mari, de ne pas me faire hospitaliser[2] ». Quelle représentation de ce lieu, l'hôpital, s'est donc élaborée, mélange de fantasmes et de réalité, pour qu'il ne soit plus associé aux missions d'accueil et d'hospitalité exigées par la vocation dont il se réclamait au temps de sa création ? Cette inquiétude et ce rejet parfois vis-à-vis des déments nous ont poussée à rechercher ce qui posait problème dans la relation à ces malades. Une obligation nous semblait fondamentale : les préserver d'une mise à l'écart. Dès lors, la conduite d'une interrogation sur la mémoire et ses égarements chez le sujet dément devenait nécessaire. Quel enseignement pouvions-nous en retirer pour l'accompagnement ?

Il est vrai que du chemin a été parcouru depuis l'époque où « pour les religieux hospitaliers, rencontrer et soigner les pauvres c'est emprunter comme un raccourci sur le chemin qui conduit au Christ et à Dieu[3] ». Passant du devoir de charité (vertu théologale) à l'épreuve du bon vouloir de chacun et de la vocation personnelle, au devoir de solidarité (d'inspiration laïque) reconnu et défini comme un droit social[4] pour ceux qui remplissent certains critères, la société tente de prévenir et de réparer les sources de disparités. Mais les inégalités devant le droit aux soins et le relativisme face à la dignité sont loin d'être éradiqués. Comme le rappelle Thomas De Koninck, « la reconnaissance forcée n'a aucune valeur[5] » et aucune loi ne pourra supprimer la funeste distinction (principalement élaborée outre-Atlantique) entre personnes et humains si aucune réflexion morale ne la fonde en amont.

La nostalgie du « bon vieux temps » alimente des stéréotypes tels que : « de toutes façons c'était mieux avant ». Elle peut paralyser et bloquer tous les processus visant à une réflexion afin d'améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement. Cependant, elle est décelable dans les discours découragés de nombreux soignants, et elle doit être prise en compte en tant que révélatrice d'un malaise. Les soignants commencent à ressentir une nécessité urgente de repenser et

---

[2]. La disposition géographique des lieux a changé, pendant les dix premières années, il fallait traverser les deux salles d'hospitalisation du service de Neurologie avant d'accéder au bureau dans lequel je consultais.

[3]. *La société, l'hôpital et les pauvres, I, le passé entre discours et pratiques, Petit journal de l'exposition, AP-HP, 1997.*

[4]. Si nous nous référons au gouvernement Fillon du 23 juin 2009, nous trouvons le mot « solidarité » attaché à deux ministères, deux secrétariats d'Etat et un poste de haut commissaire.

[5]. Thomas De Koninck, *de la Dignité Humaine,* Paris, PUF*,* 1995, p. 205.

redéfinir leurs missions. La technicisation, les tâches administratives et les protocoles envahissent les pratiques de soins. « Pris au piège de nos puissances sur le monde matériel, où se risque l'oubli de l'esprit, où tout se mesure, se compte[6] », nous nous trouvons désemparés face au comportement de certains malades. Les examens médicaux et psychologiques se succèdent et confirment en négatif l'avancée des maladies (atrophie cérébrale, présence de marqueurs génétiques de la maladie, détérioration cognitive, désorientation, etc.) neurologiques dégénératives.

Pourtant, si nous comprenons confusément qu'il est fondamental d'assurer la permanence d'une relation, nous ne savons pas très bien comment aider, accompagner, parfois nous substituer à ceux qui, en apparence, semblent échapper à la réciprocité attendue d'une rencontre. Nous sommes toujours en quête d'un signe extérieur qui viendrait définitivement combler le doute pourtant inhérent et essentiel à toute pratique soignante. Mais une obligation précède le soin et nous oublions que ce doute est parfois fécond s'il n'est pas paralysant : quel soignant pourrait affirmer sans hésiter savoir toujours ce qui convient le mieux à celui qu'il prétend soigner, sans jamais lui demander son avis ? Le langage est bien le mode d'expression privilégié de l'être, cependant « la pensée demeure incommensurable avec le langage[7] ». Toutefois, en dépit de cette incommensurabilité, pensée et langage sont indissociables. Quand nous portons un regard péjoratif sur des personnes perturbées dans leur rapport au langage et à la mémoire, nous établissons, sans toujours en avoir conscience, une échelle de valeur qui détermine l'intérêt attribué aux personnes en fonction de leurs capacités.

« Oubliant la présence de la pensée dans les mots[8] », nous sommes souvent trop centrés sur l'aspect performatif de telle ou telle forme de langage. À l'origine de tout phénomène, de tout ressenti, (parole mais aussi mutisme, passage à l'acte ou repli, désir, pensée etc.), la présence de l'être est requise, et celui-ci n'est jamais la somme de tous ces phénomènes qu'il dépasse radicalement.

Bergson a très bien démontré que l'objet des sciences positives ne pouvait être que la matière. Dès lors, si les sciences positives quittent ce terrain de recherche pour aborder les questions métaphysiques, elles ne peuvent rien en dire.

---

[6]. Claude Bruaire, *L'être et l'esprit, Paris*, PUF, coll. « Epiméthée », 1983, p. 12.
[7]. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience,* Paris, PUF, « Quadrige », 1997, p. 124.
[8]. Claude Bruaire, *L'être et l'esprit, op. cit.,* p. 45.

Pourquoi interroger la médecine sur la nature de la conscience, de l'esprit ? Déboutant les théories associationnistes et localisationnistes de son époque (elles sont toujours en vigueur, seul l'emballage – les mots – a changé : on parle désormais de cognitivisme, de connexionisme), Bergson montre qu'il est vain de chercher l'âme dans la matière et nous rappelle qu'il faut toute la naïveté d'un chirurgien pour traquer l'âme avec un scalpel.

Caractérisant la durée comme nécessairement intériorisée par la conscience de celui qui l'éprouve, Bergson insiste sur le travail de remémoration qui permet de distinguer tous les moments les uns des autres. Ce travail nous empêche de vivre dans une simultanéité pure, dans un présent absolu. Or, c'est probablement cette atteinte de la remémoration qui, par ricochet, vient perturber l'appréhension du temps chez les patients déments. Afin d'aider ce travail du souvenir, tant qu'il peut être possible, nous devons apprendre à écouter. Les souvenirs éparpillés, les fragments du passé, tous ces morceaux plus ou moins disparates constituent les bribes disponibles d'une existence bien réelle, concrète, incarnée. Un travail d'archéologie minutieux, une enquête nous permettrait de reconstituer patiemment le puzzle du passé. Mais cette recherche se ferait au détriment de l'émotion, du plaisir, de la joie (ou de la peur parfois) qui accompagne l'évocation de tel ou tel souvenir.

Comme le suggère Boris Cyrulnik à la recherche des traces de son passé, en retournant sur les lieux de son enfance, il distingue l'archéologie de la mémoire vraie. Il éprouve la mémoire de son enfance débarrassée en quelque sorte du savoir, de la connaissance historique rattachée à cette période (la Deuxième Guerre Mondiale). Ainsi, il dissocie l'archéologie de la mémoire. À propos de la première, il écrit : « ce n'est pas la vraie mémoire, c'est une mémoire maîtrisée dans laquelle il n'y a pas d'émotion[9] ». Alors que la mémoire « n'est pas le simple retour du souvenir, c'est une représentation du passé. Ça ne veut pas dire que l'on se mente – on se rappelle seulement de morceaux de vérité qu'on arrange, comme dans une chimère[10] ».

Les patients aux prises avec leurs troubles mnésiques sont soumis à une souffrance double : d'une part, ils déploient, du moins au début, des efforts

---

[9]. Boris Cyrulnik, *Je me souviens…*, Le Bouscat, diffusion PUF, L'esprit du temps, Textes essentiels, 2009, p. 34

[10]. *Id.*, p. 46

désespérés, souvent vains, pour rassembler leurs souvenirs, d'autre part, nous (famille, proches et soignants) insistons souvent afin de récupérer des « informations » il est vrai utiles, pour fonder le diagnostic. Notre mission d'accueil nécessite la création d'une relation qui transcende l'échange d'informations. Nous devons apprendre à négliger le versant « logique » pour saisir les émotions et les affects qui se fraient un passage dans les énoncés, et accueillir le versant « poétique » du langage.

En cheminant, grâce aux témoignages des patients et de leurs proches, sur les traces de la mémoire et du temps, nous essaierons de plaider pour une écoute « pleine » des patients souffrant de pathologies neurologiques, particulièrement des personnes dites démentes.

La clinique de la démence, les questions autour de la folie, de la raison, de la mémoire, de l'identité, nous préoccupent. Elles sont le fil conducteur de notre pratique et notre réflexion tout au long de ce travail.

En écoutant toutes ces personnes, en évitant de les assimiler à leur pathologie (sans jamais la nier, ni la banaliser), en reprenant dans l'après-coup ce qui nous semblait « saillant » au cours des entretiens, au risque d'omettre d'autres particularités, nous avons repéré deux plaintes récurrentes : les plaintes mnésiques et le rapport à la temporalité. Le temps qui passe, qui fuit, qui se dérobe, et les atteintes de la mémoire, ses défaillances et ses ratés, plongent les patients dans un « présent » angoissant, chaotique ou un passé décomposé. Nous classons ces atteintes de la temporalité sous le nom de pathologies de l'*éprouvé temporel*.

Initialement, notre projet liminaire s'articulait autour d'une étude de la temporalité à partir de trois axes. En premier lieu, nous proposions l'étude des pathologies vasculaires appréhendées sous l'angle de la rupture dans l'éprouvé de la durée. Dans un deuxième temps, nous voulions aborder les pathologies démentielles en relation à ce que nous nommons la dislocation de l'éprouvé temporel. Enfin, dans un troisième volet, nous souhaitions travailler sur la représentation de l'avenir rétrécie, diminuée, telle que les patients atteints de sclérose en plaques l'élaborent. En effet cette « pathologie de l'avenir », la difficulté à faire des projets, nous semblait patente chez ces patients

Au fur et à mesure que notre travail se construisait, nous avons dû abandonner à regret ce projet liminaire. L'idée de présenter notre triptyque initial

fût remplacée par un projet plus modeste. Nous avons privilégié l'atteinte du passé chez les déments, la rupture temporelle chez les patients victimes d'un AVC[11] et nous avons abandonné la pathologie de l'avenir chez les personnes atteintes d'une sclérose en plaques.

Ceci nous amène à préciser combien le très long temps de gestation de ce travail n'a pas suffit, malgré les années passées à réfléchir sur notre clinique. Le choix du sujet était trop vaste et débordait infiniment. Nous savons que nous avons eu « les yeux plus gros que le ventre », mais n'est-ce pas l'appétit de connaître qui donne l'impulsion à tout travail de recherche ? Un ami iranien nous a donné une belle illustration de la connaissance. Il faut nous imaginer au centre d'un cercle et, à l'intérieur du cercle, considérer la surface délimitée par la circonférence comme étant le domaine de nos connaissances acquises. La circonférence représente la limite entre ce qui est connu et ce qui demeure inconnu. Ainsi, au fur et à mesure que notre savoir s'accroît, du moins que nous le croyons, cette circonférence augmente, ce qui revient à illustrer que notre ignorance croît de façon corrélative à notre savoir. À ce moment précis, Socrate intervient et nous sauve de la noyade par désespoir en nous rassurant : la vraie connaissance consiste à reconnaître notre ignorance, savoir que nous ne savons pas (ou si peu), voilà la vraie sagesse. Constater notre ignorance ne nous empêche pas de désirer connaître encore.

Platon et Freud s'accordent sur un point crucial : celui du désir qui n'est jamais satisfait. Sa lueur persiste au fond de l'être le plus faible, le plus fragile. Le désir est désir de vivre, désir d'exister, de durer, de connaître. Il n'appartient pas aux soignants de décider quelles conditions de vie sont acceptables ou pas, mais d'accompagner. Cet accompagnement s'apparente parfois à un acte de résistance quand nous pensons aux critères actuels concernant les « valeurs » soi-disant fondatrices de la personne humaine : autonomie, rentabilité, utilité, performances. Toutes ces « valeurs » s'effondrent avec la démence. Nous rappelons que le terme patient renvoie à la souffrance. La maladie nous confronte au temps de l'attente, de l'espérance ou du renoncement.

---

[11]. AVC : acronyme que nous utiliserons systématiquement à présent et qui signifie accident vasculaire cérébral.

La clinique neurologique immerge patients et soignants autour de la question du temps. Celle-ci est redondante, parfois obsédante. Les diagnostics sont souvent longs à poser. La plupart des maladies sont incurables, l'accompagnement du patient est destiné à durer, toute une vie souvent, cessant avec la mort d'un des deux protagonistes. Toutefois le soignant décédé ou retraité est remplacé, ce qui implique la création d'une nouvelle relation. Parmi les pathologies les plus connues : la maladie d'Alzheimer, la Chorée de Huntington (danse de Saint Guy), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), toutes sont évolutives.

Les progrès de la recherche pharmacologique n'ont pas permis de trouver des molécules vraiment efficaces, des vaccins sont à l'essai, sans succès... Tout au plus, nous constatons un ralentissement dans l'avancée de la maladie.

Quant aux pathologies non évolutives, et quelle que soit l'étiologie (facteur génétique, accidentel ou inconnu) telles que l'AVC ou le traumatisme crânien, les séquelles vont modifier durablement, et parfois définitivement, les rapports du patient à son monde.

Nous aborderons le temps des malades, puis celui de la maladie, enfin celui des soignants. Et déjà nous voyons se pointer des discordances. Temps du travail pour les uns, temps de la souffrance, de la récupération et de la convalescence pour les autres. Quant au temps de la maladie, à sa durée, il nous a paru impossible de l'isoler de celui du malade avec qui elle fait corps. Comme dans le Quatuor d'Alexandrie[12] où chaque personnage raconte sa version de la même histoire, notre thèse tente de donner la parole aux acteurs, sans préjuger de la supériorité ou de la crédibilité supérieure d'un témoignage sur un autre.

Chacun vit et travaille à l'hôpital en respectant le cadre temporel commun, mais à l'intérieur de ce cadre qui sert de référant, coexistent plusieurs temporalités. Quand nous quittons l'hôpital, nous quittons concrètement les malades, mais cessons-nous d'y penser ? Cette question même interroge la frontière tant de fois abolie entre le temps et l'espace, car nous nous représentons le temps comme une étendue sur laquelle nous nous déplaçons. Or, quand nous quittons l'espace clos de l'hôpital, notre pensée fait fi de cet espace et continue

---

[12]. Lawrence Durrell, *Le quatuor d'Alexandrie*, Le Livre de Poche, Justine, n°5618, Balthazar, n°5619, Mountolive, n°5620, Cléa, n° 5621, 1991.

son travail de liaison. Nul besoin d'être en présence d'autrui pour y penser, mais que dire des soignants qui répètent les gestes, les soins sans penser aux malades ? Ce temps de la répétition et de l'automatisme empêche le temps de la relation.

Ainsi, Mlle V., en attente depuis plusieurs semaines d'un diagnostic et d'un traitement, exprimait fort bien ce malaise : « je ne suis ni une pierre, ni un bout de bois tout de même ». Le temps vécu par Mlle V. ne pouvait être similaire au temps vécu par les soignants. Ces derniers, ne comprenant pas son impatience, firent appel à moi afin de la « raisonner » c'est-à-dire la convaincre de rester, « l'arraisonner » dans le service qu'elle menaçait de quitter en signant sa pancarte[13].

Dans la clinique de l'Alzheimer, les troubles de mémoire sont appréhendés de façon négative. Les bilans neuropsychologiques détaillés mettent en évidence les déficits, mais en l'absence de traitement pharmacologique vraiment efficace (il existe des molécules sur le marché, nous n'allons pas ici détailler les essais cliniques), car les bénéfices sont mineurs et n'empêchent pas la maladie de progresser, les soignants doivent trouver une inspiration, un souffle pour donner vie aux pratiques de soins. Un exemple à nouveau pour étayer notre démarche. Mme. A. se présente spontanément, seule, à la consultation de la mémoire. À l'issue d'un bilan neuro-psychologique complété par une consultation neurologique, le diagnostic de maladie d'Alzheimer est évoqué entre nous (neurologue et psychologue). Mme A. ne nous demande pas de diagnostic, elle est très consciente de ses difficultés. Cependant, à la fin du bilan, devant la porte, elle m'interpelle : « c'est pas très bon tout ça, et qu'est-ce que j'en fais de tous vos tests, ça m'apporte quoi ? Vous n'allez pas me laisser tomber ? Vous devez vous occuper de moi ! »

Grâce à Mme A., nous avons commencé à sortir des sentiers battus de la neuropsychologie, nous les empruntons toujours pour affiner ou confirmer un diagnostic, mais nous gardons à l'esprit que le bilan n'est qu'un outil, une étape, il ne saurait occulter ni remplacer le désir de relation dont témoignent les patients *et* les soignants. Travailler dans le domaine du soin n'est jamais le fait du hasard...

---

[13]. Expression courante qui signifie que le patient quittant l'hôpital contre l'avis médical doit signer une décharge en responsabilité.

Première Partie

La conception du temps à travers quelques courants philosophiques

Intérêts et limites pour l'accompagnement du patient en neurologie

« La vérité est qu'il s'agit, en philosophie et même ailleurs, de trouver le problème et par conséquent de le poser, plus encore que de le résoudre.[14] *»*

[14]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant*, Paris, PUF « Quadrige », 2006, p. 51.

Chapitre premier : Petite histoire du temps

Poser le problème

Comment pouvons-nous *poser* de la façon la plus claire possible la question du temps ? Le concept du temps est protéiforme et il serait illusoire de tenter cerner cette question dans son ensemble. Nous ne pouvons penser le temps comme un objet purement extérieur que nous appréhenderions grâce à nos capacités de jugement ou de raisonnement, car nous sommes dans le temps. Ceci ne nous empêche pas de réfléchir à la relation que nous tissons avec le temps, quand bien même nous échouons à le réduire à un concept objectivable. Nous savons que cette opération est une idéalisation du temps, puisque nous pensons dans le temps. Certes, nous pourrions appréhender le temps de la physique, mais même quand il revêt l'apparence d'un « pur » objet, il n'obéit pas aux mêmes lois, selon qu'il appartient à la théorie de la relativité restreinte ou générale, selon qu'il émane de la physique newtonienne ou de celle d'Einstein.

Nous devons tenir compte de l'existence de plusieurs niveaux de réalité qui se complètent. Dans ce chapitre nous exposerons les deux conceptions du temps les plus répandues dans la philosophie occidentale, à savoir le temps cyclique qui renvoie à une circularité et le temps chronologique rattaché à une conception linéaire. Nous essaierons de montrer leurs intérêts mais aussi leurs limites pour l'accompagnement des patients en neurologie. Nous argumenterons notre interrogation en pratiquant un retour aux conceptions « archaïques » du temps, puis nous questionnerons la conceptualisation « moderne », en puisant essentiellement dans la pensée du temps chez Platon, Aristote, Saint Augustin et Bergson.

En effet, le travail de compréhension et d'appropriation du temps est une préoccupation permanente de chaque époque de l'humanité, quelles que soient ses croyances, sa culture.

Le questionnement sur le temps est indissociable des questions sur l'origine, la création, la mort, la finitude et par là il s'avère indissociable des questions

relatives au sens de la vie humaine. Ainsi, de diverses manières, les hommes ont tenté à chaque époque d'appréhender le temps et de comprendre ses effets.

1. Temps et mythologie

Dans le récit mythologique, Gaïa donne seule naissance à Ouranos, ils règnent en maîtres sur l'univers. Mais leurs enfants, les Titans, restent prisonniers dans le sein de Gaïa qui se trouve, d'une certaine façon, en perpétuelle gestation. Alors Kronos, le dernier des enfants et sans doute le plus illustre, libére enfin sa mère de son état gravide, il mutile son père à l'aide d'une faucille. Ce dernier prend la fuite. Cette étape est décisive dans la création du cosmos car la fuite d'Ouranos permet la séparation du Ciel et de la Terre. La naissance des Titans inaugure l'avènement des générations. Mais Kronos devient à son tour tyrannique et se met à dévorer ses enfants par crainte d'être détrôné. Sa femme Rhéa (qui est également sa sœur) réussit à le tromper en lui donnant en guise d'enfant une pierre enrobée dans un tissu. Rhéa peut ainsi soustraire son fils Zeus à un funeste destin.

Pourquoi ce détour très concis par la mythologie grecque ? Sans doute pour rappeler combien la figure du temps, incarnée par Kronos, est associée à la reproduction sexuée qui s'inscrit dans le temps. Si le temps permet la vie, à l'échelle humaine, il impose les limites posées par la mort, la destruction, la finitude. La rencontre sexuée avec son fils libère Gaïa de la parthénogenèse. Tout à la fois figure d'ouverture et d'enfermement, il n'existe pas de pensée sur le temps sans pensée de la vie et de la limite. Et il n'existe pas de pensée qui ne soit liée au temps. « C'est en toi, mon esprit, que je mesure les temps[15] » écrira plus tard Saint Augustin. L'esprit étant bien ce qui nous permet de penser, Augustin a devancé Descartes en posant le temps comme dimension principale de l'existence des hommes. Les dieux sont éternels. Sans la participation fondatrice du temps qui génère la vie, à l'image des enfants de Gaïa qui ne voient pas le jour, le monde resterait clos sur lui-même. Les enfants de Gaïa n'adviennent pas au monde. Nous retrouvons ce fantasme dans le livre de Pascal Bruckner : *Le divin enfant*[16], où le bébé *in utero* choisit le confort douillet de la matrice, la dépendance absolue. Or, en

---

[15]. Saint Augustin, *Les Confessions*, Paris, Gallimard, bibl. « La Pléiade », 2000, livre XI, XXVII, 36, p. 1053.
[16]. Pascal Bruckner, *Le divin enfant*, Paris, Seuil « Points », 1995.

quoi consiste l'éducation si ce n'est rendre autonome, libérer peu à peu les enfants de l'emprise parentale afin qu'ils soient capables de décider par eux-mêmes ?

Si nous « mettons les enfants au monde car seuls les animaux mettent bas[17] », cette advenue au monde les immerge aussitôt dans le temps. L'épreuve du temps est indissociable de la mortalité. Le temps, ses effets physiques et psychiques, corruption, flétrissures, fatigue, déclin, sont incontestables. Nous pouvons perdre ou prendre notre temps, avoir tout notre temps ou au contraire ne plus avoir de temps, oublier le temps qui passe, nous sommes toujours rattrapés et happés par le temps qui ne suspend jamais son vol. Que ce soit lui ou nous qui passions, nous finissons par trépasser. Si le temps nous est compté, bien que nous ne sachions ni le jour ni l'heure, nous ne pouvons ni l'acheter, ni le brader.

Ainsi, le seul vrai don à l'échelle humaine, est don du temps. Seul le temps peut être donné, il n'est ni échangeable, ni repris. Seul le temps passé auprès de l'autre est don de soi.

2. Le temps cyclique, temps archaïque

Dans la conception cyclique du temps que Mircea Eliade développe dans *Le mythe de l'éternel retour*[18], les effets du temps sont systématiquement abolis ou annulés, au profit d'un perpétuel recommencement. Cet effort continu pour annuler l'irréversibilité du temps préserve ainsi des effets délétères du temps qui passe. La place attribuée aux événements personnels est réduite. En effet, dans cette conception anhistorique, tout changement (guerre, catastrophe) est rapporté à une faute, les rythmes de la vie sont scandés de rituels d'expiation et de régénération. Il s'agit de revivre rituellement la sortie du Chaos collectif et l'avènement de la création du monde.

> « Tel est d'ailleurs le sens des purifications rituelles : une *combustion*, une annulation des péchés et des fautes de l'individu et de la communauté dans son ensemble, et non une simple "purification". La régénération est comme son nom l'indique une nouvelle naissance. […] Toute nouvelle année est une reprise du temps à son commencement, c'est-à-dire une répétition de la cosmogonie[19]. »

---

[17]. Expression chère au Professeur Dominique Folscheid, cours de séminaire de Philosophie pratique, année 2007-2008.
[18]. Mircea Eliade, *Le mythe de l'éternel retour*, Gallimard, Coll. « Folio/Essais », 1991.
[19]. *Id.,* p. 69.

La mémoire collective structure la vie sociale et minore la mémoire individuelle, seuls les faits personnels qui peuvent être réinterprétés et rehaussés au niveau de l'exemplarité sont signifiants. La thématique de la répétition est particulièrement prégnante et les exploits individuels ne sont considérés qu'à la faveur d'une appropriation collective. Si la durée existe, elle est essentiellement attribuée à la divinité et au sacré, car la divinité et le sacré sont les conditions absolument nécessaires de l'existence de l'être :

> « Evidemment, la réalité se manifeste, pour la mentalité archaïque, comme force, efficacité et durée. De ce fait, le réel par excellence est le *sacré*, car seul le sacré *est* d'une manière absolue, agit efficacement, crée, et fait durer les choses. Les innombrables gestes de consécration – des espaces, des objets, des hommes, etc. – trahissent l'obsession du réel, la soif du primitif pour l'*être*[20]. »

Les sociétés primitives, telles qu'elles sont analysées par Eliade, poursuivent inlassablement un travail d'abolition du temps historique, personnel et de l'événement particulier. Le temps ainsi appréhendé peut être approprié par les membres des sociétés « archaïques » comme un contenant, une matrice rassurante qui accueille ses sujets et rejoue régulièrement son acte de (re)naissance. Sans aucune certitude, nous pouvons faire l'hypothèse que les accidents individuels, les maladies qui affectent la temporalité des individus dans ces sociétés sont moins graves, car la fonction assignée à un individu consiste à être en première instance un membre, une partie du groupe. La définition de la personne par Boèce, en tant que « substance individuelle de nature rationnelle[21] », donc unique, insubstituable et indépendante, n'a pas encore cours dans les sociétés « primitives ». Cette définition de Boèce est inspirée de l'héritage chrétien.

Dès lors, le passage du temps n'est pas sous-tendu par l'idée d'un progrès, d'une linéarité, mais par l'idée d'un retour cyclique à l'instant de l'origine, celui du moment de la création. La suspension de la durée permet de retrouver régulièrement ce moment de la création originelle, les rituels et les cycles étant évidemment différents selon les sociétés. Cette annulation du temps orienté, irréversible, (il sera représenté plus tardivement comme une flèche, une direction), immerge le « primitif » dans un « continuel présent[22] ».

---

[20]. *Id*, p. 23.
[21]. Boèce, *Traités théologiques*, Paris, GF-Flammarion, 2000, p. 75.
[22]. Mircea Eliade, *Le mythe de l'éternel retour*, *op. cit.*, p.104.

Radicalement à l'opposé d'une conception hégélienne du temps qui conjugue le temps de l'histoire et le temps itératif de la nature, cette conception du temps figé dans un présent continu permet de faire l'économie du devenir, du changement, de la nouveauté et de la liberté. Le sens de la souffrance, de la maladie est toujours à rapporter à une manifestation divine qui punit ainsi la violation des interdits, les écarts à la norme. Le hasard, l'arbitraire et l'absurde n'ont pas de place dans ces sociétés où la recherche du sens est néanmoins fondamentale. Toujours expliquée, rapportée à une cause identifiée puis déployée dans sa dimension collective, la souffrance devient supportable, elle n'est pas du simple ressort de l'individu puisque celui-ci n'existe qu'en tant que membre d'une collectivité (tribu, clan, etc.)

Si « le hasard est une intention vidée de son contenu[23] », nous pouvons comprendre pourquoi, chez l'homme de la modernité, la survenue de la maladie est souvent vécue comme une expérience insupportable. L'homme moderne confronté à la maladie traverse et affronte seul cette aventure douloureuse dans sa chair et étrangère à son esprit. L'expérience moderne de la maladie la prive de signification collective et néglige aussi le sens personnel. Bergson, approfondissant la question du hasard, le réfère à une cause occulte. Cette cause occulte peut tout aussi bien se parer d'habits « scientifiques » (facteurs de risque) ou irrationnels (superstition), la transformation de l'occulte en facteurs « explicatifs » évite la confrontation avec l'absurde. Il faut toujours une raison suffisante, si ce n'est nécessaire, à l'accident ou la maladie. Si les méthodes explicatives divergent, cette recherche de causalité, cette quête de sens est commune à tous les hommes, qu'ils vivent dans des sociétés closes ou ouvertes. Liée à une faute collective ou individuelle, causée par l'intervention d'un dieu vengeur ou vécue comme mise à l'épreuve sur le chemin du salut, la maladie ne cesse de questionner et de suggérer des réponses. La quête du sens dépasse l'objectivité des réponses, toute maladie n'est-elle pas, en première instance, une expérience subjective, littéralement qui arrive au sujet ?

Si les interrogations actuelles sur le pourquoi de la maladie semblent se déplacer sur le comment et sur les facteurs de risques, il s'agit toujours de tenter de la contenir dans un réseau de significations, de trouver un sens à ce qui reste,

---

[23]. Henri Bergson, *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, PUF « Quadrige », 1997, p. 155.

malgré tout, une injustice primordiale. Aucune statistique, aucun facteur génétique dûment identifié n'effacera le sentiment d'inacceptable et le chagrin face à la maladie d'un enfant, mais aucune médecine ne pourra éradiquer le risque lié à la vie… Il nous faut vivre sur cette tangente, cet équilibre difficile, le seul qui ouvre sur la liberté. Ainsi la raison et l'irrationnel ont-ils partie liée depuis la nuit des temps :

> « Notre appétit de comprendre, notre nostalgie d'absolu ne sont explicables que dans la mesure où justement nous pouvons comprendre beaucoup de choses. Il est vain de nier absolument la raison. Elle a son ordre dans lequel elle est efficace. C'est justement celui de l'expérience humaine. C'est pourquoi nous voulons tout rendre clair. Si nous ne le pouvons pas, si l'absurde naît à cette occasion, c'est justement à la rencontre de cette raison efficace mais limitée et de l'irrationnel toujours renaissant[24]. »

Cette question du (non)sens de la maladie qui surgit dans un moment particulier de l'existence constitue une interrogation récurrente pour la plupart des patients. Les réponses fournies en terme de causalité strictement biologique, du type « vous avez eu un AVC parce que vous aviez plusieurs facteurs de risque (diabète, hypertension, surpoids, consommation excessive d'alcool, etc.) » sont rarement suffisantes pour endiguer l'inlassable réitération du pourquoi ? Pourquoi moi ? Pourquoi *maintenant* ? Pourquoi *déjà* ?

Fustigeant les thèses relatives à une soi-disant « mentalité primitive », et critiquant le dualisme en vogue au début du XXe siècle, dualisme qui partageait strictement et artificiellement l'homme primitif de l'homme moderne, Bergson recherche les racines de cette distinction. Dans *Les deux sources de la morale et de la religion*[25], il explique comment cette différence trouve son origine dans un corpus de connaissances scientifiques incomparables entre les sociétés primitives et les sociétés modernes. De ce fait, les réponses à la question universellement angoissante du « pourquoi » de la maladie trouvent des résolutions diverses, mais aucune réponse n'efface totalement le sentiment d'absurdité, d'arbitraire, n'inacceptable. Nous devons accepter que l'approche rationnelle soit nécessaire mais non suffisante… La recherche de sens reste inhérente à la nature humaine, que les sociétés soient closes ou ouvertes. L'appréhension du temps se vit dans un rapport dégradé à l'éternité pour les sociétés closes. La durée est une notion propre aux sociétés ouvertes.

---

[24]. Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard, Folio, Essais, 1997, p. 57.
[25]. Henri Bergson, *Les deux sources de la morale et de la religion*, *op. cit.*, 1997.

Dans le cas des affections évolutives telles que la sclérose en plaques, les réponses en termes de savoir statistique (c'est une maladie auto-immune dont les causes sont multiples et qui touche principalement les femmes jeunes) ne permettent évidemment jamais de tarir la source du questionnement intime. Le sentiment d'injustice ajoute une violence supplémentaire à l'arbitraire de cette maladie complexe dont les traitements restent symptomatiques et non curatifs. Les réponses générales, établies grâce à des données épidémiologiques ne pourront jamais colmater une inquiétude personnelle, subjective, tout au plus elles endiguent temporairement le questionnement du malade en lui donnant une illusion de rationalité, en le parant de scientificité, mais la question rebondira à un moment plus propice.

Aucune étude statistique, la plus aboutie soit-elle, n'a pour mission de répondre aux interrogations sur le sens de la vie et de la souffrance. C'est bien parce que : « L'homme est doué de parole, voilà l'événement capital. Encore faut-il, pour en mesurer l'immense portée, l'envisager comme un événement, ou, si l'on veut, le considérer comme un avènement[26] », que nous devons écouter et parfois accepter de ne pas avoir de réponse autre que notre présence. Cette présence incarne la garantie qu'un lien peut toujours advenir, que l'expérience douloureuse, solitaire, de la maladie n'empêche pas celle de la rencontre. Le fait que certains patients soient privés, momentanément ou définitivement, de l'expression de leur capacité langagière, ne change absolument rien à la question du sens qui sera déplacée, portée par la famille, l'entourage. Et les soins prodigués par les soignants constituent bien une forme de réponse à cette question, sous forme d'aide, de réparation, etc.

Ainsi, bien que les réponses varient infiniment, la recherche de sens est bien universelle, elle permet d'endiguer la sensation de cassure intérieure, d'effondrement, que verbalisent clairement certains patients à l'annonce du diagnostic : « j'ai senti le monde s'écrouler » ; « ma vie perdait son sens » ; « tous mes projets s'effondraient ». Les conceptions antiques relatives au temps constituaient bien une tentative pour dépasser la période du chaos initial et retrouver dans un présent perpétuel l'assurance d'un éternel renouvellement. Le mythe collectif dépassait l'histoire individuelle et collective, il était la vérité et

[26]. Boris Cyrulnik, *La naissance du sens*, Paris, Hachette Littératures, Coll. « Pluriel », 2003, p. 50.

condensait le destin de la société. Or l'appréhension du temps pour l'individu moderne le fait basculer dans une durée personnelle, nouvelle, solitaire. La maladie ou l'accident constituent bien une nouveauté dans le cours de l'existence, ces expériences sont détachées du vécu collectif où la maladie trouvait une signification. À cet égard, il est manifeste que l'expérience ultime de la mort, si elle reste toujours indicible, n'est plus vécue au sein du groupe, de la famille, etc. De nos jours, la majorité des décès survient à l'hôpital.

Ce changement de lieu du mourir a entraîné une privation : celle de la confrontation à cette ultime expérience, la mort. Les générations passées étaient témoins de l'agonie et du trépas de leurs proches. La confiscation de cette épreuve nous dispense d'une pensée sur la mort. En soustrayant les proches à cette dernière épreuve, nos représentations à propos de la maladie se sont modifiées. La mort tend à disparaître du champ de nos consciences (évidemment pas de notre inconscient), et la maladie devient insupportable. Ne jamais être confronté à cette expérience irréversible et absolue, la mort d'un proche, d'un ami, nous prive du même coup d'une pensée sur la finitude. Il est pourtant structurant et bénéfique, pour l'apprentissage continuel de notre métier d'homme, pour apprendre à penser la vie et le temps, d'être confronté à cette limite absolue : la mort reste notre destin commun indépassable.

L'appréhension singulière du temps de la maladie peut générer une souffrance inaugurée par la désynchronisation, l'expérience d'une rupture, vécue de l'intérieur, par le malade qui se sent séparé de sa famille, de son groupe social de référence (le monde du travail par exemple). Ainsi, M. G., jeune chercheur et victime d'un AVC, s'inquiète dès les premiers jours de son hospitalisation des conséquences de l'accident, particulièrement sur ses performances mnésiques et intellectuelles. Confiné dans sa chambre, il refuse de rencontrer ses amis et ses collègues. Il parle de son métier « au passé », sans connaître les possibilités effectives de récupération. Cette réaction témoigne, avec un excès de lucidité et de douleur, de son intime conviction, sa crainte qu'il exprime de : « ne plus être dans le coup, dans le rythme de travail effréné imposé par le laboratoire ».

Nous pouvons supposer qu'un tel investissement du champ professionnel, avec son exigence de rentabilité, n'existait pas dans les sociétés grecques ou romaines antiques. Le « connais-toi toi-même » socratique n'a rien à voir avec

l'injonction de réussite professionnelle et de réalisation « personnelle » (qui n'est souvent mesurable qu'en terme de bénéfices ou de rapport économique), « valeurs » reconnues de nos sociétés modernes.

Selon Eliade, l'arrivée du monothéisme a provoqué une transformation radicale dans la compréhension du temps et dans son intégration au niveau personnel. S'adressant de façon directe et personnelle à son peuple et à ses prophètes, Le Dieu unique propulse les hommes dans le cours de l'histoire. Dans le cas de la religion des Hébreux, cet événement prend sens et forme dans l'histoire en tant qu'il constitue un fait irréversible, un avant et un après les Tables de la Loi ou la traversée de la mer Rouge, pour ne retenir que ces deux faits hautement symboliques. Dès lors, la conception cyclique du temps où « aucun événement n'est irréversible et aucune transformation n'est définitive[27] » s'effondre pour céder la place au temps historique, au devenir. Pour les chrétiens, la reconnaissance du Christ comme étant le Messie annoncé dans l'Ancien Testament, constitue l'événement qui confère un sens à l'histoire. Orientée vers la venue du Messie pour les juifs ou vers la fin des temps, celui de l'Apocalypse et du Jugement dernier pour les chrétiens, les hommes devront entamer la longue traversée de l'histoire.

Cette rupture du temps cyclique projette l'homme dans le monde de la liberté et de l'incertitude, dès lors les conceptions du temps et de l'histoire seront bouleversées. La naissance de la subjectivité moderne apparaît avec le christianisme et Saint Augustin inaugure le questionnement intérieur comme mode d'investigation novateur sur la place de l'homme dans le monde. Peut-être l'invention du cadran circulaire de l'horloge et de la montre tente-t-elle de concilier ces deux approches du temps en les spatialisant ? De la course régulière et monotone des aiguilles autour de leur axe qui décrivent un rond indéfiniment recommencé, nous déduisons la succession linéaire des heures. Mais nous ressentons bien intuitivement que ce déroulement dénué de toute variation, s'il est calculé à partir d'un découpage du nycthémère, ne correspond pas à notre temps psychique. La spatialisation extériorisée du temps est bien éloignée de notre expérience intérieure.

Ainsi, nous passons notre vie à habiter différents temps, chacun ayant son propre rythme, lequel coïncide rarement avec celui bien régulier et mécanique du

---

[27]. Mircea Eliade, *Le mythe de l'éternel retour*, *op. cit.*, p. 107.

chronomètre, de la montre ou de la pendule. Pourquoi nous obstiner à vouloir questionner le temps et ses déclinaisons, alors même que nous pressentons que nous n'aurons pas de réponse univoque ? Le mérite de ce travail aura été de nous conduire à déplacer subrepticement notre questionnement. Nous sommes peu à peu passés d'une interrogation sur le temps à une interrogation sur notre relation avec le temps. Nous avons tenté d'analyser les représentations que nous forgeons à propos du temps, en nous dégageant de sa définition scientifique.

En effet, comment cerner un concept fondamental qui semble se dérober à toute tentative de définition univoque comme l'attestent les écrits de nombreux philosophes qui n'ont cessé de se frotter à cette question ? Comme le souligne Hervé Barreau : « La notion de temps est notre œuvre, mais c'est à l'intérieur du temps considéré objectivement que nous la construisons, comme c'est à l'intérieur de ce temps objectif que nous éprouvons et évaluons les durées[28] ». C'est cet aller-retour incessant entre temps intérieur et temps extérieur que nous tentons d'appréhender et le concept même de temps est à comprendre dans cette dialectique : temps objectif/temps éprouvé, temps mesuré/temps ressenti. Notre travail auprès des patients cérébrolésés a rendu nécessaire la réflexion à partir de ce constat : l'irruption de la maladie perturbe le rapport subjectif que chacun de nous entretient avec le temps du monde.

Nous comprenons bien intuitivement que notre existence a partie liée avec le temps, et la rencontre auprès de patients atteints de pathologies neurologiques traumatiques ou évolutives a rendu nécessaire et impérieux de nous interroger sur le temps vécu, éprouvé. Ce travail a pour but de tenter de comprendre comment si ce n'est pourquoi, le questionnement du rapport au temps qui est abordé sous l'angle du pathos, constitue peut-être une marque essentielle de la maladie neurologique.

Les vers du poète résonnent avec intensité : « Horloge ! dieu sinistre, effrayant, impassible, Dont le doigt nous menace et nous dit : "*Souviens-toi !* […] *Souviens-toi* que le Temps est un joueur avide Qui gagne sans tricher, à tout coup ! c'est la loi. Le jour décroît ; la nuit augmente, *souviens-toi !* Le gouffre a toujours

[28]. Hervé Barreau, *Le temps*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1996, p. 54.

soif ; la clepsydre se vide[29] ». Nous pensons aussitôt à Kronos dévorant ses enfants, à la course contre la montre toujours perdue d'avance. Qui n'a jamais ressenti la morsure indélébile du temps et son travail inlassable d'usure, de destruction ? Qui peut se penser vierge des affres du regret et du remords qui nous rappellent continûment les œuvres du temps et de la nostalgie? Nous serons toujours rattrapés par leur implacable emprise. C'est pourquoi nous espérons que ce n'est pas le seul désir de combler le vertige sidéral qui nous saisit face à la pensée du temps, mais plutôt la nécessité de faire une pause afin d'examiner comment le rapport au temps apparaît dans la clinique neurologique.

Le rapport au temps doit être accepté et entendu comme une des questions fondamentales en neurologie. Accepter de ne pas connaître la réponse ne doit pas faire taire en nous-même le questionnement. Le souci de ne pas interpréter, de ne pas déformer les paroles des patients, mais d'entendre en respectant leur cheminement a été constant, même si nous devons bien reconnaître la difficulté d'une telle entreprise avec des personnes parfois en peine avec leur rapport au langage. Si nous sommes parvenue à cet objectif, nous espérons que nous n'aurons pas trop perdu notre temps… ni fait perdre celui de nos lecteurs !

Classiquement nous opérons une division du temps à partir du temps présent et en le séparant en trois instances. Le présent serait ainsi le pivot à partir duquel nous pouvons, tel un gardien de phare qui saisit l'immensité de la surface de la mer s'offrant à son regard, embrasser les deux autres moments du temps : le passé et l'avenir. Si l'instant semble un terme pratique et convenu pour nommer le présent dans sa portion la plus réduite, il relève d'une construction fugace et arbitraire qui ne correspond pas à l'expérience de la durée que Bergson l'a développée. C'est à partir de la succession continue et insécable des instants reliés les uns aux autres que se comprend l'union des trois périodes. Nous pourrions emprunter à la théologie le terme d'hypostase afin de caractériser le temps qui ne peut se réduire à un seul de ses composants. Les trois parties du temps sont bien distinctes et unies en *même temps*, notre expérience intime et empirique ne nous fera jamais confondre le présent et le passé, et cependant nous percevons parfois l'arbitraire de la division du temps qui paraît bien théorique quand nous sommes en proie à la

---

[29]. Charles Baudelaire, Œuvres complètes, Tome I, *Les fleurs du mal*, *L'Horloge*, Paris, Gallimard, coll. « Bibl. de La Pléiade », 2006, p. 81.

nostalgie. Car c'est bien la nostalgie qui envahit le présent en actualisant le passé et par là même nous éprouve et nous fait souffrir en nous signifiant l'irréversibilité du temps. En effet, c'est bien la nostalgie, étymologiquement souffrance ou maladie du retour, (il serait plus approprié d'évoquer la souffrance de l'impossible retour) qui nous fait pâtir au présent.

« Nous nous baignons et nous ne nous baignons pas dans le même fleuve[30] », mais le souvenir laisse parfois une empreinte vivace, tous les amants connaissent la recherche vaine et infinie de la première rencontre… Ce fragment d'Héraclite condense en quelques mots la compénétration du temps qui passe avec le souvenir qui, dans l'acte de mémoire, rappelle tout à la fois le passage, la durée et l'irréversibilité.

C'est aussi parce que l'élan vital que nous pourrions également bien appeler *Eros*, nous tenaille et nous anime que nous persévérons dans nos entreprises et que nous nous entêtons parfois au mépris de la réalité. Rien de beau ni de durable n'a été construit sans démesure et sans passion, et la fulgurance de l'intuition qui permet à maints génies scientifiques de découvrir des théorèmes plonge ses racines dans un long travail antérieur ! Le moment crucial, l'instant de la découverte condense tout un passé laborieux, riche de connaissances, d'essais et d'erreurs, de pistes abandonnées, et, au moment opportun, le fameux *kairos* d'Aristote, ce long travail préparatoire accouchera d'un savoir nouveau qui ne saurait faire oublier sa longue gestation. Ce n'est sans doute pas un hasard si nous retrouvons des termes communs (gestation, travail, accouchement) entre le cheminement de la parturiente et le travail de la pensée. Inventeur de la méthode maïeutique, Socrate avait déjà analysé ces similitudes.

La mémoire, qui revêt des composantes universelles, historiques et culturelles pour les sociétés, s'avère éminemment personnelle et subjective quand elle est envisagée à l'aune de la personne. Intimement associée à l'esprit et à la conscience dans l'œuvre de Bergson, elle s'éprouve et se décline en de multiples phénomènes. Le souvenir est lié à la perception puisqu'« au fur et à mesure que la perception se crée, son souvenir se profile à ses côtés, comme l'ombre à côté du corps[31] ». Nous nous demandons si la mémoire et le souvenir ne constituent pas le versant incarné

---

[30]. *Les penseurs grecs avant Socrate de Thalès de Milet à Prodicos*, *Fragments d'Héraclite* n°25, Paris, GF-Flammarion, 1975, p. 75.
[31]. Henri Bergson, *L'énergie spirituelle*, Paris, PUF « Quadrige », 2006, p. 130.

de notre vécu temporel. Les souvenirs, sortes de gardiens de notre identité tout à la fois continue et en devenir, nous habitent, nous façonnent et nous animent inlassablement.

À la façon dont l'ombre et la lumière sont intimement liés dans un paysage ensoleillé, la mémoire est intimement liée à la vie incarnée de l'esprit. En effet la prégnance et l'intensité de certains souvenirs résistent à l'oubli, même dans des formes graves de démence. Ainsi Mme D., atteinte d'une forme sévère de maladie d'Alzheimer et qui, à la fin d'une soirée organisée par son mari, demande : « qui était Monsieur X., ce monsieur si gentil qui m'a embrassée comme le faisait autrefois Monsieur Y ? ». En fait, ces deux messieurs X et Y, sont une seule et même personne et c'est le souvenir intime, affectif, lié à un toucher ou à un geste particulier, qui a permis à Mme D. de reconnaître « tactilement » l'ami de longue date dont elle ne pouvait plus retrouver le nom. Dans cet exemple, si la mémoire verbale ou sémantique se dérobe, la mémoire corporelle, sensorielle, résiste au passage du temps. Certains souvenirs persistent et gardent leurs empreintes. Mme D. était désorientée dans le temps social, celui du calendrier. Depuis des mois elle ne savait plus dire avec exactitude le jour, le mois ou l'année, mais elle était présente à ses souvenirs. Fidèle à son passé, elle gardait ses repères véritables, ceux qui le constituaient comme sujet d'une histoire singulière. La rencontre avec M. Y. l'avait ramenée au temps où son amitié avec M. X. s'était scellée (ils s'étaient tous les deux engagés très jeunes dans des réseaux clandestins de résistance).

3. Temps et passé collectif

L'histoire de l'humanité est inconcevable sans la mémoire qui est condition nécessaire à l'éducation, à l'apprentissage, à la transmission des savoirs sur un mode dynamique. Cette transmission, quelles que soient ses modalités (écrite, verbale, singulière pour les initiés, collective pour un groupe donné tel la famille, l'école), fonde l'héritage, lègue les traditions (qui pourront toujours être remises en question). Cette évidence qu'aucune société, aucune civilisation ne peut se construire sans héritage, donc sans passé, hante l'esprit révolutionnaire et les utopies. Dans tous les projets révolutionnaires, comme dans les guerres de conquête, la fabrication de « l'homme nouveau » et l'avènement de la « liberté »

(plutôt de sa copie dénaturée) passent par l'éradication du passé dont il faut faire table rase.

L'homme est à transformer, et pour réaliser cette transformation, il faut le « désaliéner » de son passé. Il faut tout sacrifier modifier, éradiquer (traditions, religions, langue, culture) pour démarrer « à zéro » et construire « l'homme nouveau ». Le passé appréhendé par les sociétés totalitaires n'est pas considéré comme un terreau, un humus permettant de nouvelles moissons, mais un poison qui détruit les possibilités de construction d'une société.

Mais la mémoire, contrairement aux livres poussiéreux sur les rayons d'une bibliothèque, ne se laisse pas enfermer aussi aisément. Elle peut renaître de ses cendres, à la façon d'un secret de famille qui peut resurgir sans avoir été consciemment convoqué. Le célèbre roman de George Orwell, *1984*, décrit les mécanismes mis en place afin de créer une société basée sur l'instauration du pouvoir absolu. Pour asseoir de façon définitive les fondements de ce pouvoir, il faut absolument maîtriser la pensée et l'esprit, donc le langage, le passé et la mémoire. Le *novlangue,* dans le roman d'Orwell, est un outil de propagande au service du pouvoir, c'est « l'idiome officiel de l'Océania[32] ». Torturé par O'Brien dans les locaux du ministère de l'Amour[33], Winston Smith demande à son tortionnaire :

> « Mais comment pouvez-vous empêcher les gens de se souvenir ? […] C'est involontaire. C'est indépendant de chacun. Comment pouvez-vous contrôler la mémoire ? Vous n'avez pas contrôlé la mienne ![34] »

O'Brien développera une magistrale explication pour démontrer comment le slogan du Parti : « Qui commande le passé commande l'avenir ; qui commande le présent commande le passé[35] » peut être réalisé. Ce programme politique est fondé sur la substitution intégrale de la mémoire individuelle par la mémoire collective. L'esprit collectif supplante absolument l'esprit de l'individu, la réalité « n'existe que dans

---

[32]. George Orwell, *1984*, Paris, Gallimard, Folio*,* note de bas de page n°1, p. 14, cf. également appendice pp. 419-439.

[33]. Nous remarquons au passage la perversion du langage utilisé dans *1984*, ainsi que dans les régimes totalitaires, où le signifié d'un mot est radicalement remplacé par un signifié opposé ; ici on pratique la torture dans le ministère de l'amour…

[34]. George Orwell, *1984*, *op. cit*., p. 352.

[35]. *Id*., p. 351.

l'esprit du Parti, qui est collectif et immortel. Ce que le Parti tient pour vrai est la vérité[36] ».

Ce remplacement intégral de l'esprit de l'individu par l'esprit du groupe (dans ce cas il s'agit de réaliser le destin politique du groupe), « exige un acte de destruction personnelle, un effort de volonté[37] ». Il s'agit d'une conversion radicale à l'issue de laquelle la réalité vraie devient celle que l'on regarde avec les yeux du Parti. Ce regard annule définitivement toute trace de mémoire et de pensée personnelles. O'Brien renverse en quelque sorte le mythe de la caverne… Cette organisation politique qui éradique toute pensée individuelle au profit d'une pensée collective (dictée par quelques initiés) pourrait rappeler les sociétés traditionnelles où l'esprit du clan ou de la tribu supplante l'esprit individuel. Mais dans le régime décrit par Orwell, ce sont bien les dirigeants qui décident pour le groupe, qui instituent une Police de la Pensée, tandis que dans les sociétés closes, « la solidarité sociale, n'étant pas condensée dans les lois, l'étant encore moins dans des principes, se diffuse sur la commune acceptation des usages[38] ». Organisant le primat du collectif sur l'individu, les structures de ces deux sociétés, totalitaire ou clanique, paraissent similaires, mais les mécanismes mis en œuvre pour parvenir à éradiquer la mémoire individuelle et imposer la suprématie de la mémoire collective, sont différents.

Dans les sociétés traditionnelles, la cohésion du groupe prime sur la réussite individuelle ou sur le destin personnel. Cette cohésion est fondée sur le partage et le respect commun des coutumes. L'esprit du clan prévaut sur celui de l'individu, puisque celui-ci n'existe pas à proprement parler. Nul besoin dans les sociétés traditionnelles de broyer les individus, ces derniers ne détiennent pas la fonction sociale qui leur est dévolue dans les sociétés modernes. Mais dans les systèmes politiques émanant des sociétés totalitaires, les représentants du pouvoir effectuent un retournement absolu. Pendant cette opération de retournement, l'individu et sa mémoire, déjà constituée, doivent disparaître. Pour rendre efficiente la loi érigée par les membres du Parti qui décident pour tous les autres ce qui est Bon, Beau, Vrai, Juste etc., la manipulation des esprits s'avère la seule méthode efficace, puisqu'elle inclut l'inoculation d'une nouvelle mémoire. Cette nouvelle mémoire

---

[36]. *Ibid*., p. 352.
[37]. *Ibid*., p. 352.
[38]. Henri Bergson, *Le deux sources de la morale et de la religion*, *op. cit*., p. 128.

pourra être modifiée selon la volonté du Parti, aucune contestation ne sera possible puisque les « individus » ainsi façonnés seront exempts d'esprit critique, de liberté de pensée. Pour assurer une cohésion totale, pour éradiquer à la base toute pensée insurrectionnelle, toute tentative de sédition, les individus seront laminés, réduits à des cellules œuvrant et pensant pour le Bien du Parti.

Dans ces deux systèmes, nous comprenons bien le rôle fondamental que l'articulation mémoire individuelle/mémoire collective tient dans l'organisation de toutes les sociétés humaines. Chez Orwell, il faut maîtriser le temps, l'avenir étant le moment de l'incertitude, de la liberté. Seule la maîtrise absolue du temps permet d'assurer une stabilité absolue au pouvoir. Cette maîtrise implique la falsification de l'histoire, l'effacement des traces, l'éradication de la mémoire individuelle et collective. Pour commander les individus, les anéantir, les réduire en objets d'allégeance absolue au pouvoir, il faut que le temps personnel (celui de la destinée individuelle) disparaisse et soit remplacé par celui du Parti.

Dans les sociétés claniques, la conception du temps circulaire et de l'éternel retour n'est pas le résultat d'une manipulation politique. La conception du temps émane de croyances, des mythes construits et perpétués par le groupe afin de lui assurer sa stabilité. La temporalité ainsi suspendue a pour mission d'apporter sécurité et réconfort. Les consciences individuelles des sociétés holistes ne sont ni brisées ni aliénées, puisqu'elles ne sont pas encore constituées.

S'il est tentant d'établir un rapprochement entre les sociétés « archaïques » et les systèmes totalitaires, ce rapprochement, d'après nous, se limite à la forme. Les objectifs, la finalité sont de nature différente. Servir le Parti, c'est-à-dire servir une idéologie imposée par quelques uns, n'est pas comparable avec l'appartenance à une société « archaïque ». La création de mythes protège les sociétés holistes, et assure leur pérennité en maintenant des repères stables. Dans les systèmes totalitaires, la manipulation du passé et des informations, la création artificielle ou la révision de l'histoire permettent d'imposer un héritage commun cohérent avec la ligne du Parti. Ces remaniements sont faits au nom du respect de l'idéologie. Le passé, mais aussi le présent et l'avenir sont ainsi construits au service de l'idéologie. Les idées sont décrétées bonnes et justes sans contestation possible. Dans les sociétés traditionnelles, le temps est conçu comme un présent continu afin

d'annuler les effets irréversibles du temps, et cette conception est partagée, non imposée, par tous les membres de la société.

Si, dans les deux types de société, l'appréhension du temps révèle comment le rapport à la temporalité détermine les relations de pouvoir, nous pouvons écrire que tous les membres des sociétés traditionnelles sont dans l'*erreur*, puisqu'ils ignorent que le temps est orienté. Alors que dans les sociétés totalitaires, les dirigeants bâtissent un système temporel falsifié, à partir d'une *manipulation* imposée à la majorité. Ceux qui détiennent le pouvoir ont parfaitement conscience de cette falsification qu'ils instaurent et perpétuent afin de conserver leur toute-puissance. De plus, comment reprocher aux sociétés dites archaïques de n'avoir pas pu s'orienter à partir d'un événement fondateur (comme la naissance d'un Prophète, l'Hégire, la reconnaissance de Jésus-Christ ou l'attente du Messie, pour n'évoquer que les trois monothéismes) ? Les sociétés « archaïques » sont construites à partir du principe de « mêmeté » et de répétition, ce qui les protége des effets angoissants du changement et de l'inconnu.

Cette mise en perspective de deux systèmes politiques visait à rappeler comment nous sommes immergés dans le temps, comment les conceptions du temps déterminent nos conditions de vie, nos relations. Selon que le temps est cyclique ou orienté, les événements qui jalonnent notre histoire personnelle n'auront pas le même impact, ils seront interprétés en fonction de causalités différentes. Être atteint d'une maladie incurable selon qu'on est Pygmée ou Breton, ce n'est pas équivalent. Si la souffrance est universelle, et il serait incongru de bâtir une échelle de souffrance selon l'ethnie ou la culture dans laquelle les êtres humains habitent, l'expression de cette souffrance diffère.

La part symbolique associée à chaque maladie et à son traitement est modulée par la culture. Cette part symbolique sera articulée à l'imaginaire de chacun, en fonction de sa subjectivité mais aussi selon son rôle, ou son rang dans la société et ses rapports à la nature. Les modèles animistes ou totémiques, la place du corps, sa continuité ou sa rupture avec les éléments cosmiques, confèrent des significations

différentes aux maladies et aux médicaments qui sont appréhendés en Occident selon des critères rationnels et scientifiques[39].

Nous constatons l'enchevêtrement complexe des formes du temps avec la mémoire, collective et personnelle. Cette appropriation du temps commun relève du domaine de l'histoire et de la mémoire individuelle. Nous traiterons la question de la mémoire dans un second temps. Quand la mémoire individuelle vacille et qu'aucune structure externe (famille, institution, groupe social) ne prend le relais, l'errance individuelle peut devenir dramatique. Le témoignage personnel s'inscrit dans une dynamique qui permet de construire une histoire familiale, dont chaque membre élabore sa version mais où chacun a ses repères. Quand les patients n'ont pas de famille, l'isolement inhérent au processus pathologique est redoublé par l'isolement social. À l'intersection des sociétés traditionnelles, où la temporalité est incarnée dans le groupe (la famille élargie, le clan, la tribu ou l'ethnie) et des systèmes totalitaires qui nient la temporalité (en falsifiant l'histoire, en inversant les causalités) au profit d'un système prétendu rationnel, nos sociétés actuelles sont dans une situation intermédiaire, plutôt confuse. La famille ne constitue plus, (ou de moins en moins) le cadre, le refuge qui assure à chacun sa place dans le temps. L'État-Providence y supplée pour une part : la fonction de l'hôpital (unités de soins palliatifs, centres de longs séjours, etc.) et les services sociaux proposent des solutions d'accueil pour des situations qui incombaient auparavant aux familles. La personne malade ou vieillissante doit s'adapter avec plus ou moins d'enthousiasme à cette nouvelle distribution des missions d'accueil et de soins.

Ainsi Mme H. est hospitalisée dans un contexte un peu nébuleux. Atteinte de confusion mentale, retrouvée en pleine nuit, perdue et incohérente dans les escaliers de l'immeuble où elle habite (une crise d'épilepsie, un abus médicamenteux sont évoqués mais rien n'est sûr), ses voisins appellent les pompiers. Hospitalisée pour une suspicion d'AVC, elle récupère peu à peu. Des entretiens à son chevet émane une certitude : Mme H. commence à souffrir de troubles mnésiques importants. Quand je la rencontre, elle se présente comme une orpheline (elle a plus de soixante-quinze ans) en évoquant le décès de sa mère deux ans auparavant. Célibataire, sans ami(es), elle commente avec fatalisme son retour

[39]. Pour une approche anthropologique du corps et du médicament, se référer à l'article de J.-P. Pierron, « Approche anthropologique du médicament : un objet symbolique », Revue *Ethique et santé*, Vol. 6- N°1, mars 2009, pp. 43-49.

à domicile prévu avec quelques aides : « je recommencerai à me sentir pas bien et je reviendrai chez vous ».

En effet, Mme H. apprécie l'ambiance du service, les visites des médecins, la compagnie de d'équipe soignante, les séances d'orthophonie, les soins des kinésithérapeutes et les entretiens avec la psychologue. Nous lui demandons naïvement pourquoi elle ne souhaite pas aller dans un centre de long séjour, nous lui assurons que l'équipe sociale fera au mieux, mais sa réponse est tranchée : « y'a trop de vieux dans ces endroits, ici y'a de tout… ». Effectivement, sans famille, le dernier événement saillant dans la vie de Mme H. est bien la mort de sa mère. Bien que perdant la mémoire, elle n'oublie pas sa nouvelle place d'orpheline, perdue et sans projet. Sans parent et sans enfant, Mme H. est seule pour habiter son temps présent, seule pour affronter la vieillesse et le déclin. Sa situation personnelle précaire confère à l'hôpital un aspect contenant et rassurant. La santé de Mme H. ne requiert pas de soins techniques intensifs, mais tout son être est en attente d'hospitalité… Or les missions de l'hôpital dans sa version moderne et ses contraintes de rentabilité (les textes parlent d'usagers et non plus de patients…) offrent une hospitalité réduite à la durée moyenne de séjour, la fameuse DMS[40] vers laquelle les chefs de service doivent tendre pour répondre à des objectifs qui sont rarement déterminés par des soignants, mais par des experts en gestion.

4. Temps et mémoire collective, héritage reconnu ou méconnu ?

Si nous pouvons devenir amnésique accidentellement, de façon transitoire ou permanente (les causes sont diverses : maladie ou accident neurologique telles que l'épilepsie, le traumatisme crânien, les infarctus cérébraux, les dégénérescences, l'intoxication alcoolique, « choc » psychologique, etc.) les tentatives totalitaires de couper tout un peuple de ses racines, de sa mémoire collective, ont échoué jusqu'à présent. La mémoire représente donc un enjeu décisif, aussi bien pour la construction de la personnalité humaine, au sein des relations familiales et dans l'organisation des sociétés. Nous l'avons rappelé en évoquant *1984*. Sauf dans le

[40]. DMS : acronyme qui signifie : durée moyenne de séjour. C'est le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapporté au nombre de séjours (pour cette pathologie). La durée moyenne de séjour est calculée en excluant les hospitalisations inférieures à 24h programmées. Source : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/morbid/aide.htm.

cas précis où c'est le peuple qui décide d'oublier, ou plutôt de ne pas témoigner à propos des violences subies par le passé. Ainsi les Antillais restent très discrets sur leur passé et l'esclavage. Christiane Taubira, députée de Guyane, explique comment, d'après elle, la pensée de l'esclavage reste complexe dans la mémoire créole antillaise et guyanaise : « L'esclavage occupe une place très ambiguë dans nos mémoires. Elle est à la fois envahissante et absente. […] elle ne traverse pas de façon consciente et réfléchie ni la définition de nous-mêmes, ni notre rapport aux autres, ni la façon de construire un avenir en surmontant lucidement les pesanteurs de cette histoire[41]. »

L'appropriation individuelle de la mémoire collective reste un phénomène souvent opaque, difficile à étudier. Certaines populations déportées, malgré la distance, le changement radical du lieu d'habitation et du mode de vie, en dépit des contraintes et des humiliations liées à l'esclavage, malgré le passage obligé au poteau de l'oubli avant d'être embarqué dans les bateaux (ainsi que nous l'avons vu à Ouidah au Bénin), ont pu préserver les rituels culturels, tels que la pratique du vaudou au Brésil, en Haïti, etc.

Les événements actuels en Guadeloupe mettent en évidence cette souffrance relative au passé de l'esclavage. Des dirigeants locaux (politiques, syndicaux) dénoncent l'injustice sociale et économique flagrante entre le niveau de vie actuel des « békés » (nom donné aux descendants des colons blancs) et ceux qui se reconnaissent comme les descendants d'esclaves. Le clivage reste entier entre ces deux communautés. Il ne suffit pas de commémorer la fin de l'esclavage pour annuler les traces d'un passé toujours actif dans la mémoire collective. Les échanges verbaux entre les protagonistes stigmatisent l'émergence de ce passé colonial.

Comment une société (nous évoquons ici les sociétés antillaises) dont les racines historiques sont fondées sur la déportation et l'esclavage, pourrait-elle oublier les événements à partir desquels elle a été érigée ? Là aussi nous constatons l'intrication complexe entre le temps, celui du passé historique, des événements et celui de la mémoire. Car chacun, selon son histoire individuelle, assimile et « dépasse » avec plus ou moins de facilité, de distance, un tel « héritage ». Pour ne

---

[41]. Christiane Taubira, « Esclavage, quelle place dans la mémoire collective ? » LEMONDE.FR, 06.05.05, Mis à jour le 09.05.05. http://www.lemonde.fr/web.

pas rester « prisonnier », il faut sans doute pouvoir mettre des mots, partager, dialoguer, à partir de ces périodes qui, pour être passées, n'en sont pas moins historiquement réelles. Christiane Taubira invite à reconnaître et enseigner les violences infligées mais aussi « les fraternités magnifiques[42] », les solidarités qui permirent parfois de résister aux esclavagistes.

Avant de surmonter, il est nécessaire de reconnaître… Un escalier, aussi pentu soit-il, peut être gravi, mais chaque marche doit être prise en considération afin que le mouvement puisse s'adapter à la difficulté. Les traces du passé, individuel ou collectif, résistent et resurgissent. À l'échelle de l'individu, l'accompagnement des personnes souffrant de troubles neurologiques atteste cette présence du passé.

5. Le temps des neurosciences

L'approche neuro-psychologique classique est essentiellement fondée sur l'analyse de performances en situation de test. Cette approche ne peut rien nous dire à propos de l'éprouvé temporel, ce dernier étant exclu des conditions d'expérimentation en laboratoire qui ne considère que le temps chronologique et circonscrit de l'examen. En revanche, l'écoute des patients à leur chevet (en hospitalisation), ou en consultation, nous livre un foisonnement de méditations et d'interrogations à propos de la façon dont ils découvrent et éprouvent ce temps « nouveau », celui de la maladie. La maladie neurologique, par la continuité qu'elle génère, induit des modifications dans l'épreuve du temps qui passe. Par sa chronicité ou à cause des séquelles irréversibles qu'elle entraîne, elle confère un autre rythme à l'existence des personnes.

En effet, une des particularités essentielles des maladies neurologiques consiste dans l'absence de guérison, comprise en tant que retour à la normale, ainsi les médecins parlent plus volontiers de rémission. La plupart des pathologies neurologiques laissent soit des séquelles (c'est le cas de l'accident vasculaire cérébral, du traumatisme crânien), soit continuent d'évoluer plus ou moins rapidement, selon un rythme qu'il est difficile de prévoir (c'est le cas des maladies dites « dégénératives » telles que la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, la Chorée

---

[42]. *Id.*

de Huntington, la sclérose en plaques etc.) Le malade va donc être confronté à une maladie longue, durable, dont l'évolution et les effets sont imprévisibles, fluctuants. C'est toute la vie qui est affectée par ce changement, la pathologie neurologique oblige le patient à s'adapter à un nouveau rythme. Le refus d'accepter certaines conséquences de la maladie (par exemple en niant la gravité des symptômes, en refusant un traitement quotidien) est aussi une forme d'adaptation. Mais comment composer avec un processus qui reste en partie inconnu ?

Un courant de pensée actuel très influent dans les pays anglo-saxons et fidèlement traduit en français par le néologisme « neurophilosophie », étudie les relations esprit/cerveau en revendiquant ouvertement ses présupposés matérialistes. La chef de file de ce courant de pensée, Patricia S. Churchland, qui a créé ce néologisme en 1986[43], défend la thèse suivante : « Les états mentaux n'existent pas. Il n'y a que des états neurobiologiques[44] ». La « neurophilosophie » s'apparente à une chimère dont la vocation est de supplanter les thèses vitalistes et spiritualistes. Depuis quelques décennies, ce courant de pensée tente d'argumenter en faveur du tout neuronal. Nous défendons dans ce travail non pas une thèse inverse, le cerveau étant bien nécessaire comme substratum biologique à la vie psychique et spirituelle, mais une thèse qui critique l'idée d'un réductionnisme des états mentaux aux états neurobiologiques. Nous pensons qu'il existe une différence d'analyse dans la prise en considération des faits psychiques (« mentaux ») et des états neurobiologiques. Ces niveaux ne sont pas équivalents. D'autre part, nous constatons actuellement une interdisciplinarité croissante à l'intersection de la neurologie, des neurosciences, de la psychologie et de la philosophie. Les rencontres et les colloques foisonnent. L'approche neuroscientifique et l'approche philosophique peinent à trouver un terrain d'« entente » (au sens littéral de s'entendre), car elles ne s'intéressent pas au même registre. D'un côté, les neurosciences sont agies par une volonté de cerner le fonctionnement neurobiologique qui accompagne toutes les activités humaines, de l'autre, la philosophie interroge le sens de ces activités. Or, la plupart des tenants de l'approche neuroscientifique n'hésitent pas à pratiquer l'amalgame entre le pourquoi et le comment.

---

[43]. Année de publication de *Neurophilosophy, toward an unified science of the Mind-Brain*, traduit en français chez PUF, *Neurophilosophie*, 1999.
[44]. Bernard Andrieu, *La neurophilosophie*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2007, p. 7.

En effet, ramener les états mentaux à des états neurobiologiques consiste à nommer autrement une même réalité, ce qui revient à éviter la question d'une éventuelle différence entre les états mentaux et les états neurobiologiques. Nous nous inspirons des travaux d'Henri Bergson pour appréhender les relations psyché/soma et argumenter l'impossible confusion des faits psychiques et des états cérébraux. Sans nier la nécessité de considérer ces deux composants de la vie humaine, nous revendiquons pleinement l'orientation de notre travail qui s'inspire du courant spiritualiste. Bergson revendiquait son appartenance à ce courant, toute son œuvre est traversée, travaillée par l'éprouvé du temps :

> « C'est *toute* sa philosophie en effet que Bergson présente comme découlant, non pas de la "question" du temps mais de la simple constatation du passage du temps, du simple *fait* que le temps *passe*[45]. »

Pour fonder notre recherche vers une tentative de compréhension des relations de la personne malade au temps, nous accorderons une priorité aux paroles des patients et des accompagnants, reprenant pour notre propre compte la proposition de Pascal-Henri Keller. Psychanalyste et professeur de psychologie, il propose d'introduire un troisième terme au dualisme classique du corps et de l'âme, celui du langage. Car c'est le langage qui introduit une nouvelle division et permet le dépassement du dualisme classique. Le langage ouvre à l'altérité et offre la possibilité de la rencontre, de l'accueil de l'autre. L'approche de Pascal-Henri Keller redonne à la parole son rôle fondamental : « faire surgir *l'inédit* et l'entendre[46] ». Cela suppose au préalable que la psychologie et la biologie reconnaissent « enfin que la division humaine ne sépare pas son esprit d'un côté et son enveloppe corporelle de l'autre, mais qu'elle se situe entre l'être humain et son propre discours[47] ».

D'autre part, nous essaierons de dépasser les questions de la temporalité et de la mémoire en proposant de considérer leur implication, la dialectique qui anime les relations temps et mémoire. Pouvons-nous aborder les questions du temps vécu, éprouvé, à partir de l'expérience intime et incarnée de la mémoire ? Nous tenterons une approche dialectique en considérant le temps et la mémoire comme les deux expressions d'un phénomène agissant au cœur de notre être. Comment reconnaître

---

[45]. *La conception bergsonienne du temps*, Frédéric Worms in *Le temps,* sous la direction d'Alexander Schnell, Paris, Vrin, 2007, p. 181.
[46]. Pascal-Henri Keller, *Le dialogue du corps et de l'esprit*, Paris, Odile Jacob, 2006, p. 208.
[47]. *Id*., p. 209.

la présence continuée d'une unité psychosomatique au sein chaque malade, quelle que soit la diversité de ses troubles, de ses symptômes, de ses plaintes ?

Chapitre II : Le temps de la neurologie

1. Le temps dans les atteintes neurologiques

De même que nous ne pouvons nous dérober au temps, puisque nous sommes fondamentalement dans le temps, notre relation au temps n'est pas dissociable de notre mémoire qui apprivoise, intègre, déforme parfois les événements saillants de notre traversée du temps. Comparable aux deux côtés d'un même ruban qui s'entremêlerait, se nouerait et se parfois se dénouerait sur lui-même, la mémoire et le temps sont indissociables et cependant non réductibles l'une à l'autre.

Est-il possible de concevoir l'entrelacement du temps et de la mémoire comme constitutif de notre conscience et de notre sentiment d'exister. Par notre pensée consciente (et inconsciente) nous éprouvons le temps dans la durée, nous appréhendons les modalités du passé et du futur par la mémoire et le projet. Cette pensée du passé et du futur est mise à mal, bousculée, disloquée, perturbée voire interrompue au cours de certaines pathologies neurologiques. Nous partirons de deux grandes catégories d'affections dans le rapport au temps pour tenter d'analyser la pathologie neurologique comme une *maladie de l'éprouvé temporel*.

Dans un premier moment, nous appréhenderons la pathologie démentielle sous l'angle de la relation disloquée qu'elle induit entre le dément et sa temporalité. Puis nous envisagerons les maladies d'apparition brutale, telles l'accident vasculaire cérébral, comme provoquant une trouée, une béance dans l'éprouvé de la continuité d'existence. Ces deux pathologies génèrent un sentiment de diminution ou de fragilisation du temps à venir. Ce souci apporté à la question du temps découle « naturellement » de l'écoute auprès des patients dans un service de neurologie adultes. Il nous a paru nécessaire d'essayer de comprendre comment ces maladies de la chair et de l'âme, pouvaient être considérées, au-delà des symptômes bien concrets qu'elles entraînent dans le corps, comme affectant la personne dans son rapport au temps et à son devenir.

Nous éprouvons de façon permanente l'expérience de notre continuité d'existence en dépit des changements et des modifications plus ou moins subtils qui traversent et façonnent notre vie. Cette expérience de notre éprouvé temporel

est possible grâce à notre mémoire qui ne cesse de s'enrichir mais aussi de se modifier tout au long de notre vie. La mémoire et le temps constituent-ils une expérience indissociable l'une de l'autre, quels sont les critères respectifs que nous devons reconnaître à l'un et à l'autre ? Pouvons-nous être dans le temps sans mémoire ? Pouvons-nous concevoir la mémoire sans son rapport au temps ? Autrement formulé, une mémoire « instantifiée » est-elle pensable ?

2. Temps et plasticité

> « Le temps est la préoccupation la plus profonde et la plus tragique des êtres humains ; on peut même dire : la seule tragique. Toutes les tragédies que l'on peut imaginer reviennent à *une seule et même tragédie : l'écoulement du temps.* Le temps est aussi la *source de toutes les servitudes*[48]. »

Si l'écoulement du temps est une tragédie, que penser de l'absence de conscience *apparente* de certaines personnes vis-à-vis de son écoulement ? N'y a-t-il pas un surcroît de tragédie quand l'écoulement du temps n'est plus éprouvé ? Que faire quand les personnes sont enfermées dans leur temps propre, quand leur rapport subjectif au temps a pris toute la place et que la maladie neurologique rend impossible le rapport au temps commun, au temps social ? Car c'est bien l'appréhension d'un temps commun et donc partageable, confronté à l'éprouvé d'un temps intime et subjectif, qui fournit les bases essentielles aux conditions du vivre ensemble.

De notre formation d'étudiante découvrant la neuro-psychologie, nous avons retenu une leçon qui reste à l'œuvre dans notre pratique professionnelle : à partir de l'étude des patients cérébrolésés, c'est-à-dire atteints de lésions cérébrales, et qui présentent des séquelles (troubles moteurs, mnésiques, phasiques, gnosiques, praxiques, comportementaux, la liste est non exhaustive), nous ne pouvons pas tirer de conclusions définitives sur le fonctionnement cérébral des sujets « sains ». En bref, l'étude de la pathologie cérébrale et de ses conséquences sur le fonctionnement cérébral ne permet pas de déduire le fonctionnement « normal » du cerveau. Cette leçon de prudence repose sur deux phénomènes interdépendants.

D'une part, sur le concept de plasticité cérébrale qui recouvre trois qualités du développement cérébral : la plasticité embryonnaire et infantile du cerveau en

---

[48]. Simone Weil, *Leçons de philosophie*, Paris, Plon, 1989, p. 210.

« construction », la plasticité qui modèle et modifie tout au long de notre vie les échanges inter-synaptiques et, en cas de lésion cérébrale, la plasticité qui permet une réorganisation des structures cérébrales. Dans ce dernier cas, certaines zones saines peuvent suppléer et prendre en charge la (les) fonction(s) qui étai(en)t altérée(s) par la lésion. La rééducation en neurologie est fondée sur cette notion de plasticité cérébrale et sur les possibilités de réaménagement qui caractérisent l' « architecture » cérébrale. Pour une approche plus complète des notions de plasticité cérébrale, nous invitons nos lecteurs à se rapporter au livre de la philosophe Catherine Malabou[49] qui détaille fort judicieusement ces trois aspects de la plasticité qu'elle nomme respectivement : modelage, modification et réparation.

D'autre part, une zone lésée peut générer des perturbations qui dépassent la ou les fonctions dévolues à cette zone lorsqu'elle est indemne. En effet, l'ensemble des connexions entre les zones proches constitue un réseau complexe, et, par enchaînement successif, une lésion topographiquement localisée dans une zone cérébrale peut modifier le fonctionnement cérébral dans son ensemble. Nous comprenons, dès lors, qu'il soit difficile d'attribuer une fonction mentale spécifique à une localisation stricte, si, en cas de dommage, les régions connexes prennent, en quelque sorte, le relais ou si une lésion peut affecter l'ensemble. De plus, par un jeu complexe de réseaux et d'associations, certaines fonctions telles que la mémoire, mobilisent la totalité du fonctionnement cérébral. C'est dire la quasi-impossibilité de prédire de façon certaine quelles lésions entraîneront tels déficits et quelles zones sont impliquées de façon univoque dans telle fonction. La complexité de l'organisation cérébrale, sa réorganisation constante, suscitent des possibilités de recherches infinies dans le domaine des neurosciences, d'autant que la complexité du cerveau s'accroît avec son évolution phylogénétique !

Ce qui nous apparaît fondamental, c'est de comprendre que notre cerveau est en perpétuel devenir, il est mouvant et se modèle tout au long de notre existence, cette réorganisation est à l'œuvre au fil de nos expériences et intervient indépendamment des pathologies cérébrales. Le concept même de plasticité cérébrale et les réorganisations qu'il implique nécessitent de prendre en compte le

---

[49]. Catherine Malabou, *Que faire de notre cerveau ?*, Paris, Bayard, Coll. « Le temps d'une question », 2004.

temps et son écoulement, même au niveau neurobiologique. Toute la rééducation est fondée sur cette durée incompressible requise pour obtenir un nouvel équilibre, un réajustement des possibilités et des comportements, après une souffrance cérébrale telle qu'un accident vasculaire, un traumatisme crânien, une encéphalite herpétique, etc.

Au cours de nos quelques années de clinique auprès de patients atteints de troubles neurologiques, nous avons repéré une constante dans leurs plaintes et leurs difficultés à vivre avec leur pathologie neurologique. Au centre de leur mal-être, nous avons dégagé un phénomène qui dépasse les champs d'investigation actuelle des neurosciences. Nous nommons ce phénomène : *pathologie de l'éprouvé temporel*. En effet, quelle que soit l'affection neurologique et son mode d'évolution, tous les patients nous ont livré une plainte constante : leur questionnement et leur inquiétude dans leur rapport à la temporalité passée, présente ou à-venir.

3. Temps et démence

Chez les patients atteints de troubles neurologiques, nous constatons diverses péripéties de la mémoire ou plutôt les aléas de son expression. Les témoignages très évasifs, l'évocation chaotique du passé et des souvenirs nous alertent et parfois nous sidèrent. En effet, comment ne pas être bouleversée, même si nous faisons mine de nous habituer peu à peu, face à une personne âgée qui ne sait plus combien d'enfants elle a, ou qui les nomme les uns à la place des autres ? Pouvons-nous rester indifférente face à telle autre qui évoque son mari comme s'il était en vie (nous apprenons qu'il est décédé depuis fort longtemps) ou face à ce monsieur qui ne reconnaît plus son épouse pourtant bien vivante ? Comment réagir avec celui qui affirme avec force conviction qu'il est employé (il a 75 ans) à la station de métro Porte de Vincennes et qu'il doit quitter l'hôpital afin de regagner son poste, de crainte d'avoir des ennuis avec sa hiérarchie ? Que dire à ce médecin, à peine sexagénaire, qui continue à travailler, alors qu'aucun de ses collègues n'arrive à prendre les décisions qui s'imposent ? Elle ne reconnaît plus la plupart de ses patients. Elle soigne cependant certains depuis plus de vingt ans, et, comportement de prestance ou dénégation de ses troubles, elle reproche à sa secrétaire, à ses

associés, de se tromper dans les dossiers médicaux… Que répondre à ce courtier en assurances, atteint d'une démence, qui me reçoit dans sa chambre d'hôpital comme dans son bureau et, après m'avoir courtoisement offert un siège, m'interroge sur ma demande ? Ce dernier ne croyait pas si bien dire, pourquoi tenter de comprendre ce qui semble défier toutes les lois de la logique, ce qui bouscule nos repères et nous fait prendre brutalement conscience de notre absolue fragilité ?

La rencontre avec ces personnes met en scène à quel point le temps de la pensée et celui du récit ne sont pas nécessairement en harmonie, en correspondance avec le temps des événements présents. Parfois, la pensée, les paroles et les actes sont encore référés à un temps investi et chargé de souvenirs. Cette référence, cet attachement au passé masque ou envahit le présent. La démence ne serait-elle pas un trouble de l'évocation, une insistance du rappel du passé qui surgirait dans un temps inadéquat, inopportun ? Mais quel est le temps « normal », « adapté » pour se souvenir ? Peut-être le dément est-il celui qui ne parvient plus à reconnaître le passé comme aboli ? Le dément n'est-il plus affecté par l'irréversibilité du temps ? Peut-être est-il débordé par l'émergence des souvenirs qui colmate la difficulté à s'engager dans le temps présent ?

Et si ses fragments du passé, livrés comme appartenant au temps présent, apportaient une forme d'apaisement ? Il s'agit d'entendre ces mots comment autant de reviviscences de moments d'un passé qui, peut-être, viennent apaiser une blessure bien actuelle, celle de ne plus pouvoir habiter le présent. Certains malades semblent errer dans les limbes d'un autre temps. Et si ce passé était un temps plus heureux, auquel la magie du souvenir peut conférer une réalité, une épaisseur psychique ?

Est-ce pour cela que certaines personnes sont littéralement « désorientées » ? Gênés par cette désorientation, nous (soignants, proches), éprouvons souvent avec insistance le souci de rétablir la « vérité ». Il suffirait d'écouter et d'accueillir les mots qui nous sont donnés, les anecdotes livrées parfois comme des « présents » qui nourrissent la relation. Un proverbe africain dit à juste titre « si tu ne sais pas où tu vas, regarde d'où tu viens ![50] », mais cet adage plein de sagesse et de respect pour ce qui nous a été transmis n'est pas d'un grand secours pour certains malades

[50]. Proverbe cité par le Père Albert Ouedraogo, Burkinabé, au cours d'une de nos conversations méridionales.

qui semblent avoir oublié (en partie) d'où ils venaient. Ce proverbe émane d'une société de type traditionnel où les notions de clan, de famille (au sens élargi) permettent de pallier les maladies qui suscitent des errements personnels (que ces maladies soient psychiatriques ou neurologiques). Ces sociétés attribuent un rôle social aux déments. Ce n'est pas un hasard si la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest ne comportent pas de maison de retraite. Ceci est lié à deux facteurs principaux : d'une part, la durée de vie moyenne est encore très inférieure à celle des pays occidentaux. D'autre part, à moins d'être accusés de sorcellerie, la majorité des vieux restent intégrés à la communauté. Au cours d'un séjour au Nord du Burkina-Faso, nous avons visité un lieu de vie où résidaient de vieilles femmes, chassées de leur village. Suspectées de pratiquer la sorcellerie, elles étaient accueillies au sein d'une communauté tenue par des religieuses. L'esprit de clan fonctionne également sous conditions, et toute société fabrique ses boucs émissaires qui assurent la cohésion du groupe…

Il est d'ailleurs intéressant de constater ceci : à travers l'approche construite par Mircea Eliade pour analyser le rapport à l'histoire dans les sociétés traditionnelles, l'homme est envisagé comme devant refuser son histoire personnelle. Cette volonté de « se tenir à une imitation indéfinie des archétypes, trahit sa soif du réel et sa terreur de se "perdre" en se laissant envahir par l'insignifiance de l'existence profane[51] ». Pouvons-nous risquer une hypothèse : un excès de mémoire individuelle non intégrée dans une mémoire collective, familiale par exemple, produit des effets dévastateurs quand personne ne peut prendre le relais des défaillances personnelles ?

Ces quelques exemples ne constituent qu'un infime florilège de tous ces témoignages, toujours bouleversants, de ce que nous rencontrons en clinique neurologique. Même si ce sont des symptômes fréquents, « normaux », l'expression est malheureuse mais exprime bien la fréquence de ces troubles au cours des affections cérébrales. Si nous prenons le temps de nous arrêter et de penser aux conséquences de ces troubles, nous sommes saisis d'effroi, de stupeur ou de panique. Comment continuer d'habiter, de construire une vie sans repères ? Comment vivre dans un perpétuel présent si le passé semble se disloquer, quels sont les projets des personnes démentes quand personne ne se substitue à leur libre-

[51]. Mircea Eliade, *Le mythe de l'éternel retour*, *op. cit.*, p. 109.

arbitre mis au secret ? Nous saisissons aussitôt la formidable illusion, la violence et la contradiction de l'injonction « soyez spontané ! ». Vivre selon les caprices et les impératifs de l'instant, sans passé ni futur, n'est-ce pas comparable à mener une vie de « bête » agie par ses instincts ? Le travail du soignant n'est-il pas de se substituer sans violence au cadre temporel défaillant, non pas pour imposer une direction, mais afin de pallier les déficiences et protéger les déments des risques encourus par l'accroissement de leur dépendance ? Reconnaître l'émergence de la pulsion, c'est ce qui permet de reconnaître chez les patients dépendants la persistance des manifestations qui témoignent de leur élan vital.

Comment pouvons-nous appréhender et éventuellement comprendre la relation particulière que le patient dément entretient avec le temps ? Au premier abord, nous sommes confrontés et troublés par ce qu'il est convenu de nommer une désorientation temporelle et souvent spatiale, nous disons couramment : « il ou elle a perdu la notion du temps ». Ne plus savoir quel jour nous sommes dans une chambre d'hôpital aseptisée où les journées se succèdent sans grand changement, sans événement particulier, si ce n'est l'hospitalisation souvent brutale (dans le cas des personnes atteintes d'accidents vasculaires cérébraux), ou programmée dans le cadre du traitement des affections neurologiques évolutives, ne semble pas si étonnant. La fatigue, la lassitude et l'isolement envahissent tout l'être blessé dans son fragile équilibre psychosomatique.

Comment garder ses repères quand tout change brusquement : les lieux, les personnes, les heures de repas… ? Quelles que soient les conditions de confort « normatif » et certifié de ce nouvel environnement, rien ne prouve qu'il devienne réellement habitable. L'entourage familier, le quartier, l'appartement, tout ce qui a constitué un monde pendant des années, parfois toute une vie, est brutalement remplacé par un nouveau cadre. À titre d'exemple, l'hôpital gériatrique Bretonneau est conçu comme un petit village d'un point de vue architectural (rue principale, boutiques) et le réseau ville/hôpital contribue à maintenir les relations entre les personnes âgées et le monde extérieur, les personnes démentes peuvent déambuler dans un lieu sûr, protégé. Ce souci de pallier, par un environnement stable, rassurant, rappelant l'organisation conventionnelle, habituelle des petites villes (à taille humaine) les aléas de la mémoire individuelle et défaillante des déments, nous rappelle à nouveau le primat du collectif sur l'individuel. La collectivité, en

tant que ferment structurant et liant (comme dans les sociétés archaïques décrites par Eliade), permet d'alléger sans doute la souffrance ou du moins de protéger les vieux déments. Mais un hôpital, aussi accueillant soit-il, peut-il constituer un monde, au sens d'un lieu pour vivre (et pas seulement survivre), pour une personne, démente ou pas ?

L'homme « archaïque », tel que l'envisage Mircea Eliade, tissait une relation au temps très différente de celle élaborée par l'individu de la modernité. Son « désir de ne pas avoir de "mémoire", de ne pas enregistrer le temps et de se contenter seulement de le supporter comme une dimension de son existence, mais sans l'"intérioriser", sans le transformer en conscience[52] » était lié à la fonction étayante de la collectivité qui soudait les membres de la tribu dans un destin commun. Le patient dément moderne doit subir les pertes sa mémoire individuelle, sans que la mémoire collective ne se substitue à cette perte. Si nous nous référons à Eliade, nos sociétés modernes ont détrôné les héros exemplaires et les archétypes, les destinées personnelles ne sont plus référées à ces figures exceptionnelles. Ceci rend l'homme moderne bien plus vulnérable aux conséquences de la maladie et aux pertes de mémoire.

Comment concevoir que ce nouveau « lieu de vie », le long séjour ou la maison de retraite médicalisée, puisse devenir habitable, c'est-à-dire propice à créer de nouvelles habitudes ? Simone Weil[53] insiste à raison sur l'enracinement comme nourriture spirituelle nécessaire à la nutrition de l'âme humaine. Nul jugement ici mais un constat banal et récurrent : peu de personnes âgées décident volontairement de partir vivre en institution. La motivation exprimée reste souvent celle de ne pas être un « poids », une « charge » pour les enfants. Le mode de vie actuel, le travail des enfants, l'indisponibilité, les logements exigus, l'émoussement des liens affectifs intergénérationnels, l'éloignement ou l'éclatement familial, tous ces facteurs rendent la cohabitation difficile, voire impossible, surtout quand la symptomatologie des troubles neuropsychiatriques (anxiété, fugue, déambulation, insomnies, conduites à risques, collectionnisme, etc.) nécessite une présence continue auprès de la personne âgée.

---

[52]. *Id,* p. 109.
[53]. Simone Weil, *L'enracinement*, Paris, Gallimard, Folio, 1997.

Ainsi, comment agir au mieux, c'est-à-dire dans ce cas de la façon la moins nocive avec M. C. qui, à l'occasion d'une hospitalisation pour passer des examens approfondis dans le cadre d'un syndrome démentiel débutant, me confiera : « la maison de retraite dont me parlent mes enfants, ce sera ma dernière punition, pas question. » Or M. C., veuf, habitant une ferme isolée, ne peut plus vivre seul. Après concertation, les enfants décident d'accueillir quelques semaines leur père, le temps nécessaire à la mise en place d'aides au domicile (aide-soignante, aide-ménagère, orthophoniste, kinésithérapeute). Les enfants savent que cette solution est transitoire. Mais cet aménagement sera accepté avec soulagement par M. C. qui pourra ainsi revenir dans la ferme qu'il a toujours habitée.

L'accompagnement des déments demande une relative humilité dans les projets qui sont souvent réajustés, en fonction de l'évolution des troubles.

4. Le temps de la vieillesse et de l'attente

Quelle est la nature du temps, à propos de laquelle Saint Augustin nous confie son questionnement ?

> « Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais. Si quelqu'un pose la question et que je veuille l'expliquer, je ne sais plus[54]. »

La conception augustinienne du temps introduit une rupture avec celle d'Aristote pour qui le temps est : « le nombre d'un mouvement selon l'antérieur et le postérieur[55] ». Pour Augustin, le savoir sur le temps relève de l'expérience intime, subjective. Nous avons tous été confrontés aux tourments de l'attente anxieuse, à cet étirement sans fin des minutes qui nous paraissent des siècles. Dans ces moments-là, le temps indiqué par la montre prend toutes les allures d'une imposture, car « notre temps » ne passe pas, du moins il n'est pas vécu comme un intervalle bien délimité entre deux repères. Parce que la durée semble se distordre, s'allonger, se dilater ou s'accélérer selon les circonstances, ces éprouvés du temps s'avèrent incomparables.

Prenons un exemple, nous attendons l'affichage des résultats à un examen ou à un concours (résultat dont dépend notre orientation professionnelle future), nous guettons dans une salle d'attente l'arrivée du chirurgien qui est en train d'opérer un

---

[54]. Saint Augustin, *Les Confessions*, *op. cit.*, Livre XI, XIV, 17, p. 1041.
[55]. Aristote, *Physique*, Paris, GF-Flammarion, 2008, Livre IV, 11, 219b, p. 252.

proche (parent, enfant, conjoint, ami, etc.), nous attendons (et c'est le premier rendez-vous) l'être aimé à la terrasse d'un café. Dans ces trois situations, le temps nous semble long, étiré, interminable, presque sans fin, mais l'éprouvé n'est pas le même. L'éprouvé du temps de l'attente sous le signe de l'espérance n'est pas celui de l'éprouvé sous le sceau de l'inquiétude. Il est parfois délicat, voire impossible de démêler absolument l'espérance de l'inquiétude, car ce qui est prévu, attendu, désiré, pourrait tout aussi bien ne pas avoir lieu. C'est bien dans la densité de l'attente que nous prenons conscience de l'imprévisible. Dans l'épaisseur de l'attente, nous mesurons la part indéterminée et libre de notre existence, et de celle d'autrui (qui peut avoir changé d'avis et ne pas honorer ce rendez-vous…). Tous les scenarii, des plus probables au plus fantasques, peuplent le temps de l'attente…

Le temps du « jamais plus » existe, c'est le temps du deuil, de la perte, du chagrin, de la séparation. Cet éprouvé ne sera jamais comparable à celui de l'espérance, quand bien même les durées mesurées seraient identiques. Toutes ces nuances relèvent bien de l'expérience incarnée, intériorisée, du temps que nous vivons quotidiennement. Les années passant, le temps du « jamais plus » s'intensifie souvent. L'accumulation des regrets et l'épreuve des deuils rythment douloureusement l'écoulement du temps.

Le temps n'est donc pas une connaissance réductible à la dénomination correcte du jour, du mois et de l'année comme il est convenu de le demander régulièrement aux patients hospitalisés afin de vérifier la qualité de leur orientation temporelle. Pourtant, pour qui sait entendre, l'éprueve du temps et de la durée sont bien présentes dans les formules telles que : « à mon âge, c'est normal d'avoir une attaque », ou « la mémoire, elle s'en va avec les années », ou encore « à mon âge, il est grand temps que je m'en aille. » Ce temps-là, celui des années écoulées, de la vieillesse, de la lassitude, de la fatigue et du découragement, ce sentiment d'avoir trop duré, appelle aussitôt le questionnement à propos du temps qu'il reste.

Ce questionnement ne se dissout pas dans quelques interrogations ritualisées à propos du temps calendaire. D'une certaine façon, le temps de la vieillesse paraît parfois stratifié, les sédiments se sont déposés à la faveur des années, la place vacante semble s'amenuiser… Vieillir, c'est toujours vivre !

La vieillesse, un temps pour les rencontres ?

Dans le film *Fauteuils d'orchestre*[56], Claude Brasseur incarne le rôle d'un collectionneur d'art. Veuf, atteint d'un cancer, il explique à son fils Frédéric, jeune universitaire, la façon dont il a toujours essayé d'organiser sa vie. Conscient que son temps est limité, et voulant couper court aux reproches de son fils au sujet d'une liaison qu'il a avec une femme bien plus jeune, il lui demande : « Et aujourd'hui, je fais quoi ? Je meurs ou je vis ? Moi je vis ! » Puis, au cours de cette même conversation : « Tu sais, Frédéric, à mon âge le temps qui passe, ça devient le temps qui reste ». Dans cette relation père/fils quelque peu inversée, c'est le fils qui tente de raisonner son père septuagénaire en l'alertant à propos des intentions « intéressées » de sa jeune compagne. Mais ce dernier n'est pas dupe, ni de son amie, ni de son fils qui, sous couvert de tenir un discours moral, découvre l'ennui quotidien et la routine de son propre mariage. Le père décidera de maintenir cette liaison qui lui insuffle de la joie de vivre. Sous couvert d'un discours censé (censeur assurément !), sage et moralisateur (mon père amoureux à son âge, est-ce normal ?), son fils tente rien moins que de le convaincre de ne plus vivre, ne plus aimer, ne plus désirer, n'avoir aucun projet. Cette scène a l'intérêt de montrer comment la vieillesse, apparentée à la sagesse dans nos représentations imaginaires et sociales, doit se dépouiller de tout excès.

Or la clinique auprès des personnes âgées nous montre bien que les affects sont intemporels, être en « puissance de » n'est pas être « capable de ». Le désir n'est jamais identifiable à sa réalisation, et sa puissance demeure inaltérable.

La question des affects et des pulsions parfois exprimés de manière abrupte au cours de certaines pathologies neurologiques, nous invite à considérer l'existence d'une vie psychique intense, parfois même difficile à concilier avec les « normes sociales ». Ainsi M. F., universitaire retraité octogénaire venait de rencontrer quelques mois auparavant, une femme beaucoup plus jeune, à qui il n'avait jamais osé dévoiler son âge. Ce silence à l'endroit de son âge signifiait déjà un malaise. M. F. m'expliquait sa crainte d'être quitté pour avoir dépassé l'âge

---

[56]. Danièle Thompson, *Fauteuils d'orchestre*, Thelma Films-Studio Canal, 2006, TF1 Films Production.

limite autorisé pour avoir une vie amoureuse[57]. Hospitalisé en urgences, son amie devait lui rendre visite et M. F. s'inquiétait en pensant qu'elle allait découvrir son âge « véritable ». Y'aurait-il un temps pour aimer, un autre pour se résigner ? Un temps officiel et un temps affectif ?

Quand la réalité nous rattrape et nous replace sans ménagement dans le temps froid du calendrier, celui de l'état civil, la perception du décalage peut être violente. M. F. était amoureux, ce sentiment nouveau l'avait submergé. Conscient du temps qui fuyait, il s'était senti rajeuni, touché d'avoir pu susciter un sentiment aussi fort chez une femme bien plus jeune. « Je ne pensais plus être amoureux à mon âge » m'avait-il confié après son attaque. Mais soudain, malade et diminué dans son lit d'hôpital, il redoutait d'être reconnu comme un homme vieillissant, et de perdre tout attrait pour sa nouvelle compagne. La maladie devenait signe, alerte, elle devait le ramener à la raison, du moins à une forme de raison qui exclut les passions et les coups de foudre, par essence irrationnels.

5. La philosophie, un remède pour penser le temps de la neurologie ?

Saint Augustin et la question du temps

« Ce que je désire connaître, c'est l'essence et la nature du temps[58]. »
« Je te le confesse, Seigneur, j'ignore toujours ce qu'est le temps[59]. »

Afin d'approfondir notre démarche, nous consacrons une partie de notre réflexion à la pensée augustinienne. Nous trouvons la conception de l'éternité du présent, ou du présent éternel, dans *les Confessions* où Saint Augustin, s'adressant à Dieu, déclare :

> « C'est de la hauteur de ton éternité toujours présente que tu précèdes les temps passés, et que tu domines les temps à venir, et, une fois arrivés, ils deviendront du passé. Toi, au contraire, tu es identique à toi-même, et tes années ne s'évanouiront pas[60]. »

S'il ne faut pas confondre abusivement présent et éternité, à moins de se prendre pour Dieu, il semble bien que la mesure successive des différents temps incombe à l'homme et provoque dès lors de multiples sources d'erreurs. La question du temps

---

[57]. Nous retrouvons là un thème classique, repris entre autres par Romain Gary dans son roman *Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1978.
[58]. Saint Augustin, *Les Confessions*, *op. cit*., Livre XI, XXIII, 30, p. 1048.
[59]. *Id.*, Livre XI, XXV. 32, p. 1050.
[60]. *Ibid.,* Livre XI, XIII. 16., p. 1040.

est solidaire à celle relative au paradoxe du présent. Le destin du présent est bien de rejoindre instantanément le passé, sans quoi il serait comparable à l'éternité.

À l'idée de trois temps dissociables : présent, passé et avenir, Augustin préfère évoquer les trois présents :

> « Il y a trois temps : le présent du passé, le présent du présent, le présent du futur. En effet, il y a bien dans l'âme ces trois modalités du temps, et je ne les trouve pas ailleurs. Le présent du passé, c'est la mémoire ; le présent du présent c'est la vision directe ; le présent du futur, c'est l'attente[61]. »

Il insiste sur l'importance de la pensée, du témoignage et de la parole qui permettent l'évocation du passé ainsi que notre projection dans l'avenir. Le travail de la pensée permet de ressentir la continuité d'existence. Ce travail préserve notre identité par-delà les multiples événements que nous traversons et les changements qui nous façonnent. Avec Augustin apparaît la subjectivité moderne. Il introduit le sujet conscient de soi et de son monde, capable de penser le présent comme pivot, renvoyant au passé comme à l'avenir. La mémoire du groupe (ou clan, « tribu ») est délaissée au profit de la mémoire individuelle. Dès lors, l'appréhension du temps sera modifiée, et la conception cyclique du temps remplacée par l'instauration d'un temps orienté. Cette émergence d'une nouvelle conception du temps est à relier avec l'événement fondateur de la venue du Christ qui a bouleversé la place de l'homme dans le monde occidental.

Les questions de la finitude, du temps, celui du monde et de la création, celui de Dieu et de l'éternité ont été abordées par Augustin dans *Les Confessions* sous la forme d'un dialogue à trois, un dialogue intérieur auquel il se livre et qu'il adresse simultanément à Dieu. Penseur de la frontière entre deux époques, pivot qui relie le monde antique à celui de la modernité bouleversée par l'avènement du christianisme. Augustin est bien le père de notre subjectivité actuelle, cependant il ne sombrera jamais dans les atermoiements égotistes de certains de nos contemporains. La pensée de Dieu, du grand Autre diraient les psychanalystes, habite *Les Confessions*. Ainsi, si Augustin est précurseur de l'introspection, ce mouvement échappe à sa réflexivité, le dialogue intime est orienté vers Dieu. Augustin fait retour en lui-même sans jamais se fermer à la présence de Dieu qui, en quelque sorte, est la cause et le *telos* des *Confessions*. Le principe fondateur de sa réflexion à propos de la création du temps repose sur la confrontation entre

---

[61]. *Ibid.,* Livre XI, XX. 26, pp. 1045-1046.

deux ordres radicalement différents, le « temps » de Dieu qui est l'éternité, et le temps humain, assimilé à l'âme. Si Dieu a créé le temps, il n'est pas soumis aux effets de celui-ci dont il reste la cause. Il nous faut donc concevoir Dieu comme principe créateur du temps, sa présence éternelle est à l'origine de la création du monde, il demeure, de toute éternité, sans être altéré par le passage du temps. Pour Augustin, Être et Vivre sont équivalents, de même qu'il établit une identité entre le présent et l'Être :

> « Tu es, en effet, et cela au degré suprême, et tu ne changes pas ; et en toi l'aujourd'hui ne s'écoule pas, tout en s'écoulant pourtant, parce qu'en toi sont aussi toutes ces choses qui, si tu n'étais leur contenant, n'auraient pas de voie par où s'écouler. Et puisque *tes ans ne déclinent point*, tes ans sont un "aujourd'hui". Et combien déjà de nos jours, de jours de nos pères sont passés par ton "aujourd'hui" qui leur a donné leur mesure […] *Mais, toi, tu es toujours le même*, et tous les demains et ceux qui les suivront, tous les hiers et ceux qui les ont précédés, tu les feras "aujourd'hui", tu les as faits " aujourd'hui "[62]. »

Puis Augustin découvrira dans l'âme humaine les trois temps du présent. L'âme étant le produit de la création divine, puisque l'homme a été créé à l'image et à la ressemblance de Dieu, c'est dans l'âme que nous trouverons les trois temps du présent. Penser le passé et l'avenir comme temps du présent, c'est l'enseignement que nous donne Augustin.

Cette conception des trois temps du présent, référée à l'accompagnement des patients déments, nous permet d'abandonner toute idée de chronologie fixe et rigide. Si tous les temps de l'homme coexistent au présent, il nous est plus aisé de comprendre le « chaos » apparent dans lequel habitent les déments. Chez Augustin, il n'y pas de hiérarchie dans la pensée du temps, qui se décline et se mesure toujours par rapport au présent. Suivant pas à pas son cheminement, nous trouvons des passerelles, des repères pour appréhender le temps de la maladie et des malades. Dans les interrogations précédant celles sur le temps, à savoir celles qui ont trait à la mémoire, Augustin invoque Dieu. À la façon d'un médecin, Dieu compare la vie à une épreuve[63]. Certes, il introduit la notion d'épreuve en préambule aux tourments de la chair, assaillie par les sens et la quête de plaisir. La lutte contre ces multiples tentations devient souffrance pour Augustin qui est déjà évêque et s'est donc engagé sur la voie difficile de l'abstinence. Il est d'ailleurs possible de lire le chapitre « *la concupiscence de la chair. Les tentations*

---

[62]. *Ibid.,* Livre Ier, VI.10., pp. 787-788.
[63]. *Ibid.,* Livre X, *La « concupiscentia » ou les traces de l'ivraie*, Prélude, p. 1007.

charnelles[64] » et de l'analyser comme un texte énonciateur des prémices de l'existence de l'inconscient. En effet, Augustin aborde avec clarté et sans détour la question des tentations de la chair auxquelles il succombe, contre sa volonté, quand il dort.

À ce propos, il n'est pas anodin que la traduction récente des *Confessions* ait été nommée *Les aveux*[65] par son auteur, indiquant par là le souci de l'évêque d'Hippone de s'exprimer de façon authentique avec Dieu. L'étymologie du verbe avouer renvoie à vœu, c'est-à-dire *voto* en latin, qui signifie promesse faite aux dieux. Le deuxième sens de *voto* renvoie à souhait et désir. Cette nouvelle traduction respecte donc le souci d'Augustin de s'entretenir sur un mode respectueux et néanmoins intime. Ne pouvant résister aux images qui l'assaillent au cours de son sommeil, alors qu'il maîtrise leur puissance de suggestion à l'état de veille, Augustin en déduit qu'il y a « deux "moi" » en lui. Il aborde ainsi la souffrance provoquée par le combat intérieur auquel nous nous livrons sans cesse, car la privation et le renoncement, même volontaires, ne sont pas exempts de tourments, voire de regrets. La difficulté à respecter une règle de conduite que nous nous sommes fixés, telle que la chasteté pour ceux qui choisissent de rentrer dans les ordres, n'empêche pas de désirer. Augustin exprime sans détour la puissance de l'imaginaire dont nos rêves constituent un des effets les plus tangibles. Le rêve se réalise donc, d'une certaine façon, à l'insu de la volonté consciente du dormeur, ce qui met bien en lumière la puissance du désir, et l'importance de notre incarnation.

Nous retrouvons cet appel de la chair, tel qu'il est évoqué par saint Paul dans son Épître aux Romains[66], chez certains patients. Le respect des us et coutumes auxquels ils se sont pliés pendant des années, peut être balayé par la maladie. Cette force, cet élan peut surgir, et certains malades n'ont nul besoin d'être endormis pour « vivre » leurs fantasmes, ou du moins tenter de les réaliser.

Est-ce une raison suffisante pour décréter à la hâte que les patients sont plus sincères parce qu'ils transgressent les règles de bienséance? Nous n'en savons rien, il est plus intéressant d'écouter ce qu'ils nous disent quand ils peuvent

---

[64]. *Ibid.,* Livre X, XXX.41., p. 1008
[65]. Saint Augustin, *Les Aveux*, traduit du latin par Frédéric Boyer, Paris, P.O.L., 2008.
[66]. Pour retourner au texte évangélique, lire *La lutte intérieure*, Paul, Epître aux Romains, 7, versets 14 à 25, *La Bible de Jérusalem,* Desclée de Brouwer, 1975, pp. 1688-1689.

encore avoir recours au langage. Il nous importe avant tout de les considérer toujours dans le champ de la vie, du « vouloir-vivre », plutôt que de les traiter avant l'heure comme des morts-vivants. Reconnaître la puissance du désir, (ce qui n'est pas la même chose que combler toutes les demandes), c'est reconnaître l'articulation du manque et de la puissance d'agir (le *conatus* de Spinoza) qui confère au désir cette force qui nous pousse à entreprendre. Aristote avait déjà bien repéré la faculté désirante qui agit comme un principe moteur : « le premier de tous les moteurs, c'est l'objet de l'appétit[67], puisqu'il met en mouvement sans être mû, du fait d'être l'objet de l'intelligence ou donné dans une représentation[68]. »

Ainsi, nous puisons dans *Les Confessions* comme à une source irriguant les questions de la condition humaine en proie au doute, aux multiples blessures et aux tourments de la vie. Augustin nous rappelle avec une modernité absolue, celle qui s'oppose aux idées dans le vent, « destin des feuilles mortes » disait Jean Guitton, que nous sommes incarnés pour le pire et le meilleur. La lutte contre les pulsions qui entravent nos idéaux, la peur de la finitude, le déchirement éthique qui est d'abord intra-subjectif, tous ces thèmes sont déjà magnifiquement traités chez Augustin. La modernité d'Augustin se perpétue à travers les époques, les questions qu'il soulève sont éternelles, co-existantes à l'homme. La permanence du débat intérieur qu'il expose et soumet dans un même élan à Dieu, mais aussi à nous, lecteurs, nous rapproche, paradoxalement, de la pensée d'Augustin. Elle nous interpelle parce qu'elle est une pensée vive. La pensée d'Augustin rend hommage à sa conception novatrice du temps qui se décline selon les trois modalités du présent, elle est actuelle.

S'il ne fait pas de doute que le temps de Dieu est radicalement autre, différent du temps humain, puisqu'il est éternité, alors se pose la question de la Création, de l'avant et de l'après, question qui est étudiée dans le chapitre XI des *Confessions* : « Puissé-je entendre et comprendre comment *dans le Principe* tu as fait le ciel et la terre[69] ». Telle est la question introductive d'Augustin qui s'en remet à Moïse, à qui il a été donné d'écrire au nom de Dieu. Mais le sens des

---

[67]. Il convient de rappeler que l'appétit, pour Aristote, est tout à la fois : désir, ardeur et souhait, se référer à *De l'âme*, Paris, GF-Flammarion, 1994, II, 2-3, 414 a-b, p. 147.
[68]. Aristote, *De l'âme*, *id.,* III, 10, 433 a-b, p. 247.
[69]. Saint Augustin, *Les Confessions*, *op. cit*., Livre XI, III. 5., p. 1032.

paroles de Moïse, si Augustin pouvait l'entendre, serait à découvrir au-dedans de lui. Et ce sens a partie liée avec la Vérité. Augustin prend soin de dissocier la compréhension, le sens attribué à ce qui lui est dit et la vérité de ce qui lui est dit. Seule la foi, éclairant le sens, permet de reconnaître la Vérité : « tout au-dedans de moi, dans la demeure intérieure de ma pensée[70] ». Cette Vérité est indépendante de la langue dans laquelle elle s'exprime, c'est-à-dire qu'elle est universelle, c'est celle de la foi[71]. Nous ne sommes pas très éloignés de la théorie platonicienne de la réminiscence. Toutefois, dans la doctrine chrétienne, la vérité est révélée aux hommes par la parole divine, à condition qu'ils aient la foi. Cette révélation, moment unique et irréversible, introduit la notion d'un commencement, tandis que dans la philosophie platonicienne, elle est appréhendée de façon cyclique et doit être redécouverte à chaque incarnation.

Pour Augustin, fidèle aux Écritures, c'est dans la Parole éternelle, le Verbe de Dieu, que le monde, la terre et le ciel, furent créés : « Tu as donc parlé et *ils furent faits* ; et c'est dans ta Parole que tu les as faits[72] ». La parole divine est éternelle, elle s'oppose radicalement à l'acte de l'énonciation humaine, acte qui est marqué par un début et une fin. Augustin nous rappelle comment la parole humaine est soumise au monde sensible et matériel. L'acte d'énonciation est constitué de sons qui forment un message nécessitant lui-même une oreille, et Augustin, avant Saussure qui a défini le langage sous la forme du rapport signifiant/signifié, introduit la distinction entre les sons (phonèmes) et les notions, les choses ou les concepts qu'ils représentent :

> « Quand on parle, j'entends bien le son des mots qui les désignent ; mais autres sont les sons, autres sont ces notions. Les mots ont des sons différents en grec et en latin ; mais les notions, elles, n'appartiennent ni au grec ni au latin, ni à quelque autre langue[73]. »

L'a-temporalité de la parole divine la constitue et la situe au-dehors de toute temporalité, et le mystère de sa Révélation reste entier. Cela permet d'embrasser sans le comprendre, le mystère de l'éternité de Dieu et de son alliance avec le Verbe, tel qu'il est conçu par Augustin :

---

[70]. *Id.,* Livre XI, III. 5., p. 1033.
[71]. La Vérité telle qu'elle est appréhendée par Augustin, « ni hébraïque, ni grecque, ni latine, ni barbare » est celle des Épîtres aux Galates, Paul, 2, verset 28 ; dans cette Épître, saint Paul rappelle l'universalité de la doctrine chrétienne, selon laquelle il est donné à chacun d'avoir la foi, *La Bible de Jérusalem, op. cit*., p. 1733.
[72]. Saint Augustin, *Les Confessions*, *op. cit.,* Livre XI, V. 7, p. 1034.
[73]. *Id.,* Livre X, XII. 19, p. 994.

> « Tu nous appelles à comprendre ce qu'est le *Verbe, Dieu auprès de* toi, *Dieu*, lui qui est dit de toute éternité et par qui tout est dit de toute éternité. Ici pas de parole qui s'achève ni de parole suivante différente, permettant un énoncé complet ; mais au contraire tout y est dit simultanément et de toute éternité. Sans quoi il y aurait alors temporalité et changement, au lieu de la véritable éternité et de la véritable immortalité[74]. »

Dès lors est posée la forme essentielle d'une condition de la temporalité du monde créé par Dieu pour les hommes : le changement. C'est bien le changement, la corruption, l'évolution, l'involution, les modifications qui signent et indiquent l'œuvre du temps chez toute créature, qu'elle soit humaine, animale ou végétale. Ces marques du temps ne sont donc pas spécifiques de la maladie mais présentes en chacun de nous, car :

> « Nous le savons, Seigneur, oui, nous le savons : ne plus être ce que l'on était et être ce que l'on n'était pas encore, c'est cela mourir et naître[75]. »

Cette approche du vieillissement constaté en premier lieu par les marques du temps sur le corps envahit notre rapport à l'âge, nous disons bien que nous avons l'âge de nos artères, et pourtant, les sentiments, les émotions, tout ce qui nous fait sentir vivants, cela est-il soumis aux conditions de l'âge ? Mais peut-être au fond de chacun d'entre nous subsiste cette intuition fondamentale, que :

> « Notre chair n'est pas ce corps opaque que chacun traîne avec soi depuis ce qu'on lui dit être sa naissance – ce corps dont il épiera tout au long de son existence sans surprise et pourtant dans l'angoisse chaque particularité, chaque qualité et chaque défaut, chaque modification, chaque affaissement, chaque ride qui trace invinciblement sur son visage d'homme ou de femme les stigmates de sa décrépitude et de sa mort[76]. »

Contraints à constater les effets du temps sur notre corporéité, nous ressentons aussi l'intime conviction de ne pas être que ce corps vieillissant. Pour le philosophe chrétien Michel Henry, nous ne sommes pas que ce « corps opaque ». Son approche prend en considération la chair en tant que révélation de l'œuvre de Dieu qui nous a créés et qui nous aime. Quelle autre puissance que celle de l'amour peut redonner vie, animer un corps vieillissant ?

Nous devons entendre amour au sens d'*agapè.* Monsieur D. est atteint d'une maladie d'Alzheimer débutante, il me raconte sa joie de recevoir ses petits-enfants le mercredi après-midi. Sa femme acquiesce, bien qu'elle ne puisse plus laisser ses petits-enfants seuls avec son mari, la joie que ce dernier éprouve auprès d'eux est manifeste. Elle organise donc ses mercredis afin de veiller sur eux. Ce qui

---

[74]. *Idid.,* Livre XI, VII. 9, p. 1035.
[75]. *Ibid.,* Livre XI, VII. 9, p. 1035.
[76]. Michel Henry, *Incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, p. 373.

importe dans cet exemple, c'est de comprendre la richesse des émotions ressenties par Monsieur D. quand il évoque ses petits-enfants. C'est sans doute pour maintenir les liens entre les générations que l'hôpital Bretonneau a placé la crèche des enfants du personnel de telle façon que les vieilles personnes puissent vivre dans un lieu habité également par de très jeunes enfants. La mise à l'écart des vieux constitue un des plus grands torts qu'ils puissent subir, nous risquons d'assombrir davantage leur mode de vie en multipliant les barrières. Le sentiment d'être exilé quand la maladie survient est décuplé par l'exil géographique, familial et social, que subissent certains patients.

Parce que nous sommes incarnés, nous sommes soumis, de fait, aux assauts du temps. Ces empreintes diverses qui nous façonnent dès notre conception, nous sommes les seuls être vivants à tenter de les réduire, de nous y soustraire. Y aurait-il une culpabilité, un défaut, une honte, une tendance néfaste et péjorative dans l'acte du vieillir ? Est-il désormais légitime, obligatoire, de réparer, voire de contrarier les effets du temps, au détriment de notre santé, parfois même au détriment du bon goût le plus évident ? Qui n'a jamais souri intérieurement face à un « vieux-beau » ravivé aux UV, ou confronté à une femme d'un âge certain, habillée en jouvencelle. Mais ce sourire est un piètre cache-misère face au tragique du vieillir qui touche chacun de nous immanquablement. Nous savons bien que toutes ces tentatives vaines et infructueuses ne sont que remparts inutiles contre les assauts irréversibles du temps. Mais les misères de l'âge sont dénoncées, pourchassées par l'homme. Elles ne sont d'ailleurs masquées que par lui, seul être vivant à tenter de déjouer les œuvres du temps par tous les moyens possibles, des plus radicaux : chirurgie réparatrice, reconstructive, aux plus doux : masques, onguents, crèmes, cures de jouvence ou de remise en forme, en passant par les plus incertaines : hormones de jeunesse telle la DHEA, ou les plus dangereuses telles les injections de Botox. Dès lors, la maladie peut être comprise comme une conséquence inévitable de notre corruptibilité dans le temps. Et pourtant, défiant le temps qui passe, les malades osent dire leur désir. Nous constatons ainsi un hiatus entre le corps vieillissant, et l'intemporalité du désir qui l'anime. Nous avons déjà évoqué les paroles de ce vieux monsieur, tout étonné et « émerveillé d'être amoureux à son âge ».

À l'opposé des stigmates temporels et des accidents en tous genres qui gravent notre chair, reprenons l'éternité infaillible de l'éternelle Raison, qui, selon Augustin, ne connaît « ni commencement ni fin[77] », et qu'il associe dans un même mouvement au Principe et au Verbe. Quel est le statut de ce Principe ? Peut-être devons-nous nous contenter de l'aborder en premier lieu par les effets qu'il produit, c'est-à-dire la Création, car « c'est *dans* ce *Principe*, ô Dieu, que tu as *fait le ciel et la terre*, en ton Verbe, en ton Fils, en ta Vertu, en ta Sagesse, en ta Vérité[78] ». Saint Augustin a pris soin avant ce passage d'articuler la parole avec sa nécessaire finalité qui est d'instruire, c'est-à-dire de permettre l'accès à la Vérité. Il critique la parole vide, en quelque sorte inutile, puisqu'elle ne serait pas au service de la Vérité : « celui qui nous parle, c'est celui qui nous instruit ; si quelqu'un ne nous instruit pas, il a beau parler, il ne *nous* parle pas[79] ». (souligné par nous) En mettant l'accent sur l'intentionnalité de la parole en tant qu'acte dirigé vers autrui, Augustin dissocie clairement « parler » et « parler à quelqu'un ».

Parler à quelqu'un, c'est livrer un message, faire don à l'autre d'une vérité contenue dans sa parole. Cette exigence vis-à-vis du rôle formateur et pédagogique de la parole, ne devrions-nous pas la soutenir dans nos pratiques de soins ? Pouvons-nous prendre le temps nécessaire à l'écoute de ce que tout malade est susceptible de nous livrer de sa vérité intime ? Car le moment de la souffrance, quand elle n'est pas trop extrême et confine au mutisme, est bien souvent celui des confidences. Pourtant la tentation de la banalisation, qui est une des formes de la réduction au même, est récurrente : « il n'arrête pas de se plaindre celui-là », « il n'est jamais content », « il critique tout ». Ces plaintes réitérées, ces interpellations sont bien souvent un appel à l'aide, une marque de détresse dans ce monde hospitalier où nous avons appris les gestes techniques qui sauvent le corps mais négligent l'esprit, l'âme, ou le psychisme. Nous devons bien sûr penser à la lassitude des soignants, impuissants (et pour cause !) à guérir la vieillesse et la démence…

Peu importe le mot (esprit, âme ou psychisme), il recouvre une réalité insondable et pourtant bien concrète dans ses effets, celle qui se livre dans les

---

[77]. Saint Augustin, *Les Confessions*, *op. cit*., Livre XI, VII. 9, p. 1036.
[78]. *Id*., Livre XI, IX.11, p. 1036.
[79]. *Ibid*., Livre XI, VIII. 10, p. 1036.

paroles angoissées, les gestes d'appels, les pleurs parfois les cris, les mains qui froissent compulsivement les draps, les regards implorants, les questions répétées faute de trouver une réponse apaisante que nous ne trouvons plus le temps de donner. Or c'est bien du temps qu'il nous faut donner, un temps de présence, le seul qui soit donné « en plus, de surcroît », puisqu'il excède le temps requis pour tel ou tel soin. Ce temps là est souvent négligé, oublié, son utilité n'étant pas codifiée dans les bonnes pratiques cliniques, il disparaît, enseveli sous les contraintes administratives, techniques, etc.

Reprenons notre cheminement avec Augustin qui instaure une différence de nature absolue entre le temps, les modalités temporelles et l'éternité. En effet, « dans l'éternel, rien ne passe, tout y est présent, alors qu'aucun temps n'est totalement présent[80] », de même que « l'éternité dispose le futur et le passé[81] », or le temps est, par principe, ce qui passe, qui s'écoule, se déroule. De fait, Augustin propose de considérer une scission, de faire un saut, de changer d'ordre. L'éternité, qui est le temps divin, est incomparable avec les modalités du temps humain. Toutes les modalités temporelles existent simultanément dans l'éternité, elle est à la fois la somme de toutes ces modalités mais n'est pas réductible à cette somme qu'elle dépasse absolument. Il nous faut accepter ce caractère propre de l'éternité qui contient tous les « temps » sans pouvoir être définie par eux, puisqu'elle n'est pas dans ces « temps ». Nous pensons pouvoir intégrer la différence entre immortalité et éternité à la faveur de cette distinction essentielle : les âmes sont immortelles mais soumises au changement et à la corruption dans le temps ; seul Dieu est éternel, a-temporel, incorruptible, il crée le temps mais l'absorbe et le dépasse tout à la fois.

L'éternité, telle qu'Augustin la comprend dans son approche théologique, c'est le présent éternel de Dieu, un présent qui demeure et qui ne passe pas, un présent qui *est*. L'essence de l'éternité est donc d'être, ce qui est donc radicalement différent du temps des hommes dont la caractéristique essentielle est de passer, d'être corruptible. D'où procède l'interrogation d'Augustin à propos du temps humain : « nous ne pouvons parler de l'être du temps que parce qu'il

---

[80]. Saint Augustin, *Les Confessions*, *op. cit.*, Livre XI, XI.13, p. 1038.
[81]. *Id.*, Livre XI, XI.13, p. 1038.

s'achemine vers le non-être ?[82] » Ainsi, le temps des hommes est ce qui tend à ne plus être. C'est parce qu'il passe, qu'il se déroule, que nous pouvons le mesurer, et Augustin fait de l'écoulement du temps la condition de sa mesure.

Cet écoulement du temps augustinien, c'est l'œuvre de l'âme célébrée par la *distensio animi*. Nous retrouvons une analogie avec le concept de *durée* chez Bergson, *durée* qui est immédiatement saisie par la conscience. Ainsi Augustin distingue clairement l'éternel présent du divin, qui contient et dépasse le temps humain. Les trois modalités du présent humain rendent compte des trois instances du temps : passé, présent et futur. Elles sont contenues par l'âme, et rapportées respectivement à la mémoire, la vision directe et l'attente. Ainsi, la conception du temps chez Augustin est indissociablement liée à la pensée du présent. Reste à accepter ce saut, cette incompatibilité définitive entre le pur Être de Dieu, pur présent *et* éternel, et l'être soumis aux changements du présent des hommes. Une fois admis ce principe, tout devient limpide.

Gardiens de notre accès au temps passé, l'esprit et la mémoire sont juges de l'authenticité des faits passés : « D'autre part, les récits du passé ne sauraient être véridiques, s'ils n'étaient soumis au discernement de l'esprit[83] ». Mais il nous reste à comprendre ce qu'Augustin entend par l'esprit ? Le rôle des images mentales, de l'imaginaire, nous dirions aujourd'hui des représentations, est fondamental dans la conception augustinienne du temps et de la mémoire. C'est grâce à ces productions (les images) que nous pouvons construire les récits du passé, grâce aux « mots conçus à partir de leurs images, formes d'empreintes laissées dans l'esprit par leur défilement à travers les sens[84] », ces images servent de support à l'énonciation. Ceci nous revoie à la question de la réminiscence. Ce sont à nouveau les images mentales qui nous permettent de prédire ce qui va se passer, Augustin donne l'exemple de l'aurore, annonciatrice du lever du soleil[85]. Notre mémoire, conçue en quelque sorte comme un réservoir d'images et de traces, nous permet d'évoquer le passé et de prédire, dans certains cas, l'avenir. Et Augustin rappelle que ces opérations de l'esprit, la réminiscence ou la prédiction du futur, s'effectuent toujours au présent.

---

[82]. *Ibid*., Livre XI, XIV.17, p. 1041.
[83]. *Ibid.,* Livre XI, XVII. 22, p. 1044.
[84]. *Ibid.*, Livre XI, XVIII. 23, p. 1044.
[85]. *Ibid.,* Livre XI, XX. 24, p. 1045.

Il est fréquent de parler de démence, soit de privation de l'esprit, pour des personnes atteintes de troubles mnésiques pathologiques, tels qu'on les rencontre dans la maladie d'Alzheimer. Augustin insiste bien sur la participation conjointe de la mémoire et de l'esprit, qui permet de concevoir l'avenir et de rappeler le passé. Et si, dans certaines maladies neurologiques, l'esprit était touché, ou du moins peinait à discerner, c'est-à-dire à juger ce qui appartient au passé et ce qui est dévolu à l'avenir ? L'esprit détient cette capacité souveraine, dans le moment du temps présent (celui de la pensée), de pouvoir référer les images et les représentations qu'il produit à une orientation temporelle adéquate. Cette capacité n'est-elle pas affectée dans la démence ?

Augustin conteste la proposition d'Aristote selon laquelle le « temps en soi, c'était le mouvement du soleil, de la lune et des astres[86] ». En effet, dans la *Physique*, Aristote développe essentiellement une interrogation sur le temps physique, tout en reconnaissant que l'âme est nécessaire pour connaître le temps : « il est impossible, l'âme n'existant pas, qu'il existe un temps, à moins que n'existe ce qui fait qu'il y ait du temps, comme s'il était possible qu'un mouvement existe sans âme[87] ». Or, selon Aristote, c'est la partie intellectuelle de l'âme qui nous permet de saisir le mouvement et de nombrer le temps. Dans la *Physique*, Aristote étudie le temps, le mouvement et le changement, sans les confondre. La pensée « subjective » n'est pas présente dans la philosophie aristotélicienne. Augustin évoque le temps pour l'homme, ou le temps de l'homme, bien plus que le « temps en soi », ou le temps cosmique, et le temps devient ce qui permet de mesurer la course du soleil. Pour Augustin, l'arrêt de la course céleste des astres n'entraînerait pas nécessairement l'arrêt de la mesure du temps. Pour Augustin, les astres sont des signes qui nous permettent de repérer les jours, les saisons, en quelque sorte de mesurer (nombrer) le passage du temps.

Ce qui est intéressant, c'est le rôle attribué au temps par nos deux penseurs : mesure du mouvement (Augustin) ou donné par le mouvement des astres (Aristote) ? Cette différence dans le rôle dévolu au temps en tant qu'il est mesuré ou mesurant, soulève la question de la mesure du temps, telle que nous la retrouvons dans nos pratiques cliniques. La tentative (tentation ?) de connaître, de

---

[86]. *Ibid*., Livre XI, XXIII.29, p. 1047.
[87]. Aristote, *Physique*, Paris, *op. cit.*, Livre IV, 14, 223a-b, p. 268.

nombrer en jours ou en mois, le temps qu'il reste à vivre, n'est-elle pas une façon de réduire l'incertitude de la durée qui s'écoule en unités bien comptabilisées ? Le temps qui reste deviendrait ainsi une étendue spatialisée qu'il conviendrait d'occuper, de « gérer » au mieux. Or ce mystère, cette énigme de la durée du temps qui reste, personne ne peut les résoudre. Comment investir encore le temps à-venir si le compte à rebours a pris la forme concrète d'une date ? Confrontés au questionnement des proches, il est fréquent de donner des réponses de type statistiques, (moyennes de survie, etc.) comme si la référence au général pouvait masquer la demande particulière qui est demande d'écoute, de prise en compte de l'angoisse, bien plus que demande de délais. Les réponses définitives de types (il lui reste tant de mois, de semaines, etc.) sont rarement acceptées avec sérénité.

Comment passer de cette proposition dont le sens est universel : « tous les êtres vivants vont mourir », à cette autre proposition qui vise le particulier : « je (il ou elle) vais (va) mourir » ? Mieux vaut se taire et écouter dans ces moments-là, plutôt que de banaliser. La visée universelle d'une proposition, d'une vérité absolue (tous les hommes sont mortels) ne lui confère pas un sens banal, bien au contraire, l'universalité fonde l'essence de l'expérience humaine. C'est avoir recours à une violence extrême, que de péjorer des propos angoissés et angoissants. L'universel incarné dans une expérience personnelle, singulière, n'est jamais banal, ni vulgaire.

Aucune réponse statistique ne peut colmater, endiguer la vague déferlante de l'inquiétude qui assaille certains patients et leurs proches à l'approche du trépas. Ce temps qui reste est tout aussi mystérieux que le temps d'Augustin, et pourtant nous savons que sa forme concrète, terrestre, sa durée, a une fin, une limite. Comment penser simultanément l'inconnue d'une durée et la certitude d'une fin ? Il faudrait parvenir à penser le temps en durée pure, sans repère nombré, sans aucune conversion à une étendue. Il restera toujours une inconnue dans l'équation. De sorte que prôner le droit à mourir dans la dignité, comme si attendre la mort sans la provoquer était indigne, n'est-ce pas avant tout une méthode pour tenter de résoudre l'équation et annihiler le temps angoissant de l'attente ? Mais cette durée incompressible de l'attente résiste à toute tentative de maîtrise, car même le rendez-vous pris, il faut encore attendre…

Augustin ne parvient pas à circonscrire le temps dans une définition, mais il le compare à « une sorte de "distension"[88] », puis se demande ce qui peut être mesuré. Le passé et le futur, n'étant plus ou pas encore, ne sauraient être mesurés, quant au présent, « il ne s'étend sur aucune étendue[89] », il donc reste non mesurable. Mais Augustin persévère, et, anticipant sur Bergson l'impossible spatialisation de la durée et du temps subjectif, il évoque l'écoulement du temps qui seul peut être mesuré, grâce aux trois modalités de l'activité de l'esprit, ou de l'âme. Ainsi, c'est par le souvenir, l'attention et l'attente, que nous ressentons intimement le temps qui passe, notre pensée du temps s'origine dans notre âme, au plus intime de nous-mêmes, là où nous faisons également l'expérience de Dieu. Ces trois instances, comment ne pas les retrouver élargies, dilatées, dans le vécu du temps chez les personnes atteintes de maladies chroniques ? Le temps d'avant le diagnostic, pas forcément heureux mais celui où les espoirs n'étaient pas dévastés ou amputés par le poids de l'organique, le temps présent, celui du diagnostic et des traitements, et celui du futur qui, bien que non déterminé ni connu, est définitivement modifié. C'est bien le paradoxe de certaines maladies : elles altèrent l'anticipation d'un avenir pourtant indéterminable par essence. Cette souffrance de l'imaginaire, blessé dans sa capacité à s'inventer, est à considérer.

Toujours préoccupé par la mesure du temps passé, après avoir détaillé une appréciation des durées comparées entre des syllabes brèves et des syllabes longues à partir d'un vers octosyllabique, Augustin déduit qu'il mesure « quelque chose dans ma mémoire, qui y demeure ancré[90] ». Il reconnaît ainsi le rôle fondamental de la mémoire qui permet de structurer et d'apprécier l'écoulement du temps pour l'homme. De même, les durées du présent et du futur sont appréhendées grâce aux traces qu'elles inscrivent dans la mémoire et à la tension de l'attente qu'elles provoquent :

> « Ce n'est donc pas l'avenir qui est long, puisqu'il n'existe pas, c'est son attente ; ce n'est pas le passé qui est long, puisqu'il n'existe pas, c'est la durée qu'il a laissée dans la mémoire[91]. »

Ainsi, c'est toujours par rapport à la modalité du présent et de la mémoire représentée dans l'esprit, que le temps, son déploiement, son écoulement ou sa

---

88. Saint Augustin, *Les Confessions, op. cit.*, Livre XI, XXIII. 30, p. 1049.
89. *Id.*, Livre XI, XXVI. 33, p. 1051.
90. *Ibid.*, Livre XI, XXVII. 35, p.1053.
91. *Ibid.*, Livre XI, XVIII. 37, p.1054.

durée, sont appréhendés. Augustin, penseur de la modernité, précurseur de Bergson, a ouvert la voie d'un questionnement toujours à l'œuvre afin d'accompagner les patients blessés dans leur rapport à la temporalité.

Temps mesuré ou temps vécu ?

Nous avons évoqué la difficile mesure du temps chez certains patients, ainsi que leur quasi-impossibilité à établir des repères chronologiques fiables et constants. À nouveau, Augustin nous invite à une bénéfique prudence :

> « Je ne mesure pas le futur : il n'est pas encore. Je ne mesure pas le présent : il ne s'étend sur aucune étendue. Je ne mesure pas le passé : il n'est plus[92]. »

Nous ne devons pas oublier que la mesure (du temps ou de toute autre donnée) est une préoccupation scientifique fondamentale, comme le rappelait Olivier Rey au cours de son intervention[93] à propos du socle mythique de la logique. La science se définit selon deux critères : la reproductibilité des faits qu'elle démontre et la mesure des phénomènes qu'elle étudie.

Or, la vie psychique et l'éprouvé temporel, la *distensio animi*, ne peuvent se mesurer. Ils se manifestent du fait que nous sommes incarnés. Si le langage permet de mettre des mots sur cet éprouvé temporel, il ne parvient jamais à le cerner totalement. Le temps résiste à toute définition qui se voudrait « totale », et penser le temps nous conduit, de fait, à une pensée aporétique, puisque nous sommes dans le temps. Nous sommes plongés dans le concept que nous tentons d'étudier comme s'il était extérieur à nous, alors que nous sommes en lui… dès lors, théoriser une pratique, transformer une expérience sensible en une forme idéale et pure, s'avère impossible.

Si la tradition philosophique attribue à Aristote la mesure du temps, sa formule célèbre qui définit le temps comme « le nombre d'un mouvement continu au sens absolu, et non d'un certain <mouvement>[94] » a suscité de multiples interprétations. Mais Aristote évoquera le facteur continu du temps et le recours à l'instant afin de délimiter un intervalle sur une durée continuée. Selon Aristote, la notion de temms est abordée ainsi :

---

[92]. *Ibid.*, Livre XI, XXVI. 33, p.1051.
[93]. Olivier Rey, *Le socle mythique de la logique*, Séminaire du département d'éthique bio-médicale, Le Collège des Bernardins, Paris, le 26 novembre 2008.
[94]. Aristote, *Physique, op. cit.*, Livre IV, 14, 223b, p. 268.

> « La notion de temps [qui, comme les notions mathématiques], est pour lui une notion abstraite, qui n'a pas d'existence indépendamment d'une considération de l'esprit qui la forge et qui s'appuie sur les régularités de la Nature pour lui conférer ses propriétés métriques[95]. »

Ne confondons-nous pas le temps avec sa mesure quand nous affirmons hâtivement que tel ou tel malade a perdu la notion du temps ? Que savons-nous de l'éprouvé intérieur du temps personnel, au plus intime de chaque être ?

La question de l'évaluation des performances cognitives soulève avec acuité la façon dont les résultats sont interprétés, les conséquences éventuelles sur les soins et sur l'accueil réservé à certains patients jugés « détériorés ». Si les appellations familières ont presque disparu, les pratiques ne sont pour autant pas toujours respectueuses. Les règles apparentes de bonne conduite dissimulent parfois avec peine un certain mépris, voire un dégoût vis-à-vis de telle ou telle personne décidément trop dérangeante dans notre univers clos et normatif.

Le désordre apparent des souvenirs rapportés au gré des échanges menace notre propre intégrité, en tous cas nos repères psychiques. Ce désir, cet entêtement pour tenter de mettre de l'ordre à tout prix, ne signent-ils pas la volonté de maîtrise ? Cette volonté serait déplacée sur des éléments extérieurs quand nous ne parvenons pas à endiguer nos affects et nos émotions internes. Ce déplacement bien repérable chez les personnes dites « obsessionnelles » leur permet, à défaut de pouvoir maîtriser parfaitement leurs pulsions, de maîtriser leur vie relationnelle, de ne jamais s'abandonner, de croire qu'à tout moment elles décident et contrôlent tout (rencontres, choix affectifs).

Or la possibilité d'être surpris, dérouté, fait partie intégrante de l'accompagnement des déments. Il ne s'agit pas d'adopter une posture d'imitation et d'adhérer à leurs symptômes, mais de conjuguer souplesse et guidance afin de cheminer ensemble…

Souvent aussi, le patient dément paraît égaré dans un présent figé où surgissent de façon impromptue et imprévisible certains fragments du passé. Il faut accepter de se laisser saisir et porter par un récit, une évocation originale, œuvre ou création d'un sujet singulier. Même si notre soif de rationalité immédiate est malmenée par l'expression confuse d'un homme qui témoigne avec les moyens dont il dispose d'une histoire qui lui reste propre, ce souci de rationalité n'est

---

[95]. Hervé Barreau, *Le temps*, *op. cit.*, p. 12.

souvent qu'un rempart, un alibi pour lutter contre l'étrangeté et le malaise que génèrent certains propos.

Notre usage conventionnel des différentes catégories logiques de l'entendement nous barre l'accès au discours. La crispation portée sur les conventions d'usage crée un écran, un filtre qui nous protège, nous isole. Sous couvert de bienséance, nous ressentons un vrai malaise qui nous empêche d'être véritablement en présence de celui ou celle qui est décidemment trop imprévisible.

Ainsi, le comportement de Mme D. avait alerté sa famille et déclenché la prise de rendez-vous pour une « consultation de la mémoire » quand ses enfants s'étaient rendu compte qu'elle avait cessé de manger casher. Les troubles de mémoire et les oublis fréquents dont elle avait conscience et dont elle se plaignait en famille depuis des mois avaient été banalisés. Le non-respect d'un précepte alimentaire essentiel, signe d'appartenance et de respect vis-à-vis de sa communauté religieuse d'origine, avait fait basculer Mme D. dans la pathologie. Jusque-là rassurés et rassurants quant à ses déficits, les enfants découvraient l'évidence de la gravité de la situation. Ce passage du normal (c'est normal à son âge d'avoir des troubles de mémoire) au pathologique (elle ne respecte plus la tradition alimentaire de la communauté) peut donc revêtir plusieurs formes et chacune de ces formes constitue pour l'entourage un élément objectif de maladie selon le contexte culturel, social, religieux, etc.

Aucune évaluation neuro-psychologique, basée sur l'appréciation de résultats individuels lors de la passation des tests (tests de mémoire, de vocabulaire, de logique) comparés à des résultats statistiques (essentiellement en fonction de l'âge et du niveau d'études), ne peut rendre compte de telles subtilités. L'entretien, le partage des activités quotidiennes, constituent la meilleure approche de la personne démente. Mme D. vivait dans un temps nouveau, délesté de certaines habitudes, cette façon non-conformiste de se comporter la projetait dans un monde insensé pour son entourage.

Si la mesure du temps et la chronologie linéaire des évènements s'avèrent bousculées, cela signifie-t-il que tous les moments de la vie des patients sont équivalents et interchangeables ? Est-ce en résonance ou par sympathie, au sens littéral, à ce qu'il est convenu de nommer la désorientation temporelle, que nous sommes également perdus, désorientés, dans notre confrontation avec les patients ?

Notre volonté de remettre de l'ordre (notre ordre) peut oblitérer l'échange authentique, loin des conventions et des habitudes. Nous devrions également nous interroger sur la volonté de maîtrise et de puissance qui est à l'œuvre quand nous voulons restaurer certaines conduites. La personne âgée démente n'est plus à éduquer, elle est à préservée et à soigner. Elle se livre sans fard, démunie, souvent débarrassée de son statut social qui lui a servi d'identité pendant des années. Cette nudité sociale nous livre une représentation abrupte, parfois violente, de la fragilité. Comment partager et surtout que partager avec celui qui se dérobe à notre rationalité ? Comment dépasser la relation incompréhensible que le patient entretient avec son temps ? Ne peut-on trouver un fil conducteur, même si cela nous conduit à abandonner quelques évidences premières et rassurantes du type : le temps se déroule de façon chronologique, linéaire, il est le même pour tous ? Il suffit de penser à l'attente d'un parent pendant l'opération de son enfant ou à l'attente de l'être aimé pour faire voler en éclats cette conception scientifique et déshumanisée du temps universel.

Ce n'est pas au patient dément de nous prodiguer les raisons de le soigner, si l'éthique est première (comme le soutient avec conviction Isabelle Blondiaux dans sa thèse sur l'éthique de la parole en psychiatrie[96]), nous devons fonder notre pratique de soins sur des raisons nécessaires et suffisantes pour continuer à accueillir des personnes âgées démentes dans nos services hospitaliers, ou bien, et l'alternative est simple, nous devons décréter à partir de quels critères nous décidons de pratiquer l'euthanasie. La violence de cette affirmation repose sur la prise en considération d'une réalité économique : le coût des soins rentre en résonance avec une conception « utilitaire » de la personne.

Platon, Aristote et Bergson, le temps de l'homme est un passage

Dans *le Timée*, le dieu de Platon définit le temps « comme une image mobile de l'éternité[97] », afin de permettre la génération (nous comprenons littéralement ce qui est engendré). Dès lors, la déclinaison des temps successifs (tels que le passé, le présent et l'avenir) sera l'apanage de l'homme. Pour le dieu

---

[96]. Isabelle Blondiaux, *Pour une éthique de la parole en psychiatrie*, thèse de Philosophie Pratique, soutenue à l'Université de Marne-la-Vallée le 17 décembre 2007, sous la direction du Professeur Dominique Folscheid.

[97]. Platon, *Le Timée,* Paris, GF-Flammarion, 1996, 37d, p. 417.

de Platon, qui est substance éternelle, le présent sera le seul temps requis. Est-ce pour cela que le patient dément, souvent égaré dans un présent incertain, malmenant toute idée de durée, nous déroute ? S'agit-il d'un oubli du passé ? Ou plutôt d'une difficulté à lier de façon harmonieuse les événements qui constituent sa conscience et forgent son identité narrative ? La métaphore de la forge nous semble intéressante dans le sens où tout l'art du maréchal-ferrant consiste à donner une forme définie afin d'attribuer un usage à une matière au départ brute et informe. C'est parfois ce que nous ressentons au cours de certains entretiens où des souvenirs, apparemment sans lien entre eux, sont livrés pêle-mêle, comme « en vrac ». Toute l'intuition du thérapeute consistera à essayer de démêler et restaurer un sens, sans violence interprétative, dans cette énonciation qui défie parfois les règles de convenance grammaticale et syntaxique. Plus qu'aux contenus des énoncés, il devra aussi porter intérêt à l'intention, c'est-à-dire à qui est adressée la parole. Le « comment ? » elle s'énonce ne doit pas occulter une autre question : vers qui elle s'énonce ?

La question du temps, ou du moins de la durée de notre passage sur terre, est abordée sous l'angle du dualisme par Platon. Il oppose l'immortalité de l'âme, qui ne peut être corrompue par aucune cause accidentelle, au destin du corps qui est destiné à disparaître. Ainsi, dans *La République* : « Il n'est pas un seul mal, propre ou étranger, qui puisse détruire une chose, il est évident que cette chose (l'âme) doit exister toujours ; et si elle existe toujours, elle est immortelle[98] », répond à : « Tout ce temps, en effet, qui sépare l'enfance de la vieillesse [est] bien court par rapport à l'éternité[99] ».

Le relativisme qu'il introduit vis-à-vis de la composante incarnée du temps humain ne nous soustrait pas aux questions du choix et de la responsabilité de nos actes. Temps, incarnation et re-souvenir sont étroitement liés dans la théorie platonicienne. Apprendre, c'est se re-souvenir d'un savoir oublié après que l'âme ait traversé la plaine désertique du Léthé (oubli) et bu de l'eau du fleuve Amélès (sans souci)[100]. Nous nous demandons comment interpréter cette association entre l'oubli consécutif au passage par la plaine du Léthé, et le détachement ou du moins l'indifférence (symbolisés par l'absorption de l'eau du fleuve Amélès).

---

[98]. Platon, *La République*, Paris, GF-Flammarion, 1997, 611b, p. 376.
[99]. *Id,* 608c, p. 373.
[100]. *Ibid*, 621b, p. 385.

Devons-nous comprendre que, dans la théorie platonicienne, oubli et indifférence sont associés ? Puisque rien n'est le fruit du hasard dans les écrits platoniciens et l'utilisation des mythes orphiques, devons-nous relever dans cette juxtaposition une approche métaphorique de la dialectique oubli/re-souvenir (amnésie/réminiscence) et conscience/inconscience de l'oubli ?

Cette dissociation entre amnésie totale et amnésie partielle (les souvenirs sont préservés mais leur évocation demande un effort) se retrouve en clinique neurologique. L'oubli « vrai » consisterait dans l'impossibilité à se re-souvenir, l'indifférence étant davantage une réaction de minimisation vis-à-vis d'un trouble que le patient sait néanmoins réel. Il est fréquent que les personnes démentes relativisent leurs déficits, et même les nient, sans que nous sachions vraiment s'il s'agit d'une indifférence ou d'un refus d'admettre que cela ne va plus… Pour compliquer encore l'appréciation de ce phénomène, l'appréciation par la personne de ses propres déficits est très variable. À des accès d'angoisse intense ressentie par la personne quand elle est confrontée à cette absence à soi-même, succèdent des périodes de négation totale de ce même déficit. Cette fluctuation dans la reconnaissance des déficits par le malade suggère une l'hypothèse : la dénégation est un mécanisme de défense visant à la meilleure adaptation possible quand la récupération des souvenirs est impossible. Enfin, que signifie la démarche intrusive de certains membres de l'entourage qui exigent une forme d'aveu. Pourquoi faut-il que la personne démente reconnaisse, admette, dans une sorte de confession dévoyée, qu'elle souffre bien de sa mémoire ? Combien de conjoints, d'enfants, insistent ainsi au cours de la première consultation : « allez ! Dis-le au docteur que tu perds la mémoire, que tu oublies tout, etc. ». Comme s'il allait de soi que perdre la mémoire comme on perd un objet quelconque, peut se dire comme une évidence sans gravité, une banalité dénuée de conséquence ?

Ainsi commente Catherine Malabou, philosophe de formation et témoin impuissante de la souffrance de sa grand-mère atteinte d'une maladie d'Alzheimer :

> « J'ai compris bien trop tard que la tendresse aurait été la seule réponse. Que l'incohérence du comportement et l'indifférence visible de ma grand-mère étaient aussi des réactions de choc de l'hospitalisation… Je n'aurais pas cherché à tout prix et absurdement à lui "rafraîchir la mémoire" mais l'aurait laissée, calmement et sans rien attendre, assister "à sa propre absence"[101]. »

[101]. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés, De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*, Paris, Bayard, 2007, p. 13.

Il est bien vrai qu'actuellement, malgré les dispositifs techniques mis à notre disposition, à moins que ce ne soit eux qui nous instrumentalisent et qui disposent de nous, nous avons perdu de vue les notions essentielles de compassion et d'accompagnement qui devraient présider à tous les soins. Les patients déments, rétifs à la plupart des thérapeutiques, nous rappellent tragiquement à l'ordre si nous savons les entendre. Ils nous rappellent avec insistance que :

> « La ligne de partage entre l'espoir et le désespoir ne passe pas entre les hommes, mais au centre de chacun d'eux : elle caractérise l'homme[102]. »

Entre le début de l'atteinte physiopathologique (dégénérescence neuro-fibrillaire, plaques séniles, dépôts de protéines amyloïdes) et l'émergence des premiers signes cliniques qui conduisent au diagnostic, plusieurs années s'écoulent. Les molécules n'ont pas encore d'efficacité suffisante, aucun traitement n'est rétroactif, que faire si ce n'est envisager le meilleur *pharmakon* : accueillir, écouter et patienter ?

La représentation du temps et sa mesure doivent rester un outil, un moyen d'échange et non un but à atteindre dans nos relations avec les patients. À quoi bon faire apprendre une date par cœur à quelqu'un qui n'a plus de projets, ou qui ne parvient plus à les formuler ?

Bergson dissocie cette représentation spatialisée du temps, si féconde pour la science, mais inappropriée pour la compréhension de l'homme qui vit et éprouve le temps à travers l'expérience intuitive et irréductible de sa durée. Rien ne nous permet d'affirmer que le patient dément n'éprouve pas le temps qui passe, même si son témoignage est brouillé, mystérieux. Le temps tel que l'évoque, tel que le vit le dément, s'apparente à une mosaïque, un assemblage de fragments éparpillés dans un ensemble désuni. Nous pouvons faire l'expérience de cet éparpillement et éprouver une sorte de dislocation de la logique apparente quand nous tentons de trouver le sens d'un rêve, car son souvenir évanescent se dissout dès son évocation. Les termes tels que déplacement et condensation, décrivent bien la complexité du contenu, complexité qui s'accroît avec la mise en mots, nous l'avons évoqué à multiples reprises. L'univocité du langage est un leurre. Le contenu d'un rêve se dérobe à un décryptage univoque, celui qui rêve n'est pas dans les mêmes dispositions quand il narre son rêve. L'interprétation d'un rêve fait appel à de multiples références, plusieurs strates de signifiés étant, de plus, masquées par

---

[102]. Denis Vasse, *Le temps du désir*, Paris, Seuil, coll. « Points », 1997, p. 44.

certains mécanismes de refoulement. La clef des songes a au moins le mérite (illusoire) de mettre de l'ordre (c'est-à-dire des significations univoques) dans un discours fondamentalement « embrouillé » et polysémique. Le rapprochement délire, poésie, paroles divinatoires n'est pas fortuit.

Chez Aristote, le temps ne peut se penser « autrement que comme en train de passer[103] », indissociable de l'idée du maintenant, il est corrélatif au mouvement – qui est, il faut le rappeler, principe de vie chez les Anciens. Platon reprend dans le *Phèdre* l'articulation de l'immortalité et du mouvement qui constitue l'essence de l'âme :

> « L'immortalité de l'être qui se meut lui-même étant démontrée, on n'hésitera pas à reconnaître que le mouvement même est l'essence et l'idée même de l'âme ; car tout corps qui tire son mouvement du dehors est inanimé ; celui qui le tire du dedans, c'est-à-dire de lui-même, a une âme, puisque la nature de l'âme consiste en cela même. Mais s'il est vrai que ce qui se meut soi-même n'est pas autre chose que l'âme, il s'ensuit nécessairement que l'âme n'a pas eu de commencement et qu'elle n'aura pas de fin. J'en ai dit assez sur son immortalité[104]. »

Ce mouvement qui vient du dedans, n'est-ce pas le dynamisme que nous retrouvons chez Mme G. ? Accueillie depuis quelques semaines dans une maison de retraite spécialisée, elle explique par téléphone à ses enfants qu'elle préfère partir en sortie avec ses nouveaux compagnons, plutôt que de passer la journée avec eux. Les enfants, compréhensifs, sont rassurés par son choix qui n'empêchera pas de prochaines rencontres. Ils redoutaient que l'âge avancé de leur mère (quatre-vingt-sept ans) ne soit incompatible avec la création de nouveaux liens. Au lieu d'être vexés (réaction classique de prestance qui fait fi du désir de l'autre), ils sont apaisés. Ainsi, certaines ressources intérieures continuent à prodiguer une vitalité bienfaisante.

C'est bien la question du « maintenant » et la difficulté à se projeter dans l'avenir qui posent problème dans l'accompagnement du patient dément. Pourtant, d'autres êtres humains (les nouveau-nés, les jeunes enfants, etc.) sont bien incapables de nous communiquer leurs projets et nous sommes néanmoins convaincus – quoiqu'en pensent les représentants du courant de pensée auquel se rattache entre autres Engelhardt – de la nécessité absolue de les accueillir. La question cruciale ici concerne la réciprocité du projet : avons-nous réellement le

---

[103]. Michel Crubellier, « Le temps dans la philosophie d'Aristote », in *Penser le temps,* Ouvrage coordonné par Martine Méheut, Paris, Ellipses, 1996, p. 7.
[104]. Platon, *Phèdre*, Paris, GF-Flammarion, 1997, 245c-246a, p. 141.

désir de promouvoir l'existence d'une personne qui nous rappelle notre propre finitude et ravive notre angoisse quand nous sommes confrontés à un avenir sans espérance ? Si les nouveaux-nés sont « en puissance de » développer ou du moins d'exprimer certaines capacités, les vieux déments semblent avoir perdu cette puissance. Quand les « facultés » spirituelles sont ainsi mises au secret, nous sommes saisis de stupeur : quel est cet autre qui me parle et qui ne me reconnaît pas ? De quel lieu me parle-t-il ? De quoi me parle-t-il ? Nous pouvons questionner la question de l'*utilité* de la parole du dément : quels objectifs doit-elle satisfaire ? À qui ? Pour qui ? Pour quoi ?

Si effectivement « la mort, c'est l'impossibilité d'avoir un projet[105] », nous devons pallier sans autoritarisme la difficile élaboration des patients quant à leur projet, faute de quoi nous pourrions tout simplement les traiter comme des « morts-vivants », les tuer psychiquement avant l'heure. Devons-nous repérer dans l'absence (nous devrions plutôt dire le défaut de communicabilité) de projet un désinvestissement pathologique de la vie, qui serait le signe même de la maladie (comme dans la dépression) ? Ou bien s'agit-il d'une incapacité à exprimer ces projets ? Nous serions tentée d'avancer que les deux phénomènes sont sans doute à l'œuvre. Tout clinicien à l'écoute, attentif, reconnaît qu'un processus démentiel qui s'installe progressivement, est accompagné d'affects anxio-dépressifs. Ces affects sont repérables dès le début de la maladie. Il s'agit d'apprendre à les repérer, ce qui n'est pas si simple quand la politique de santé actuelle nous incite à faire de la médecine standardisée et « protocolisée ».

Quand les aïeux déclinent et ne sont plus en mesure de représenter l'autorité « naturelle » conférée par leur place dans la lignée générationnelle, nous sommes confrontés à une souffrance qui envahit tout l'entourage. Que les enfants limitent les visites à leur parent dément, parce que la confrontation à la dégradation « intellectuelle » leur est insupportable, ou qu'ils les entourent d'une sollicitude démesurée, aucun enfant n'est insensible à cette maladie. Elle touche une personne autrefois symbole incarné de l'autorité, du savoir, de la sagesse. La maladie d'Alzheimer est une maladie personnelle *et* familiale… Combien de rivalités parents/enfants et de vieux conflits non résolus s'exacerbent à cette occasion… La

[105]. Emmanuel Levinas, *Le temps et l'autre,* Paris, PUF, « Quadrige », 1992, p. 62.

prudence reste de mise au cours des entretiens où plusieurs membres de la famille participent.

Pour Bergson, le temps est « ce qu'il y a de plus réel et de plus nécessaire ; c'est la condition fondamentale de l'action[106] ». Il nous offre l'avenir « ouvert, imprévisible, indéterminé[107] » et permet donc l'advenue de la liberté. Quelle liberté peuvent revendiquer les patients actuellement ? Leur liberté à être, sans masque, sans *persona*, pour reprendre un vocable que Jung a emprunté au théâtre antique grec. Cependant l'abandon des masques sociaux que nous retrouvons parfois chez les déments n'est pas si simple à accepter, le dénuement n'engendre pas nécessairement l'empathie… il peut même provoquer le rejet. Rencontrer ne consiste pas à s'identifier, à se noyer dans l'autre, l'absolue différenciation entre l'autre et moi est une condition nécessaire à la rencontre.

Nous nous permettons d'insérer un exemple qui illustre malheureusement notre propos mieux que toute démonstration : Mme P. est atteinte de la maladie d'Alzheimer, mais elle souffre aussi d'une insuffisance respiratoire grave (séquelles d'une tuberculose ancienne et d'un pneumothorax). Son mari, contraint une nuit de la conduire à l'hôpital en urgence en raison de l'aggravation de ses troubles respiratoires, lui rend visite quotidiennement. Un matin, il reçoit de la part de sa femme un coup de téléphone désespéré : elle a été transférée d'office dans un long séjour de banlieue, l'équipe médicale et sociale ayant estimé qu'elle avait besoin de repos et que l'état de santé de son mari, certes très âgé mais valide, ne permettait pas le retour à domicile. Un « raté » dans les transmissions a privé Monsieur P. de cette information essentielle. Ce dernier est aussitôt parti chercher son épouse. Depuis, Mme P. refuse de venir en consultation à l'hôpital (par crainte légitime d'être à nouveau séparée de son mari), et son époux vient pour elle chercher les médicaments dont elle a besoin.

Cet exemple consternant illustre bien comment, sous prétexte de « faire le bien » à défaut de nuire le moins possible, certains soignants décident, puis oublient de ne pas s'adresser aux interlocuteurs privilégiés. Parce que telle personne a perdu son libre-arbitre et que telle autre est trop âgée (avec ou sans

---

[106]. Henri Bergson, *Durée et Simultanéité*, Paris, PUF « Quadrige », 1992, p. 162.
[107]. *Id.*, p. 162.

démence, serait-ce une maladie ?) la tentative d'échange est occultée au profit d'une bienfaisance trop empressée...

Pouvons-nous penser le temps de la mort ?

Si le temps se dérobe à une compréhension aisée, il n'en demeure pas moins fondamental, constitutif de notre possibilité d'être. Cette tension formidable entre temporalité et éternité permet par-là même l'advenue de la vie et de la mort. Il est impossible de penser ce couple désolidarisé d'une de ses parties. Comme nous le rappelle Thomas De Koninck, c'est même la possibilité de penser les contraires et d'envisager les antagonismes comme nécessaires et fondateurs qui caractérise la puissance de la pensée humaine : « en intelligence, non seulement les contraires ne s'excluent pas l'un l'autre, mais s'impliquent au contraire réciproquement, en acte[108] ».

Cette opposition complémentaire entre le temps et l'éternité, entre la vie et la mort, les rend indissociables, indispensables l'un à l'autre et nous permet de penser : « en l'intelligence, les choses contraires *in rerum natura* cessent d'être contraires — puisqu'alors elles s'expulseraient mutuellement — et même favorisent la compréhension[109] ». Considérer la nature contradictoire et complémentaire du rapport entre le temps et l'éternité nous paraît constituer une hypothèse féconde afin d'aborder la question de la mesure. Une des caractéristiques fondamentales de l'éternité ne réside-t-elle pas dans son caractère non mesurable, alors que le temps dans sa version chronologique, se laisse appréhender par toutes sortes de mesures ? Une de nos souffrances à nous situer dans le temps survient de cette inadéquation permanente entre le temps psychique, intérieur et sa retranscription linéaire, celle du temps chronologique. Ce dernier s'avère indispensable pour procurer un cadre social commun à la communauté humaine. Dans les sociétés où la conception circulaire du temps prédomine, la vie est rythmée par différents rituels et fêtes (sacrifices, semailles, rites de purification, récoltes, nouvelle année etc.), et toute société « moderne » ou pas, structure sa temporalité selon certains codes. Néanmoins, l'orientation de la temporalité

---

[108]. Thomas De Koninck, *De la Dignité Humaine, op. cit*., p. 121.
[109] *Id.,* p. 122.

moderne (et le progrès est un mythe de cette représentation du temps) diffère de la répétition, qui est le cadre de la représentation du temps chez les Anciens.

Le point de divergence est plutôt à comprendre en considérant l'écart entre le temps personnel et le temps collectif. Nous pouvons faire cette hypothèse : à l'intérieur des sociétés « modernes » où la vie de l'individu se désolidarise et se distingue de plus en plus de la vie collective, la distinction temps personnel/temps collectif s'accroît, et la distorsion entre ces deux temporalités provoque un risque de dysharmonie.

Il en va exactement de même du point de vue des processus mentaux qui sous-tendent notre approche de la vie et de la mort : le couple vie/mort considéré comme constitué d'antagonistes nécessaires et non pas ennemis, garantit les conditions d'une réflexion. Si nous nous acharnons à exclure l'un des deux protagonistes, les conséquences seront désastreuses sur toute l'approche thérapeutique :

> « Comme si le temps de la mort et de la peine s'opposait au temps de la vie, de la naissance et du plaisir. Ce qui fait le temps humain pourtant, est l'imbrication des deux. La naissance y est signifiante de la mort ; le lien de la rupture. Et réciproquement[110]. »

Certaines avancées techniques de la médecine et de la recherche biomédicale (telles les thérapies géniques, les recherches sur le clonage, greffes de cellules embryonnaires), sont souvent présentées ou interprétées hâtivement comme un défi, une lutte légitime contre l'inévitable de la mort. Cela contribue à générer et maintenir une appréhension à la fois perverse et catastrophique de notre rapport à la temporalité et à la finitude. Condition et finalité inéluctables de toute existence, le temps et son corollaire immédiat la mort, deviennent les ennemis absolus. Le rapport temporalité/finitude sombre dans l'impensé, car il s'agit bien d'un naufrage de l'intelligence que de refuser de penser notre mort et nos limites. Pourtant :

> « Parce qu'il éprouve qu'il peut mourir, l'homme réalise qu'il vit. La mort est l'ultime limite à l'horizon de sa finitude, et la subversion de toutes les autres frontières, dans le temps et l'espace de sa vie, vise à son franchissement. Le fait brut de la mort est le diamant d'ombre que révèle l'éclat de la lumière vivante. L'homme n'est ni la vie qu'il croit être, ni la mort qu'il ne veut pas être, il est la trace lumineuse de leur lutte[111]. »

Pour certains, le clonage est pressenti comme un moyen d'échapper à l'issue fatale en ouvrant le chemin (totalement illusoire) de l'éternité. Dans leur aveuglement, ils oublient ce fait essentiel : bien que privé d'une parenté « naturelle », c'est-à-dire

---

[110]. Denis Vasse, *Le temps du désir*, *op. cit*., p. 102.
[111]. *Id*., p. 60.

sexuée, le clone restera un être « pour-la-mort », un être habité et mû par le langage et le désir. Quel que soit le projet délirant de ceux qui, permettant sa création, auront cru se prolonger, l'être humain issu du clonage sera unique. Le fait que le clone soit un double génétique ne lui enlèvera pas son individualité, son autonomie. Il se constituera en tant qu'être historique, auteur et acteur d'une destinée unique. La genèse du clone s'inaugure dans une tragédie : « amputé » volontairement par un tiers d'une parenté sexuée, prisonnier d'un scénario impensable de la reproduction, il est dès lors contraint de s'adapter à l'irreprésentable… mais son existence sera néanmoins inscrite dans la temporalité. Reste à savoir, ou plutôt à ne jamais savoir, comment sera vécue cette temporalité… Ainsi, la temporalité est bien constituante de notre humanité, quelle que soit notre mode d'être (et de naître) au monde.

Chapitre III : Le temps des soins

1. Les malades vivent-ils hors du temps ?

Cette question provocatrice fait écho à une réflexion souvent prononcée par les proches des patients : « il n'a plus la notion du temps, il a perdu la notion du temps… » Est-il possible de perdre la notion du temps, comme si nous pouvions perdre un élément qui nous constitue, n'est-ce pas plutôt le rapport au temps, son évaluation, son objectivation qui est perturbée, le temps subjectif, intime, ne résiste-t-il pas ? Les malades ont-ils perdu la notion du temps ou sont-ils perdus dans le temps ? À quel temps faisons-nous référence quand nous évoquons la notion du temps ? Comment dépasser la confusion prégnante entre le temps et sa mesure ?

> « Le mathématicien […] s'intéresse à la mesure des choses et non pas à leur nature. Mais s'il se demandait ce qu'il mesure, s'il fixait son attention sur le temps lui-même, nécessairement il se représenterait de la succession, et par conséquent de l'avant et de l'après, et par conséquent un pont entre les deux (sinon il n'y aurait que l'un des deux, pur instantané) : or, encore une fois, impossible d'imaginer ou de concevoir un trait d'union entre l'avant et l'après sans un élément de mémoire, et par conséquent de conscience[112]. »

Cette nécessaire compénétration du temps et de la mémoire sera abordée dans notre dernier chapitre qui traitera de la dialectique temps et mémoire. Nous privilégions la durée et non la mesure, pour évoquer l'éprouvé du temps qui passe.

Une approche du temps réduite à l'utilisation correcte de certains instruments de mesure (clepsydres, montres, calendriers, agendas, et autres prothèses qui délimitent notre emploi du temps) a inspiré certains types de rééducation dont il est difficile d'évaluer le bénéfice chez les personnes institutionnalisées. Penser le temps comme pure extériorité semble vain et inadéquat dans les rééducations neurologiques, mais préserver certains repères peut aider à maintenir des relations sociales. À titre d'exemple, il nous paraît plus adapté de bâtir des outils de « rééducation » à partir d'un matériel personnel apportée par le patient et ses proches (photographies de famille, de voyages, poésies et livres choisis, etc.). Il n'est pas question de mesurer les progrès d'un patient vis-à-vis de ses déficits, mais de l'aider à tisser et maintenir des liens avec son entourage, son histoire familiale.

---

[112]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op. cit.*, p. 45.

Il est vain de rééduquer, comme si les pathologies de la mémoire et de l'éprouvé temporel pouvaient être réparées ; en revanche, il est primordial de ne pas isoler le patient. C'est précisément parce que ses propres repères défaillent ou peinent à être mobilisés, que nous devons lui proposer un étayage accueillant. Partager des moments où le temps passé est évoqué, les « bons moments », les anecdotes, tout ce qui témoigne d'une complicité préservée, d'un temps commun entre le malade et ses proches, au-delà de son aptitude à se situer dans le temps calendaire… Nous devons tout de même nous interroger sur le temps social comme socle commun indispensable à toute collectivité, pour cela nous nous inspirerons des expériences « hors du temps » menées par Michel Siffre.

Michel Siffre, ou comment être dans le temps, même « hors » du temps…

En reprenant l'expérience de Michel Siffre telle qu'il l'a livrée dans son livre *Hors du temps*[113], nous pourrons mieux appréhender l'intérêt du temps social comme facteur de partage, d'échange et de liaison entre les membres d'une communauté. Le spéléologue/géologue a mis en lumière le décalage entre le temps vécu, le temps physiologique et le temps chronologique. Bien que l'expérience à laquelle il s'est livré reste exceptionnelle, elle permet d'avoir le témoignage direct d'une personne qui a tenté de vivre dans des conditions volontaires de privation de repères temporels objectifs. Dans l'obscurité du gouffre de Scarasson, il était privé de repères cosmiques (tels que le lever et le coucher du soleil), et notait quelles durées (entre autres les périodes de veille/sommeil) s'écoulaient, en dehors de toute stimulation lumineuse. Ainsi, il téléphonait à chaque coucher et chaque réveil et indiquait la durée qu'il pensait écoulée entre ces moments. Plongé seul dans une grotte (en 1962 dans le gouffre de Scarasson, et en 2000 dans la grotte de la Clamouse) dont il dira qu'elle constitue « un univers intemporel plus encore que le cosmos, l'espace[114] », il conclura à la fin d'un de ses entretiens que « le temps c'est le cœur de l'homme[115] ».

---

[113]. Michel Siffre, *Hors du temps*, Paris, Editions René Julliard, 1963.
[114]. *L'humanité,* Paroles, Michel Siffre, Histoire d'un autre temps, propos recueillis par Jeanne Labres, 14 mars 2000.
[115]. *Id.*

La suppression de tout repère naturel, l'absence de tout instrument de mesure (montre, calendrier, etc.) l'avait plongé dans une temporalité « déconnectée », coupée de l'histoire collective. Livré à son auto-appréciation, immergé dans sa subjectivité, il se met à l'écoute de son organisme pour apprécier la notion du temps d'après des repères physiologiques. Il commente sa perception intime du temps et le rythme qu'il invente :

> « Je mangeais quand j'avais faim, je dormais quand j'avais sommeil, je me réveillais naturellement sans le secours d'une sonnerie ou de la lumière du jour. J'étais revenu à un stade animal primitif où tout était subordonné à l'accomplissement des besoins naturels. Je n'étais plus esclave ni des hommes, de leurs habitudes sociales, de leurs gestes familiers réglés depuis l'origine du monde par la succession du jour et de la nuit, ni même du cycle solaire et de ses conséquences sur le déroulement de la vie sur notre planète, *du moins je le croyais. Je me sentais enfin libre. Mais l'étais-je vraiment ? Mon rythme vital était brisé*, je vivais selon mes humeurs et je n'ai jamais manqué de temps pour accomplir une tâche. Comment eût-il pu en être autrement puisque le temps n'existait qu'en moi, puisque je le créais et que j'étais moi-même ma propre horloge ? Je vivais dans un espace exempt de temps, immobile et glacé[116]. » (souligné par nous)

Enfermé dans une temporalité « autiste », privé de relations avec d'autres personnes, si ce n'est par contact téléphonique avec le camp de base, la vie qu'il décrit est réduite aux contraintes biologiques (manger, dormir), à la lecture de quelques livres et l'audition de quelques morceaux de musique. Une de ses rares activités consiste à établir des relevés journaliers sur la composition des roches. Sa perception de la musique est elle-même soumise à des déformations. Cette distorsion du vécu temporel, ou plutôt ce décalage entre le temps calendaire et le temps subjectif envahit également ses expériences sensorielles, ce qui permet à nouveau de saisir l'importance des relations tissées entre la musique et le rythme. Ainsi, la perturbation du rythme nycthéméral de l'archéologue n'est pas la seule distorsion de son rapport au temps. Il constate aussi une déformation de son écoute musicale. La musique est bien plus qu'une succession de notes, elle participe d'une durée et d'un rythme non réductible à une juxtaposition d'instants :

> « La musique de mes disques n'était devenue pour moi qu'une succession de notes dont je n'arrivais pas à saisir les rapports ; un amas de sons dissociés entre eux, une sorte de bruit désintégré[117]. »

Prisonnier d'une temporalité réduite au présent : « ma pensée n'était tournée ni vers le passé ni vers l'avenir, seulement vers le présent[118] », sans relation directe avec d'autres personnes (il téléphone régulièrement à des équipiers afin de leur indiquer

---

[116]. Michel Siffre, *Hors du temps, op. cit.*, p. 125.
[117]. *Id.*, p. 294.
[118]. *Ibid.*, p. 93.

les moments de son réveil et l'heure qu'il croit être, il établira un dialogue avec une araignée tant sa solitude est pesante…), il se construit une temporalité singulière en se décalant peu à peu du temps du monde. À sa sortie, alors qu'il est resté 58 jours sous terre, il évaluera la durée de son premier séjour avec 25 jours de moins. Les relevés réguliers qu'il a fait tout au long de cette période permettront de mettre en évidence qu'il évalue sa durée de réveil réelle, par exemple quatre heures selon la montre, à quatorze heures « subjectives », c'est-à-dire estimées par lui. Cette expérience, pour artificielle qu'elle soit, met cependant bien en évidence la coexistence de plusieurs modalités temporelles. Michel Siffre, plus préoccupé par la chronobiologie et l'étude des relevés de roches souterraines, que par le concept du temps ou de la durée des philosophes, découvre que « l'horloge biologique est une chose, le temps perçu par le cerveau humain en est une autre[119] ». Certes, il introduit un clivage arbitraire psyché/soma et cette opposition rappelle le discours « scientifique » qui disjoint artificiellement le corps et l'âme, mais ses conclusions restent en cohérence avec les travaux de Bergson sur la durée. En effet, résumant son expérience, il écrit :

> « Enfin, je possédais la preuve absolue que le temps s'était bien écoulé pendant cette longue claustration, que je n'étais pas simplement l'objet d'une illusion, et que le temps n'était pas irréductible. Non, je n'avais pas tourné en rond, au centre d'un même espace-temps immobile et obscur. J'avais progressé avec moi. Il me semblait que j'avais parcouru un chemin vrai, tangible, matériel, alors qu'en réalité j'avais parcouru un espace de temps. *En fait, c'était ma pensée qui avait fait de ma route une durée*[120]. » (souligné par nous)

Son éprouvé intérieur du temps passé qui ne peut se caler ni se décaler sur aucun signe extérieur, contraint à un basculement de tous les repères habituels sur l'intérieur (intériorité redondante, celle du corps, celle de la grotte). Cette opération en quelque sorte centrifuge (tous les temps imaginés par l'archéologue se jouent entre lui et lui, et en lui), entraînera une dissociation temps ressenti/temps social.

Nul besoin d'être dément pour constater à quel point l'impossibilité d'utiliser des repères extérieurs (impossibilité accidentelle et consécutive à la pathologie neurologique ou volontaire comme dans le cas de Michel Siffre) bouscule notre représentation et notre rapport au temps commun, social. Dès lors, nous comprenons mieux pourquoi les patients qui n'ont plus accès à la connaissance du temps commun (et quelles qu'en soient les raisons : ils ne savent

---

[119]. *L'Humanité, op. cit.,* 14 mars 2000.
[120]. Michel Siffre, *Hors du temps*, *op. cit*., p. 268.

plus lire l'heure, ils oublient la date, ne savent plus utiliser un calendrier) éprouvent des difficultés à respecter certaines règles de vie en collectivité, puisque ce mode de vie implique de partager un minimum de conventions communes.

Pourquoi ce recours dans notre travail sur le temps à une expérience unique, de plus menée par une personne jeune et en bonne santé, mue par la passion de l'exploration souterraine depuis son enfance, et soucieuse « d'isoler pour la première fois dans l'histoire du monde le rythme intrinsèque, vital, de l'homme et d'essayer de mieux comprendre les rapports mystérieux du temps et de notre horloge physiologique[121] » ?

Il n'est pas anodin que j'ai pris connaissance des travaux de Michel Siffre grâce à mon professeur de philosophie en classe de Terminale, que ces travaux m'aient marquée, sans aucun doute, au point d'orienter mes réflexions actuelles, alors même que je n'y pensais plus, consciemment du moins. Il serait rapide, réducteur, de considérer l'expérience de Michel Siffre vivant dans une nuit prolongée comme étant limitée à l'étude du rapport de l'homme à son horloge physiologique. Son témoignage évoque des problématiques communes à l'être humain : la solitude, l'angoisse, la peur. Toutes ces épreuves sont également traversées par les patients en neurologie, mais aussi par les soignants qui doivent apprendre à accompagner sans guérir. Ce sont des épreuves universelles à tous les hommes… universelles dans le sens où elles sont vécues par chacun d'entre nous, mais singulières pour chacun d'entre nous, car leur éprouvé n'est pas substituable d'une personne à l'autre.

D'autre part, cette expérience met en lumière le maillage permanent des temps personnel et social, du temps cosmique et du vécu. Sans horloge, Michel Siffre invente ses propres repères. Ses journées s'allongent, ses nuits également, et l'ennui qu'il ressent, l'expérience intense de la solitude qui l'accable souvent, s'accompagnent d'un décompte diminué du nombre de jours et de nuits. Il fera souvent l'expérience d'une chronologie qui n'existe plus, ce qui lui permet de se déplacer « dans le passé et dans l'avenir avec une rapidité déconcertante[122] » et de ressentir : « il n'y avait qu'une seule nuit longue et silencieuse qui

---

[121]. *Id.*, pp. 135-136.
[122]. *Ibid.*, p. 135.

m'engloutissait[123] ». Nous sommes proches de la façon dont les patients déments « voyagent » dans le temps, mêlant souvenirs anciens et moments présents avec un « naturel » déconcertant.

De plus, Michel Siffre rapporte des troubles de mémoire, au début de son séjour, ce qui atteste l'étroite dépendance entre le temps et la mémoire :

> « je ne me rappelais plus du tout ce que j'avais fait dans mes journées qui pourtant me paraissaient très brèves. Cette perte de la mémoire était si nette que c'était parfois très pénible de me souvenir de ce que j'avais fait quelques instants auparavant[124]. »

D'où la nécessité qu'il ressentira de tout consigner (par écrit ou grâce à un magnétophone) comme le font parfois certains patients déments, en début de maladie, qui notent les tâches à accomplir, les horaires de rendez-vous, les anniversaires importants, parfois en plusieurs endroits différents. Ces stratégies visent à maintenir une cohésion dans les relations qu'ils souhaitent préserver avec leurs proches. Nous reviendrons dans le chapitre final consacré à la dialectique temps et mémoire sur cette indispensable association.

Ainsi, j'ai reçu un jour un coup de téléphone d'un Monsieur charmant, atteint d'une maladie d'Alzheimer débutante, en déplacement au Moyen-Orient. Il m'avertissait qu'il serait sans doute empêché pour notre prochain rendez-vous, dont il avait par ailleurs oublié la date précise (c'était le lendemain). Cette attention m'a touchée, peu importât que M. H. ne puisse pas du tout venir le lendemain. Son épouse, restée à Paris, avait l'agenda « en double » de son mari. Elle m'a également appelée afin de m'expliquer qu'il était très loin de la France, son retour étant prévu plusieurs jours après. Dans cet exemple, l'essentiel, c'est le sentiment éprouvé de la continuité du lien entre ce monsieur et sa thérapeute, par-delà les frontières (si j'ose dire) et par-delà l'exacte évaluation des distances et du temps requis pour revenir. Le souci de l'autre, la fidélité à la relation et l'engagement réciproque que cela implique, la sollicitude (penser à me prévenir), restaient présents chez ce patient malade. C'est cette force du lien, malgré la maladie, qu'il nous faut tenter de préserver.

L'expérience de Michel Siffre prouve à quel point, loin d'être contraignants, les repères temporels sociaux, les calendriers, horloges, etc. permettent de structurer la vie de la cité. De plus, ces repères n'empêchent ni la vie de l'esprit, ni

---

[123]. *Ibid.*, p. 116.
[124]. *Ibid.*, p. 91.

la perception subjective et intime du temps. Nous pouvons comparer les repères sociaux et chronologiques à des systèmes syntaxiques ou grammaticaux indispensables à tout langage, chacun d'entre nous peut disposer de ces codes qu'il façonne et utilise selon son histoire. Nous sommes plongés dans un temps commun qui peut être objectivé, et nous sommes également auteur et acteur de notre propre temporalité. Ces deux aspects ne sont pas antinomiques, mais indispensables. Il est d'ailleurs courant en clinique psychiatrique de constater comment le rapport au temps et au langage est problématique chez les patients psychotiques, et comment ces difficultés à structurer le langage et le temps sont liées à des difficultés relationnelles majeures.

2. Temps et identité

Les méthodes de rééducation, basées sur l'utilisation et le repérage « correct » à partir d'agendas, et l'acquisition de programmes hebdomadaires (savoir que tel jour, l'activité gymnastique ou poterie est proposée), peuvent procurer un certain confort de vie, un sentiment d'habitabilité de la résidence, du centre de long séjour ou de la maison pour les personnes qui vivent toujours dans leur domicile. Mais ces techniques ne peuvent se substituer à l'échange, au dialogue ou à la présence. La difficulté de la rencontre ne devrait pas aboutir à une fermeture. Si, ainsi que l'affirme Catherine Malabou : « un malade d'Alzheimer par exemple n'est pas – ou pas seulement – quelqu'un qui a "changé" ou qui s'est "modifié", mais bien en effet *un sujet qui est devenu quelqu'un d'autre*[125] », ce quelqu'un d'autre reste un sujet, c'est-à-dire un être d'esprit, de langage et de désir.

Contrairement à la thèse proposée par C. Malabou, nous ne sommes pas convaincue que la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer soit devenue « quelqu'un d'autre ». La personne reste une et insubstituable, conformément à la définition déjà citée de Boèce. Ceci n'empêche pas les formes de son apparaître d'être soumises à de multiples évolutions, transformations, modifications, etc. Nous pensons que la maladie, par la levée d'inhibition qu'elle entraîne, donne à voir et à entendre une même personne, mais qui apparaît différemment. Cette modification dans les formes de l'apparaître n'autorise pas à spéculer sur la

[125]. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés*, *op. cit.*, p. 45.

naissance ou la *création* d'une autre personne. Nous retrouvons là la distinction fondamentale analysée entre autres par Ricœur, à propos de l'identité *ipse* et l'identité *idem*. Les manifestations différentes de l'être dans leur expression ne permettent pas d'invoquer la création d'un autre être. L'acte de (pro)création d'un être relève de procédés d'une autre nature, entre autres la rencontre entre deux personnes.

Les modifications comportementales déclenchent notre saisissement, notre sentiment d'inquiétante familiarité, car nous savons bien qu'il ne peut y avoir substitution d'une personne à une autre, mais transformation dans le mode d'apparaître. Le recours à la philosophie de Claude Bruaire est précieux pour étudier les concepts d'être et d'esprit : « je ne suis ni mes pensées, ni la somme de mes actes, ni mon désir. Je suis, substantiellement, autre et infiniment plus[126] ». Sans nier l'importance de la liberté, du désir, du langage qui sont puissances de manifestations de l'esprit humain, Claude Bruaire nous rappelle que l'être de l'homme ne peut être circonscrit à ces seules manifestations. Il suffit, bien souvent, que la personne que nous croyons connaître, ne se comporte pas ainsi que nous le souhaitons, pour que nous brandissions le spectre de la substitution. Ainsi réagissons-nous face à nos enfants devenus adolescents, et dont les comportements, les prises de position, toutes les manières d'être en relation avec nous et le monde, nous déconcertent. De là à faire l'hypothèse qu'ils sont devenus une autre personne… Cela permet de faire l'économie de la pensée sur les raisons profondes de ce changement (réaction, fuite, quête d'une identité, nécessité de s'émanciper, recherche d'autonomie, réel malaise ? etc.)

Aussi Claude Bruaire fustige-t-il une interprétation hâtive et réductrice du *cogito* cartésien qui limiterait l'être à la pensée. Pour Bruaire, l'essence de l'être est d'être donné à lui-même : l'être en devenir « s'éprouve comme *don* à lui-même, sans retenue ni réserve, hors mécanique, déduction, procession, dérivation, *il ne saurait être repris,* retenu, résorbé, résolu. Existant, il ne peut qu'être[127] ».

Les modifications des formes d'expression du langage chez le dément, leurs déficits cognitifs, ne justifient pas la mise à l'écart dont ils sont souvent l'objet, et le rôle des soignants n'est pas d'éduquer ou de ramener à une « bonne » conduite,

---

[126]. Claude Bruaire, *L'être et l'esprit*, *op. cit*., p. 32.
[127]. *Id.*, p. 42.

mais d'accompagner… Ainsi que le précise Hannah Arendt, seuls les enfants peuvent et doivent être éduqués, les adultes peuvent acquérir des connaissances, pas une éducation[128], il s'agit de proposer des conditions d'hospitalité favorables aux malades, plutôt que de les « rééduquer ».

Les travaux novateurs de Catherine Malabou dans son appréhension originale des accidentés cérébraux mettent l'accent sur une substitution actuelle de la sexualité par la cérébralité. Elle constate une remise en question fondamentale dans la compréhension de l'événement psychique, selon qu'il est déterminé par une étiologie sexuelle (au sens large, telle qu'elle est développée selon l'approche freudienne) ou par une étiologie cérébrale. Cette différence de nature est fondamentale, car si les pathologies cérébrales affectent bien l'identité psychique de la personne, elles s'avèrent dénuées de sens :

> « Dans le cas d'une lésion cérébrale par exemple, le caractère extérieur de l'accident reste extérieur au psychisme lui-même. Il reste comme extérieur à l'intérieur. Il demeure inassimilable[129]. »

Ainsi, Catherine Malabou propose deux types d'interprétation différents dans l'explication des névroses : « Sexualité et cérébralité apparaissent ainsi aujourd'hui comme des économies concurrentes de l'exposition du psychisme à la blessure[130] ». L'accident, le traumatisme, la dégénérescence ne sont pas les choix d'une personne autonome, au sens kantien, ils font partie des multiples risques du fait même que nous sommes en vie ! Bien que l'arrivée inopinée d'un accident (cérébral ou autre), indépendant de notre intention (consciente ou inconsciente) soit inéluctable, il ne reste pas nécessairement vide de sens. Tout aléa ou accident peut générer une production de sens chez celui ou celle qui le subit. L'injustice, le sentiment de ne pas l'avoir mérité, le rejet, la colère, toutes ces réactions sont des tentatives d'explication plus ou moins bien réussies. L'approche thérapeutique n'est pas d'exclure l'accident du champ des possibles, mais d'aider la personne à l'intégrer dans un parcours de vie. Aucune maladie n'est « méritée », mais cette question du mérite est suffisamment récurrente pour que les soignants y prêtent attention et s'interrogent sur l'éducation, les « valeurs » reconnues par tel ou tel

---

[128]. Pour une analyse plus complète, se reporter à l'article « La crise de l'éducation », in *La crise de la culture*, Hannah Arendt, Gallimard, Folio/Essais, 1994.
[129]. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés*, *op. cit.,* p. 29.
[130]. *Id.*, p. 28.

patient et qui lui permettent de se forger une explication sur la survenue de telle ou telle pathologie.

Dans l'étiologie cérébrale des événements psychiques, Catherine Malabou constate une « crise » du sens : « *L'accident cérébral révèle ainsi la possibilité qu'a le sujet de survivre à l'absence de sens de ses accidents*[131] ». Accepter que la vie est une prise de risque permanent dont aucune assurance ne pourra nous protéger, (nous oublions bien souvent que le système d'assurances propose un dédommagement des conséquences, mais ne protège pas des risques), cela est sans doute le message principal qu'il nous faut tenter d'aider chaque patient, chaque famille, à découvrir. Si nous accompagnons un patient en fonction d'un jugement *a priori* sur le mérite qu'il ou elle a de développer telle ou telle maladie, nous déplaçons le soin, qui devrait être inconditionnel, afin de le mesurer à une échelle forcément inique puisque établie en référence à des statistiques, des normes, par définitions exempts de critères moraux. Seule l'acceptation « inconditionnelle » du dément peut susciter une rencontre dénuée de tout jugement et garantir l'appartenance à la communauté humaine.

3. Prendre soin

Les personnes démentes, atteintes de lésions cérébrales, dans leurs démêlés avec le repérage du temps, ne nous montrent-elles pas, comme à travers un miroir grossissant, notre propre difficulté à rationaliser ou simplement apprivoiser le temps ? Sous prétexte d'incompréhension, avons-nous le droit d'abandonner tout échange et de minimiser les soins. Les seules relations dominées par la raison ont-elles une authentique valeur ? La Bible (Ancien et Nouveau Testament) ne manque pas de textes qui rappellent le devoir des plus jeunes envers les anciens. Dans *l'Ecclésiastique,* les *Devoirs envers les parents* recommandent l'indulgence envers les aînés dont l'esprit est affaibli :

> « Mon fils, vient en aide à ton père dans sa vieillesse, ne lui fait pas de peine pendant sa vie. Même si son esprit faiblit, sois indulgent, ne le méprise pas, toi qui es en pleine force[132]. »

---

[131]. *Ibid.,* p. 29.
[132]. *L'Ecclésiastique, Devoirs envers les parents*, 3, versets 12-13, *La Bible de Jérusalem, op. cit.*, p.1043.

De même, dans *les Béatitudes*, saint Matthieu nous dissuade de nous attacher aux richesses extérieures de l'esprit : « Heureux ceux qui ont une âme de pauvre. Car le Royaume des Cieux est à eux[133]. » L'affaiblissement, du moins dans leur expression, des capacités « intellectuelles » des personnes âgées n'est pas un fait nouveau…

Nous pourrions dire du temps qu'il n'est pas un long fleuve tranquille, son cours s'emballe, s'accélère, ralentit, semble se diluer, dans la rêverie diurne par exemple, au gré de nos préoccupations et de nos soucis. Nous connaissons bien l'anecdote relative à la vie parfaitement organisée d'Emmanuel Kant. Ses voisins réglaient leur montre sur l'heure de sa sortie en promenade, tant il était ponctuel. Pourtant, une seule fois dans sa vie, ou du moins cette fois-là fut remarquée, il modifia son horaire : le jour de la déclaration de la Révolution française et de la prise de la Bastille. Nul n'est à l'abri des accidents, des distorsions, entre son rythme propre et celui de l'horloge…

La spécificité du rapport que les déments entretiennent avec leur temporalité réside sans doute dans la transformation implicite de l'accidentel au continuel.

4. Quand l'écoute est un soin

Le temps de la parole et de la poésie

Dans nos échanges avec les patients, tant que cela est possible, le dialogue préserve le maintien dans le monde du langage. Il permet de sauvegarder une relation, même si les paroles ne témoignent plus de l'expression d'une pensée cohérente et organisée. En s'attachant à ce qui est exprimé et en accueillant cette parole comme un élan porté vers, le sujet dément retrouve sa place dans : « le langage qui est la maison de l'Être. Dans son abri, habite l'homme[134] ». La pire des attitudes serait de s'en tenir aux registres des significations, aux modes d'expression, et de clore un échange parce que ce qu'il ou elle dit n'a aucun intérêt, est dénué de sens. En s'arc-boutant sur le contenu des énoncés et en annulant leur intentionnalité, nous nions le principe premier de la parole qui est de s'adresser à

---

[133]. *Id.*, Les Béatitudes, 5, verset 3, p. 1473.
[134]. Martin Heidegger, *La Lettre sur l'humanisme,* Questions III et IV, Paris, Gallimard, Coll. « Tel », 1996, p. 67.

quelqu'un. Si les énoncés sont parfois insensés, il persiste une énonciation portée par une intention.

Que fait Robinson dans son île, si ce n'est convoquer, donner vie à l'absent présentifié dans sa conscience grâce à son aptitude à l'imaginer ? Dirions-nous à un enfant qui apprend à parler qu'il devrait se taire tant qu'il n'a pas acquis la structure sujet/verbe/complément et qu'il commence à babiller quelques onomatopées que nous reconnaissons comme des mots *en puissance* parce qu'ils nous sont destinés ? Chez une personne démente, les phrases disloquées deviennent actes de parole, si elles ont un destinataire, si elles sont entendues. C'est notre capacité à accueillir ces énoncés, à accepter d'être touchés par ces mots, qui permet d'assurer le lien. Nous devons faire le pari d'une intention si ce n'est d'un sens, le décryptage incertain n'oblitère pas la fonction fondamentale du langage qui est mise en relation.

Nous ne parlons jamais pour ne rien dire, ou plutôt nous disons toujours ce « trois fois rien » *à* quelqu'un, même le psychotique qui délire ou soliloque nous dit bien sa folie, sa maladie et son mal-être. Nous pouvons calmer les symptômes et freiner le délire, le psychotique n'en restera pas moins malade. Avec les déments, ces échanges permettent de constituer et d'enrichir la matrice d'une mémoire de substitution qui pourra nourrir la relation quand l'évocation spontanée sera laconique ou impossible. Dans la mythologie grecque, *Mnémosyne*, la reine des Muses, représente la fonction poétique, et la « poésie constitue une des formes typiques de la possession et du délire divin, l'état d'"enthousiasme" au sens étymologique[135] ». Selon la structure de la société et la part reconnue à l'irrationnel, délire et déraison n'ont pas le même accueil.

Dans le film satyrique *Mars Attacks !*[136] réalisé par Tim Burton, c'est une vieille dame manifestement démente et placée en maison de retraite, qui trouve, à son insu, la méthode implacable pour tuer les horribles Martiens envahisseurs et destructeurs. Ses facultés intellectuelles déclinantes ne lui ont pas ôté sa passion pour la musique *country* et ce sont les mélodies qu'elle affectionne qui font littéralement exploser la tête des monstres verts peu mélomanes… Au-delà du côté volontairement provocateur du film, la dissociation entre les capacités cognitives et

---

[135]. Jean-Pierre Vernant, *Mythe et pensée chez les Grecs, Études de psychologie historique,* Paris, Éditions La Découverte/Poche, 2006, p. 111.
[136]. Tim Burton*, Mars Attacks!*, film américain réalisé en 1996, distribué par Warner-Bros.

la préservation pour les intérêts artistiques illustre l'importance de l'inspiration. Dans *Mars Attacks !*, c'est toute la vision scientiste qui est ridiculisée. Le génial savant, médiatique à souhait, est aveuglé par son idéologie « bien-pensante » qui lui ôte tout esprit critique et annihile ses facultés de jugement. Il sera enlevé par les extra-terrestres. Tout son savoir pseudo-scientifique, car non soumis à l'épreuve des faits, ne servira que d'écran entre la réalité (les Martiens sont des monstres sanguinaires) et le monde tel qu'il s'acharne à l'imaginer (les Martiens sont pacifiques, ils sont nos amis). Sa « science » construite sur un mythe fondateur : les extra-terrestres ont une technique supérieure à la nôtre donc ils sont bons, s'effondrera face à la réalité, et ses connaissances bâties sur un syllogisme inexact resteront sans effet. Aucune des assertions tirées d'une prémisse non vérifiée, posée comme certitude *a priori* (les Martiens sont gentils) n'aura une quelconque utilité contre la volonté acharnée des Martiens. C'est bien l'art, et ici la musique en l'occurrence, qui sauvera le monde ! Notons au passage le coup de griffe donné à l'idée d'une augmentation de la morale qui serait liée à l'accroissement des connaissances scientifiques et techniques. Ce mythe du progrès bienfaiteur qui serait créateur de Bien a été largement critiqué par de nombreux philosophes (Hannah Arendt, Jean-François Mattéi, Michel Henry, etc.)

Accompagner ou rééduquer ?

Quelle place est réellement faite dans la société pour accompagner le moins mal possible des personnes qui nécessitent un soutien moral, des soins de présence, plutôt que d'innombrables examens sophistiqués ? Comment concevoir un accompagnement qui ferait le deuil de la rééducation, des performances et des résultats, et abandonnerait l'objectif abusif et parfois acharné d'un quelconque progrès, tout en acceptant par surcroît certains signes de progrès ou de modifications quand ils apparaissent ? Comment repenser intégralement ce que nous nommons peut-être abusivement « rééducation » quand nous intervenons auprès des déments et substituer celui d' « accompagnement » ?

Chaque soignant connaît la difficile acceptation du palliatif qui constitue pourtant tout autant que le curatif le fondement de la médecine. Aucune échelle de qualité de vie, dont nous submergent les parutions scientifiques, ne peut rendre

compte de la rencontre ou du partage d'un moment de vie avec ces personnes qui ont peu à peu abandonné tous leurs apparats sociaux, professionnels, etc. L'importance des « groupes de parole » dans les institutions de long séjour et les nombreuses réflexions qu'ils suscitent chez les participants confirment cette intuition clinique.

Peut-être « l'étrangeté d'Autrui–son irréductibilité à Moi–à mes pensées, à mes possessions[137] » qui constitue chez Levinas la condition même de la rencontre éthique, cette étrangeté est trop saillante dans la clinique neurologique. Elle nous renvoie à une éventualité d'un possible de l'homme que nous ne voulons pas regarder en face. Elle nous rappelle avec insistance notre faillibilité et notre fragilité dans un monde où « chacun n'est plus considéré dans le prix infini de son être d'esprit, s'il est mesuré à ses performances, à ses capacités[138] ».

L'accompagnement quotidien, de la part des familles et des soignants, demande une réflexion sur ce qui constitue l'importance, la vérité de l'être et la nécessité absolue de ne pas le réduire aux phénomènes qu'il nous livre. Si, comme l'atteste Catherine Malabou, la personne n'est plus reconnaissable, il devient très douloureux ou impossible pour l'entourage de continuer à investir une relation affective avec celle ou celui qui n'est plus identifié(e) comme mari, sœur, ami etc. et devient absolument autre. Pouvons-nous vivre et construire une relation au temps présent, sans renouer de liens avec le passé, sans imaginer de projet ? Parmi les multiples avatars des processus cognitifs des patients déments (très bien étudiés par ailleurs par les analyses neuro-psychologiques), la possibilité d'une représentation spatiale et ordonnée des souvenirs, comme s'ils se succédaient comme autant de points distincts sur une ligne imaginaire, est certes malmenée. La flèche du temps est sans cesse interrompue au profit d'une trajectoire accidentée, et l'évocation éclatée des souvenirs devient la « norme ». Mais ne pas repérer une intentionnalité rationnelle, ou même affirmer que la raison a déserté l'esprit des déments, cela justifie-t-il qu'ils soient abandonnés, livrés à leur errance existentielle ?

Nous avons déjà abordé la critique argumentée de Bergson contre la spatialisation du temps, mais l'analogie temps/espace est toujours à l'œuvre dans

---

[137]. Emmanuel Levinas, *Totalité et Infini,* Paris, Le Livre de Poche, « biblio essais », 1996, p. 33.
[138]. Claude Bruaire, *L'être et l'esprit, op. cit*., p. 13.

notre langage, ainsi nous disons que nous ne *voyons* pas le temps passer. Cette expression renforce l'appréhension matérielle du temps qui défile, se déroule comme une pure extériorité. Or, les pathologies démentielles mettent bien à l'épreuve cette conception du temps comme pure extériorité. Elles nous rappellent que le temps nous constitue, nous modèle, que le temps envisagé comme extériorité est une abstraction. Ainsi Kant nous explique que :

> « Le temps n'est autre chose que la forme du sens interne, c'est-à-dire de l'intuition de nous-mêmes et de notre état intérieur. […] Le temps est une condition *a priori* de tous les phénomènes en général, et, à la vérité, la condition immédiate des phénomènes intérieurs (de notre âme), et, par là même, la condition médiate de tous les phénomènes extérieurs[139] . »

Chez Kant, le temps rend compte de l'activité de représentation, qui est par excellence activité de l'esprit, que cette activité soit défaillante, au secret, ne permet pas de penser que l'expérience du temps ait déserté l'esprit de nos patients, c'est la façon dont ils témoignent de cette expérience qui nous interroge.

Le passage de l'éprouvé intérieur au sensible extérieur n'est pas sans effet sur notre appréhension de la temporalité. Or, nous ne pouvons réduire la temporalité à un seul de ces phénomènes sans renforcer l'incompréhension qui surgit souvent dans notre relation aux déments. Le temps nous éprouve de l'intérieur, et sa représentation cyclique ou orientée ne nous isole pas de ses effets. Nous sommes dans le temps. Oublier de penser le temps dans sa forme dialectique intérieur/extérieur ou éprouvé/contenant, et le réduire à une pure extériorité produit un « temps desséché en espace[140] ».

Cette « chosification » du temps est malgré tout encore souvent utilisée au cours des entretiens cliniques où nous cherchons à repérer les dysfonctionnements du dément perdu dans le temps chronologique. Pourquoi privilégier une approche désincarnée et rigide du temps chez une personne qui n'investit plus le temps social, collectif et nous livre des fragments de son temps personnel ? N'est-il pas plus sage et respectueux d'écouter vraiment ce qu'elle nous dit de son histoire, et peu importe la façon, plutôt que de lui faire violence et la replacer non sans contrainte, dans une temporalité qu'elle déserte ?

M. Y. est conduit par ses enfants, non sans réticence, en consultation de neurologie. Il nous explique quelles sont ses activités quotidiennes (expositions,

---

[139]. Emmanuel Kant, *Critique de la raison pure*, Paris, PUF, « Quadrige », 2004, Deuxième section, Du temps, § 6, pp. 63-64.
[140]. Henri Bergson, *op. cit.*, p. 60.

lecture, cours d'alphabétisation) devant ses enfants ébahis qui savent qu'il a tout arrêté depuis deux ans. Que faire ? Le contredire ? L'obliger à accepter la réalité, lui faire avouer qu'il ne fait plus rien de tout cela ? Évidemment non, inutile d'ajouter à la souffrance de la maladie (pour ma part, je pense que M. Y. sait de façon intuitive qu'il est malade et qu'il essaie de nous rassurer en évoquant toutes ces activités), la violence d'une « vérité » qu'il ne veut pas reconnaître, en tous cas pas devant ses enfants. M. Y. pressent au fond de lui la gravité de la situation, et, en fin de consultation, il saura bien m'expliquer que sa vie touche à sa fin : « je ne vais pas retrouver mes 20 ans ». Il me proposera de le laisser tranquille, et contestera auprès du neurologue la prescription de médicaments qui ne le feront pas rajeunir… Pourquoi ne pas reconnaître une forme de sagesse chez ce patient ?

Pour Catherine Malabou, les lésions cérébrales entraînent un remaniement, une restructuration complète de l'identité de la personne qui, de fait, rend l'usage même du terme « identité » obsolète. Il n'existe pas de mot qui permette de nommer ce procédé : comment une personne, définie par une identité propre, peut donner vie à une autre personne ? Le mal-être, les plaintes des personnes qui débutent un processus démentiel témoignent bien d'une crainte de perdre leurs moyens ; mais l'idée d'une substitution d'une personne par une autre n'est pas habituelle. Il s'agit davantage du constat d'une dégradation ou d'une modification des capacités, que de l'expérience d'un changement radical de personne. Ainsi, cette considération :

> « Une psyché en lambeaux correspond à la naissance d'une nouvelle personne, *méconnaissable*. Ce phénomène exige une nouvelle manière de soigner, qui ne peut plus se fonder sur l'investigation du passé, l'exploration de la mémoire ni la reviviscence des traces[141]. »

tend à instaurer une confusion entre personne et personnalité. Cette confusion est ensuite confirmée par l'auteur qui continue dans ce sens là et écrit : « Les cérébrolésés ont en commun ce changement de *personnalité*[142] ». (souligné par nous) Mais n'y a-t-il pas confusion entre la psyché et son expression, entre la conscience et la psyché, entre la personne et son mode d'expression qui est sa personnalité ? Comment imaginer une psyché en lambeaux ? Ne serait-il pas plus

---

[141]. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés*, *op. cit.,* p. 94.
[142]. *Id.*, p. 94.

adapté, plus prudent, d'évoquer les manifestations de l'être, ses modes d'apparaître, plutôt que l'être ou la personne ?

Ainsi, Mme B. est plongée dans le coma depuis un AVC qui l'a rendue mutique et immobile. Les chances de récupération sont infimes. Son mari vient tous les jours depuis deux mois, il passe tous les après-midi au chevet de son épouse. Il a écouté sans les entendre les explications répétées des médecins et des soignants. À quoi bon insister sur l'improbable récupération de son épouse ? Au nom de quel impératif et de quel droit ? Tout ce que souhaite M. B., c'est le retour de son épouse à la maison dès que son état le permettra. Pourtant, aucune manifestation n'émane, pour nous soignants, de la part de Mme B. qui réagit seulement à la douleur. Notre mission est de la soigner, soulager ses douleurs, éviter les escarres, il ne nous appartient pas de décider pour M. B. quel doit être son engagement vis-à-vis de son épouse. Il sait qu'elle pourra être accueillie dans un centre de long séjour mais refuse de la « placer ». À considérer Mme B. à l'aune de ses manifestations (réduites), nous aurions vite fait de conclure que Mme B. n'a plus de psyché… elle ne bouge pas, ne parle pas, est nourrie par gastrostomie[143]. Mais pour son mari, Mme B. est et reste son épouse, sa compagne, au sens étymologique, celle avec qui il veut continuer de partager sa vie.

Nous nuançons donc l'affirmation de Catherine Malabou selon laquelle un changement radical de personne surviendrait après un dommage cérébral, affirmer cela relève d'une position un peu dogmatique. Nous ne savons pas ce qui est modifié de la personne, nous constatons des changements comportementaux, c'est-à-dire extérieurs. La différence entre les termes personne et personnalité nous semble révélatrice d'une difficulté à situer clairement le problème :

> « La personne est soit une notion purement ontologique (c'est celle que vise la définition de Boèce), soit une instance purement morale (c'est celle que vise le respect selon Kant. La personnalité, en revanche, caractérise les manières d'être de la personne – ce qui implique qu'elle puisse évoluer dans le temps, développer ou non ses potentialités, (devenir peintre ou pianiste), différer par le caractère), le degré et les performances[144]. »

Nous nous demandons s'il ne s'agit pas plutôt d'une modification, certes parfois drastique, des manifestations de la personne. Si le changement de personne était plausible, d'où viendrait cette nouvelle personne ? Si la personne est indivisible et

---

[143]. Gastrostomie : mode d'alimentation qui permet de nourrir le malade en plaçant une sonde directement dans l'estomac.

[144]. Dominique Folscheid, Jean-Jacques Wunenburger, « La vie commençante », *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, 1997, Paris, PUF, p. 198.

insubstituable, quelles forces en action dans les pathologies neurologiques pourraient générer une nouvelle personne, malade, qui remplacerait la précédente, saine ?

Le caractère *méconnaissable* de la personne, évoqué ici par Catherine Malabou serait plutôt à comprendre comme oubli, voilement de la personne véritable. Ne retrouvons-nous pas peut-être ici une des caractéristiques de l'aliénation qui provoque une dépossession, une séparation de la personne avec certaines de ses qualités ? En effet, l'étymologie latine d'aliénation renvoie à séparation. Ces processus (séparation et dépossession) la rendent étrangère à elle-même. Mais ces qualités (disparues, modifiées) ne peuvent être confondues avec la personne… Seule une tentative de dévoilement (*alétheia*) dont la négation de l'oubli de l'être serait l'enjeu, nous permettrait de continuer à accepter le dément en tant que notre prochain, c'est-à-dire comme une personne.

C'est ce travail de liaison entre l'avant et l'après la survenue de la maladie qui est à favoriser comme objectif d'accompagnement. Malgré les affres du temps qui passe et qui modèle la personnalité, maintenir le patient dans un univers affectif accueillant est sans doute ce qui lui assure le plus grand réconfort. Dans la tradition grecque, l'amour s'enfuit quand la pensée le regarde, c'est ainsi que *Psyché* et abandonnée par *Eros*.

L'entourage est souvent déchiré entre sa volonté de comprendre de façon rationnelle et la reconnaissance labile, instable, fragile, qu'il ressent vis-à-vis du proche. La non-reconnaissance « totale » est rarement évoquée, elle peut également être comprise comme un mécanisme de défense quand il devient littéralement intolérable pour un enfant de voir son parent destitué de son rôle d'autorité parentale. Nous devons questionner nos méthodes et nos objectifs dans les soins que nous prodiguons. Plutôt que réparer, restaurer à tout prix et souvent au prix d'exercices de rééducation stériles parce que non adaptés à chaque personne, nous devons nous interroger en premier lieu ce que nous demande le dément.

Pour Bergson : « les faits de conscience se pénètrent, et dans le plus simple d'entre eux peut se réfléchir l'âme entière[145] ». Cela introduit la question de la compréhension des liaisons entre la matière et l'esprit. Dans une métaphore

---

[145]. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, *op. cit.,* p. 73.

célèbre, Bergson compare le cerveau à un clou et le vêtement qu'il soutient à l'état de conscience :

> « Qu'il y ait solidarité entre l'état de conscience et le cerveau, c'est incontestable. Mais il y a solidarité aussi entre le vêtement et le clou auquel il est accroché, car si l'on arrache le clou, le vêtement tombe. […] Ainsi, de ce que le fait psychologique est accroché à un état cérébral, on ne peut conclure au "parallélisme" des deux séries psychologique et physiologique[146]. »

Si une lésion cérébrale peut affecter l'évocation du souvenir, celui-ci peut rester intériorisé comme pure durée, cette durée pure constitue l'âme.

Or « la durée toute pure est la forme que prend la succession de nos états de conscience quand notre moi se laisse vivre, quand il s'abstient d'établir une séparation entre l'état présent et les états antérieurs[147] ». Ne s'agit-il pas d'un phénomène analogue chez les patients déments? Ce phénomène ne serait-il pas plus subi que voulu ? Incapables de faire le travail de liaison nécessaire à la constitution d'une mémoire individuelle, les patients semblent du coup errer dans un présent précaire, ou confronté à un passé éclaté. Ces blessures de la temporalité sont angoissantes pour l'entourage. Un temps nouveau apparaît : celui où nous ne pouvons plus nous reposer sur le soutien, le réconfort assuré par nos aînés. Nous ressentons notre incapacité, notre impuissance à aider celui qui semble se perdre sous notre regard, comme le signe d'une injustice insurmontable.

Si la durée pure n'est pas représentable dans l'espace géométrique, si elle est pure intuition, Bergson insiste sur la nécessaire indissociabilité de la mémoire et de la conscience : « impossible d'imaginer ou de concevoir un trait d'union entre l'avant et l'après sans un élément de mémoire, et par conséquent de conscience[148] ». Mais qu'est-ce que la conscience ? Habituellement définie (du moins dans le milieu médical) par comparaison ou opposition à d'autres états où la vigilance est altérée (coma, confusion, sommeil, etc.), la question s'avère très délicate. L'ambiguïté de la réponse ne justifie pas le manque d'égards que nous montrons parfois à l'encontre de ceux qui en semblent dépourvus. Combien de fois n'avons-nous pas entendu ou prononcé : « à quoi bon lui demander son avis, il ou elle a perdu la tête, il (elle) ne comprend plus rien ? » Prenons-nous des décisions importantes quand un patient dort sous prétexte qu'il est inconscient et donc non

---

[146]. Henri Bergson, *Matière et mémoire, Paris,* PUF, « Quadrige », 1997, pp. 4-5.
[147]. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience, op. cit.,* pp. 74-75.
[148]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité, op. cit.,* p. 46.

sollicitable ? Ne devrions-nous pas redoubler de patience et d'attention avec ceux qui semblent avoir le plus de difficulté à saisir le sens de nos paroles ?

Dans une de ses conférences, Levinas explique que le temps « n'est pas le fait d'un sujet isolé et seul, mais qu'il est la relation même du sujet avec autrui[149] », il précise auparavant que cette relation « n'est pas structurée comme un savoir[150] ». Il insiste sur notre solitude radicale et incompressible. La solitude est constitutive de notre être, puisque notre existence est bien ce qui en dernier recours ne peut être échangée. N'y a-t-il pas un trop-plein de solitude dans l'existence du patient dément qui peut représenter l'archétype du mode d'être-au-monde que l'on ne voudrait en aucun cas échanger, fût-ce sur un mode imaginaire ?

Cette impossibilité à susciter un désir, (désir d'échange, désir de ressemblance, d'identification), même de façon imaginaire, ne prouve-t-elle pas l'abandon ultime dont sont victimes les malades ? Une personne démente, plus que tout autre malade, n'est-elle pas celle dont le mode d'existence ne suscite plus aucun rêve, aucun désir de ressemblance ou d'appropriation ? Cette faillite identificatoire est sans doute un des nœuds du problème. Où trouver des ressources pour répondre à l'appel tragique que nous adressent ces patients ?

Ce n'est pas du côté de la médecine dite « de pointe » que nous trouverons un élément de réponse ; elle est trop technicisée, trop portée par une volonté de réparation, de guérison. Elle ne peut nous aider à supporter la question de notre motivation à vouloir aider justement ceux qui nous semblent les plus démunis. Il nous faut pourtant nous rendre disponibles, répondre, devenir l'obligé de malades qui ne sont plus capables d'exprimer une seule demande. D'où vient l'obligation que nous ressentons à leur égard ?

Nos pratiques quotidiennes nous confirment dans notre intime conviction que l'appartenance à la communauté humaine n'est pas un fait qui se démontre par de quelconques exploits ou performances en tous genres, et le doute et la lassitude peuvent s'insinuer sur l'utilité de nos actes. Les actes moraux ne sont pas nécessairement utiles… Pour qui le malade reste-t-il un être insubstituable et indivisible ? Si la figure de la solitude n'est pas négative chez Levinas, c'est parce

---

[149]. Emmanuel Levinas, *Le temps et l'autre*, *op. cit.*, p. 17.
[150]. *Id.,* p. 8.

qu'elle procède de notre condition d'être unique. Dans l'expérience de la rencontre « la situation de face-à-face serait l'accomplissement même du temps[151] ».

Ainsi notre ouverture à autrui permet de briser l'isolement dont souffre le patient et il convient d'apporter ici une distinction radicale entre solitude et isolement. Si la solitude s'enracine chez le sujet qui la ressent c'est parce qu'il éprouve l'absolue unicité de son existence. En revanche l'isolement est subi par le patient qui peut à son tour renforcer cet abandon par une attitude de repli, de retrait, etc. Certains médecins évoquent alors le fameux « syndrome de glissement » qui recouvre toute une série de signes cliniques et comportementaux dont la compréhension et l'interprétation restent nébuleuses. L'utilisation de cette terminologie polysémique masque notre désarroi face à certaines conduites.

Où finissent la sollicitude et la compassion et où commence l'acharnement rééducatif sous prétexte de prodiguer une stimulation bénéfique ? On peut être sidéré par l'abnégation saisissante que certains malades développent vis-à-vis d'eux-mêmes, comme si, par leur propre oubli, ils s'excusaient d'exister encore. Paraphrasant Michel Foucault, nous serions tentée de croire qu'ils ont perdu ou oublié le « souci de soi ». N'est-ce pas le comble de la déréliction, de la misère ?

Comme le rappelle Thomas De Koninck dans la lignée d'Aristote et de tant d'autres philosophes, c'est bien la présence d'autrui (à comprendre ici comme ami) qui me permet d'accéder à ma propre compréhension et ma propre acceptation : « la connaissance de soi est un plaisir qui n'est pas possible sans la présence de quelqu'un d'autre qui soit notre ami[152] ». Suite à cette expression si simple et si fondamentale surgit une interrogation tragique : de qui les déments sont-ils les amis ? Le rejet qu'ils suscitent met à l'épreuve nos capacités réelles de charité et de solidarité à une époque où le devoir de tolérance généralisée ne cesse d'être prôné à tout-va.

Pour Bergson, la pensée du temps s'origine dans notre passé. Loin d'être enfermée dans ce passé, elle trouve en lui les conditions de penser l'avenir, et par là initie la possibilité de la liberté et de l'espoir. « Si l'idée de l'avenir est plus

---

[151]. *Ibid.,* p. 69.
[152]. Thomas De Koninck, *de la Dignité Humaine*, *op. cit*. p. 222.

féconde que l'avenir lui-même[153] », quelle idée de l'avenir élaborons-nous et proposons-nous aux malades ?

Nous avons tenté d'argumenter comment le temps donné, le temps passé auprès d'eux était le soin le plus précieux que nous pouvions prodiguer aux patients souffrant de troubles neurologiques. Nous tenterons à présent d'aborder la question de la mémoire.

[153]. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience, op. cit.,* p. 7.

Deuxième partie

À propos de la mémoire

À celui qui l'aborde sans idée préconçue, sur le terrain des faits, l'antique problème des rapports de l'âme et du corps, ce problème apparaît bien vite comme se resserrant autour de la mémoire[154].

[154]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.*, p. 6.

Introduction : Les âges de la mémoire, les muses

Dans la mythologie grecque, la Mémoire (*Mnèmè*), avec le Chant (*Aoidé*) et l'Exercice (*Mélétè*), est une des neuf Muses d'après la *Théogonie* d'Hésiode[155]. Mnémosyne, mère des Muses, représente bien l'association de ces fonctions, mémoire et apprentissage. Cette association préside à « cette "vision inspirée" qu'exige, dans la poésie orale, une forme de composition qui unit la récitation à l'improvisation[156] ». La mémoire présuppose toujours une pensée référée à un savoir, lui-même modelé par les méthodes d'acquisition. Nous pourrions nommer humus ou ferment ces matériaux indispensables qui président à la création artistique. Si la mémoire des Muses est absolue, infaillible et englobe la connaissance du monde, celle des humains, en revanche, est imparfaite, soumise à divers accidents : oubli, déformation, transformation, fausses reconnaissances, imprécisions, etc.

C'est cette mémoire humaine, avec toutes ses facettes et ses multiples possibilités, que nous allons tenter d'appréhender.

---

[155]. *Théogonie* : œuvre du poète grec Hésiode, VIIIe siècle av. J.-C., elle a inspiré la mythologie grecque.
[156]. Jean-Pierre Vernant, *Mythe et pensée chez les Grecs*, *op. cit.,* p. 138.

Chapitre Premier : Mémoire et neurosciences

Présentation

Avant d'essayer d'appréhender et de cerner la mémoire et ses multiples composants, devons-nous nous limiter à constater ses effets et ses troubles ? Il est temps de définir, aussi arbitrairement que cela puisse paraître, ce que nous nommons la mémoire. Nous retiendrons le découpage adopté par Georges Chapouthier[157], spécialiste de cette fonction, à la fois philosophe et chercheur en biologie, directeur de recherche au CNRS. Sa classification claire est fondée sur une approche temporelle de la mémorisation qui se déroule selon l'axe suivant : l'apprentissage puis le stockage des informations (souvenirs). À ces deux moments de la mise en mémoire succède le temps du rappel et le phénomène de l'oubli (par effacement ou par masquage). Georges Chapouthier fait explicitement référence au rappel considéré dans son aspect conscient. La classification selon un axe temporel, grossièrement selon les trois étapes classiques : apprentissage, mise en mémoire, restitution ou rappel (l'oubli étant une modalité du rappel envisagé sous l'angle de l'absence ou de l'impossibilité), marque bien l'intrication fondamentale de la mémoire et du temps.

D'autres classifications tiennent compte de la nature du matériel appris (visuel, verbal, auditif), du mode d'apprentissage (implicite, explicite) ou du moment et de la méthode de rappel (évocation libre, indicée, immédiate, différée). Toutes ces distinctions conduisent à l'élaboration de divers schémas du fonctionnement mnésique et permettent à Georges Chapouthier d'évoquer « un ensemble hétérogène de mémoires assez différentes, une véritable *mosaïque* de capacités mnésiques[158] ». Par delà cette hétérogénéité des modèles qui répond à une hétérogénéité des processus, l'expérience clinique auprès des patients déments indique des difficultés à tous les niveaux. Le terme *mosaïque* indique bien la complexité et la difficulté à aborder la mémoire selon une approche unitaire. Nous avons donc choisi de faire des allers-retours entre la clinique et

---

[157]. Georges Chapouthier, *Biologie de la mémoire*, Paris, Odile Jacob, 2006, pp. 23-25.
[158]. *Id.*, p. 69.

l'approche philosophique, entre la pathologie (les troubles mnésiques) et la mémoire « normale ».

1. Le cadre neuroscientifique

« Aujourd'hui, le discours scientiste tend à réduire le fait psychique à un fonctionnement cérébral, voire à une sécrétion neuronale ou à des réseaux d'information génétique dirimés de l'histoire individuelle et collective du sujet. Les phénomènes psychiques ne seraient plus que la chose de ce véritable animisme de la matière objectivable par l'expertise des comportements ou l'imagerie cérébrale fonctionnelle.[159] »

Cette citation, issue de la réflexion d'un psychanalyste, nous met au cœur du débat et de l'enjeu actuel suscité par l'importance croissante des neurosciences dans des disciplines telles que la psychanalyse, la neurologie, la psychologie et même la philosophie. L'impact du courant de la « neurophilosophie » dont l'inventeur, Patricia Churchland, prône l'existence d'une prédisposition neuronale à la philosophie, est très important dans les pays anglo-saxons. Selon cette optique, toutes les grandes questions, telles que celles de la croyance, du désir, les « états mentaux » en général, peuvent être appréhendées selon des modèles neurobiologiques. Les explications relatives à ces questions sont à découvrir dans l'organisation neurobiologique du cerveau humain.

Quelques cent dix ans plus tôt, Henri Bergson soulevait déjà le problème de la relation du corps et de l'esprit (ou du corps avec l'âme), et pointait l'importance capitale du rôle dévolu à la mémoire dans cette relation.

De la biologie à la philosophie, de la morale à la pédagogie, les découvertes neuroscientifiques contemporaines infiltrent différents domaines de recherches, particulièrement celles que nous nommerons par convention d'usage « les sciences de l'homme ». La tentative d'explication des comportements humains par les neurosciences n'est-elle pas excessive dans son ambition et réductrice en tant que modèle de compréhension ? Ne risque-t-elle pas de dériver vers un contrôle totalitaire des actions humaines ?

Ce contrôle viserait à prévoir, anticiper, maîtriser, encadrer, « formater » nos conduites, afin de les adapter aux contraintes économiques, aux impératifs de rentabilité. Cette tentative d'hégémonie des sciences de la vie apparaît peu préoccupée par le souci du « bien commun », ce souci primordial que la

[159]. Christian Hoffmann, *Des cerveaux et des hommes*, *Nouvelles recherches psychanalytiques*, Collection « Actualité de la psychanalyse », Ramonville Saint Agne, Érès, 2007, p. 12.

philosophie grecque nous a légué en héritage et qui a laissé place, peu à peu, à la gestion de « l'intérêt général ».

Les neurosciences émanent d'un courant matérialiste récent, qui, en déplaçant son axe de recherche de la collectivité sur l'individu, tente de déceler dans les équipements neuronaux et les circuits cérébraux, les causes de nos comportements et de nos engagements sociaux, familiaux, moraux, religieux, artistiques, etc. Cette causalité restrictive, d'après nous, s'élabore toujours sur le même principe fondateur qui n'est jamais soumis au questionnement : la confusion entre le *pourquoi* ? (question qui porte sur le sens des conduites humaines) et le *comment* ? (question relative à l' « équipement » (substrat) organique, biologique, génétique, etc.).

S'il est incontestable que toutes nos actions, des plus visibles aux plus secrètes, telles que courir ou penser, des plus fondamentales aux plus élaborées, telles que respirer, composer une sonate, résoudre une équation ou rêver, et quels qu'en soient les mobiles, conscients ou inconscients, s'accompagnent de manifestations cérébrales variées de type chimique, hormonale, électrique, etc., cette corrélation reste un constat. Elle ne peut ni ne doit être confondue avec la cause de nos actions.

Le déterminisme neuronal a détrôné le déterminisme marxiste, mais rien ne présage pour le moment qu'il sera moins tyrannique ou moins tenace. Cette tendance à réduire les actions des hommes à une analyse biologique ou chimique n'est pas une tentative isolée. La menace vise à toujours à éradiquer la part de liberté intrinsèque à l'être de l'homme, afin de lui substituer, clefs en mains, des conditions de vie jugées bonnes par une poignée d'experts. Cadres dirigeants politiques du parti dans les systèmes totalitaires fondés sur le tout-économique, décideurs des conditions de notre droit à l'existence en fonction de notre patrimoine génétique ou biologique, de notre état de santé, dans le cas des systèmes politiques érigés sur l'idée d'une perfectibilité biologique de l'homme qui garantirait le bonheur (lequel serait défini par ces experts, il faut bien boucler le système), cette vision du politique oublie l'interrogation primordiale sur l'esprit, indissociable de l'être de l'homme. Nous reviendrons sur la question de l'esprit dans notre dernière partie.

Au cours de la deuxième moitié du XXe siècle, nous sommes passés peu à peu d'un matérialisme social, selon lequel nos comportements sont déterminés par des lois issues de nos classes sociales d'appartenance, à un matérialisme biologique. Ce transfert de souveraineté, du corps social au corps cellulaire, repose sur l'érection d'un nouveau dogme : *l'homme neuronal*[160]. Nous ne sommes pas persuadée que cet homme neuronal puisse fonder un projet politique. En effet, si toutes les actions humaines sont étudiées comme le résultat d'un programme ou d'un équipement cérébral, les questions de l'autonomie, de la liberté et de la responsabilité n'ont plus besoin d'être posées. Les réponses sont déjà inscrites dans nos circuits neuronaux, assaisonnés d'ingrédients hormonaux et autres composés génétiques. Dans la même lignée, il existe des tentatives récentes pour trouver des fondements « naturels » à l'éthique, ainsi que Jean-Pierre Changeux[161] et d'autres chercheurs essaient de le démontrer. En fait, il s'agit plutôt de trouver les fondements biologiques et génétiques de l'éthique, car la « nature » de l'homme est d'être un être de culture et de langage.

Si cela s'avérait pertinent, la question même de l'éthique, qui suppose le choix entre le bien et le mal, le doute, le questionnement, les hésitations, le déchirement, le risque de se tromper et le devoir d'assumer, se dissoudrait dans la réponse. Si ce sont mes prédispositions génétiques qui m'inclinent à opter pour une attitude bienveillante à l'égard d'autrui plutôt que le choix d'agir en parfait salaud ou en bon samaritain, je n'y peux pas grand-chose. Il n'y a rien à voir ni à questionner dans cette éthique version *généthique.* Cette réduction de l'éthique à des conduites programmées, inscrites dans des circuits cérébraux câblés, équivaudrait à comparer le langage à un échange de signaux, à la façon dont les abeilles, par exemple, communiquent des informations sur la localisation des champs de fleurs. Les abeilles ne sont ni morales, ni immorales, elles ne sont pas des êtres de langage, elles se comportent selon les lois de leur espèce. Seul l'homme peut promulguer des lois, les enfreindre, les modifier. Seul l'homme peut également élaborer des lois dont le fondement n'est pas nécessairement moral…

---

[160]. cf. *L'homme neuronal*, Jean-Pierre Changeux, Paris, Fayard, « Pluriel », 1987.
[161]. *Fondements naturels de l'éthique*, sous la direction de Jean-Pierre Changeux, Paris, Odile Jacob, 1993.

Il existe également une version hormonale du déterminisme pour l'explication des passions, du coup de foudre, des émotions, comme Jean-Didier Vincent[162] essaie de le démontrer à partir des recherches issues de la neuro-endocrinologie humaine et animale. Cependant, le neurophysiologiste reconnaît l'importance du temps, de l'imaginaire et du langage dans le « phénomène amoureux ». Ainsi que le rappelle souvent avec humour Dominique Folscheid[163] : « il ne suffit pas d'injecter à Monsieur et à Madame "Toutlemonde" les doses d'hormones adéquates pour déclencher chez eux le sentiment amoureux », sentiment qui a inspiré la tragédie shakespearienne « Roméo et Juliette ».

Quant à nous, nous préférons invoquer « le Désir, dont la place est aux côtés des grandes lois, parmi les maîtres de ce monde. La divine Aphrodite, invincible, se joue de tous[164] », pour évoquer l'inexplicable. Car les questions du désir, de l'amour, de la passion, restent véritablement insolubles, irréductibles à une approche limitée à l'explication de facteurs biochimiques, hormonaux ou autres.

Ces questions de l'amour, du désir, des sentiments, n'épuisent pas la recherche du sens, qui est celui de la vie même. Si la vie des hommes a partie liée avec « l'organique », cet organique doit être abordé du point de vue de la chair, car l'homme s'éprouve dans sa chair, non pas dans son corps biologique. Ce dernier est un objet d'études « construit » pour les sciences dures, ainsi que le rappelle Michel Henry dans l'introduction d'un de ses livres : *Incarnation, une philosophie de la chair*[165]. La philosophie ne peut s'intéresser à ce corps biologique, coupé du langage, du désir et de l'éprouvé. En revanche, elle doit essayer de comprendre pourquoi les sciences dures tentent de résoudre des questions qui ne relèvent pas de son domaine. Ni l'âme, ni la mémoire, ni la conscience ou l'esprit (la liste n'est pas exhaustive) ne sont donnés à découvrir dans le cerveau. Le scalpel affûté du neuro-chirurgien n'a toujours pas localisé le siège de l'âme, et les reconstructions des images cérébrales obtenues d'après l'IRM n'expliquent pas pourquoi nous agissons de telle ou telle façon. Nous constatons tout au plus des modifications de l'activité électrique, biochimique dans telles ou telles zones cérébrales quand nous réalisons telle ou telle action.

---

[162]. Jean-Didier Vincent, *Biologie des passions*, Paris, Odile Jacob, Coll. « Points », 1988.
[163]. Dominique Folscheid, Séminaire de Philosophie Pratique, année 2007-2008.
[164]. Sophocle, *Antigone*, *Tragédies*, Préface de Pierre Vidal-Naquet, Paris, Folio classique, 2001, p. 112.
[165]. Michel Henry, *Incarnation, une philosophie de la chair*, *op. cit.*

Dès lors, la recherche d'une causalité purement « organique » à ce qui constitue l'être de l'homme paraît vaine, et :

> « Le désir n'a rien à voir avec un phénomène naturel, quelque processus matériel – biologique ou chimique. Le désir n'est possible que dans l'angoisse. Le monde du désir est le monde de l'angoisse[166]. »

Or l'angoisse, qu'elle soit provoquée par l'amour, la crainte de mourir, ou la maladie, surgit toujours quand survient l'inattendu, l'inexplicable, l'incontrôlable. Nous sommes confrontés à l'expérience de l'angoisse, celle des patients mais aussi celle des soignants dont on parle peut-être moins, dans la clinique neurologique. Peut-être les avancées des neurosciences, l'espoir de tout expliquer par l'organisation cérébrale constituent-ils un rempart contre cette angoisse et la question jamais résolue du pourquoi de la maladie et de la souffrance.

Notre propos n'est pas de nier l'importance des facteurs précités (gènes, neurones, cérébralité, etc.) mais de replacer et de penser l'homme dans son habitat naturel, celui du langage et de la liberté, du désir, de la culture, de la religion et de l'histoire, individuelle et collective :

> « Les hommes inventent ou découvrent des dieux, des rites et des lois, pour pouvoir habiter la terre dont la conscience de la finitude les a pour ainsi dire délogés. Le monde culturel devient une demeure capable d'abriter leur inquiétude[167]. »

Nous tenterons tout au long de ce travail de prendre le recul nécessaire vis-à-vis de l'approche neuroscientifique qui infiltre souvent notre pratique quotidienne. Cette approche est utile et pertinente à des fins de recherche. Elle permet d'avancer dans le questionnement visant à explorer le « comment ? »

L'exploration de notre équipement cérébral (zones anatomiques impliquées, étude de l'activité physiologique) ne peut suffire à appréhender la complexité de notre vie mentale, psychique et spirituelle, elle relève d'une validité heuristique limitée dans la compréhension du « pourquoi ? »

---

[166]. *Id.,* p. 290.
[167]. Chantal Delsol, *Éloge de la singularité, Essai sur la modernité tardive*, Paris, La Table Ronde, 2000, p. 80.

2. La mémoire et les neurosciences

L'approche cognitive

Selon l'approche cognitive, la mémoire est observée, examinée, évaluée d'après l'analyse des processus d'apprentissage et d'évocation. Dans la plupart des cas, cette étude est basée sur l'évaluation des résultats obtenus à des tests. Si les neurosciences s'attachent à comprendre ce qui se passe dans la boite noire (le cerveau) et étudient l'état d'activation des circuits neuronaux impliqués dans les processus de la mémoire, l'approche cognitive s'intéresse surtout à l'aspect performatif, aux performances extériorisées. Issue des travaux de Skinner, inventeur du conditionnement opérant qui a succédé au conditionnement simple décrit par Pavlov[168], l'approche cognitive est très influencée par le béhaviorisme[169], appelé également comportementalisme.

L'association de ces deux courants (cognitivisme et comportementalisme) a inauguré l'avènement des thérapies cognitivo-comportementales. Le courant béhavioriste oriente son centre d'intérêt sur l'étude des performances mnésiques, sans préjuger de ce qui pourrait modifier ou influencer les résultats. Elle est complétée actuellement par l'apport des neuro-sciences, qui prend en compte les états « mentaux » internes, c'est-à-dire psychologiques et cérébraux.

L'approche neuro-cognitive

L'approche neurocognitive s'intéresse à ce qui se passe dans la « boite noire », elle tisse des liens étroits avec les neurosciences et intègre aussi les facteurs psychiques pour analyser les opérations mentales qui modulent la mémorisation, l'apprentissage, l'évocation, mais également l'oubli et les erreurs (fausses reconnaissances, interférences, fabulations).

Depuis quelques années, le modèle, issu des travaux de Turing, qui assimile le cerveau à une machine, est combattu, y compris par les tenants du courant

---

[168]. Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936) physiologiste russe qui a donné son nom au réflexe conditionnel du même nom : si on habitue un chien à entendre un sens de cloche au moment où il reçoit de la nourriture, il salivera en entendant le son de la cloche sans qu'il y ait distribution de nourriture. Aldous Huxley reprendra dans son roman *Le meilleur des mondes* ce thème du réflexe conditionnel.

[169]. *Béhaviorisme* : courant de la psychologie qui s'intéresse uniquement au comportement (*behavior* en anglais), et laisse de côté l'études des états mentaux.

organiciste et biologique, comme Gerald M. Edelman ou John Rogers Searle[170]. Comment réduire l'étude de la mémoire à l'analyse de performances d'apprentissage et de rappels d'un matériel imposé au cours de tests pratiqués dans le cadre d'un bilan neuropsychologique, ou dans le cadre des expérimentations menées dans les laboratoires de psychologie cognitive ? Le rôle de l'émotion est primordial au cours de la mémorisation, or :

> « Il est difficile de tester en laboratoire le véritable impact de l'émotion (ses principales expressions étant la souffrance et l'amour, donc intestables entre les murs d'un laboratoire de recherche)[171]. »

Un usage strict des sciences cognitives ou neuro-cognitives dans le domaine de la mémoire, pourrait nous conduire à deux confusions : soit confondre la fonction, en l'occurrence la mémoire, avec ses effets, c'est-à-dire les résultats à des tests, (données observables, quantifiables), soit confondre la fonction avec l'activité neuronale qui l'accompagne. La mémoire reste un mystère et la métaphore de l'iceberg nous paraît adaptée pour décrire l'évocation des souvenirs par les patients déments. Nous ne savons pas quels cheminements intérieurs président à l'émergence de tel ou tel souvenir.

Si les filtres affectifs, émotionnels et éducatifs existent, il nous faut mentionner, en amont, des différences imputables aux capacités perceptives, attentionnelles, « cognitives » de la personne. Comment, de plus, dissocier le cognitif de l'affectif ? Est-ce possible ? Est-ce justifié ? Les travaux récents du neurologue américain Antonio R. Damasio, mettent en évidence l'intrication permanente de ces processus et l'impossibilité de les dissocier. Dans une visée plus moniste, critiquant farouchement le dualisme cartésien, Damasio tente de trouver un socle commun à nos comportements, socle qui inclurait l'organique et le psychique en tenant compte de la dialectique qui les relie au sein d'une même substance. Ainsi, il considère :

> « que les émotions sont, en *essence*, constituées par des changements survenant dans l'état du corps, induits dans ses nombreux organes par les terminaisons nerveuses issues d'un système neural spécifique, lorsque celui-ci répond aux pensées évoquées par un phénomène ou un événement donné[172]. »

---

[170]. Lire à ce propos l'ouvrage remarquablement documenté de Christian Hoffmann, *Des cerveaux et des hommes*, Éditions Erès, Collection « actualité de la psychanalyse », 2007. L'auteur discute des dernières avancées des neurosciences et de leur impossibilité à « naturaliser » la pensée, sauf à éradiquer la question du sujet et du langage.

[171]. Jean-Marc et Yves Tadié, *Le sens de la mémoire*, Paris, Gallimard, 1999, p. 74.

[172]. Antonio R. Damasio, *L'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob, Coll. « Poche », 2000, p. 194.

L'importance de la pensée et les termes « phénomène » ou « événement » sont suffisamment vagues pour laisser place à de multiples interprétations. Damasio insiste tout au long de son travail sur l'impossibilité actuelle des neurosciences de passer d'un système explicatif microscopique, tel le fonctionnement d'un neurone, à un système macroscopique, à savoir un ensemble de neurones. Que dire lorsqu'il s'agit de discerner ce qui détermine des comportements aussi subtils et complexes qu'une prise de décision, l'évocation d'un souvenir ou un « choix » amoureux ?

Pour illustrer la complexité qui sous-tend les processus mentaux uniquement envisagés sous l'angle de la cérébralité, les données récentes en neurobiologie indiquent que :

> « Les décharges de potentiels d'action se réalisent sur des échelles de temps extrêmement petites, de l'ordre de quelques dixièmes de milliseconde ; cela veut dire que dans l'espace d'une seconde de notre vie mentale, le cerveau engendre des milliers de décharges, organisées en trains qui parcourent une grande diversité de circuits, distribués dans des régions cérébrale variées[173]. »

Or l'organisation cérébrale comprend dix milliards de neurones qui constituent notre cortex, neurones qui produisent dix milles milliards de synapses. Les longueurs cumulées des axones (sorte de fil conducteur qui propage l'influx nerveux sous forme d'un courant électrique d'un neurone à un autre) constituent un réseau de câbles de plusieurs centaines de milliers de kilomètres. Les synapses, excitées par la propagation d'un influx électrique, vont émettre une substance appelée neuromédiateur ou neurotransmetteur qui modifiera les contenus chimiques de la fente inter-synaptique. D'un axone à l'autre, comme dans une réaction en chaîne, l'influx nerveux est ainsi propagé, mais il faut compter également sur la présence de neurones inhibiteurs qui vont bloquer la transmission… Ce bref rappel neuro-anatomique, très incomplet mais nécessaire, permet d'illustrer la complexité de l'infiniment petit…

D'après les travaux de Damasio, assimiler la raison à la cognition revient à réduire la raison à sa version utilitaire. Cette instrumentalisation de la raison laisse de côté toutes les créations poétiques, artistiques que l'être humain investit et qui sont la marque et l'esprit même de la civilisation. Ainsi l'approche « biologisante » et neuroscientifique de la mémoire, en tentant de naturaliser la vie

---

[173]. *Id.,* pp. 348-349.

de l'esprit, réduit la mémoire à l'étude d'une performance mécanique et désincarnée.

Ce n'est sans doute pas un hasard, ainsi que l'explique Catherine Malabou dans ses livres, si la mémoire et la plasticité sont actuellement portées aux nues, en tant que valeurs fondatrices et rentables, dans une société où l'économique prévaut largement sur le spirituel. Si cette philosophe se réclame d'un courant matérialiste, elle dénonce cependant l'utilisation abusive du biologique dans la compréhension du fait psychique. Elle tente de concilier l'approche neurologique et l'apport de la psychanalyse et : « au fil d'un dialogue constant entre les deux disciplines, de penser les nouveaux visages de la souffrance[174] ».

Toute tâche de mise en mémoire nécessite donc la participation d'une multitude de facteurs. À l'opposé d'un magnétophone qui restitue à l'identique et donne une copie conforme à l'original, l'être humain invente en même temps qu'il mémorise. Cette invention n'est pas assimilable au mensonge, elle traduit l'œuvre du travail de mémoire, elle permet de comprendre pourquoi les témoins d'une même scène (témoins par ailleurs sincères et de bonne volonté) n'ont pas retenu la même scène, bien que chacun croie objectivement faire le récit précis de ce dont il a été témoin. De récents événements, dramatiques dans les faits et dans leurs conséquences juridiques, ont malheureusement mis en évidence cette fragilité du témoignage[175].

Ainsi l'explique Israel Rosenfield qui propose une explication biologique du fonctionnement cérébral, sans réduire pour autant le mental à l'organique :

> « Il n'existe pas de souvenirs spécifiques au niveau cérébral ; ne s'y trouvent que les moyens nécessaires à la réorganisation d'impressions antérieures, destinées à donner une réalité concrète au monde incohérent et irréel de la mémoire. Les souvenirs ne sont pas immuables mais sont des reconstitutions opérées sur le passé et en perpétuel remaniement, qui nous donnent un sentiment de continuité, la sensation d'exister dans le passé, le présent et le futur. Ce ne sont pas des unités discrètes, se perpétuant à travers le temps, mais un système dynamique[176]. »

L'approche d'Israel Rosenfield n'est pas très éloignée de celle de Bergson. Celui-ci refusait de concevoir le cerveau comme un réceptacle de souvenirs figés et matérialisés, tout en reconnaissant l'implication du cerveau dans la mémorisation.

---

[174]. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés*, *op. cit.*, p. 21.
[175]. La tristement célèbre affaire d'Outreau, entre autres, qui a défrayé les chroniques juridiques entre 2001 et 2006.
[176]. Israel Rosenfield, *L'invention de la mémoire*, Paris, Eshel, 1989, p. 77.

Il contestait la réduction du souvenir à une trace cérébrale et affirmait : « Nous ne voyons pas comment la mémoire se logerait dans la matière[177] ».

Ainsi, même si la mémoire, en tant que fonction, requiert la participation de l'équipement cérébral, elle ne peut relever uniquement d'une approche physiologique, neuronale ou behavioriste. Il est possible de trouver un pont, un passage, qui permet d'opérer un changement de niveau, entre l'équipement biologique nécessaire aux processus mnésiques et l'appréhension de la mémoire en tant que faculté de l'esprit[178]. Ce passage nécessite le recours au désir et au langage.

L'approche expérimentale des processus mnésiques, dans les conditions contrôlées du laboratoire, est désincarnée car elle est coupée des conditions naturelles de ses manifestations. D'après Bergson, c'est la durée qui est mouvance et changement, or le temps du laboratoire n'est pas le temps « psychologique ».

Les troubles de la mémoire entraînent une souffrance souvent indicible, ineffable, non seulement chez la personne malade, mais également pour son entourage. L'approche neurocognitive propose d'étudier la mémoire selon l'articulation du versant comportemental, extérieur (que le sujet soit « sain » ou malade) et du versant cérébral, mais cette approche fait l'impasse sur le désir et les affects. Ramenée à une performance objectivée, et détachée de sa source, à savoir l'esprit, la mémoire ainsi considérée se dévitalise, se dessèche. Arbitrairement séparée de son origine, l'esprit ou l'âme, la mémoire doit, afin d'être mesurée, être dissociée des processus émanant directement de la vie psychique. Les affects, les émotions, l'imagination et les sentiments participent et influencent toutes les étapes de la mémorisation, de l'apprentissage à l'élaboration des souvenirs, de la consolidation à l'évocation. Ils sont laissés pour compte dans l'approche neurocognitive.

Processus vivant, dynamique, continuellement réinventée, au double sens étymologique où l'invention est création et aussi découverte, la mémoire telle qu'elle est étudiée par les neurosciences, subit une dénaturation. Elle perd son essence, qui est d'être mouvante, vivante. Elle est objectivée pour être évaluable.

---

[177]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.*, p. 198.

[178]. Nous nommons indifféremment au moment de ce travail esprit, psychisme et âme ; dans notre dernier chapitre, nous tenterons d'étudier ces termes polysémiques. Nous avons déjà mentionné l'équivalence dans l'œuvre de Bergson entre esprit et conscience.

Cette extériorisation de la mémoire, qui la transforme et la découpe en processus analysables, mesurables, quantifiables, modifie sa substance. Sans y parvenir, la tentation des neuro-sciences n'est-elle pas de vouloir enfermer la mémoire et ses processus dans un système descriptif et réducteur afin que toutes les étapes, clairement différenciées, dissociées les uns des autres, puissent être ensuite analysées ? Un autre projet des neurosciences et de la neurophysiologie est de rattacher telle fonction mnésique à telle localisation ou circuit cérébral. Il s'agit de mesurer la mémoire comme un phénomène quantifiable et de la fixer dans une cartographie cérébrale.

Ce démembrement de la mémoire, en opérant un découpage en différentes parties indépendantes les unes des autres, s'apparente à une autopsie. Ramenée à une dépouille inerte, la mémoire est ainsi débarrassée de toute sa substance vitale. De phénomène agissant, dynamique, mouvant, elle est transformée, à des fins de recherche, en substance étendue, aplatie et dévitalisée. De nature éminemment temporelle, structurée par la durée et mouvante au fil des âges de la personne, la mémoire soumise aux investigations neuroscientifiques est arbitrairement spatialisée.

Combien de schémas plus ou moins compliqués, hypothétiques, tentent de rendre compte par un entrecroisement de boîtes et de flèches, du fonctionnement de la mémoire[179]. Le contexte de la mémorisation ou du souvenir, les émotions, les affects, tout ce qui anime, au sens d'insuffler un mouvement, l'apparition (ou l'oubli) d'un souvenir, sont occultés dans les procédures expérimentales, ils n'ont *littéralement* place dans aucun schéma. L'affectif, qui comprend les sentiments, les pulsions et les émotions, constitue tout à la fois la sève et l'habitat de la mémoire. Il est sacrifié sur l'autel de l'approche neurocognitive, alors qu'il préside et influence les processus de mémorisation et de rappel, mais aussi les conditions de l'oubli et des fausses reconnaissances.

---

[179]. Parmi les plus connus des chercheurs en neuropsychologie expérimentale, Baddeley, Atkinson, Shiffrin ont modélisé le fonctionnement de la mémoire humaine en proposant des schémas explicatifs plus ou moins complexes.

Chapitre II : Mémoire et démence

Dans les cas les plus sévères des atteintes de la mémoire, nous sommes parfois incapables de comprendre ce qui est affecté. Si une source est tarie, sommes-nous certains qu'en amont de la source une cavité ne s'est pas creusée ; si une rivière est asséchée, pouvons-nous à coup sûr certifier qu'elle n'a pas emprunté un trajet souterrain, une résurgence en aval est-elle inenvisageable ? Ces métaphores pourraient paraître extravagantes pour qui n'a jamais fréquenté les patients amnésiques. Cependant, elles illustrent des situations souvent rencontrées auprès des personnes démentes. D'un moment à l'autre, d'un jour à l'autre, nous sommes surpris par une évocation soudaine, incongrue, comme si le flux des souvenirs, en apparence asséché, retrouvait durant un moment une inspiration, un souffle. Qui pourra décrire ce qui se passe vraiment dans l'esprit d'une personne atteinte d'une telle pathologie ?

Dans son livre, Isabelle Vendeuvre-Bauters[180] retrace la récupération de la démence dans le champ de la neurologie. Selon son analyse, le malade mental, qui peut également être malade neurologique, a succédé au « fou ». Comme lui, il tient des propos insensés. Mais « en limitant la folie à la maladie mentale c'est toute la dimension tragique de l'expérience qui en est éliminée[181]». Selon l'approche neurologique classique, les troubles de mémoire qui surviennent cours de la maladie d'Alzheimer sont la conséquence de lésions anatomiques. Cette interprétation restrictive ne devrait pas nous dispenser d'un questionnement sur le sens et les conséquences de cette pathologie qui survient au cours de la vieillesse. Pathologique ou non, la vieillesse est le temps du déclin et du renoncement.

Dans une approche linguistique, tant par ses racines grecques (*men, man, mnêmosunê*) que latines (*memini, memor, memoria*), le terme mémoire renvoie aux concepts de mental et de pensée, de délire (*mania*) et de force (*menos*). Le rapport étroit entre la mémoire et la folie est donc décelable bien avant la classification kraepelinienne des pathologies mentales et l'individuation de la

---

[180]. Isabelle Vendeuvre-Bauters, *À l'écoute des mots de la démence, Expression d'une crise existentielle*, Lyon, Chronique sociale, 2007.
[181]. *Id.*, p. 31.

maladie d'Alzheimer par le docteur du même nom. Présenté à Tübingen le 3 novembre 1906 au cours de la 37ème rencontre des médecins aliénistes du Sud-Ouest de l'Allemagne, le cas de la patiente Auguste D. ne suscita aucune discussion. Cette présentation, actualisée et traduite par Fabrice Gzil[182], a le mérite d'associer la description clinique et les résultats des observations anatomo-pathologiques. Ainsi, par son origine, la double appartenance du terme « démence » au vocabulaire de la neurologie et de la psychiatrie, contribue à influencer les représentations que nous avons des maladies dégénératives du sujet âgé. Il nous faut :

> « chercher le sens de la régression pathologique dans les liens que la situation actuelle entretient avec l'histoire du sujet et l'analyser comme un mécanisme de défense psychologique face aux conflits insupportables à gérer. La maladie prend forme quand les liens rompus avec le passé privent le sujet de l'intégration progressive du présent dans sa trajectoire existentielle[183]. »

1. Pouvons-nous appréhender la mémoire ?

Il nous paraît vain, impossible, de dissocier le désir de la mémoire, et nous verrons ultérieurement comment les souvenirs investis d'affects, ceux qui portent en eux le sceau du désir sont les plus vifs, les plus tenaces. Marcel Proust, dans *Le temps retrouvé*[184], exprime à merveille cette alchimie du désir et de la mémoire.

Au préalable, il est nécessaire de définir notre objet d'étude et de délimiter ce qu'il est convenu de regrouper habituellement sous le terme « mémoire ». Nous laisserons volontairement de côté l'étude des registres culturels, sociaux, historiques de la mémoire des hommes et des sociétés qu'ils habitent, même si nous savons que toutes ces mémoires, collectives mais non universelles, participent à l'élaboration de notre mémoire personnelle. Ce qui est universel, c'est le penchant « naturel » de l'homme à se souvenir, à faire acte de mémoire, mais aussi à oublier…

Les méthodes d'investigation de la mémoire et de l'histoire témoignent d'une grande hétérogénéité. Paul Ricœur reconnaît l'impossibilité de creuser un sillon, de tracer une ligne de partage étanche entre la mémoire et l'histoire. Il

---

[182]. *Une affection particulière du cortex cérébral : Alzheimer (Munich),* traduction Fabrice Gzil, Alzheimer Actualités, Bimestriel Novembre-Décembre 2006, N°189, pp. 6-7.
[183]. Isabelle Vendeuvre-Bauters, *À l'écoute des mots de la démence, Expression d'une crise existentielle*, *op. cit.*, pp. 38-39.
[184]. Marcel Proust, *Le temps retrouvé*, Paris, Gallimard, Folio classique, 1999.

s'interroge sur le présupposé de fidélité de la mémoire et le présupposé de vérité attribué à l'histoire[185], fidélité et vérité étant engagées dans une compétition sans vainqueur. Elles constituent l'équipage qui s'élance à la conquête d'un Graal inatteignable.

En effet, une démarcation nette entre mémoire et histoire ne résiste pas longtemps à ce constat : ce sont les hommes qui font, refont, et défont l'histoire, qui écrivent, retranscrivent, interprètent et modifient. Il suffit de lire les manuels d'histoire donnés aux élèves sur une assez longue période (pour le même pays) ou pour la même période (l'histoire coloniale n'est pas écrite dans des termes similaires selon les pays…) pour faire le constat de cette diversité.

Cette transcription par écrit de l'histoire et des connaissances pose le problème de la perte de souveraineté de la mémoire (intérieure, liée à l'âme) au profit de l'extériorité, de la culture, des sciences, non pas apprises puis intégrées, assimilées par l'âme, mais en quelque sorte, mortes, desséchées, couchées sur le papier. Cette conception de l'acquisition du savoir qui néglige le travail véritable de la mémoire est abordée par Platon dans le *Phèdre*. Socrate attribue à Theuth, démon de l'Egypte antique, l'invention de l'écriture. Dans le *Phèdre*, Platon, met en scène Phèdre et Socrate qui dialoguent à propos de la vérité et de l'art de persuader. Au cours du dialogue se pose clairement la question de la supériorité de la mémoire sur l'écrit. Par l'entremise d'une discussion entre Theuth, inventeur de l'écriture et Thamous (Roi de Thèbes) Platon, par la voix de Socrate nous met en garde :

> « Elle (l'écriture) produira l'oubli dans les âmes en leur faisant négliger la mémoire : confiants dans l'écriture, c'est du dehors, par des caractères étrangers, et non plus du dedans, du fond d'eux-mêmes, qu'ils chercheront à susciter leurs souvenirs ; tu as trouvé le moyen non pas de retenir, mais de renouveler le souvenir[186]. »

L'écriture, qui constitue une trace, est l'œuvre des humains. Elle n'est pas une garantie absolue de vérité, et, dans la théorie platonicienne générale de la réminiscence, elle s'oppose à la découverte d'une connaissance intime, que nous devons redécouvrir par nous-même et en nous-même. Cette distinction entre la parole et l'écrit est clairement abordée dans le travail d'Isabelle Blondiaux qui, commentant l'analyse du *Phèdre* de Platon par Derrida, distingue *mnèmè* et

---

[185]. Paul Ricœur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Paris, Seuil, L'ordre philosophique, Collection dirigée par Alain Badiou et Barbara Cassin, 2000, p. 648.
[186]. Platon, *Phèdre, op. cit.*, p. 191, 275b.

hypomnésis : « Mémoire vivante et connaissante, la *mnèmè* se différencie donc de cette mémoire figée et commémorative qu'est l'*hypomnésis*[187] ».

Si, dans notre travail, nous choisissons de restreindre notre recherche à la mémoire individuelle, tout en en reconnaissant l'héritage et la participation des mémoires précédemment évoquées à l'élaboration de cette mémoire plus personnelle, c'est parce ce travail a été inspiré par le témoignage des patients et de leurs proches. De même, nous ferons l'économie d'une étude approfondie de la perception, condition préalable et indispensable à toute mémorisation. La perception relève d'après nous, d'une approche également physiologique.

Cette mémoire individuelle s'inspire des mémoires du monde, celles que nous appelons l'histoire (mais aussi les récits collectifs, les cosmogonies, les mythes fondateurs), c'est-à-dire qu'elle se les approprie en les transformant de façon originale. Un bon exemple vaut parfois mieux qu'un long discours : ainsi, après la projection d'un film ou la lecture d'un roman, les personnes interrogées sur le(s) thème(s) principal (aux) du film ou du livre donneront des réponses différentes, ces réponses traduiront la présence de filtres perceptifs et interprétatifs qui modifieront la restitution du film ou du livre.

Chaque évocation sera particulière, sélective, partiale, approximative, à la fois unique et incomplète, certaines distorsions se seront glissées dans la narration, des noms propres modifiés, des scènes oubliées, des éléments empruntés à d'autres sources (phénomène que la neuropsychologie nomme interférence[188]), des erreurs de chronologie, etc. Chaque personne, selon son histoire personnelle, son humeur et ses préoccupations du moment, son intérêt, ses capacités d'expression, ses repères culturels, livrera sa version du film ou du roman. Personne ne mentira, et cependant personne n'aura la possibilité de livrer le récit ou le film dans son intégralité. Chacun aura « raison » ou du moins ses « raisons » mais personne ne parviendra à restituer l'objet « total ». Cependant,

---

[187]. Isabelle Blondiaux, *Pour une éthique de la parole en psychiatrie*, *op. cit.,* p. 311.

[188]. Interférence : phénomène constaté ou provoqué expérimentalement. Il existe deux types d'interférences : l'interférence « proactive » lorsque les souvenirs anciens sont rappelés au détriment des récents, l'interférence « rétroactive » lorsque les souvenirs récents gênent (masquent) le rappel des souvenirs anciens. Ce phénomène est utilisé pour décrire les troubles du rappel rencontrés dans de nombreuses pathologies neurologiques. Hermann Ebbinghaus, psychologue allemand (1850-1909), fut le premier à décrire ces troubles du rappel qu'il avait provoqués expérimentalement.

chacun aura sollicité *sa* mémoire, selon *son histoire* personnelle et en utilisant ses propres méthodes (le choix du vocabulaire par exemple).

À la façon dont Saint Augustin envisage les trois modalités du temps, passé, présent et avenir, rapportées au présent, nous devons aborder la mémoire selon le présent. Le temps du souvenir, même lointain, est toujours celui du présent pour celui qui l'éprouve. C'est bien dans le présent que je me remémore le passé, plus ou moins ancien. L'homme pense et se souvient au présent, c'est l'oubli, la mise entre parenthèses de certaines périodes, voire d'années entières, qui nous font dire que tel patient vit dans son passé, et que là réside peut-être un signe de sa pathologie. La personne malade est celle qui croit que tel souvenir prend la place en quelque sorte du présent. La perception du souvenir est confondue avec l'éprouvé du temps présent.

Le recouvrement du présent par le passé est pathologique, il aliène la personne dans une époque, le passé en l'occurrence, d'où elle ne peut plus s'échapper. Au lieu de faire acte de souvenir, elle n'est pas dans la dynamique du « je me souviens », elle est projetée dans le passé sans l'avoir décidé (du moins consciemment…). Quand le passé envahit le présent, il est difficile de saisir quels mouvements psychiques sont à l'œuvre. Nous ne savons plus si untel est « retombé en enfance », ou si les souvenirs ont reconquis la conscience du présent. Quoiqu'il en soit, cette éclipse du présent est mal vécue par les proches.

En fait, nous devons concevoir la mémoire comme un ensemble de processus en continuelle réélaboration, en perpétuel devenir, soumise à des aménagements constants. Délaissant les comparaisons trop grossières qui visaient à comparer le fonctionnement cérébral à celui d'un ordinateur, Israel Rosenfield, que nous avons déjà cité, et avec lui d'autres neurologues, ont tenté d'appréhender la complexité du cerveau sans l'enfermer dans un quelconque déterminisme. Mais de la mémoire humaine, nous ne pouvons étudier qu'une composante : celle qui est exprimée, extériorisée.

De la « boite noire », nous ne pouvons rien savoir, sauf à confondre, comme c'est souvent le cas, l'analyse d'une IRMf[189] et ce qu'elle est censée mesurer.

---

[189]. IRMf : technique d'imagerie fondée sur l'observation en temps réel fondée sur les variations de l'oxygénation du sang. L'étape du traitement des images est très important, elle fait appel à une détection de *pixels* (abréviation de l'anglais « *picture element* » le pixel est le plus petit élément

Quand nous croyons voir dans les images fournies par cet examen les marques biologiques de la mémoire, nous pratiquons une équivalence entre la mesure des processus chimiques qui se déroulent à l'intérieur de certaines zones cérébrales et une activité humaine évaluée sous forme de test.

2. Eloge de l'oubli, l'hypermnésie est un fardeau

Augustin est le premier penseur de la subjectivité à considérer l'oubli comme solidaire, appartenant à la mémoire : « Quand je dis "oubli" et que je reconnais pareillement ce que je nomme, comment le reconnaîtrais-je si je ne m'en souvenais ? […] c'est donc bien la mémoire qui retient l'oubli[190] ».

Qualifiée d'éléphant chez certains, la mémoire peut flancher, tenir plus du gruyère que de la bibliothèque pour d'autres moins chanceux. Mais avoir une mémoire démesurée, est-ce si exaltant ? Fonction essentielle à la survie de l'espèce et de l'individu, elle devient pathologique tant par ses déficits que par ses excès. Un exemple fameux d'hypermnésie a été décrit et mis en scène. Il s'agit du « cas » prodigieux de Véniamin, journaliste dans un quotidien moscovite (de son vrai nom Solomon Véniaminovitch Shereshevsky), qui a fait carrière en tant que « mnémoniste ».

Ce néologisme a été inventé par Alexandre Luria[191] qui l'a accompagné. Véniamin était doué d'« *une prodigieuse mémoire*[192] », ses capacités fascinèrent le neurologue qui a consigné méticuleusement ses prouesses pendant une trentaine d'années. Ses compétences extraordinaires dans des tâches d'apprentissages furent détaillées et Luria tenta également de comprendre le retentissement de cette mémoire exceptionnelle sur la personnalité de Véniamin.

Après des années d'investigations et d'entretiens, Luria écrira à son sujet :

---

qui compose une image, sa taille varie de 6 à 10 microns) activés, après recalage des images et filtre du bruit.

[190]. Saint Augustin, *Les Confessions, op. cit.,* Livre X, XVI, 24, p. 997.

[191]. Alexandre Romanovitch Luria : psychologue et neurologue russe (1902-1977) ; il a étudié les perturbations des processus psychiques consécutives à des lésions cérébrales, ces recherches s'intègrent dans la neuropsychologie. cf. son ouvrage le plus célèbre : *Les fonctions corticales supérieures de l'homme*, Paris, PUF, 1978. Luria était ami de Lev Vygotski, dont les recherches ont porté sur l'articulation de la pensée et du langage, dans le cadre la psychologie du développement.

[192]. Alexandre Luria, *Une prodigieuse mémoire* in *L'homme dont le monde volait en éclats*, Paris, PUF, coll. « La couleur des idées », 1995.

> « Et il serait difficile de dire ce qui avait pour lui plus de réalité : son univers imaginaire dans lequel il vivait, ou le monde réel, où il n'était qu'un passant…[193] »

Mis en scène par Peter Brook au théâtre des Bouffes du Nord[194], le récit de cet étonnant personnage évoque avec une humanité alliée à une précision d'entomologiste, les déboires psychologiques, professionnels et existentiels d'un homme qui souffrira durant toute sa vie de cette fabuleuse mémoire. Confronté à une hypermnésie, en proie à des synesthésies[195] constantes, associant « malgré lui » les sons aux couleurs et aux goûts, la perception aiguë et complexe du monde extérieur génère chez Veniamin un réseau de sensations d'une richesse et d'une intensité exceptionnelles. S'essayant à plusieurs métiers, il finira par travailler en se produisant en tant que « mnémoniste », parvenant ainsi à tirer un modeste avantage de cette envahissante capacité.

Nous retrouvons ce thème de l'hypermnésie dans la littérature. Borges, dans sa nouvelle *Funes ou la mémoire*[196], évoque l'histoire d'un jeune homme, Irénée Funes doté d'une mémoire infaillible, à la suite d'un accident (un cheval le renversa). Cette mémoire prodigieuse le fit passer de la condition d' « un aveugle, un sourd, un écervelé, un oublieux[197] » à celle d'un « spectateur solitaire et lucide d'un monde multiforme, instantané et presque intolérablement précis[198] ». Cette nouvelle appréhension du monde l'empêchait de penser, et le narrateur détaille comment l'esprit de Funes est saturé de détails accumulés sans hiérarchie ni sélection possibles. Cette mémorisation opère sans filtre, ni synthèse. Pareil à un ordinateur, les événements de la vie quotidienne (le passage des nuages, la lecture d'un livre, le feuillage des arbres) sont archivés sans distinction, et Funes commente : « J'ai à moi seul plus de souvenirs que n'en peuvent avoir tous les hommes depuis que le monde est monde […] Ma mémoire, monsieur, est comme un tas d'ordures[199]». Ce « tas d'ordures » nous fait penser à la corbeille de nos ordinateurs qui recèle une pléthore de documents, sans liens entre eux et jetés là

---

[193]. *Id.*, p. 304.
[194]. *Je suis un phénomène*, mise en scène de Peter Brook, théâtre des Bouffes du Nord, mars-avril 1998, Paris.
[195]. Synesthésie : du grec *syn* (union) et *aesthésis* (sensation) : association spontanée de sensations appartenant à des domaines différents (par exemple entendre un son et « voir » la couleur de ce son).
[196]. Borges, *Fictions*, Paris, Gallimard, Folio, 1993.
[197]. *Id.,* p.132.
[198]. *Ibid.*, p.135
[199]. *Ibid.*, p. 133.

en attente d'une suppression définitive… Mais nous avons le privilège de pouvoir opérer une mise à distance à laquelle Funes ne peut avoir recours !

Cette nouvelle de Borges n'est-elle pas un éloge à peine voilé de l'oubli, puisque l'accumulation des souvenirs et des perceptions, indépendamment de leur intérêt (sentimental, esthétique, à visée pédagogique) condamnait Funes à être prisonnier du monde qui l'entourait, car tout signe devenait mémoire ? À dix-neuf ans, Funes paraissait avoir déjà vécu des millénaires… Le sens commun attribue les pertes de mémoire à la vieillesse, trop de mémoire fait-il vieillir ?

Par excès ou par défaut, la mémoire, telle que Saint Augustin la conçoit, est bien un trésor. Mais le propre du trésor n'est-il pas d'être caché, à découvrir ? Dans la chasse au trésor de la mémoire, plusieurs pistes sont possibles. Les cartes, les itinéraires et les indices ne sont pas toujours univoques. La mémoire ne se laisse pas enfermer dans une réalité simple et objective. En contrepartie, elle ne cesse d'exercer fascination, souci de la préserver et volonté d'accroître ses capacités. L'usage intempestif des caméscopes, appareils photos numériques, agendas électroniques et autres appareillages technologiques, ne constitue-t-il pas une méthode pour pallier nos mémoires supposées défaillantes et proposer des prothèses ?

La perte de mémoire renvoie à une autre perte, elle touche une certaine forme d'abandon, constater le déclin de ses capacités mnésiques, c'est aussi accepter le vieillissement et les limitations qui l'accompagnent, ce constat n'est pas aisé dans une société où la technique a pris une telle ampleur.

3. Mémoire et vieillissement, le souvenir à l'épreuve de la démence

Peut-être les vieux nous apportent-ils, par l'évidence de leur fragilité et de leur dépendance, une occasion de nous demander quelle est la nature du lien entre les générations ? Pourquoi prendre soin de personnes aussi démunies ?

D'une façon générale, la personne vieillissante est confrontée à la pensée de son avenir, de ses projets, de son désir de continuer à vivre. En présence de certaines personnes âgées, nous nous posons souvent cette question : « Le passé

est-il l'avenir des gens âgés ou plutôt leur refuge ?[200] » Cette inversion du rapport à la temporalité qui se traduit par un envahissement progressif du passé dans le présent, associée à une impossibilité à se projeter dans l'avenir, est-elle la marque spécifique du vieillissement ? Ne sommes-nous pas confrontés à ce type de réaction quand nous sommes touchés par une maladie grave qui fait vaciller nos représentations imaginaires relatives à l'avenir ? De même, une des marques de la dépression consiste dans un trouble des capacités d'anticipation. Ce trouble peut entraîner une véritable néantisation de la possibilité à investir l'avenir dans les états mélancoliques. La pathologie du souvenir n'est donc pas le seul fait de la démence. Simone Weil nous rappelle notre épreuve temporelle :

> « Le temps est notre supplice. L'homme ne cherche qu'à y échapper, c'est-à-dire échapper au passé et à l'avenir en s'enfonçant dans le présent, ou se fabriquer un passé ou un avenir à sa guise[201]. »

Est-ce une réaction ou une habitude, c'est-à-dire un mode de vie pleinement consenti, qui permet au sujet âgé d'élaborer un autre rapport au temps qui passe ? Ne s'agit-il pas dans ce cas d'une adaptation, processus long et harmonieux, plus que d'une réaction, processus rapide et involontaire, compte-tenu des pertes objectives entraînées par le vieillissement ?

La mémoire est fondamentale, car constitutive de notre personne, elle structure notre identité et notre sentiment de continuité d'existence. Elle permet de construire dans une chorégraphie en constante évolution, la permanence de notre personne, ce qui fait, par exemple, que nous pouvons nous reconnaître chaque matin au réveil. Les multiples changements, les expériences diverses qui marquent notre cheminement plus ou moins harmonieux dans le monde, tous ces événements sont associés et modelés en permanence par le travail de création et de remémoration du souvenir.

Or les souvenirs constituent l'expression animée, dynamique, de notre mémoire. Henri Bergson insiste sur le statut paradoxal du souvenir qui, trouvant son origine dans la perception, la dépasse dans un même mouvement. C'est en tenant compte de ces deux registres que nous comprenons cette thèse : le souvenir n'est pas une perception faible, et la perception n'est pas un souvenir fort. Ainsi, le souvenir procède tout à la fois du passé et du présent, sans pouvoir être

---

[200]. Jean-Yves et Marc Tadié, *Le sens de la mémoire*, *op. cit.*, 1999, p. 304.
[201]. Simone Weil, *La connaissance surnaturelle*, Paris, Gallimard, 1950. p. 298.

catégoriquement scindé entre ces deux temporalités, nous reconnaissons là, bien qu'elle ne soit pas évoquée dans cette citation, l'empreinte de la durée et de la continuité :

> « Et pourtant nous savons bien qu'on ne vit pas deux fois le même moment d'une histoire, et que le temps ne remonte pas son cours. Que faire ? La situation est étrange, paradoxale. Elle bouleverse toutes nos habitudes. Un souvenir est là : c'est un souvenir car il porte la marque caractéristique des états que nous appelons communément de ce nom et qui ne se dessinent à la conscience qu'une fois leur objet disparu. Et pourtant il ne nous représente pas quelque chose qui ait été, mais simplement quelque chose qui est ; il marche *pari passu* (de même façon NDT) avec la perception qu'il reproduit. C'est, dans le moment actuel, un souvenir de ce moment. C'est du passé quant à la forme et du présent quant à la matière. C'est un *souvenir du présent*[202]. »

D'après Bergson, nous vivons dans le moment présent selon une double articulation et « tout moment de notre vie offre donc deux aspects : il est actuel et virtuel, perception d'un côté et souvenir de l'autre[203] ». Selon Bergson, cette scission entre la perception et le souvenir constitue la possibilité de la durée, la continuité ne saurait se résoudre à une succession d'instants. Nous retrouvons là l'interpénétration mutuelle, continuelle du temps et de la mémoire dans la constitution de notre sentiment d'exister.

Mais cet aspect complexe du souvenir, qui serait « passé quant à la forme » et « présent quant à la matière » nous suggère une interprétation relative au statut du souvenir et de sa remémoration chez les déments. Bien souvent, la pathologie démentielle s'exprime dans l'incapacité à organiser les souvenirs et à les apprécier comme éléments du passé rappelés au présent. Chez les déments, les souvenirs sont éprouvés, ressentis, comme moments réels du présent. Ils prennent, dans la conscience, la place du présent. Ainsi M. X qui veut retourner au terminal de bus prendre son travail alors qu'il est retraité depuis des années ou bien Mme X qui fugue un soir et retourne sur les lieux d'un appartement qu'elle habitait autrefois. Nous ne trouvons plus cette distinction entre la forme du souvenir qui renvoie au passé et la matière du souvenir qui renvoie au présent.

Dans la pathologie démentielle, la forme et la matière du souvenir renvoient toutes les deux au présent. Nous pourrions même écrire que forme et matière renvoient au passé puisque le temps n'est plus éprouvé selon ces distinctions. L'écart, l'intervalle entre la représentation consciente au présent d'un fait qui est

---

[202]. Henri Bergson, *L'énergie spirituelle*, *op. cit.*, p. 137.
[203]. *Id.*, p. 136.

passé semblent abolis, et les efforts systématiques pour ramener les patients à une appréciation exacte du temps sont souvent vains et peu thérapeutiques…

Il ne s'agit pas de laisser les patients errer dans le labyrinthe de leurs souvenirs dispersés, ou dans une conscience en mosaïque qui génère souvent un sentiment d'angoisse, mais de les guider en douceur. Quand cela est possible, nous pouvons proposer un « matériel » biographique, tel que des photographies ou des livres appréciés. Ainsi Mme V. est-elle perplexe et angoissée, hospitalisée pour un bilan. Son mari est à son chevet, il a attribué pendant plusieurs années les troubles de mémoire de son épouse à une dépression. Les dernières vacances d'été, en compagnie des enfants, belles-sœurs, gendres et petits-enfants ont littéralement fait exploser le système de protection dans lequel il avait tenté de se calfeutrer avec sa femme. Incapable de nommer correctement ses petits-enfants, se perdant régulièrement dans le village pourtant bien connu, Mme V. s'enfonce dans la maladie et les enfants prennent la décision de consulter, enfin. Au moment où je rencontre M. et Mme V., lui se raccroche désespérément à l'idée d'une dépression. Il se sait plus que dire, ni que faire. Je me sens aussi démunie que lui face à son épouse qui me scrute, son regard s'accroche au mien et l'expression de son visage est pétrie d'angoisse : « y'a un blanc peut-être, très flou, que je ne peux pas quantifier, c'est comme si ça s'effaçait et je me retrouve… à mélanger, sans comprendre bien ce qui m'arrive… » dira-t-elle dès le début de l'entretien. Le blanc, le flou, l'effacement, le mélange, le manque de compréhension de la personne malade vis-à-vis de ce qui lui arrive, qu'elle ne peut assimiler, tout est dit en quelques mots. Cette expérience insupportable, perdre ses repères, son sentiment de durée et continuer à vivre ainsi, telle est la souffrance de Mme V.

Ainsi, les souvenirs sont la mélodie de notre conscience et de notre sentiment de permanence, ils nous permettent de nous promener et d'embrasser du regard toute la partition de notre existence. Sans souvenirs, sans conscience du passé, notre vie s'apparente à un désert, un présent toujours recommencé et aussitôt oublié, une succession d'instants séparés.

Le vieillissement, caractéristique intrinsèque à tout être vivant, entraîne également des conséquences délétères sur la mémoire. Mais la fonction poétique du langage permet d'aborder différemment les traces mémorielles des sujets souffrant de lésions cérébrales. À propos de l'homme qui vieillit et des rapports

étroits qu'il tisse tout au long de sa vie avec sa mémoire, les frères Tadié (l'un est professeur de neurochirurgie, l'autre professeur de littérature française) proposent cette hypothèse : « Avançant en âge, voici que, devenu proustien, des extases de mémoire involontaire lui font revivre le passé, *peut-être même échapper au temps*[204] ». (c'est nous qui soulignons)

C'est là un des sortilèges de la mémoire, dans l'émergence du souvenir qui peut nous arracher au présent et nous immerger dans le passé. À moins que le présent ne soit masqué par le déferlement du passé. Ou bien encore que les souvenirs ne s'intègrent avec les perceptions et les sensations du moment présent. Cette expérience mystérieuse de l'envahissement du passé dans le présent, ou du voyage dans le passé, nul besoin d'être un vieillard sénile pour y être confronté.

Regret et nostalgie

Nous pouvons distinguer deux types de regret : regret de ce qui n'est plus et regret de ce qui n'a pas été et ne sera plus jamais possible désormais. Le premier regret peut trouver une consolation dans l'élixir du souvenir enivrant, le rappel de ce qui a été, mais quelle consolation pour adoucir le deuxième regret, si ce n'est le constat désabusé et amer : « c'est mieux que cela n'advint jamais » ?

Ce constat *a posteriori* ne peut nous rendre dupes de la désolation qui nous saisit quand nous réalisons le vide absolu laissé par un projet non réalisé, et qui agit en creux dans notre esprit. Se reconnaître être de désir, c'est prendre acte de la marque du manque dans nos vies plus étriquées que nos rêves. Rationaliser après-coup, tenter de réduire cette part de rêve peut s'apparenter à une forme d'aliénation : être asservi au respect de principes, maintenir une relation formelle au détriment d'une relation incarnée à autrui. Le regret de ce qui n'a pas été, c'est la marque du manque dans le passé. Aucune consolation possible par le souvenir, c'est un manque absolu et définitif, c'est ce qui nous renvoie à notre incomplétude dans ce qu'elle a de plus cruel et de plus radical. Le regret de ce qui a été et ne sera plus jamais, c'est ce qui génère le ressenti du manque dans le présent.

Le manque du passé dans le présent, n'est-ce pas ce que nous connaissons à travers l'expérience intime de la nostalgie ? Le rêve, aussi bien la rêverie diurne

---

[204]. Jean-Yves et Marc Tadié, *Le sens de la mémoire*, *op. cit.*, p. 9.

que le rêve nocturne, serait une forme de compromis entre le désir et sa réalisation sur un mode fantasmatique, et le souvenir serait le *pharmakon*, tout à la fois poison et remède, de ce qui n'est plus. Mais nous pouvons également rêver de ce qui a été et ne sera plus jamais. Ainsi nous rêvons de personnes décédées. La réalité psychique se situe dans un « hors-temps », ou du moins dans un temps intime qui dépasse le temps de la physique. La blessure vive constituée par le souvenir du temps heureux, celui d'un amour défunt, disparu, ou d'un proche décédé, s'avère indispensable au ressenti de l'extase et de la consolation. Quand le morne présent s'absente de notre conscience et que, dégagés de son emprise, nous permettons au passé d'envahir et combler notre esprit, nous sommes plongés dans le *pharmakon* de la nostalgie qui relève bien de ce double mouvement, la force du souvenir, sa puissance d'évocation qui tout à la fois nous transporte et nous fait souffrir. Le pire serait l'oubli, l'enfouissement de nos souvenirs les plus heureux sous les décombres de notre agitation du moment.

Ce n'est pas l'expérience du souvenir qui nous distingue des déments, ce qui diffère, c'est la conscience plus ou moins nette que nous avons de cette expérience. Aussi prégnant et chargé d'émotions que soit le souvenir, aussi vive que soit notre conscience d'être en proie à ce souvenir, nous savons que nous nous souvenons, notre impuissance à chasser le souvenir est dissociée de notre conscience de ce souvenir. La nostalgie, c'est la morsure du souvenir heureux dans notre âme et l'incapacité à le chasser. Nul besoin de penser avec Platon que tout est réminiscence d'une vie antérieure, il nous suffit de penser à notre passage sur terre, avec son cortège de rêves inassouvis, d'espoirs déçus, de promesses non tenues, pour goûter aux tourments de la nostalgie. Avec la nostalgie, nous vivons la faillite de l'oubli, l'impossible effacement. Contrairement à ce que chantait Léo Ferré, avec la nostalgie, rien ne s'en va. La nostalgie, c'est la souffrance du passé qui n'a pas tenu ses promesses d'avenir et de continuité.

Si un souvenir fait souffrir, comme l'éprouvé de la nostalgie, c'est peut-être que, dans l'advenue à la conscience du souvenir, le « Je » de l'énonciation coïncide avec celui de l'énoncé. La douleur viendrait de la permanence du sentiment ressenti par le « Je » du sujet, qui n'a pas subi d'altération, alors que les conditions, le contexte d'apparition de ces sentiments a changé. Quand nous disons ou quand nous pensons : « je t'aime aujourd'hui comme je t'ai aimé dès le

premier jour » à une personne qui n'éprouve plus les mêmes sentiments, le « je » d'aujourd'hui correspond au « je » d'hier. L'éprouvé du passé est toujours présent, actuel dans notre esprit, il s'actualise, perdure dans le présent. Il y a concordance les temps psychiques, entre « mon » passé et « mon » présent. Le temps dans sa réalité physique s'est écoulé mais n'a pas laissé son empreinte délétère sur le temps psychique, celui des sentiments.

Cette permanence des sentiments, inaltérés par le passage cependant réel du temps, provoque une souffrance quand l'autre, le « te » du « je t'aime » n'est plus dans cette permanence. Les sentiments ont résisté, disons-nous couramment, à l'écoulement du temps, à la durée. Pour celui qui n'aime plus ou qui aime moins, ce qui revient souvent au même, l'amour et sa mesure étant inconciliables, l'avenir est envisagé sous l'angle de la rupture ou de l'éloignement. Ce qui est libération pour l'un devient déchirement pour l'autre. Tout au plus, s'il aime le sentiment amoureux (et non la personne), il pourra regretter de ne l'être plus (amoureux), ou regretter de ne plus être aimé, ce qui le renverra à son *ego*, ou à son narcissisme. Dans ce cas le remède est simple, il n'aura qu'à retrouver un objet d'amour, « retomber » amoureux, ou susciter un sentiment chez autrui. Dans les deux cas, l' « autre » compte peu. Mais les états d'âme sont distincts. Nous pouvons nous rappeler sans souffrance d'avoir aimé et de ne plus aimer, et ainsi regretter l'état amoureux, sans pour autant ressentir le manque lié à l'absence. En revanche, si nous aimons toujours, le souvenir ravive la solitude du présent et nous fait prendre conscience de l'impossibilité radicale du retour en arrière.

Si « la construction de la temporalité humaine n'est au fond rien d'autre que la durée qui sépare le désir de son accomplissement[205]», la nostalgie des temps heureux, ceux où nous étions aimés, nous plonge dans une temporalité sans attente, du moins sans attente pour soi, l'autre voguant vers d'autres horizons, vers de nouvelles espérances. La nostalgie nous plonge dans une durée où le sentiment de perte s'ouvre sur l'infini, aucun accomplissement ne viendra plus combler le désir, l'absence nous marque à jamais. Aucun onguent ne viendra guérir en profondeur cette expérience de l'abandon. Au mieux, nous pouvons la

---

[205]. Monette Vacquin, « Le gel du temps », in Revue *Autrement*, Série Mutations, N°141, L'attente, et si demain…, janvier 1994, p.189.

penser et la supporter, faute de la dépasser vraiment, et cette expérience nous ramènera à notre condition initiale, celle d'être seul au monde.

Mais nous pourrions aussi sombrer dans la mélancolie ou la tentation d'un activisme imbécile, celui-là même qui nous fait croire que nous sommes bien vivants parce que bien occupés. Cette nostalgie des temps heureux où nous étions (du moins le croyions-nous) comblé par autrui, tel est le mythe conté par Aristophane dans *le Banquet*[206]. Cet espoir d'un autre (notre moitié selon la formule consacrée) qui emplirait notre manque d'être, ne peut masquer la réalité de la vie, telle qu'elle est exposée dans le *Phédon.* Pour Socrate (et donc Platon), philosopher c'est apprendre à mourir[207] et souffrir, c'est peut-être apprendre à vivre, à endurer sans toutefois s'endurcir… c'est-à-dire sans être sourd, fermé aux souffrances de l'autre. Inachevé et incomplet, ce qui nous incite à être en relation, toujours en tension entre le désir et l'incomplétude, nous devons apprendre à vivre insatisfaits.

Dans la réalité extérieure à notre conscience, le passé est vraiment dépassé, il n'y a plus aucune coïncidence entre ma conscience actuelle et celle de l'autre, seuls les souvenirs représentent la marque de ce passé commun. Les amants qui se séparent, croient, à tort, qu'ils détruisent tout, mais le passé est indestructible, pas de retour possible, ni de falsification, les actes ont été posés, les paroles, les promesses et les serments échangés, pas d'amour sans risque de tout perdre. L'acte notarié ne saurait remplacer ni les sentiments, ni l'engagement. Il rassure les anxieux et oblige les obsessionnels, les premiers sont installés dans la sécurité légalisée, les seconds restent fidèles à un contrat, pas nécessairement à une personne. L'expérience du désamour, comme toute expérience de perte, de solitude ou de rupture, nous dit quelque chose de la mort et de la finitude. Ne plus être aimé, c'est apprendre dans le chagrin et parfois le désespoir, à ne pas mourir, ou du moins à vivre avec, ou plutôt malgré l'abandon et le rejet.

Le deuil, la séparation, la rupture, ces passages se font dans la douleur et laissent des cicatrices psychiques indélébiles, même si elles sont inconscientes.

---

[206]. Platon, *Le Banquet*, GF-Flammarion, 1997, p. 53-54, 189 e-193d.

[207]. Platon, *Phédon*, Paris, GF-Flammarion, 1991, 67c-68c, p. 218 : « c'est bien une réalité, ceux qui philosophent droitement s'exercent à mourir, et il n'y a pas homme au monde qui ait moins qu'eux peur d'être mort. »

Pourquoi cette apparente digression ? Parce que les questions de l'amour, de la reconnaissance et des sentiments sont inhérentes à la vie des hommes, et que les questions relatives à la continuité ou la rupture de lien sont posées par les personnes qui vivent et/ou travaillent auprès des malades :

> « en rattachant ainsi l'amitié et l'amour à la vie morale, il ne s'agit pas de ramener la personne à une expérience affective subjective, mais seulement de conforter l'idée que traiter autrui comme une personne est la condition de l'accomplissement éthique de l'humanité[208]. »

5. Une relation asymétrique : quand les parents déclinent

La question de la reconnaissance est souvent posée par les enfants des patients. Devenus adultes, ils restent les enfants de leurs parents malades, et s'effondrent quand ils ne sont plus reconnus. Dès lors, ils se sentent abandonnés par leurs parents déments, niés en tant qu'enfant de... Annie Ernaux relate ce voyage dans le temps de sa mère malade qui « aimait qu'on l'embrasse et [elle] avançait les lèvres pour en faire autant. Elle était une petite fille qui ne grandirait pas[209] ». L'amour absolu qu'elle porte à sa mère lui permet de supporter cette « inversion » des générations et de la soigner, de lui prodiguer une attention et une tendresse semblable à celle d'une mère pour son enfant. Mais cela ne va pas forcément de soi dans les relations parents/enfants. Il faut accepter de changer l'optique de la reconnaissance, c'est bien mon père, ma mère, mon conjoint qui est malade, et je continue à le reconnaître, je tiens bon. Là encore, méfions-nous d'un angélisme simplificateur. Cette position peut être impossible à tenir, car elle suppose l'acceptation d'une forme extrême d'altérité et d'asymétrie dans la relation.

Comment penser une relation hors reconnaissance ? C'est là que participe de façon intense la mémoire de celui qui se souvient qu'il reste le fils, la fille de… de façon inconditionnelle. Nous retrouvons là une configuration de relation qui parviendrait à se libérer de sa partie sensible, et qui serait ainsi conforme aux impératifs moraux selon Kant, une relation purement formelle, être et rester le conjoint de…, l'enfant de… sans qu'une quelconque implication psychologique, sociale ou sentimentale soit attachée à cette relation.

---

[208]. Dominique Folscheid, « La question de la personne », *Philosophie, éthique et droit de la médecine, op. cit.,* p. 82.
[209]. Annie Ernaux, *Une femme*, Paris, Gallimard, 1998, p. 101.

L'alibi pseudo-moraliste qui consiste à agir en se mettant à la place d'autrui, ou pire à décider pour autrui (lequel est tout simplement nié dans ce cas) est sans doute fréquent dans la relation soignant/soigné. Le sujet de cette thèse n'est pas d'en discuter les causes mais d'insister sur l'importance de considérer qu'autrui, même malade, même très dépendant, à « quelque chose » à nous dire.

L'impossibilité absolue d'être à la place d'autrui, tout au plus faisons-nous « comme si », et le « comme » est primordial, ne nous empêche cependant pas d'agir selon cette fiction. Par exemple, ne pas donner un diagnostic au prétexte de préserver une personne, c'est peut-être la priver de façon définitive de prendre des dispositions importantes. Aucune justification morale n'autorise à cacher une information qui peut modifier l'orientation d'une vie, même et surtout finissante, car il n'y aura pas une deuxième chance. Mais nous savons bien que cacher une forme de vérité, ou la livrer avec violence, ce qui revient peut-être au même (du type « vous avez une maladie dégénérative sans traitement vraiment efficace pour le moment »), permet de ne pas avoir à accueillir l'angoisse du malade confronté de plein fouet à sa finitude et à la radicalité de sa souffrance.

Mémoire et Alzheimer

Il s'agit pour nous ici d'essayer de comprendre la relation intime entre la mémoire et l'éprouvé temporel chez les personnes atteintes de pathologies neurologiques dites démentielles, littéralement privées d'esprit (*de mens*). Avons-nous plus d'esprit, notre jugement est-il plus sûr, quand nous nous obstinons à rectifier ce qui nous semble délirant ? Pouvons-nous (devons-nous ?) « réparer » la mémoire quand les temps se mélangent ?

D'après notre expérience clinique, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer incarnent de la façon la plus aiguë la souffrance de l'homme en proie à des troubles mnésiques. À l'aspect chaotique, disloqué de l'éprouvé temporel qui est fragmenté dans des séquences éparpillées, comme disjointes, sans relation évidente entre elles, répond une mémoire ou du moins une évocation des souvenirs morcelée, répétitive, parfois très lacunaire.

Mémoire et vieillissement ont parties liées, indépendamment de la question du vieillissement pathologique. En effet, à l'accroissement du nombre des années correspond une augmentation corrélative de la mémoire :

> « La durée intérieure est la vie continue d'une mémoire qui prolonge le passé dans le présent, soit que le présent renferme distinctement l'image sans cesse grandissante du passé, soit plutôt qu'il témoigne, par son continuel changement de qualité, de la charge toujours plus lourde qu'on traîne derrière soit à mesure qu'on vieillit davantage. Sans cette survivance du passé dans le présent, il n'y aurait pas de durée mais seulement de l'instantanéité[210]. »

C'est précisément cette reconnaissance de l'expérience acquise et mémorisée au fil du temps qui a conduit les peuples de tradition orale à considérer les vieux comme des sages. Or, le sage est celui qui peut transmettre son expérience, donc qui est, *a priori*, exempt de trouble de l'évocation. De plus, il doit être capable de transmettre et suscite pour cela un respect, une écoute, un intérêt, ce qui ne va pas forcément de soi… Ce constat empirique : la vieillesse peut être source de connaissance, est condensé dans le célèbre proverbe : « En Afrique, quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle[211]. »

Mais chez certaines personnes atteintes de troubles mnésiques importants, les différents savoirs acquis ne sont plus transmissibles, la question de la disparition même de ces savoirs se pose. « La charge toujours plus lourde » évoquée par Bergson semble, au contraire, s'appauvrir au fur et à mesure que la maladie progresse. Nous pouvons supposer, faire le pari, que ce sont les capacités d'évocation des souvenirs qui s'altèrent, et que les souvenirs restent d'une certaine façon cachés, inaccessibles ou indisponibles. Mais si nous assimilons l'identité à la mémoire, ce pari ne nous ôte pas l'impression d'une raréfaction tragique de l'identité. Si l'évocation des souvenirs se raréfie chez les déments, les capacités d'apprentissages diminuent également.

Ainsi que Bergson ne cessera de l'affirmer en l'argumentant tout au long de son œuvre, l'articulation de la durée avec la mémoire est fondamentale. Elle trouve une expression tragique dans la clinique de la démence, et nous ne pouvons être indifférents à la manière si particulière dont les déments bousculent leur rapport au temps en attribuant une place démesurée au passé. De fait, nous

---

[210]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant*, *op. cit.,* pp. 200-201.

[211]. Citation attribuée à l'écrivain malien, Amadou Hampâté Bâ ; pour la date et le contexte précis de la citation, se référer à l'ouvrage suivant : *Amadou Hampâté Bâ, homme de science et de sagesse*, sous la direction de Amadou Touré et Ntji Idriss Mariko, Nouvelles éditions maliennes, Karthala, 2005, p. 286.

pouvons considérer avec Simone Weil que le passé est cela seul dont nous sommes assurés, si nous l'acceptons sans falsification :

> « Le présent, nous y sommes attachés. L'avenir nous le fabriquons dans notre imagination. Seul le passé, quand nous ne le refabriquons pas, est réalité pure[212]. »

Comme accrochés à certains souvenirs qu'elles évoquent en boucle, les personnes démentes témoignent d'une perte incontestable des repères spatiaux et temporels. L'instantanéité et la répétition se conjuguent et caractérisent leur façon d'habiter le monde en le peuplant de souvenirs épars. Ces souvenirs portent la marque de différentes modifications (fabulations, erreurs de date, inventions parfois), ils paraissent souvent livrés sans rapport apparent avec le contexte, surprenant l'entourage en quête d'une logique conventionnelle. Nous sommes loin de la conception pure du passé telle que Simone Weil l'évoque. Ce qui reste « réalité pure », c'est la prégnance de certains souvenirs. Nous devons bien constater cet attachement si particulier, *vital*, que les déments développent par rapport à certaines séquences de leur passé, privilégiant certaines séquences de leur histoire, même reconstruite.

Plus que l'exactitude des souvenirs, qui serait la forme ou la lettre de la remémoration, c'est cet appel, cette référence *intense* au passé, qui nous semble fondamentaux. Si les souvenirs relatés ne sont pas toujours exacts, l'attachement à ces souvenirs, la force avec laquelle les vieux déments restent reliés à des moments de leur passé, c'est cela qui est vrai, qui se manifeste avec insistance à nous (proches ou soignants) au risque de nous exaspérer. Qui n'a jamais dit ou pensé : « tu radotes, tu rabâches, tu racontes toujours les mêmes histoires. » ? Nous constatons la vigueur de certains souvenirs dont l'intensité suffit à attester de l'épaisseur de toute une vie, un peu à la façon dont les vestiges de la maison de Longwood, à Sainte Hélène, témoignent du séjour de Napoléon :

> « À la différence de nos musées où l'on entasse sans discrimination une foule d'objets, Longwood est irremplaçable parce que les quelques débris sauvés du naufrage ne sont jamais insignifiants. Ils ont un sens[213]. »

Ce mouvement, cette attraction irrévocable vers le passé serait une forme de résistance de l'esprit chez ces malades et signifierait peut-être leur ultime possibilité d'existence. Cet attachement au passé est fondamental. Détachés ou

---

[212]. Simone Weil, *La pesanteur et la grâce*, Paris, Plon, coll. « Pocket Agora », 1991, p. 198.
[213]. Jean-Paul Kauffmann, *La maison du retour*, Paris, Folio, Gallimard, 1998, p. 225.

indifférents au présent dans lequel ils semblent souvent en proie à l'errance, incapables de se projeter vers l'avenir, l'évocation du passé serait le dernier refuge de ces personnes. Parfois, la survivance du passé dans le présent se réduit à l'évocation de quelques bribes de scènes de vie très anciennes, des séquences éclatées dans leur narration mais dont le contenu affectif et émotionnel reste poignant et vivace. Certes, cela ne suffit pas à créer une durée pleine et continue, mais nous pouvons considérer l'importance de ce phénomène d'ancrage ou de retour vers le passé comme une condition fondamentale de la continuité de la vie psychique et spirituelle des déments, plutôt que de discréditer ce phénomène, le péjorer en le réduisant à un ressassement.

Ces fragments de mémoire sont-ils le signe clinique de la maladie pour les soignants, une répétition parfois insupportable pour l'entourage (l'emploi de termes péjoratifs tels que radotage, rabâchage est éloquent) ou bien un trésor du passé qui procure une forme de soulagement dans son évocation pour les malades ? Peut-être est-ce une des figures du *pharmakon,* tout à la fois poison qui se substitue à la mémoire « pleine » *et* remède qui pallie la déliquescence de l'évocation. Selon le regard, l'attention que nous portons à ces évocations, toute notre attitude vis-à-vis des malades qui sera orientée.

La clinique auprès des déments confirme bien l'évidente dialectique qui s'élabore tout au long de l'existence entre la durée et la mémoire. À la dislocation ou l'effritement de la durée correspond un émiettement, un éparpillement des souvenirs. Le travail de déliaison semble à l'œuvre dans leur évocation. L'intimité identité/mémoire pose un problème crucial dans la clinique des sujets âgés déments si nous réduisons l'une à l'autre. Nous pouvons considérer une césure importante entre le moi et le soi. Le moi, en tant qu'identité consciente, serait malade au cours du processus démentiel. Le soi, substance inaltérable, proche de l'âme ou de l'esprit, resterait hors d'atteinte, il serait le principe de vie, proche de l'*anima* aristotélicien.

Quel crédit apportons-nous aux propos des patients ? Pourquoi chercher du rationnel là où l'affectif et parfois le pulsionnel semblent prendre le dessus ? Quelle connaissance d'eux-mêmes nous livrent-ils ? Dans le *Théétète*, dialogue aporétique, Socrate nous invite à réfléchir sur ce qu'est une science et au fil de la discussion, nous découvrons ce qu'elle n'est pas. La leçon du *Théétète* est de ne

pas nous leurrer, de ne pas croire que nous savons alors que nous ne savons pas, puisque nous fondons trop souvent notre savoir sur des opinions, des préjugés issus de sensations.

Contrairement au sage qui sait qu'il ne sait pas tout, et qui ne doit pas être dupe de son ignorance, le dément est peut-être cette incarnation de la personne qui ne sait plus qu'elle ne sait pas. Si nous reprenons l'avertissement de Platon dans le *Théétète*, nous ne devons pas être dans l'illusion du savoir mais dans la connaissance de notre ignorance. Or, soit la personne démente oublie ce qu'elle sait et qui serait mis au secret, soit son savoir reste intact mais inaccessible, en raison d'un déficit de récupération. Dans les deux hypothèses, le savoir est indisponible… La seconde hypothèse peut sembler insolite, mais les troubles de mémoire chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer sont sujets à des variations importantes, d'un jour à l'autre et parfois selon le moment de la journée.

Face à la démence et aux troubles de la mémoire, nous sommes souvent dans une double ignorance. Les déficits mnésiques sont complexes, multiples et changeants dans leur expression. D'autre part, les patients ignorent qu'ils oublient ou du moins la conscience qu'ils ont de leur trouble est mouvante, fluctuante.

6. À propos de l'anosognosie et du diagnostic

Au cours des consultations avec les patients, il est fréquent d'évoquer la présence d'une « anosognosie » (du grec *nosos*, maladie et *gnôsis*, connaissance), terme qui signifie littéralement l'absence ou la diminution de la prise de conscience des troubles. Il nous paraît toujours délicat d'attribuer la cause de cette anosognosie à un facteur unique, soit organique, soit psychique. Dans le premier cas, cette faillite de la prise de conscience serait imputable à une lésion de la région du cortex impliquée dans la fonction « conscience de soi ». Dans le second, l'anosognosie serait une forme d'adaptation, par la dénégation[214] voire le déni[215],

---

[214]. Dénégation : terme emprunté au vocabulaire de la psychanalyse et qui désigne un « procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne. » in *Vocabulaire de la psychanalyse*, J. Laplanche et J.-B. Pontalis, sous la direction de Daniel Lagache, Paris, PUF, 1981, p. 112.

[215]. Déni : « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante » in *Vocabulaire de la psychanalyse, id.,* p. 115.

à l'impensable ou à l'insupportable de la maladie dont il vaut mieux nier les conséquences morbides. Cette fuite, ce refus de reconnaître les troubles de mémoire, serait finalement protecteur. L'intérêt ici est plutôt de pointer à nouveau l'articulation étroite du psychique et du somatique qui est au cœur même de la maladie. Il faut à nouveau nous tourner vers d'autres pathologies pour constater que l'anosognosie existe sur d'autres scènes de la souffrance, comme en témoignent souvent certaines malades anorexiques, d'une maigreur cadavérique, et qui affichent une indifférence délétère à leur état morbide. La prudence nous recommande de rester vigilants à ce que dit le patient, plutôt que de rechercher une réponse « scientifique ».

Rapportée à la neurologie, une difficulté particulière complique la définition même de ce trouble : quelle est la participation de la mémoire à ce type de trouble ? Pour le formuler autrement, le patient oublie-t-il qu'il oublie ? Ou bien essaie-t-il de masquer, refouler ses troubles de mémoire en ayant recours aux mécanismes de défense précités : la dénégation ou le déni ? Nous partageons la prudence de certains neurologues qui conviennent que : « ni l'anosognosie ni le déni ne constituent des entités univoques et aucune théorie ne peut expliquer l'ensemble des faits observés[216] ».

L'anosognosie a partie liée avec le diagnostic. Comme le rappelait Martin Winckler au cours du séminaire *Imaginaire et médecine* : « avoir une maladie grave ou être amoureux, cela ouvre sur un monde nouveau[217] », et certaines nouveautés sont inhospitalières, ou vertigineuses…

Se demandant quels sont les enjeux et quels peuvent être les effets de l'annonce du diagnostic, l'écrivain Antoine Sénanque (qui est également neurologue) risque une hypothèse audacieuse qui renverse la vision parfois simplificatrice du médecin. Classiquement, celui-ci est dans le devoir de donner le diagnostic, parce que le malade a le droit de savoir. Dépassant le couple classique devoir/obligation, Antoine Sénanque revisite le mythe d'Orphée et Eurydice.

---

[216]. *La méconnaissance des troubles dans la maladie d'Alzheimer : nécessité d'une approche multidimensionnelle*. In Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement. Raphaël Trouillet, Marie-Christine Gély-Nargeot, Christian Derouesné, Volume 1, Numéro 2, 99-110, Juin 2003.

[217]. Conférence donnée par Martin Winckler, Colloque « Regards croisés sur la médecine. Image, imagerie, imaginaire » organisé par la faculté de Philosophie, Université Jean Moulin, Lyon 3, Paris, les 5, 6 et 7 juillet 2007.

Comparant Orphée au médecin qui accompagne Eurydice, sa malade, voici son interprétation du mythe :

> « C'est à la porte de l'enfer, qu'il se retourne, le lâche, qu'il la trahit enfin comme un homme, pour la renvoyer à la mort, en parjure, en Judas. Le médecin ne l'accompagne pas jusqu'au bout, son Eurydice, malgré sa promesse. Il ne la sort pas des enfers et à la fin, c'est lui le responsable. Je crois qu'il se retourne pour lui dire la vérité, lui dire qu'il ne peut rien. C'est ça qui la tue[218]. »

Certes, la métaphore est audacieuse, mais ce qui nous intéresse, c'est l'ambiguïté de la notion de « vérité » quand son énoncé met en présence des personnes pour lesquelles les enjeux sont différents. Le droit de savoir pour les patients déments se complique de plus par l'atteinte de leurs capacités de compréhension, leur trouble du jugement. Mais nous restons persuadée, après toutes ses années d'accompagnement, que les patients ont une connaissance intuitive, intime, de leur pathologie…

Si, dans une perspective évangélique, la vérité rend libre, dans le cas de la démence, la vérité est assénée par autrui (un simple mortel), elle n'est pas un message divin, elle ne peut avoir de prétention à l'universalité, elle est toujours singulière. De plus, cette quête de vérité met le patient sur la voie d'une découverte qui peut lui barrer l'horizon, plutôt que de lui ouvrir des perspectives. En apprenant qu'il est atteint d'une maladie d'Alzheimer, il risque d'être condamné deux fois : par la maladie et par l'absence de guérison ou d'amélioration. Le diagnostic peut parfois ouvrir sur une prison, une aliénation, la fin des projets, ou simplement une impasse. Nous ne pouvons ici recenser la liste des familles, le pourcentage des accompagnants qui tolèrent très longtemps les troubles de mémoire chez leurs proches avant de consulter.

La publicité exagérée et dénoncée par certains neurologues, dont « bénéficie » depuis une vingtaine d'années la maladie d'Alzheimer dans le public, ne l'a pas transformée pour autant en pathologie bénigne. À ce sujet, le Pr Michel Poncet, neurologue, évoque au cours d'un colloque :

> « un mot qui est sur-utilisé, toute personne âgée qui perd un peu la mémoire a une maladie d'Alzheimer, on nous fait peur, on est envahi par cette nosophobie, la maladie d'Alzheimer[219]. »

---

[218]. Antoine Sénanque, *Blouse*, Paris, Grasset, 2004, pp. 284-285.

[219]. Intervention du Professeur Michel Poncet, Neuropsychiatre, « *La maladie d'Alzheimer : une maladie du cerveau et une maladie de l'être* », colloque organisé par l'association « Dire », « *Le temps, le malade d'Alzheimer-La validation Naomi Feil* », Vaison-La-Romaine, les 31 Mai et 1er Juin 2007.

Dans la suite de son intervention, il dissocie très explicitement les troubles mnésiques bénins de la personne âgée et les troubles pathologiques de la mémoire (et des autres fonctions cognitives) qui accompagnent le processus démentiel. Il insiste sur l'analyse post-mortem des lésions cérébrales qui reste la seule preuve de la maladie. Notre message, s'il se limite à l'annonce du diagnostic d'une maladie incurable, a peu à voir avec le message d'espérance des Évangiles. Nous pourrions dire qu'il n'y a pas de vérité ni de liberté par procuration.

Il est communément admis que la progression de la maladie entraîne une augmentation des risques d'anosognosie des patients, ce qui tendrait à expliquer l'anosognosie par un oubli du déficit, rendu célèbre par la formule classique « j'oublie que j'oublie ». Mais il existe une autre interprétation qui replace ce trouble dans l'organisation psychique de lutte contre la maladie (comportement dit de « défense ») et qui ouvre sur une autre perspective. D'autant plus que l'anosognosie peut être repérée dès le début de la maladie, à un moment où l'atteinte des processus est mineure. Il faut insister sur le fait que ce trouble est mis en évidence au cours de l'entretien, ceci grâce au récit que le patient élabore vis-à-vis de ses plaintes (ou l'absence de..). Il relève donc d'une approche qualitative qui s'inscrit dans une démarche subjective, où l'interprétation du clinicien peut influencer largement la découverte de ce trouble.

Selon l'acception kantienne de la connaissance, nous pouvons élaborer une autre approche de l'anosognosie :

> « Notre connaissance dérive dans l'esprit *(Gemüth)* de deux sources fondamentales ; la première est le pouvoir de recevoir des représentations (la réceptivité des impressions), la seconde, celui de connaître un objet au moyen de ces représentations (spontanéité des concepts). Par la première un objet nous est *donné* ; par la seconde il est *pensé* en rapport avec cette représentation (comme simple détermination de l'esprit. Intuition et concept constituent donc les éléments de toute notre connaissance[220]. »

Pour Kant, les objets sont donnés par la sensibilité et pensés grâce à l'entendement. C'est l'union des sens et de l'entendement qui rend possible la connaissance. Mais comment concevoir la mémoire comme un objet dont la représentation nous affecte, alors que nous pensons grâce à la mémoire (celle des mots par exemple) ? L'acte de mémoire ne procède-t-il pas de la sensibilité *et* de l'entendement ? L'émergence du souvenir nous affecte puisque nous le ressentons comme une expérience intérieure et l'atteinte de la mémoire est indissociable

[220]. Emmanuel Kant, *Critique de la raison pure*, *op. cit.,* p. 76.

d'une atteinte de l'identité narrative. Pour Paul Ricœur, l'identité narrative est constitutive de notre identité, nous pouvons faire des récits de notre vie. Dans cette perspective, je suis ce que je me raconte, ou bien je suis les multiples récits que je peux faire de ma vie. Dans la visée de l'identité narrative, je suis ainsi co-auteur de ma vie. Les patients peuvent nous raconter un récit de leur vie, au moment de la consultation, où l'évocation des plaintes mnésiques est minimisée afin de « faire bonne figure ». Tout semble vainement s'emmêler quand nous tentons de discerner ce qui est affecté dans le trouble de mémoire, et nous nous acharnons à désunir le trouble de la sensibilité du trouble de la pensée.

En effet, pour Kant, la sensibilité de notre esprit « c'est le pouvoir qu'il a de recevoir des représentations[221] », tandis que l'entendement « c'est le pouvoir de produire nous-même des représentations[222] ». Or l'acte de mémoire résulte de ces deux pouvoirs, nous sommes toujours en puissance de convoquer, de produire (selon la terminologie kantienne) des souvenirs et nous sommes aussi susceptibles d'être « envahis », touchés, sous l'effet d'une remémoration que nous n'avons pas provoquée. Ce souvenir qui apparaît à notre esprit, n'est-il pas comparable à la représentation reçue par notre esprit capable de sensibilité et capable aussi de produire (de rechercher) des souvenirs ?

Le trouble de la reconnaissance du déficit des patients atteints de troubles mnésiques sévères est-il lié à un trouble de la sensibilité ou de l'entendement ? Il serait vain de trancher, tant ces éléments sont liés. Selon la perspective kantienne, il faudrait plutôt rechercher du côté du jugement qui « est un don particulier qui ne peut pas du tout être appris mais seulement exercé[223] » pour comprendre de quelle faculté de l'esprit relève l'anosognosie. Le recours à Kant permet de concevoir, d'après les définitions de l'entendement, de la sensibilité et du jugement qu'il élabore, que l'anosognosie (d'origine psychique et/ou organique), n'est pas nécessairement liée à l'importance du déficit mnésique. Elle relèverait davantage d'un don que nous avons ou pas de nous juger nous-mêmes, ce don étant indépendant de notre instruction, de notre éducation, de notre culture. Or, dans la clinique neurologique quotidienne, si cette difficulté à se juger est souvent

---

[221]. *Id*., p. 76.
[222]. *Ibid.,* p. 76.
[223]. *Ibid*., p. 148.

évoquée à l'égard des patients, elle n'est pas sous la dépendance d'un des facteurs précités (éducation, culture, etc.).

Chapitre III : La mémoire, au cœur du corps et de l'esprit

Pour Bergson les images sont en permanence ramassées par notre mémoire, et notre corps, du moins la perception que nous en avons, est une de ces images. En cas de lésion, « l'image passée n'est peut-être pas détruite, mais vous lui enlevez tout moyen d'agir sur le réel[224] ». Il est d'ailleurs remarquable d'observer que certaines lésions cérébrales entraînent des difficultés de représentation de l'image du corps. Ces troubles, appelés « négligences », peuvent donner des tableaux cliniques très particuliers. Par exemple, M. F. alité, atteint d'une lésion de l'hémisphère droit, ne reconnaît pas son côté gauche… À l'inverse, si nous pouvons nous exprimer ainsi, le phénomène des « membres fantômes » est éprouvé par certains patients amputés. Dans certains cas, malgré une amputation, la personne se plaint de ressentir une douleur dans son membre alors même qu'il a été coupé. Ces situations posent la question de la résistance, de la mémoire de l'image du corps. Cette mémoire du corps survit dans la représentation psychique du patient, malgré la disparition, dans la réalité physique (organique), de l'une de ses parties. Il existe bien une image du corps[225], appelée inconsciente par les tenants de la théorie psychanalytique, ou cérébrale par les neurologues qui évoquent le schéma corporel[226]. Cette image ou schéma se construit, s'élabore et se modifie au cours de notre existence. La psychanalyse met l'accent sur l'investissement libidinal du corps, tandis que les neurologues privilégient l'aspect sensori-moteur.

Ainsi, l'image du corps défie parfois, comme l'indique la clinique des amputés et celle des personnes atteintes de lésions de l'hémisphère droit, la réalité « objective ». Eprouver une douleur dans un membre qui n'existe plus, ne plus reconnaître comme sien un membre qui fait pourtant partie de soi (mais peut-être ce membre ne fait-il plus corps avec le tout ?), autant de situations paradoxales qui interrogent sur le statut de la mémoire intime du corps. Nous pouvons toujours expliquer ces phénomènes d'un point de vue « scientifique », excitations

---

[224]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.*, p. 83.
[225]. Lire à ce sujet *L'image inconsciente du corps*, Françoise Dolto, Paris, Seuil, Coll. « Points essais », 1992.
[226]. Lire *L'image du corps,* Paul Schilder, Gallimard, coll. « Tel », 1980.

afférentes dans le cortex moteur dans le cas de la personne amputée, disparition ou plutôt masquage momentané de la « carte cérébrale » qui représente telle ou telle partie du corps dans le cas des patients victimes d'AVC. Le témoignage des patients, leur expérience subjective n'est pas soluble dans cette approche physiopathologique, (dont nous ne négligeons pas l'intérêt pour les neurologues). Ils évoquent un phénomène qui touche le corps vécu, ressenti.

Nous plaçons notre travail dans une perspective où les relations du corps et de l'esprit sont intimes. Nous devons d'abord nous interroger sur ce que recouvre le terme esprit. Dans son livre *Le dialogue du corps et de l'esprit* Pascal-Henri Keller retrace l'historique des différentes conceptions de l'esprit, il reconnaît être « aux prises avec ce questionnement paradoxal : faut-il ou non réunir corps et psychisme ?[227] ». Du monisme de Parménide au dualisme cartésien, réfuté par son « inventeur » dans sa *Correspondance avec Elisabeth*[228], les théories de l'esprit sont complexes et inspirent les différentes approches neuroscientifiques qui tentent de rendre compte de l'activité cérébrale. Parmi elles, nous l'avons abordé plus haut, l'approche neurocognitive permet, grâce à un découpage subtil de la mémoire en plusieurs opérations ou processus, de mettre à plat et d'étudier de façon expérimentale les déficits liés à certaines pathologies.

1. Le souvenir vif : la rencontre

Quelques rares rencontres, des moments d'exception au cours de notre existence, nous font ressentir l'éternité de certains instants. Ainsi Paul Dédalus (en référence sans doute au récit autobiographique de James Joyce mais peut-être aussi au labyrinthe de l'itinéraire amoureux du principal protagoniste du film) interprété par Mathieu Amalric, dans *Comment je me suis disputé…(ma vie sexuelle)*[229] est saisi, comme foudroyé par cette évidence : sa vie sentimentale va basculer au moment même où il fait la connaissance de Sylvia (interprétée par Marianne Denicourt). Il commente ce moment magique, particulier de la rencontre : « je savais que je ne m'en remettrais jamais de vous avoir rencontré ».

---

[227]. Pascal-Henri Keller, *Le dialogue du corps et de l'esprit*, *op. cit*., p. 23.
[228]. René Descartes, *Correspondance avec Elisabeth et autres lettres*, Paris, GF-Flammarion, 1989.
[229]. *Comment je me suis disputé… (ma vie sexuelle*), film réalisé par Arnaud Desplechin, distribué par Arte Video, 1996.

Peu importe ce qui suivra, la rencontre avec Sylvia le marquera, telle l'empreinte d'un sceau inaltérable, et orientera son parcours sentimental. Le moment de la rencontre est ce qui va se perpétuer, se prolonger dans la vie psychique et qui peut-être illustre le mieux ce que Bergson appelle la durée. Nous pouvons supposer que c'est ce type de souvenir qui résiste à l'apparition d'un processus de dégénératif. C'est aussi la rencontre d'Albert Camus avec Monsieur Germain, son instituteur, à qui il écrira afin de le remercier, après avoir reçu le Prix Nobel de Littérature à Oslo, en 1957. Il lui dédiera le *Discours de Suède*[230]. Les effets de cette rencontre déborderont amplement le cadre strict de la relation maître/élève et ouvriront un monde au jeune élève, celui de l'amour passionné pour la langue française, la littérature, le théâtre et la philosophie.

Cet événement passé qui dure et modèle toute notre vie, c'est parfois ce qui résiste dans les souvenirs des patients déments. Cela peut être une rencontre ou une passion (est-ce si différent ?) Ainsi, M. R. peint à ses moments perdus. Fils d'un artiste renommé, il a toujours connu l'atmosphère des ateliers, l'odeur des huiles et des solvants, les chevalets et les toiles en attente. Depuis l'enfance, dès qu'il sut tenir un pinceau, il s'adonna à cet art, sans en faire profession. Atteint par la maladie d'Alzheimer, il continuera à peindre et exposer, grâce à la participation de son épouse qui gère l'organisation. C'est sa passion pour la peinture qui résistera le plus longtemps à l'avancée inexorable de la maladie. Alors même que les troubles du langage perturbent gravement le dialogue, que ses troubles mnésiques sont envahissants au point qu'il confond ses enfants et parfois ne reconnaît plus son épouse, M. R. continue à peindre. De la même façon, le célèbre peintre américain Willem de Kooning, atteint de la maladie d'Alzheimer dès 1989, peindra jusqu'à sa mort.

2. Evaluer la mémoire ?

Impliqués quotidiennement dans l'accompagnement auprès des patients et de leur famille, nous ne pouvons nier l'impact retentissant des maladies neurologiques sur la mémoire et ses processus. Nous savons aussi combien il est parfois délicat et finalement peu thérapeutique de « tester » cette fonction avec des

---

[230]. Albert Camus, *Discours de Suède*, Paris, Gallimard, Folio, 1997.

outils certes sophistiqués, mais dont les résultats nous renseignent peu sur les possibilités préservées. Aucun test ne peut mesurer le plaisir véritable qui subsiste au cours du énième rappel d'un souvenir déjà évoqué maintes fois, mais dont la coloration affective et émotionnelle apporte réconfort et plaisir partagés dans l'écoute. Quelle batterie d'évaluation pourra rendre compte de la joie évidente que ressent Mme P. quand elle relate au cours de différents entretiens comment elle a repris ses études puis obtenu, à quarante ans, après que son mari l'ait quittée, le diplôme qui lui a permis de travailler et de donner une éducation « honorable» à ses enfants ? Comment cerner, par une quelconque épreuve psychométrique, la tristesse de M. T. qui évoque à chaque rencontre la vente de sa voiture, vente organisée par ses enfants ? Cette vente constitue, pour lui, la preuve incontestable qu'il a bien perdu ses « moyens » et une partie de son autonomie, autonomie qu'il associait à sa liberté de conduire à sa guise dans Paris et ses environs. Au cours des entretiens, il se plaindra souvent de cette restriction de liberté. Tous les propos rassurants, l'affection chaleureuse dont l'entoure sa famille, ne pourront calmer cette blessure. L'attitude raisonnable et justifiée de ses proches qui vise à protéger tout autant le patient que les tiers, rentre en opposition avec le désir du patient. Le trouble du jugement dont fait preuve M. T. n'empêche pas sa souffrance morale, et n'exclut pas la justesse de son raisonnement intuitif : c'est bien la perte de ses « moyens » qui justifie cette décision prudente. Le débat met en scène plusieurs niveaux. Il faut accepter cette opposition et, tout en écoutant la plainte de M. T., tenir bon pour le bien du patient et de la collectivité.

Ces épisodes, si souvent rapportés par les patients, nous rappellent que les sentiments si humains de joie et de tristesse sont toujours présents et éminemment partageables, ils illustrent à merveille que : « C'est là aussi que je me rencontre moi-même : je me ressouviens de moi, de tel acte, du moment, du lieu, des impressions alors ressenties[231] ». Evidemment, si le critère de répétition est retenu comme preuve intangible de la maladie, nous devons bien admettre qu'il y a là un véritable pâtir qui révèle aussi notre manque de patience, sévèrement mise à l'épreuve dans les modalités d'accompagnement requises par ses personnes. Il est difficile de supporter l'enchevêtrement, le télescopage ou la répétition de certains souvenirs. Pourtant, il est nécessaire d'accepter cette désorganisation pour tenter

[231]. Saint Augustin, *Les Confessions, op. cit.,* p. 991.

de retrouver le fil conducteur, invisible par la seule raison logique, qui préside à l'évocation de ces souvenirs.

Pascal insistera sur les différentes modalités d'accès à la vérité : « nous connaissons la vérité, non seulement par la raison mais encore par le cœur [232]». Il nous mettra en garde sur les différences de nature entre la logique de la raison et celle du cœur. Pour Pascal, l'ordre du cœur préside à l'amour et à la charité. L'exigence de chronologie, l'exactitude que nous traquons parfois dans la narration seraient-elles la seule façon d'écouter les patients ? Ces exigences de forme et de structure ne masquent-elles pas une incapacité à être véritablement en relation avec autrui, une difficulté à l'écouter tel qu'il se présente pour nous livrer son récit ? Pourquoi sommes-nous si souvent tentés de retrouver dans ce récit un moule préétabli de ce que nous pensons être une histoire cohérente ? Pourquoi ne pas abandonner la recherche d'une vérité factuelle (celles des dates, des noms de lieux ou de personnes évoqués avec précision) quand les patients, dans les anecdotes, les moments de vie rapportées, laissent affleurer les sentiments qui colorent ainsi la palette des souvenirs. Le souvenir rapporté par un patient n'est pas la lecture de son curriculum vitae ! Les caractéristiques telles que l'aspect décousu, inachevé, lacunaire, constituent autant de ratés de l'évocation qui n'empêchent pas l'émergence des affects :

> « Le cœur a son ordre ; l'esprit a le sien, qui est par principe et démonstration ; le cœur en a un autre. On ne prouve pas qu'on doit être aimé en exposant d'ordre les causes de l'amour : cela serait ridicule[233]. »

De la même façon, le respect dû à la personne malade ne relève pas de son exigence mais de notre devoir, le patient n'a pas à prouver qu'il doit être respecté, cela est clairement décliné dans le serment d'Hippocrate. Sage leçon en vérité que de mettre un voile sur les exigences de véracité au profit d'une autre vérité, bien plus puissante : c'est souvent ce qui nous a le plus touché, impressionné, qui résiste à l'oubli. Nous avons tous fait l'expérience d'avoir oublié le contenu d'un film, tout en nous souvenant que nous avons été émus, agacés, touchés, voire transportés par l'histoire.

Le travail en neurologie nécessite une réelle souplesse adaptative, ce qui n'enlève pas les obligations de rigueur. Mais, une fois le diagnostic posé, (dans

---

[232]. Blaise Pascal, *Les Pensées*, Paris, GF-Flammarion, 1976, pensée n°282, p. 128.
[233]. *Id.*, pensée n°283, p. 129.

cette visée, le bilan est nécessaire), et les thérapeutiques mises en place, le respect du malade et le souci de privilégier la relation (quelles que soient les formes parfois surprenantes que revêt le discours), nous invitent à dépasser l'univers de la signification pour accéder à celui du sens. Or, précisément, le sens du discours du patient est parfois à saisir dans le contexte : c'est à moi que M. ou Mme X s'adresse aujourd'hui. C'est donc l'intentionnalité de la relation qui soutient et motive le dialogue (parler de quelque chose *à* quelqu'un). Cette orientation du discours adressé à quelqu'un doit retenir notre attention. Le sens, la direction du discours, s'avèrent aussi évocateurs que la pertinence des énoncés.

S'acharner à chercher une logique « rationnelle » quand l'affectif prend le dessus, c'est passer à côté de la recherche du lien qui anime l'acte de parole. C'est l'aspect « parler à quelqu'un » qu'il nous faut privilégier coûte que coûte quand la signification de l'énoncé fait défaut ou se dérobe. Ne rechercher dans ce qui est dit qu'un sens rationnel, c'est réduire la parole à un acte communicationnel, un échange d'informations standardisées et sécables en unités univoques.

La mémoire telle qu'elle est envisagée par Saint Augustin a une fonction similaire au logos chez Platon, elle permet de quitter le monde sensible pour atteindre le monde intelligible, celui des Idées. Pareille au raisonnement, grâce à son pouvoir de représentation, elle nous permet une distanciation par rapport au monde extérieur. La fragilité de la mémoire n'est peut-être que le signe de notre vulnérabilité, elle ne peut en aucun cas signifier la disparition de notre esprit qui reste au secret quand il ne peut plus se manifester. Nul besoin d'être atteint d'une maladie grave pour faire l'expérience personnelle, ô combien désagréable parfois, que notre mémoire n'est ni un muscle que nous pourrions contracter (convoquer) à loisir, ni un magnétophone sur lequel il suffirait d'enclencher la bonne touche afin qu'apparaisse aussitôt le souvenir ou l'information dont nous avons un besoin urgent. Nous connaissons tous cette résistance, cette quasi-autonomie du souvenir que nous savons posséder mais qui reste caché, tapi dans notre esprit, tel le génie de la lampe d'Aladin qui attend patiemment la formule magique pour se manifester. Dans le cadre du souvenir, la formule magique, c'est parfois le contexte, une odeur, un mot entendu ou plutôt saisi au vol, la fameuse madeleine proustienne.

C'est sans doute cette échappée du monde rationnel de la parole envisagée comme un Logos, qui s'avère le plus intolérable et qui signe le plus tragique de la maladie en dépit de toutes nos tentatives pour remédier à ce pathos. Il y aurait probablement des analogies à établir entre les soins prodigués aux déments et les soins requis par les autistes, ou à tous ceux qui semblent se dérober à une rencontre, et auprès desquels nous tâtonnons en essayant de briser le mur de silence derrière lequel ils semblent se réfugier.

Dans *Matière et Mémoire*, Bergson expose sa théorie sur les relations entre le corps et l'esprit en développant les rapports entre l'idéalisme et le réalisme. D'emblée, il introduit une définition fondamentale du souvenir qui « représente précisément le point d'intersection entre l'esprit et la matière[234] ». Cela invalide toute tentative de réduire le souvenir à une simple production cérébrale, tout en considérant la participation de la matière (du cerveau) dans l'activité spirituelle. Nous sommes bien éloignés de *L'homme neuronal* où « *l'identité* (c'est nous qui soulignons) entre états mentaux et états physiologiques ou physicochimiques du cerveau s'impose en toute légitimité[235] ». J.-Pierre Changeux prône la rencontre féconde d'une discipline avec une autre, (il cite en exemple la génétique et la biochimie qui ont donné naissance à la biologie moléculaire). Nous ne pouvons qu'acquiescer à propos du rôle majeur de la fécondation, qui préside à toute création. Dans un livre un écrit sous la forme d'un dialogue avec Paul Ricœur[236], nous constatons que chacun des deux parle dans son registre, sans qu'un véritable échange soit possible. En effet, pour résumer très brièvement les recherches de J.-Pierre Changeux, elles s'attachent à répondre à la question du « comment ça marche ? ». Le chercheur tente ainsi d'élaborer un système descriptif, alors que Paul Ricœur privilégie la question du sens, de l'interprétation et s'intéresse au « pourquoi ? ». Tout au long du dialogue entre Ricœur et Changeux, chaque protagoniste reste dans son registre de références, neurobiologiques pour le premier, philosophiques (phénoménologique et herméneutique) pour le second. Réaffirmant son approche matérialiste, Changeux accorde au terme « naturel » la signification « matérielle ». Il n'est plus question de réfléchir sur le pourquoi des

---

[234]. Henri Bergson, *Matière et mémoire, op. cit.*, p. 5.
[235]. Jean-Pierre Changeux, *L'homme neuronal, op. cit.*
[236]. Jean-Pierre Changeux et Paul Ricœur, *Ce qui nous fait penser, La nature et la règle*, Paris, Odile Jacob, 1998.

comportements éthiques, esthétiques ou religieux de l'homme mais de les rapporter à des comportements dont les fondements sont génétiques, biologiques. Dans ce contexte, comment compter sur l'approche biologique pour éclaircir notre questionnement sur la dialectique corps/esprit puisque la question de l'esprit est éradiquée ? Elle est de fait écartée par le primat du biologique, et toute l'argumentation de Changeux repose sur ce postulat initial : l'équivalence des états mentaux et des états biologiques. Quant à l'esprit, plutôt que de nous encombrer avec cette question insoluble, autant dire qu'il n'existe pas, ou que cette hypothèse est obsolète…

Le glissement insidieux du comment au pourquoi est constant. Si toutefois les « marqueurs » ou prédispositions génétiques ou épigénétiques des activités humaines étaient mis à jour dans les circuits neuronaux, la question du « pourquoi ? » resterait intacte. Nous ne saurions toujours pas pourquoi l'homme est un être doué de parole, de création artistique, de spiritualité, de morale, etc.

Ainsi, plutôt que d'admettre que les recherches les plus poussées et les plus valides du point de vue des protocoles expérimentaux ne peuvent saisir l'esprit, la mémoire ou la pensée, certains scientifiques décrètent que l'hypothèse de l'esprit est caduque. La dialectique corps/esprit se résout par l'éviction d'un de ces termes. Pour Bergson, la question de la mémoire est reliée à celle de l'esprit et il distingue « profondément la matière de l'esprit[237] », tout en reconnaissant l'union de l'âme et du corps, cette union trouvant une forme de résolution dans la mémoire.

3. Le bilan, une étape dans la relation

Le découpage de la mémoire est nécessaire pour une étude rigoureuse, scientifique, c'est-à-dire dont les conditions de passation sont reproductibles. Mais, nous ne devons pas nous leurrer sur la reproductibilité des tests. Si nous admettons que nous ne sommes jamais strictement dans des conditions psychiques identiques d'un moment à l'autre de notre existence, ce qui constitue le propre du vivant, une personne qui passera les mêmes tests à deux moments différents n'obtiendra pas forcément les mêmes résultats. C'est donc l'interprétation de ces résultats qui s'avère délicate. En effet, même deux vrais jumeaux, ou des clones,

[237]. Henri Bergson, *Matière et mémoire*, *op. cit.*, p. 200.

ne pourraient avoir deux existences équivalentes. La gémellité homozygote fournit un exemple pertinent de ce que nous abordions au début de ce chapitre, à savoir une mise en garde contre le tout-biologique. En effet, deux jumeaux partagent le même patrimoine génétique, donc les mêmes prédispositions innées. Cependant, leur existence propre se sera jamais identique l'une à l'autre.

> « Le fait que toute vie s'éprouvant soi-même dans une épreuve de soi effective et comme telle singulière porte nécessairement en elle un Soi singulier, de sorte qu'elle est une vie singulière, celle de tel moi particulier. Et cela vaut par conséquent pour toute modalité de la vie, pour l'impression la plus humble, dont aucune, disions-nous, ne saurait être celle de personne[238]. »

La subjectivité, c'est-à-dire la manière d'être au monde en tant que sujet singulier, en tant que support d'un Je et d'un Moi, diffère nécessairement d'une personne à l'autre.

Pour chaque patient, considéré à des moments différents de sa vie, il nous faudra donc tenir compte de facteurs aussi divers que la fatigue, l'humeur, les préoccupations, la motivation, etc., autant de données difficiles à appréhender d'un point de vue scientifique, mais dont les effets n'en demeurent pas moins réels. Il faudra également s'aviser de savoir qui a demandé la consultation. Notre expérience nous indique que le bilan est rarement demandé par le patient dans le cadre d'une maladie dite dégénérative, mais par le conjoint ou les enfants.

De plus, la tolérance de l'entourage minimise souvent les problèmes et le bilan est souvent effectué quand les troubles sont déjà manifestes. Il faudra également compter sur la qualité de la relation entre le « testeur » et le « testé ». Nombre de patients qui consultent pour des troubles mnésiques évoquent leur malaise et leur souffrance quand ils peinent à répondre et sont conscients de leurs difficultés. Les sentiments de honte, de diminution, d'incapacité aggravent la souffrance. Certains comparent le moment du bilan à la passation d'un examen scolaire, examen d'autant plus inquiétant que les résultats orienteront le diagnostic et confirmeront l'organicité du trouble qui reste sans remède en cas de maladie d'Alzheimer.

Ce moment douloureux, humiliant pour certains, peut entraîner une anxiété qui perturbera les conditions de concentration et donc les résultats. Il n'est pas dans notre intention de rejeter l'intérêt des bilans neurospsychologiques qui

---

[238] Michel Henry, *Incarnation, une philosophie de la chair*, *op. cit.*, p. 107.

restent, quoiqu'il en soit, une des seules façons d'appréhender un certain trouble de l'apprentissage et de l'évocation, mais de mettre en garde sur les dangers et les conséquences de leur interprétation. Un des risques le plus important consiste à réduire la personne à ses performances, fussent-elles effondrées, et de ne pas l'associer au projet de soins. Par exemple, nous pouvons omettre de l'informer des décisions qui seront prises, telles que faciliter le maintien à domicile, ou décider le « placement » en institution, quand l'entourage ne peut pas ou ne peut plus, et quelles qu'en soient les raisons, accueillir la personne.

M. D., ancien artiste, a vécu dans différents pays avant de s'établir dans la capitale. Encore jeune, M. D. a juste soixante ans, il présente un tableau clinique inquiétant : troubles de l'élocution, déficits mnésiques modérés, chutes, apraxie. Hospitalisé sur les conseils de sa voisine, le diagnostic tombe comme un couperet : il est atteint d'une dégénérescence cortico-basale[239]. Aucun traitement n'existe. M. D. est très lucide, mais la perte d'autonomie rend le maintien à domicile difficile (M. D. ne peut plus faire sa toilette, s'habiller, cuisiner, faire ses courses, son ménage, se promener, etc. sans aide). Ses enfants ne peuvent l'accueillir, il accepte à contrecœur le placement dans un long séjour dont il pressent bien qu'il sera son dernier lieu de vie. Comment expliquer à ses enfants, sans les culpabiliser, qu'il souhaite les rencontrer de temps en temps, et passer quelques heures avec ses petits-enfants ? Quelques conversations téléphoniques avec son fils ne le feront pas changer d'avis. D'après lui, l'état de son père étant sans espoir, inutile qu'il se rende à son chevet. Réaction de protection de la part de ce fils qui ne peut envisager d'être confronté à un père « défaillant » tellement transformé par la maladie ? Égoïsme diront certains membres de l'équipe, fragilité répondront les autres. Nous ne sommes pas là pour juger, nous sommes seulement démunie, impuissante. La tristesse de M. D. est tellement palpable, intense, elle émane de tout son être, comment assouplir la décision de son fils ? Sa fille et son gendre lui rendront régulièrement visite, avec leurs enfants. Nous aiderons M. D., à sa demande, à écrire à quelques amis et quelques cousins qui habitent en province et qu'il souhaite revoir avant que son état ne s'aggrave et rende tout

[239]. Dégénérescence cortico-basale : maladie sporadique provoquée par la destruction des neurones des noyaux gris centraux puis qui s'étend à l'ensemble du cortex, sans traitement efficace actuellement, le tableau clinique (apraxie, rigidité, trouble de l'élocution, dysarthrie, aphasie) évolue en quelques années, la démence est légère, l'issue est fatale, le début d'entrée dans la maladie se situe en moyenne entre 60 et 70 ans. La cause reste indéterminée.

dialogue impossible… M. D. sait que sa maladie évolue vite. Il agit en fonction de cette connaissance intuitive de son état. Il sent « sa mémoire qui lui échappe » et que « son corps devient raide, rigide ». À sa demande, je le verrai régulièrement. Accompagné par une aide-soignante du foyer-résidence, il viendra me rencontrer dans le service de neurologie où j'avais réalisé le bilan psychométrique initial. Petit à petit, les visites s'espaceront. Son état s'aggravant inexorablement rendra son transport impossible.

Cet exemple suffit à évoquer toute la complexité de l'accompagnement des malades en souffrance du fait de leur affection et des tourments générés par la maladie dans leurs relations familiales. Si le personnel soignant ne peut résoudre tous ces problèmes, il *ne doit pas* les ignorer. C'est à l'initiative de chaque équipe de décider jusqu'où elle s'autorise à intervenir et d'accepter les conséquences des actions qu'elle décidera d'entreprendre. L'infantilisation, au prétexte que la personne n'est plus en mesure de comprendre, est fréquente. À la souffrance du sentiment tragique de perdre ses capacités mnésiques, s'ajoute la dépossession de sa liberté, fût-elle très relative.

Le découpage artificiel de la mémoire afin de pouvoir l'appréhender dans le cadre d'un bilan, permet une mise à plat et une extériorisation des mécanismes de la mémoire. Ce procédé conduit à créer une représentation fictive de la mémoire. Cette fiction ne correspond pas à la réalité de la mémoire *en action* dans la vie quotidienne. Parce que cette approche de la mémoire est fictive, il s'avère difficile de déduire à partir de ces expériences, aussi ingénieuses soient-elles, une compréhension de la mémoire dans la réalité de sa complexité.

En effet, quel rapport pouvons-nous établir entre l'apprentissage imposé d'une liste de mots, de dessins ou d'un récit (en contrôlant le type de matériel à apprendre, le nombre d'essais, le nombre de rappels, le moment de ces rappels, la durée des intervalles entre les rappels, la présence d'intrus ou « faux-amis » dans les listes, etc., autant de variables expérimentales qui sont choisies et contrôlées par l'expérimentateur), et l'évocation libre, spontanée, irrépressible, parfois incongrue, d'un souvenir d'enfance, d'un film, d'un livre, au cours d'une conversation avec un ami ou un parent ? S'agit-il de la même mémoire ou des mêmes processus quand ces derniers sont sollicités à l'occasion d'un bilan demandé par un médecin pour contrôler la présence ou l'absence d'éléments

pathologiques et quand l'évocation d'un souvenir nous envahit sans que nous puissions avoir le moindre contrôle sur son avènement ?

Comment mesurer l'influence de la relation patient/expérimentateur dans la réussite d'une tâche ? Les patients évoquent diversement le moment du bilan. Il est vécu soit comme un exercice scolaire, soit comme une occasion de vérifier l'intégrité de leurs capacités. Le bilan offre aussi l'opportunité d'évoquer leur inquiétude…

La formalisation des lois de Ribot[240] est dépassée, il n'est plus possible de considérer la mémoire sous le seul aspect du découpage traditionnel et tripartite : enregistrement, mémorisation, rappel. De la même façon, le modèle de la trace qui laisse une empreinte sur un morceau de cire est obsolète. La mémoire humaine, qui est en quelque sorte mise à l'épreuve (qui s'éprouve) dans le souvenir, dans la remémoration mais aussi à la faveur de l'oubli, n'est pas un ensemble figé de traces indélébiles. La spécificité du traumatisme psychique, tel qu'il est appréhendé dans la clinique psychiatrique, consiste à créer une trace, un engramme rigide. Cette trace qui ne peut être ni assimilée, ni intégrée, ni dépassée, ni oubliée, fige en quelque sorte la pensée et perturbe durablement certaines personnes. Ces personnes, atteintes de psycho-traumatismes, restent comme sidérées, incapables de continuer à mener une existence supportable après le traumatisme. En proie à des troubles du sommeil, des cauchemars, des troubles anxieux (attaques de panique) ou phobiques invalidants, elles revivent sans cesse l'épisode d'agression dont elles ont été victimes.

L'étude de la mémoire et de ses troubles a permis de dévoiler des processus complexes, variables, parfois instables dans leur expression, modifiables selon la vigilance et l'état psychique de la personne. Par exemple, l'expérience clinique met en évidence une prépondérance de l'évocation des souvenirs à connotation affective triste chez les personnes souffrant de dépression, comme en témoigne le récit de leur vie au cours des entretiens. Ce constat empirique soulève deux hypothèses : soit la coloration affective d'un souvenir dépend davantage de l'état psychique actuel de la personne au moment du rappel que de son humeur au moment où l'événement évoqué s'est déroulé, soit la dépression génère une sorte

---

[240]. Théodule Ribot, philosophe français (1839-1916). A partir de l'analyse des maladies de la mémoire, il va tenter d'établir les règes de fonctionnement de la mémoire humaine et publie : *Les maladies de la mémoire*, réédition, Paris, L'Harmattan, 2008.

de filtre sélectif qui oriente le choix des souvenirs vers des événements tristes ou douloureux. À moins que ces deux phénomènes ne coexistent…

Très souvent, les personnes atteintes de pathologies neurologiques souffrent également de dépression. Cela vaut pour la démence, les AVC, mais aussi à la suite d'un traumatisme crânien, au cours de la maladie de Parkinson ou de la sclérose en plaques. D'où la nécessité de ne pas se limiter à l'étude du trouble mnésique (ou d'autres déficits cognitifs), présent dans toutes les pathologies précitées, pour développer une approche plus humaine du soin. En aucun cas la relation thérapeutique ne doit être limitée à un rapport évaluateur/évalué, et la passation de tests reste un outil d'aide au diagnostic, débarrassé de tout jugement quant à la « valeur » de la personne. La dignité d'une personne n'est pas quantifiable, étant elle-même une valeur absolue, elle résiste à toute tentative d'évaluation :

> « Chacun n'est plus considéré dans le prix infini de son être d'esprit, s'il est mesuré à ses performances, à ses capacités, à son rôle d'agent producteur, à son chiffre de consommation, l'inégalité des forces s'impose comme unique réalité comparée à l'identité du droit présumée par la fonction politique[241]. »

Nous devons d'abord nous demander si la mémoire ou plutôt sa mise en œuvre dans l'acte du rappel est intentionnelle ou pas, si elle est dépendante de notre volonté. Une autre possibilité serait de considérer la mémoire comme une capacité de l'esprit qui jouirait de son autonomie propre. À moins que la mémoire ne soit une disposition de l'esprit suffisamment complexe pour appartenir à la catégorie des actes volontaires, sans échapper pour autant à une causalité inconsciente. Ce déterminisme induirait la présence d'un processus de filtrage entre la réserve des souvenirs et leur évocation consciente.

Saint Augustin distingue entre les souvenirs qu'il appelle, ceux qui « se laissent rechercher assez longtemps, et comme arracher à des entrepôts tout en recoins[242] », ceux qui « se ruent pêle-mêle […] et bondissent au premier plan[243] » et enfin ceux qui « arrivent, sur demande, impeccablement rangés[244] ». Augustin décrit finement comment la remémoration procéde d'une démarche volontaire et

---

[241]. Claude Bruaire, *L'être et l'esprit*, *op. cit*., p. 13.
[242]. Saint Augustin, *Les Confessions, op. cit.,* Livre X, VIII, 12, p. 989.
[243]. *Id.*, p. 989.
[244]. *Ibid*., p. 989.

intentionnelle, sans être coupée pour autant d'un socle involontaire, inconscient, ce qui implique une forme d'autonomie dans le processus de rappel.

Enfin les troubles, les accidents de mémoire que nous rencontrons au quotidien, ne sont pas l'apanage de la personne malade. Nous sommes tous confrontés aux effets incontrôlables de la mémoire et à ses ratés. Les plus fréquents, tels que ne pas parvenir pas à retenir une information maintes fois répétée, avoir un « trou » de mémoire, commettre une fausse reconnaissance, peuvent être classés selon un découpage simple : défaut d'apprentissage, déficit du rappel volontaire, trouble de la reconnaissance. Chacun d'entre nous a fait l'expérience de ces difficultés. La fréquence du trouble, son aggravation, notre état émotionnel, la réaction de nos proches au moment de son apparition, tous ces facteurs participent à son interprétation. La ligne de partage entre la connotation normale ou pathologique d'un déficit est souvent sinueuse. Nous savons à quel point un conjoint, une famille, peuvent minimiser pendant des années l'importance des troubles mnésiques et demander une consultation « en urgence », débordé par l'incapacité à faire face aux fugues, aux troubles du comportement etc., alors qu'une personne déprimée, anxieuse, consultera spontanément pour des troubles mnésiques mineurs qui lui font redouter un diagnostic d'organicité.

Le ressenti éminemment subjectif de la souffrance consécutive au déficit mnésique n'est pas corrélé à l'importance des déficits tels qu'ils sont quantifiés au cours des tests. À l'issu d'un bilan rassurant, au sens où les résultats obtenus sont dans les normes voire même supérieurs, certaines personnes sont étonnées d'un tel décalage entre leur éprouvé subjectif (« j'ai des pertes de mémoire qui m'inquiètent ») et l'interprétation « objective » du soignant. Ce décalage nous renvoie à une prudence dans l'utilisation des statistiques, elles n'ont pas pour vocation de « traduire » un éprouvé subjectif. La plainte mnésique déborde amplement l'analyse des procédés de la mémoire, elle est plainte de l'esprit, de l'âme, du psychisme, bref de notre humanité, de notre condition d'existence. Mais pour autant, qu'est-ce qui nous autorise, ainsi que le préconise Locke, à penser qu'il existe une équivalence entre la mémoire, la conscience et l'identité ? Ne faut-il pas plutôt envisager la continuité ou la discontinuité entre ces états avant de les décréter similaires ?

Saint Augustin s'est penché sur les mystères de la mémoire : ce « sanctuaire immense et infini ![245] » qui nous renvoie d'emblée à des phénomènes d'une formidable complexité, irréductibles à un examen simple. Si l'esprit est « donc trop étroit pour se posséder lui-même[246] », comment parvenir à retrouver une cohérence derrière l'apparent désordre qui perturbe les processus mnésiques des patients « déments » ? Si l'esprit ne peut se comprendre lui-même, et si la mémoire est bien un phénomène de l'esprit, pouvons-nous conclure qu'une pathologie de la mémoire est le signe d'une souffrance de l'esprit ? Nous rappelons que le trouble de mémoire constitue souvent le signe clinique majeur, requis absolument et ceci quelle que soit la classification nosologique utilisée pour poser un diagnostic de démence.

La mémoire est bien nécessaire, essentielle et participe activement et de façon continue à la constitution de notre personne. Saint Augustin nous invite à ne pas la réduire à un ensemble de phénomènes observables et quantifiables, il compare l'évocation du souvenir à un miracle. « Voici ma mémoire, et ses larges espaces, ses antres et ses cavernes, innombrables, le tout peuplé à l'infini d'innombrables espèces d'objets[247] », tels sont les propos émerveillés d'Augustin confronté à la puissance de sa mémoire. La mémoire se dérobe à une analyse univoque et simpliste.

L'émergence du souvenir ne s'apparente-t-elle pas à une forme de dévoilement qui nous ramène à notre être authentique et intime ? D'une certaine façon, la mémoire ne ment pas, imparfaite, incomplète comme l'être humain, elle se trompe ou plutôt nous trompe quand nous modifions, à notre insu, certaines caractéristiques d'un souvenir. Mais le moment de l'émergence inopinée de tel ou tel souvenir est toujours le signe que quelque chose du présent ravive un moment particulièrement investi de notre passé. C'est ce qui dure dans notre être qui est ainsi préservé des outrages du temps. Freud disait à juste titre que l'enfant est le père de l'homme, les souvenirs d'enfance gardent une saveur incomparable. Nous pouvons taire l'évocation d'un souvenir, nous pouvons masquer plus ou moins adroitement l'effet qu'il produit dans notre être, nous pouvons même le refouler, l'oublier consciemment, la source ne sera pas tarie pour autant.

---

[245]. *Ibid.,* Livre X, VIII, 15, p. 991.
[246]. *Id.,* p. 991.
[247]. *Id.,* Livre X, XVII, 26, p. 998.

La redondance avec laquelle certains patients évoquent des moments particuliers de leur existence indique à quel point l'émergence de ces souvenirs s'avère signifiante dans le cadre d'une existence particulière : telle patiente, d'origine étrangère, aborde à presque tous les entretiens la date de naissance de sa mère, justement le jour de la fête nationale, comme une sorte de preuve indispensable de son attachement à la communauté française. Telle autre évoque inlassablement un accident de charrette au cours duquel elle faillit perdre la vie, quand elle était fillette. Tel patient, enfin, ne reconnaissant plus sa femme, « avoue » après des années de vie commune, l'existence d'une autre compagne dont il recherche en vain la présence, et nomme sa femme par le prénom de cette compagne. N'est-ce pas là une (é)preuve, aux conséquences parfois dramatiques, que « le passé tend à reconquérir son influence perdue en s'actualisant[248] » ? Ce sont ces souvenirs purs, parfaits (pour reprendre la terminologie de Bergson) qui résistent le plus longtemps à l'avancée de la maladie.

Or l'acte de mémoire, tel qu'il s'exprime à travers tout témoignage, ne peut se réduire à un état du cerveau. Aucune inscription n'est déchiffrable stricto sensu dans les réseaux neuronaux qui constituent le cortex. Nous devons rester vigilants quant à l'interprétation des images obtenues par les moyens d'investigation sophistiqués dont nous disposons. L'IRM, le pet-scan, les scintigraphies nous donnent des renseignements sur des échanges métaboliques (sucre, oxygène, etc.) et sanguins au cours de l'activité cérébrale. Nous établissons des corrélations entre les images (internes) et les processus (extériorisés par le recueil d'informations au cours de tests par exemple). L'activation des traces mnésiques est déduite par la présence de signaux physiologiques par pure analogie spéculative. Il y a bien une différence de *nature* et de qualité entre nos états mentaux et les états cérébraux qui leur sont corrélatifs et simultanés. Nous devons faire un saut intellectuel si ce n'est conceptuel, et changer de registre, pour déceler, pour « voir » dans des marqueurs de l'activité cérébrale un fonctionnement de la mémoire.

---

[248]. Henri Bergson, *Matière et mémoire, op. cit*., p. 146.

4. Mémoire et esprit

Parce que le cerveau est bien « un instrument d'action, et non de représentation[249] », et que le « souvenir pur est en effet, par hypothèse, la représentation d'un objet absent[250] », la mémoire pour Bergson est bien un effet de l'esprit, non du cerveau. Nous retrouvons une aporie fondamentale à notre propos : que connaissons-nous de l'esprit en dehors des phénomènes dans lesquels il se déploie ? « S'il *n'est pas ce qu'il fait*, pas ce qu'il œuvre, ni le langage communiqué ni l'exposition de l'idée, ni le fruit de son animation[251] », quelle pensée monomaniaque nous conduit à traquer et rechercher une trace ou une production matérielle de l'esprit ? Pourquoi ne pas nous « limiter » à une approche de ses manifestations et accepter que l'essence de l'esprit reste indéfinissable, au sens où elle échappe à toute tentative d'enfermement dans un savoir clos ? Pourquoi douter de la présence de l'esprit qui relève d'une catégorie de concept se dérobant à une analyse limitée ou à une description exhaustive d'un point de vue strictement performatif ?

À nouveau nous nous référons à la pensée de Bergson : « c'est pourquoi le sens commun croit à l'esprit. Il nous a paru que la philosophie devait adopter ici l'attitude du sens commun[252] ». Cette affirmation qui relève de la sagesse populaire est revendiquée par le philosophe. Pourquoi chercher à valider cette intuition fondatrice de l'humanité dans son ensemble, (par opposition aux animaux dotés de leurs seuls instincts), par une quelconque science expérimentale qui ne pourra pas définir le principe dont elle est elle-même une des conséquences ? Car c'est bien notre réflexion, le travail de notre pensée qui produit des systèmes d'accès au savoir tels que la méthode expérimentale. La formule de Bergson relève d'une approche empirique, d'une évidence dont nous faisons l'expérience continûment. Cette connaissance n'est pas de l'ordre d'un savoir théorique, lequel est précisément ce que tentent d'atteindre et de cerner les « sciences » telles que la psychologie cognitive, expérimentale, la neurologie, etc. Nous oublions bien souvent que :

---

[249]. *Id*., p. 78.
[250]. *Ibid*., p. 79.
[251]. Claude Bruaire, *L'être et l'esprit, op. cit*., p. 30.
[252]. Henri Bergson, *Matière et mémoire, op. cit.,* p. 76.

> « La science ne pense pas. Elle ne pense pas, parce que sa démarche et ses moyens auxiliaires sont tels qu'elle ne peut pas penser – nous voulons dire penser à la manière des penseurs[253]. »

Mais, pour Heidegger, cette incapacité qu'a la science de penser est « bien un avantage[254] », car il s'agit de considérer la différence de registre entre la science et la pensée, et d'admettre « qu'il n'y a pas de ponts qui conduise des sciences vers la pensée, il n'y a que le saut[255] ». Ce regard porté par Heidegger sur la science et la technique nous libère en quelque sorte dans notre approche des troubles de la mémoire, elle nous déleste de notre volonté de puissance. Pourquoi vouloir comprendre absolument ce qui reste une énigme ? Notre acharnement à élucider par tous les moyens est vain. Car il nous faut bien admettre que la pensée, l'esprit et la mémoire restent essentiellement des énigmes et résistent à toute tentative d'explication définitive.

Ce constat ne nous empêche pas d'étudier les conséquences, les effets de certaines pathologies, sans oublier que le but n'est pas seulement de comprendre les mécanismes, ou l'origine des déficits ainsi dévoilés, mais de soigner, d'accompagner, d'aider les personnes. Une personne, même atteinte de troubles graves de la mémoire au point que les résultats aux tests soient « catastrophiques » ou ininterprétables, reste une personne. Même si nous parvenions à élucider les mécanismes physiopathologiques qui accompagnent les troubles de la mémoire, nous n'aurions pas pour autant progressé dans le soin porté aux personnes malades.

À notre insu, nous sommes probablement instrumentalisés, agis par la technique, mûs par un retournement qu'Heidegger avait déjà pressenti. Le problème de la technique « moderne », telle qu'elle est envisagée par Heidegger, réside dans l'utilisation qu'elle fait du monde physique, de la nature. L'essence de la technique, dans son acception actuelle qui n'est plus celle de la *tekhnè* grecque, tente d'opérer un dévoilement complet, de nous couper de la contemplation, de la pensée. La technique considère le monde en tant que ce qu'il peut produire. Ce danger exposé par Heidegger consiste non pas dans l'utilisation des machines, qui ne sont qu'un moyen de production ou de rentabilité supérieure, mais de prendre

---

[253]. Martin Heidegger, *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, Coll. « Tel », 1999, p. 157.
[254]. *Id.*, p. 157.
[255]. *Ibid.*, p. 157.

l'homme lui-même comme un moyen, un outil au service de la technique. C'est ce retournement lui-même qui constitue une menace :

> « La menace qui pèse sur l'homme ne provient pas en premier lieu des machines et appareils de la technique, dont l'action peut éventuellement être mortelle. La menace véritable a déjà atteint l'homme dans son être. Le règne de l'Arraisonnement nous menace de l'éventualité qu'à l'homme puisse être refusé de revenir à un dévoilement plus originel et d'entendre ainsi l'appel d'une vérité plus initiale[256]. »

Cet effet du voilement de l'éthique par la technique est souvent insidieux, mais ses conséquences sont concrètes. En effet, selon Heidegger, « l'essence de la technique n'est absolument rien de technique[257] », elle opère par dé-voilement. Si donc, la technique dévoile, c'est parce qu'elle assigne à la nature une fonction d'utilisation. Le monde est sommé de répondre aux effets de la technique. Par ces effets, la nature est transformée, « elle est mise en demeure de livrer une énergie qui puisse comme telle être extraite *(herausgefördet)* et accumulée[258] ». Les exemples donnés, celui du champ initialement cultivé par le paysan réduit à un champ sollicité afin de produire de façon industrielle et intensive, celui du Rhin tel qu'il fut loué par Hölderlin et le Rhin actuel, « objet pour lequel on passe une commande *(bestellbar)*, l'objet d'une visite organisée par une agence de voyages, laquelle a constitué *(bestellt)* là-bas une industrie de vacances[259] », illustrent la mainmise de la technique sur la nature. Ce passage de la *tekhnè* dans la Grèce antique qui référait le savoir-faire à la science (*épistémé*), à la technique moderne qui asservit le monde en objet de production, ne laisse pas indemne les sciences médicales.

La médecine, qui associe inévitablement ces deux registres : pratique et science, risque d'être dénaturée singulièrement si la pratique est annexée par le savoir. Quand l'homme malade est assigné à un rôle : se soumettre à de multiples investigations dégagées des questions relatives à la pratique dont l'origine et la finalité sont l'éthique, la recherche du bien, alors nous pouvons craindre une perversion de la médecine qui risque de devenir un objet pour la technique. Qu'en est-il de la technique, ou plutôt de l'essence de la technique dans ses relations avec l'homme malade ? Constatons-nous des similitudes dans le monde médical, et plus précisément celui de la neurologie ? C'est encore en suivant la pensée de

---

[256]. *Ibid*., pp. 37-38.
[257]. *Ibid*., p. 9.
[258]. *Ibid*., p. 20.
[259]. *Ibid*., p. 22.

Heidegger, en essayant de lui rester le plus fidèle, au plus près du langage où elle se déploie, que nous trouvons une indication pour répondre. En effet, la technique arraisonne la nature, et nous considérons mot à mot la définition donnée par Heidegger à propos de l'arraisonnement :

> « La technique arraisonne la nature, elle l'arrête et l'inspecte, et elle l'ar-raisonne, c'est-à-dire la met à la raison, en la mettant au régime de la raison, qui exige de toute chose qu'elle rende raison, qu'elle donne sa raison. – Au caractère impérieux et conquérant de la technique s'opposeront la modicité et la docilité de la "chose"[260] . »

Ainsi, le monde instrumentalisé par la technique est sommé d'être rentable, utile, productif, utilisable. Si nous substituons au mot « chose » ou au mot « nature », le terme homme, « chose » étant à considérer comme une catégorie générique, cette utilisation de la technique pour trouver par des investigations de toutes sortes, l'explication « scientifique » des troubles de mémoire, s'avère tellement fréquente que nous n'y prêtons plus attention. Le danger réside dans l'oubli de l'être, qui est un des thèmes de prédilection de Heidegger. Or le malade, soumis à de multiples examens, n'est-il pas parfois oublié, ou du moins voilé, occulté ? Quelques pratiques courantes témoignent de cette occultation : les résultats de certains examens ne sont pas communiqués (nous devrions écrire traduits tant l'interprétation des examens est souvent difficile pour un « non-initié »), le malade n'est pas toujours prévenu de la passation de tel ou tel examen, étant admis une bonne fois pour toutes qu'il est d'accord, ou qu'il n'a pas à remettre en question le bien-fondé de ces pratiques puisqu'il ne connaît pas leur finalité, finalité qu'on a souvent omis de lui expliquer.

En fait, le système de soins tourne parfois sur lui-même et de nombreux prétextes, souvent bien réels : faute de temps, manque de personnel, défaut d'organisation, altération des capacités de compréhension des patients, alimentent cet oubli de l'être-malade. Un patient qui pose beaucoup de questions est toujours soupçonné d'être angoissé (au mieux), pénible (au pire). Le mérite de Heidegger est bien d'avoir recentré l'intérêt porté au langage dans sa fonction poétique et pas seulement logique. Il suffit de se laisser emporter quelques secondes par le titre si éloquent *Je ne suis pas sortie de ma nuit*[261], où l'expression métaphorique condense si bien l'obscurcissement de la pensée, pour retrouver, y compris chez

---

[260]. *Ibid*., note de bas page n°1, p. 26.
[261]. Annie Ernaux, *Je ne suis pas sortie de ma nuit*, Paris, Gallimard, Folio, 1999.

les déments, la fonction poétique du langage. Nous sommes proches de la conception de Kierkegaard : « Le vieillard perd la mémoire, faculté qui disparaît en général la première. Cependant, il a quelque chose du poète : l'imagination populaire voit en lui un prophète animé du souffle divin[262] ». Sans doute la mère d'Annie Ernaux, comme bien d'autres personnes frappées de troubles mnésiques pathologiques, ressentait-elle avec acuité le crépuscule de la raison étendre son emprise.

Nous livrons un exemple récent où les protocoles de recherche envahissent la pratique médicale au risque d'occulter la question du soin. M. W., une soixante d'années, est hospitalisé depuis quelques semaines, le tableau clinique est évocateur d'une démence d'évolution très rapide. En quelques mois, M. W. est devenu grabataire, il ne parle plus, semble vraiment perplexe, hagard. Toutes sortes d'examens ont été pratiqués afin d'écarter les causes de démence rapide (Maladie de Kreutzfeld-Jacob, encéphalopathies, tumeur cérébrale, etc.) D'autres examens excessivement sophistiqués sont demandés dans d'autres hôpitaux, bien que le diagnostic de syndrome démentiel soit posé. Le but des examens consiste à documenter le dossier, bien plus qu'à aider le patient dont l'état s'aggrave inexorablement. Il faut absolument trouver une raison, une explication à cette situation tragique, mais tout au plus trouvera-t-on un marqueur, une corrélation entre les images recueillies et la démence. Aucun traitement curatif n'est envisageable, l'équipe sociale doit lui trouver un lieu pour mourir…

Il s'agit donc de repenser les troubles de mémoire revisités par le souffle de l'esprit et du désir, et considérer l'apport de penseurs fondamentaux comme Bergson, Heidegger ou Saint Augustin pour accepter le saut nécessaire entre cérébralité et mémoire. Cette question du saut méritait un détour. Le saut est nécessaire du point de vue des approches auxquelles nous nous référons en neurologie. Nous ne pouvons comprendre (au sens de prendre avec, prendre en considération) les personnes malades et leurs déficits si nous nous enfermons dans une approche neurobiologique ou cognitive.

À titre de rappel, l'approche cognitive s'intéresse aux comportements, grâce à l'étude des processus mnésiques et des déficits mis en évidence par des tests, et

---

[262]. Søren Kierkegaard, « in vino veritas » un ressouvenir rapporté par William Afham, Stades sur le chemin de la vie, Paris, Robert Laffont, Bouquins, 1993, p. 806.

l'approche neurobiologique étudie les réseaux neuronaux en incluant l'étude des structures élémentaires, les molécules. Pour certains chercheurs, il est possible de trouver une continuité de relations, entre le niveau « inférieur », le niveau de base, à savoir les molécules, et le niveau « supérieur » situé en haut de la chaîne, caractérisé par « des fonctions aussi intégrées que la perception du beau ou la créativité scientifique[263] ». Cette recherche s'apparente à un défi, il s'agit de partir à « la conquête de l'esprit[264] » dans la droite ligne des découvertes de Copernic, Darwin et Freud.

L'esprit dans sa version neurobiologique est l'équivalent du *mind,* perdant sa conception classique de principe immatériel, il devient objectivable. Conscient de l'extrême difficulté à élaborer une conception qui unisse à la fois l'approche neurobiologique et la philosophie, J.-P. Changeux écrit cependant qu'il faut « définir les points d'accord et, plus important encore, [de] désigner les lignes de fracture, [de] mettre en relief les espaces *qu'il faudra un jour ou l'autre combler*[265] ». (souligné par nous) Pourquoi vouloir combler ce qui n'est pour le moment même pas clairement défini ? Pourquoi utiliser une approche réductionniste, et ne pas s'intéresser plutôt à une approche qui tienne compte des divers niveaux de réalité tels qu'ils sont exposés par Basarab Nicolescu[266] ?

L'hypothèse du dessein intelligent ou de l'orientation téléologique sous-jacente aux anciennes conceptions relatives à l'existence de l'univers a été remplacée par une autre conjecture : les sciences doivent tout expliquer, le destin de l'approche scientifique est de donner raison de tout. Cette tentation est réfutée par Basarab Nicolescu qui nous rappelle que le monde est vivant, donc changeant. En tant qu'il vit et qu'il est mouvant (nous retrouvons une thèse chère à Bergson), il se dérobe à un projet d'explication totale et définitive :

> « Je crois que l'attitude correcte (là il y a un pas important à faire dans les mentalités) est de concevoir tout simplement la réalité comme un cristal qui a différentes facettes. Evidemment chaque facette représente un autre visage de la réalité. Souvent radicalement différent d'une autre facette. Sciences et religions, sciences et traditions, arts et religions etc. Mais quand même le cristal est le même… La réalité est une et multiple à la fois. Si on réalise en soi-même que la réalité peut être à la fois une et multiple, à ce moment là il y a

---

[263]. Jean-Pierre Changeux et Paul Ricœur, *Ce qui nous fait penser, La nature et la règle, op. cit.,* p. 11.
[264]. *Id.,* p. 11.
[265]. *Ibid.*, p. 12.
[266]. Basarab Nicolescu, physicien français d'origine roumaine, né en 1942, il est spécialisé dans la théorie des particules et s'intéresse aux relations entre les sciences, l'art, les religions, la poésie, les traditions, dans une visée transdisciplinaire et évoque la question des différents niveaux de réalité.

> une attitude qui me semble non seulement correcte, mais nécessaire pour dépasser l'impasse dans laquelle se trouve le monde actuel. C'est-à-dire concevoir ces différentes approches de la réalité comme complémentaires[267]. »

Ces différents niveaux de réalité, nous les retrouvons dans la question du passage et de la transformation des sensations, localisées dans le cerveau, en opinions et mémoire, puis en savoir. Cette transformation est déjà abordée par Platon dans *Le Phédon*[268]. Écartant le sang, l'air ou le feu comme causes de la pensée, Socrate interroge Cébès sur l'implication du cerveau dans les opérations de la pensée, et sur la genèse de ces opérations :

> « [est-ce le cerveau] qui nous procure les sensations auditives, visuelles, olfactives, desquelles *naissent* mémoire et opinion, puis, quand la mémoire et l'opinion ont acquis la stabilité, elles donnent, en vertu de cette même stabilité, *naissance* à du savoir ?[269] » (souligné par nous)

Puis, continuant sa réflexion, il finit par avouer son « incapacité naturelle à ce genre de recherche[270] ». Ce qui nous semble crucial dans ce texte, c'est de suivre le cheminement intime du questionnement de Socrate, son humilité et sa prudence quand il essaie d'attribuer une explication définitive à l'origine et à la cause de la pensée et du savoir. Comment se forment les pensées, quel est le rôle précis de la mémoire, y a-t-il une différence de nature entre sensations, opinions, mémoire et savoir ? Ce sont des questions qui restent ouvertes.

Dépassant le dualisme habituel âme/corps, Platon évoque dans le *Timée* la nécessité de ne pas « exercer l'âme sans le corps, ni le corps sans l'âme[271] ». De fait, le questionnement sur les relations matière/esprit nourrit toute la réflexion philosophique depuis des siècles.

De fait, les théories scientifiques sont destinées à devenir caduques et remplacées par d'autres. Ou bien, certaines théories restent valables dans certains domaines et inadaptées dans d'autres. Dans le champ de la physique, la physique quantique et la théorie de la relativité ne couvrent pas les mêmes niveaux de réalité. Or, la méthode des neurosciences reste prisonnière d'un présupposé : les neurosciences doivent expliquer le tout de l'homme. À l'origine du devoir « tout

---

[267]. Basarab Nicolescu, *La vallée de l'étonnement, Le monde Quantique*, par Michel Camus, France-Culture, http://www.caravancafe-des-arts.com/Basarb-Nicolescu-Le-Monde-quantique.htm
[268]. Platon, *Le Phédon*, Paris, Paris, GF-Flammarion, 1997.
[269]. *Id*., Platon, *Phédon*, *op. cit.,* p. 272, 96b.
[270] *Ibid*., p.272. 96c.
[271]. Platon, *Timée*, *op. cit*., p. 465, 88b.

expliquer », c'est bien sûr du côté de la volonté des chercheurs que nous devons tourner notre regard, puisque nous l'avons rappelé, la science ne pense pas.

D'après Yves Christen, rédacteur en chef de la revue *Alzheimer Actualités*, le dernier ouvrage de J.-P. Changeux *Du vrai, du beau, du bien. Une nouvelle approche neuronale*[272] le place après Diderot, Spinoza et Darwin, « le trio leader de la pensée philosophico-biologique[273] ». Il continue à avancer sur la piste d'une continuité entre ce qui nous paraît davantage relever de registres différents, il n'existe pas de théorie unifiante, susceptible de tout expliquer.

Cette absence de débat authentique sur le fond peut justifier toutes sortes de pratiques – greffes de cellules fœtales dans le traitement de certaines maladies neurologiques (chorée de Huntington, maladie de Parkinson), dépistage et conseil génétique sans réel accompagnement, expérimentation médicale sur des embryons humains surnuméraires (et déjà orphelins avant d'avoir vu le jour !) – pour ne citer qu'elles ; pratiques dûment approuvées à titre exceptionnel, même si ce n'est qu'à titre consultatif, par le Comité Consultatif National d'Ethique[274].

Bergson nous préserve de trouver une puissance cachée dans la matière (le cerveau) et considère l'esprit, irréductible à une définition univoque, comme principe et source de la mémoire. Il parle du corps comme « d'une limite mouvante entre l'avenir et le passé, comme d'une pointe mobile que notre passé pousserait incessamment dans notre avenir[275]». Comment interpréter les déambulations, fugues et autres comportements moteurs pour nous si difficiles à tolérer, si nous n'essayons pas d'accorder le crédit d'un sens, même s'il échappe à une logique directement rattachée au présent immédiat. Mais il ne faut pas transformer cette recherche, cet espoir (la quête du sens) en tyrannie. L'explication pertinente à tout prix n'est pas toujours bénéfique pour accompagner les patients. Ne pouvons-nous baisser les bras devant ce qu'il est habituel de dénommer « troubles du comportement » et oublier la recherche d'une logique ?

Ne disons-nous pas souvent à propos des personnes démentes qui se refusent à toutes conduites « logiques et adaptées » qu'elles se comportent comme des

---

[272]. Jean-Pierre Changeux, *Du vrai, du beau, du bien. Une nouvelle approche neuronale*, Odile Jacob, 2009.
[273]. Alzheimer Actualités, Lettre d'informations sur les désordres cognitifs liés à l'âge, Bimestriel, Janvier-Février 2009, n°202, Épigen-Éthique, Yves Christen.
[274]. *Libération*, 6 mai 1997, « La deuxième vie des embryons ».
[275]. Henri Bergson, *Matière et mémoire*, *op. cit.*, p. 82.

enfants ? Derrière cette réflexion simpliste, n'assistons-nous pas à un effort tout autant désespéré qu'inefficace de la part des malades pour lutter contre le temps qui passe inexorablement ? L'hypothèse d'après laquelle le comportement des patients est interprété comme une régression (inconsciente) est en partie soutenue par les tenants (la plupart sont psychiatres et gériatres d'orientation psychanalytique) d'une explication psychodynamique de la démence. Dans cette visée, le « phénomène » démentiel serait un rempart contre l'angoisse de mort.

Si le cerveau « en tant qu'image étendue dans l'espace, n'occupe jamais que le moment présent[276] », il serait vain de chercher la trace matérielle de nos souvenirs dans nos circonvolutions, même si nous admettons par ailleurs que la matière est une des conditions consubstantielles de la vie, sans pour autant enfermer celle-ci dans un déterminisme purement biologique :

> « Une condition biologique, aussi nécessaire soit-elle, ne peut donc pas être traitée comme une cause mécanique, et l'être qui doit pourtant la vie à cette condition ne peut pas être considéré comme son effet[277]. »

Ainsi donc, même si l'atteinte physiologique du cerveau joue un rôle incontestable dans les maladies neurologiques et reste la piste de recherche privilégiée pour les neurobiologistes qui étudient les réseaux neuronaux, cela n'autorise pas la non-prise en compte de la souffrance et de la détresse des patients et de leur famille. Évoquant la conscience (pour lui indissociable de la mémoire) Bergson nous rappelle :

> « qu'il y ait solidarité entre l'état de conscience et le cerveau, c'est incontestable. Mais il y a solidarité aussi entre le vêtement et le clou auquel il est attaché, car si l'on arrache le clou, le vêtement tombe… Ainsi de ce que le fait psychologique est accroché à un état cérébral, on ne peut conclure au "parallélisme" des deux séries psychologique et physiologique[278]. »

Le débat récurrent au sujet de l'euthanasie (les partisans en faveur d'une loi évoquent une limitation des abus – nous pensons qu'elle restreindrait dramatiquement l'espace vital de la délibération, condition nécessaire à toute pratique médicale non réduite à la simple gestion des cas ou à l'application de procédures) occulte le drame de la solitude et de l'abandon. Il faudrait supprimer toute vie pour se garantir de ne jamais rencontrer faiblesse, maladie, atteinte physique ou psychique, souffrance, handicap…à moins de trouver la séquence de

---

[276]. *Id.*, p. 165.
[277]. Dominique Folscheid, « L'embryon, ou notre plus-que-prochain », *Revue Éthique*, n° 4, Paris, Éditions Universitaires, mai 1992, p. 30.
[278]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.*, pp. 4-5.

gènes porteurs du « surhomme », et de se garantir de tous risques ! Mais qui définira les critères de ce nouveau « surhomme » ? Au cours d'un entretien au cours duquel il aborde la question de la mort, Jankélévitch nous donne son point de vue sur l'alternative entre une vie courte, mais qui serait une « véritable vie, une vie d'amour, etc., ou bien alors une existence indéfinie, sans amour, mais qui n'est pas du tout une vie, qui serait une mort perpétuelle[279] ».

La vie bonne, celle qui serait choisie par beaucoup d'hommes, d'après lui, serait la vie sous les auspices de la joie et de l'amour, de la ferveur et de l'intensité. C'est également le message délivré par Éric-Emmanuel Schmitt, dans sa pièce *Oscar et la dame en rose*[280]. Nous n'avons pas ici à débattre sur les qualités d'une vie bonne ou médiocre, mais nous rappelons que la maladie, la durée, les péripéties d'une vie ne sont pas des critères qui déterminent sa « valeur ».

Comme nous le rappelle Aristote « la vieillesse ne tient pas à une quelconque *affection* (souligné par nous) de l'âme, mais du sujet où elle se trouve[281]». Cette formulation quelque peu énigmatique, opaque, en première lecture, mérite que nous nous penchions sur sa signification. Un peu plus loin dans le texte, Aristote compare l'absence des effets de la vieillesse sur l'âme à ceux de l'ivresse et de la maladie, qui affectent le sujet et non l'âme. Cet aspect non corruptible de l'âme, que ce soit par la maladie, la vieillesse ou l'ivresse, peut être rapproché de la nature de l'esprit, également incorruptible selon Claude Bruaire. De même, Aristote reconnaît bien que : « la pensée, par conséquent, et la spéculation sont en déclin lorsque dépérit quelque autre chose en nous, mais en soi, c'est une réalité qui ne s'affecte pas[282] ». Quelle est cette « autre chose » qui dépérit ? Est-ce ce que nous appelons l'élan vital, la capacité d'espérer, de faire des projets ? Aristote, comme le suggèrent certains commentateurs, fait-il une référence pour le moins peu explicite aux organes sensoriels qui subissent les effets de vieillissement ? Cette formule d'Aristote nous rappelle les réflexions coutumières que nous entendons bien souvent, du type : « il n'a pas l'âge de ses artères, il fait plus, il fait moins que son âge, il fait vieux avant l'âge, ce n'est plus

---

[279]. Vladimir Jankélévitch, *Penser la mort ?* Paris, Éditions Liana Levi, 1994, p. 40.
[280]. Éric-Emmanuel Schmitt, *Oscar et la dame en rose,* Paris, Albin Michel, 2002.
[281]. Aristote, *De l'âme*, Paris, GF-Flammarion, 1993, p. 119.
[282]. *Id.,* p. 119.

de son âge ». Sous couvert de bon sens familier, ces formules pointent le hiatus entre l'âge de l'état civil et celui de la personne, dans son être (dans son âme) véritable. Aristote se situe dans le contexte de l'immortalité de l'âme qui « est, pour le corps vivant, cause et principe[283] », cette question essentielle ne peut qu'être effleurée ici, nous y reviendrons dans notre dernier chapitre.

Mémoire et raison

À la vieille dame atteinte d'une M.A. et persuadée que ses amies vont venir la rejoindre dans l'après-midi pour jouer au bridge, au patient alité qui attend la visite de son fils qui réside depuis des années à l'étranger et oublie que son fils ne viendra pas avant les fêtes de Noël, il est peut-être nécessaire de rappeler une forme de réalité : « vous êtes hospitalisés et vous ne recevrez pas ces visiteurs », mais cette réalité n'est pas suffisante. Nous devons réfléchir sur la force, la prégnance de la réalité des patients, ne pas nous leurrer sur ce que nous nommons hâtivement vérité. Dans ce cas précis, la réalité « objective » des soignants est bien différente de la réalité psychique des patients qui vivent dans une autre temporalité. Quel est le réel problème des soignants dans ces exemples ? Ramener les patients à une réalité qu'ils ont désertée ? Imposer un monde réaliste, peut-être insoutenable, à la place du monde imaginaire et peut-être plus accueillant, plus hospitalier, que se sont construit les patients ? Pourquoi sommes-nous à ce point dérangés par l'émergence de certains désirs irréalisables ? N'est-ce pas le fait même du désir d'être, par essence irréalisable, insaisissable et de rebondir sitôt qu'il est comblé ? Si, pour Aristote, le désir est puissance d'agir, soit ce qui nous meut, le désir du patient de rencontrer son fils est-il une chimère ou bien n'est-il pas précisément ce qui lui donne la force de continuer à vivre, à espérer ? Les chimères, les fictions, les fantasmes sont-ils pure invention ou créations nécessaires de notre imagination pour continuer à exister et pas seulement survivre ?

Pourquoi vouloir « raisonner » à tout prix ce monsieur âgé dont le seul tort est de vivre dans son rêve ? Est-il pathologique d'espérer, même en vain ? C'est bien dans l'après-coup que nous avons magnifié la constance et la fidélité de

---

[283]. *Ibid.,* p. 152.

Pénélope pour avoir attendu avec une confiance indéfectible le retour d'Ulysse. Le souvenir d'Ulysse est constamment présent à Pénélope, peut-être cette mémoire « vivante » a-t-elle contribué à préserver ainsi Ulysse de la mort et de l'oubli. S'il avait succombé au cours de son périple sur les mers ou sur les champs de bataille de la guerre de Troie, aurions-nous porté le même regard sur Pénélope ou l'aurions-nous prise pour folle dans son entêtement à attendre ? C'est bien le retour d'Ulysse qui nous rend admirable la fidélité de Pénélope, en dépit de son doute à le reconnaître lorsqu'il réapparaît vingt ans plus tard déguisé, en haillons. Argos, son chien, n'éprouve aucune hésitation, aucun doute. Ulysse n'a pas la moindre preuve à fournir vis-à-vis d'Argos. Se pose la question de la fidélité instinctive d'Argos et celle, plus rationnelle, de Pénélope… Si le premier avait la « foi du charbonnier » dans son attachement à son maître, la deuxième doutait et voulait avoir la certitude de retrouver son mari, le roi d'Ithaque. Ulysse fut donc invité à reconnaître le lieu de la chambre nuptiale avant d'être accepté…

L'invasion des souvenirs anciens dans le temps présent des déments n'est-elle pas souvent corrélative du désert relationnel dans ce présent associé à un manque d'avenir et d'espoir pour le futur ? Sans tomber dans la négation de l'organicité dans l'étiologie des troubles démentiels, nous constatons quotidiennement la difficulté et la pauvreté relationnelle qui s'aggravent en cours d'évolution. Dans ce cas, n'est-il pas légitime de rêver, d'inventer une autre réalité présente, faute de pouvoir imaginer un avenir ? N'est-ce pas le degré ou le niveau de réalité qui diffère entre la personne qui se trouve immergée momentanément dans l'évocation d'un souvenir marquant et la personne malade qui prend ces souvenirs du passé pour des conditions de possibilité du présent ? Cette impossibilité à délimiter clairement le passé du présent conduit à actualiser le passé, qui, dès lors, n'est plus éprouvé comme souvenir. Si les souvenirs sont bien évoqués et inventés à la lumière du présent, dans le cas des déments, les souvenirs prennent la place du présent. Se réfugier derrière l'origine organique des troubles pour dire qu'un dément ne délire pas quand il prend un de ses enfants pour son épouse, ou quand il ne reconnaît plus son conjoint, c'est refuser l'analyse phénoménologique de la souffrance psychique.

Ainsi, M. F. vient consulter pour sa femme. Elle est atteinte de troubles mnésiques invalidants depuis plusieurs années, mais il a tenu bon jusqu'à ce que

la symptomatologie psychiatrique rende le maintien à domicile impossible. Très souvent, alors que M. F. quitte le domicile conjugal (pour faire des courses, aller à la poste, boire un café avec des voisins de quartier dans le café du coin de la rue, etc.), son épouse se précipite avec fracas chez la voisine, tambourine avec véhémence sur la porte, profère des injures, persuadée que son mari passe un moment « agréable » chez sa voisine. Nous pouvons entendre ici un autre discours que celui, réducteur, de la classification démentielle, qui analyserait les propos tenus par Mme F. comme étant uniquement le résultat, voire la confirmation de sa maladie. Une autre analyse, sans oublier que Mme F. est malade, nous autorise à émettre l'hypothèse qu'elle reste suffisamment lucide pour constater la souffrance de son mari, souffrance qui mériterait bien, d'après elle, quelques consolations.

Ce n'est pas la composante délirante de la réparation imaginée par Mme F. qui doit nous masquer la prise en compte par Mme F. de cette souffrance, et parce que cette peine est due en partie à sa maladie et à l'impossibilité qu'elle a de le soulager, Mme F. attribue à un tiers (en l'occurrence la voisine) la possibilité de procurer un réconfort à son conjoint. La jalousie, même exprimée de façon délirante, n'a rien de démentiel, elle n'est pas l'apanage des seules personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer. La jalousie relève avant tout d'une passion de l'âme. D'autre part, la solitude dans laquelle se trouve Mme F. quand son mari doit s'absenter, même pour une courte durée, est peut-être insupportable. Elle provoque sans doute une angoisse d'abandon.

Cette crainte d'être abandonné, placé, est évoquée fréquemment au cours des consultations avec les malades. Encore une fois, nul jugement sur la conduite de la famille qui doit recourir au placement en institution, nous relatons les témoignages issus d'une écoute de ce qui est dit par le malade. Ce refus de quitter le domicile n'est d'ailleurs pas réservé aux vieux séniles, les sondages mettent en évidence le désir des personnes âgées de mourir à la maison, dans leur environnement familier, alors que 80% des décès surviennent à l'hôpital …

Dans le film *Cortex*[284] sobrement interprété par André Dussollier et Marthe Keller, le réalisateur illustre bien comment ceux qui raisonnent « bien » tentent de mettre entre parenthèses les propos tenus par ceux qui dérogent à

[284]. *Cortex,* Film de Nicolas Boukhrief , distribué par Wild Bunch, sorti le 30 janvier 2008.

certaines règles. Ainsi, ils souffrent d'être malades, mais en plus subissent l'exclusion du fait même de leur maladie, laquelle n'est pourtant pas contagieuse ! Dans une maison de retraite très « chic », la Résidence, qui accueille des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, certains soignants mal intentionnés utilisent des personnes à des fins criminelles. Partant du principe que les témoins potentiels ne seront pas entendus, parce que malades et donc non crédibles en raison de leur pathologie, certains membres du personnel peu scrupuleux se livrent à différentes exactions en toute impunité. C'est compter sans l'arrivée de Charles Boyer (joué par André Dussollier), commissaire de police à la retraite et atteint de la maladie d'Alzheimer. Il utilisera toute son intuition pour mener à bien son enquête et rencontrera à la Résidence, une femme magnifique, malade également, interprétée par Marthe Keller. Ce film au scénario original a le mérite de mettre en scène des personnages atteints de maladies neurologiques et qui sont, avant tout, des personnes !

Nicolas Boukhrief, le réalisateur, donne son point de vue dans une interview et évoque un support « absolument pas cérébral du monde mais complètement sensuel[285] » ; il parle également d' « une maladie que personne ne comprend pour le moment[286] ». Il explique comment son projet a pris corps peu à peu et a évolué d'un scénario de type *thriller* vers une réflexion autour de la folie et de la raison. Il voulait mettre en scène cette problématique : comment un homme atteint d'une maladie dégénérative évoquant la folie pouvait avoir raison en suivant son intuition. Nous ne pouvons pas lui donner tort…

5. Réflexions sur la mémoire d'après Bergson *Matière et Mémoire*

Le sous-titre de ce livre de jeunesse « *Essai sur la relation du corps à l'esprit* », paru en 1896, indique la préoccupation centrale de son auteur, pour ce qui est souvent nommé aujourd'hui dans la littérature scientifique le *mind-body problem*, à savoir les relations du corps et de l'esprit. À la fin du XIXe siècle, les neurologues, (la neurologie est une discipline médicale débutante), essaient de localiser dans le cerveau le siège des facultés mentales. Jean-Martin Charcot,

---

[285]. Entretien avec Nicolas Boukhrief sur le site : http://www.premiere.fr/Cinema/Exclus-cinema/Interview-cinema/Cortex-I-intervew-du-realisateur-Nicolas-Boukhrief/(gid)/1120668.
[286]. *Id.*

devenu célèbre pour ses travaux sur les maladies mentales, tentera d'établir une théorie qui tienne compte des courants associationnistes et localisationnistes. Sigmund Freud se formera auprès de lui en 1885, dans le service de la Salpêtrière où il traitait par l'hypnose les patientes hystériques. À la suite des travaux du chirurgien Paul Broca[287], passé à la postérité pour ses recherches sur l'aphasie et la découverte d'une zone cérébrale spécifiquement impliquée dans le langage, Charcot a contribué à transformer l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière en temple de la neurologie. Très grand clinicien, il essaiera de comprendre les relations entre la pensée et le cerveau. Il a établi une description très précise de pathologies aussi diverses que la sclérose en plaques, la paralysie agitante (Maladie de Parkinson) et a clairement identifié la sclérose latérale amyotrophique (Maladie de Charcot).

Avant de publier *Matière et Mémoire* et d'étayer sa thèse qui diffère nettement des hypothèses de Charcot, Bergson fait des recherches approfondies en étudiant pendant plusieurs années toute la littérature médicale consacrée à l'aphasie. Dix ans plus tard, Pierre Marie, neurologue, critiquera également le dogme localisationiste de la « Troisième circonvolution frontale gauche » dans la fonction du langage. Ce bref historique était nécessaire. En effet, la tentative de trouver des zones cérébrales strictement délimitées et impliquées dans les fonctions mentales reste d'actualité. Les méthodes d'investigations se sont nettement perfectionnées grâce, entre autres, à l'apport de la neuro-imagerie. D'une certaine façon, la neuroradiologie fonctionnelle a permis d'opérer un déplacement du regard clinique. Depuis l'observation fine du comportement extérieur de la personne vivante, complétée éventuellement par l'étude post-mortem des lésions grâce à l'autopsie, le regard médical a pénétré son sujet. Le cerveau, rendu plus accessible d'un point de vue organique, n'en reste pas moins

---

[287]. Paul Broca, chirurgien à l'hôpital Bicêtre, présente le 18 avril 1861 à la Société d'anthropologie, qu'il avait fondée le 19 mai 1859, les résultats d'une autopsie pratiquée sur le patient Leborgne, décédé la veille. Ce patient, atteint de neuro-syphillis, ne parlait plus depuis l'âge de 20 ans, et décède des suites d'une gangrène. Il avait été surnommé Monsieur Tan car il ne pouvait prononcer que cette syllabe : « tan-tan », il ne présentait pas de trouble de la compréhension. L'autopsie révéla une lésion importante de l'aire frontale de l'hémisphère gauche. Ce trouble du langage, qui associe une perte de la parole à une compréhension préservée, fut nommé *aphémie*, le terme d'*aphasie* fut choisi plus tard par Trousseau. Paul Broca est considéré comme le père de la neuropsychologie et l'inventeur du dogme de la « dominance cérébrale », dogme en faveur d'une supériorité de l'hémisphère gauche sur le droit, essentiellement en raison de son implication dans la fonction langagière. Nous retrouvons peut-être là l'inspiration grecque raison/logos/langage ; l'hémisphère droit, siège des émotions, est jugé "inférieur" par les tenants de la dominance cérébrale.

énigmatique… C'est peut-être ce déplacement qui a conduit également à aplatir ou du moins rabattre l'esprit sur le biologique.

Image et perception

Dans une perspective dualiste clairement revendiquée, Bergson tente de démontrer comment le « souvenir, — ainsi que nous essayons de le montrer dans le présent ouvrage, — représente le point d'intersection entre l'esprit et la matière[288] ». Réfutant l'idéalisme de Berkeley, thèse selon laquelle l'objet ne peut exister indépendamment de l'esprit ou de la conscience qui le perçoit, et rejetant également le réalisme qui prône une indépendance absolue de la matière vis-à-vis de l'esprit, Bergson insiste sur l'importance de l'image. Selon lui, l'image est :

> « une certaine existence qui est plus que ce que l'idéaliste appelle une représentation, mais moins que ce que le réaliste appelle une chose, — une existence située à mi-chemin entre la « chose » et la « représentation[289]. »

L'image est l'objet perçu mais ne peut se confondre avec celui-ci. Nous retrouvons ici la précision du terme grec *eikôn* qui rend compte de cette différence, l'*eikôn* est ce qui ressemble à l'objet, mais ne peut se confondre avec l'objet qu'il représente. Ainsi l'image est le résultat intériorisé des objets appréhendés dans notre conscience, elle permet de se représenter l'objet en sa présence *et* en son absence ; nous utiliserons le terme souvenir quand il s'agit d'une scène complexe remémorée dans son ensemble avec des détails précis.

Je pense aujourd'hui à une personne (absente) et l'image que je construis est une invention, une création de mon esprit. D'après la ressemblance plus ou moins précise de cette image avec la personne réelle, je dirai que mon souvenir est fidèle ou flou voire effacé. Cela implique que je sache reconnaître que l'image que je crée est ressemblante, donc que je sois capable d'attribuer des qualités à cette image. Cette méta-mémoire, cette propriété que nous avons de critiquer notre mémoire, est souvent perturbée chez les patients déments. D'autre part, si la perception est préservée, la création de l'image peut être altérée, ou bien éloignée de la réalité, dans ce cas l'imagination prend le pas sur la reproduction fidèle.

---

[288]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.,* p. 5.
[289]. *Id.,* p. 1.

Nous avons ainsi une double difficulté, soit les capacités de création des images sont déficientes, soit le jugement qui permet d'évaluer un souvenir est affaibli.

Nous voyons déjà la difficulté à dissocier l'image du souvenir, mais s'agit-il d'une différence de degré ou de nature entre l'image et le souvenir ? L'image dépend également de la perception que nous avons (eu) de l'objet, sans se dissoudre dans cette perception. Si l'image dépendait uniquement de la perception, il n'y aurait pas de souvenir, nous serions plongés dans un pur présent, c'est-à-dire dans l'instant. Pour Bergson, la mémorisation est déjà à l'œuvre dans la perception : « En fait, il n'y a pas de perception qui ne soit imprégnée de souvenirs[290] ». La fonction de l'image est de participer à la croisée des modalités temporelles : le temps de la perception, puis celui de la création des représentations dans le présent, enfin celui de leurs possibles évocations différées.

Parce que nous sommes immergés dans la durée, nos perceptions sont toujours rattachées à des perceptions antérieures, devenues images ou souvenirs. Pour Bergson, les moments de la perception et ceux du souvenir sont intimement liés :

> « Si courte qu'on suppose une perception, en effet, elle occupe toujours une certaine durée, et exige par conséquent un effort de la mémoire, qui prolonge les uns dans les autres une pluralité de moments[291]. »

Cet effort de mémoire est appelé « mémoire de travail » dans les modèles actuels de la neuropsychologie. C'est ce type particulier de mémoire à très court terme, appelée parfois mémoire iconique (nous retrouvons le substantif icône, image) qui nous permet de garder présents à notre conscience les éléments d'un texte et de pouvoir ainsi en comprendre le sens, ou de garder présents à notre esprit les chiffres d'un numéro de téléphone ou d'une carte bancaire que nous allons composer.

Si nous ne gardions pas à l'esprit (l'expression courante : « garder à l'esprit » illustre bien l'amalgame permanent esprit/conscience) les éléments d'une phrase lue, nous ne pourrions rien comprendre au sens de cette phrase, car nous ne pourrions pas relier les mots du début de la phrase aux mots suivants. La mémoire de travail permet de les appréhender dans un tout cohérent, et ainsi de saisir le sens global de la phrase. Puis, d'un paragraphe à l'autre, nous retenons

---

[290]. *Ibid*., p. 30.
[291]. *Ibid*., pp. 30-31.

ainsi ce que nous lisons. Nous retrouvons ce travail de liaison dans la conception bergsonienne de l'esprit dont le rôle « est de lier les moments successifs de la durée des choses[292] ». La mémoire de travail permet d'assembler les différents éléments que notre attention volontaire décide de retenir, et ce travail de liaison permet l'appréhension du sens général de la phrase. Progressivement, passant de la mémoire de travail à la mémoire à court terme pour évoluer ensuite vers la mémoire à long terme, tous les éléments sont assemblés dans un tout plus ou moins fidèle à l'original. Le souvenir du livre lu pourra éventuellement être rappelé, des heures, des jours ou des années plus tard. Cette explication très simplifiée permet de donner un aperçu des différents types de mémoire selon un axe temporel.

La mémoire de travail, que nous pouvons nommer attention, est souvent très altérée chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, mais aussi dans les cas de syndrome amnésique sévère, au cours des dépressions, et chez les personnes victimes d'un traumatisme crânien. On évoque un « oubli à mesure », *comme si* les données du présent n'avaient plus aucune prise sur la vie mentale, psychique, de la personne. Peut-être est-ce l'incapacité à former des souvenirs nouveaux qui accentue la prégnance du moment présent ? La relation si particulière du patient dément à sa propre temporalité, tout à la fois investie de moments saillants du passé et comme délestée du souci de l'avenir, ne cesse de surprendre les soignants qui voudraient « rectifier », rendre conforme ce rapport au temps.

La mémoire de travail s'apparente à ce que Bergson avait retenu sous le terme d'attention, elle « a pour effet essentiel de rendre la perception plus intense et d'en dégager les détails : envisagée dans sa matière, elle se réduirait donc à un grossissement de l'état intellectuel[293]». En neuropsychologie, nous évoquons souvent les ressources attentionnelles, faisant ainsi explicitement référence à un réservoir, un contenant. Bergson cite l'expression « énergie cérébrale[294] », terme plus fluide, mais existe-t-il une différence de nature entre les procédés qui décrivent l'attention sous l'angle de la neuropsychologie contemporaine et les travaux du philosophe ?

---

[292]. *Ibid*., p. 249.
[293]. *Ibid*., p. 109.
[294]. *Ibid*., p. 109.

La question essentielle, et non résolue, est de comprendre si les personnes malades disposent de moins de ressources attentionnelles, ce qui entraîne une diminution des capacités de la mémoire immédiate, ou bien si ces ressources sont moins mobilisables ? Une explication purement organique incriminant la diminution du stock neuronal comme cause du déficit des ressources attentionnelles, est invalidée par la clinique de l'hyperactivité infantile[295]. En effet, cette pathologie pose des problèmes similaires et concerne des enfants chez qui le stock neuronal n'est pas envisagé à la baisse.

Enfin, nous rappelons qu'il n'existe pas de séparation réelle qui délimiterait strictement des boîtes étanches se rapportant aux trois sortes de mémoire (de travail, à court terme, à long terme) précédemment évoquées. Nous utilisons ces termes afin de donner une représentation figurative, donc fictive mais nécessaire pour clarifier notre propos : « Ce n'est pas impunément non plus qu'on aura figé en termes distincts et indépendants la continuité d'un progrès indivisé[296] ». Tel était le constat opéré déjà par Bergson lorsqu'il voulait livrer une explication schématique des processus mnésiques. Il reconnaissait la tendance inhérente à la pensée scientifique qui cède « à un irrésistible besoin de figuration symbolique, arrête et solidifie en choses achevées les principales phases de cette évolution[297] ».

Or la mémoire est bien un processus en constante évolution : « comme le désir sexuel, la mémoire ne s'arrête jamais. Elle apparie les morts aux vivants, les êtres réels aux imaginaires, le rêve à l'histoire[298] ». Les modifications, altérations, tous ces réaménagements perceptibles par notre jugement intime, attestent continûment du caractère mouvant de la mémoire. Ce travail incessant d'intégrations de nouvelles perceptions émanant du moment présent, associées à la confrontation des images formées précédemment, est inconcevable en dehors de la durée. Bergson a recours à une construction schématique pour évoquer la perception pure :

> « une perception qui existe en droit plutôt qu'en fait, celle qu'aurait un être placé où je suis, vivant comme je vis, mais absorbé dans le présent, et capable, par *l'élimination de la*

---

[295]. Le syndrome d'hyperactivité, nommé TDAH par le DSM.R4, désigne les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ce syndrome concerne entre 3% et 6% des enfants en âge scolaire, avec une prévalence masculine.
[296]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.*, p. 136.
[297]. *Id.*, pp. 135-136.
[298]. Annie Ernaux, *Les années*, Paris, Gallimard, 2008, p. 15.

> *mémoire sous toutes ses formes* (c'est nous qui soulignons), d'obtenir de la matière une vision à la fois immédiate et instantanée[299]. »

Cette perception pure, dénuée de relation avec les expériences antérieures, serait éprouvée par un être plongé dans le pur présent. Puis, critiquant la perception comparée « à une vue photographique des choses[300] », il propose une approche réaliste et considère la perception concrète, consciente, comme « quelque chose de positif qui annonce déjà l'esprit : c'est, au sens étymologique du mot, le discernement[301] ». Nous sommes éloignés de la conception courante de l'acte perceptif qui serait instantané, automatique, de type photographique.

Ainsi, il n'y aurait pas de perception pure chez l'être humain, chaque opération de l'esprit mettant en jeu la conscience qui s'épanouit dans la durée, laquelle implique la mémoire. L'intentionnalité de l'acte perceptif s'inscrit dans cette durée elle-même irréductible à une succession d'instants.

Cependant, nous pouvons tout de même nous demander si le type de perception pure, schématique, créée par le philosophe dans un souci pédagogique, n'est pas celle dont les patients déments font parfois l'expérience. Dépouillée de toute influence mnésique, cette perception s'effectuerait en dehors de la conscience d'une durée. Or, chez certains malades, la relation à la durée n'est-elle pas parfois circonscrite au vécu du présent ? Nous constatons souvent une adhérence au contexte ambiant, une immersion dans le moment actuel. Cette continuité du présent dérive peut-être d'un vécu monotone chez le dément, monotonie que nous retrouvons aussi chez les patients déprimés, ou chez certains vieillards. Chaque jour qui passe ressemble bien souvent au précédent, aucun événement saillant ne vient éclairer le présent qui semble une prison fermée sur l'avenir.

Un mouvement d'oscillation temporelle est parfois manifeste entre deux tendances. Les patients semblent évoluer dans un monde où les fantômes du passé sont vivants, en tous cas agissants, ou bien ils vivent dans un « pur » présent. À moins qu'un fragment du passé ne vienne trouver un écho particulier et colorer ainsi tout le moment présent. Cette façon si particulière de découper et réaménager le temps, quand ce phénomène s'accentue, évoque une dislocation

---

[299]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.*, p. 31.
[300]. *Id.*, p. 35.
[301]. *Ibid.,* p. 35.

temporelle et donne une tonalité très particulière à la mémoire, ou du moins à son expression, chez les personnes démentes. Ce statut mémoriel inhabituel, qui attribue une priorité insistante à certains souvenirs, à quelques fragments du passé envahissant le présent, constitue la trame originale que les patients tissent dans leur relation au temps et à la mémoire.

Cette appréhension du souvenir dans certaines pathologies neurologiques contredit quelque peu l'acception du souvenir tel qu'il est appréhendé par Nicolas Grimaldi pour lequel le passé est remémoré sous l'angle du « jamais plus » :

> « un souvenir présent n'est pas la présence de quelque chose de vieux : si vif, si précis, si prégnant qu'il puisse être, il est le rappel de ce qui, n'ayant nulle part au présent, n'a nulle place dans le monde, et qui ne sera plus[302]. »

Dans l'évocation de certains épisodes du passé chez la plupart des patients, nous ressentons bien au contraire un envahissement, une poussée qui présentifie ces épisodes. La perte des repères temporels entraîne peut-être cette impossibilité à attribuer au souvenir une place « correcte » sur l'échelle des souvenirs, à moins que la situation de non-attente, le manque d'espérance vis-à-vis de l'avenir, ne favorise cette intrusion du passé revivifié qui comblerait le vide du présent ? À nouveau, nous pensons au *pharmakon*, à sa double nature, au statut ambigu des souvenirs anciens éprouvés comme actuels. Conséquences et donc signes d'une pathologie neurologique en amont, ils ont pour effet d'apaiser les patients qui ressassent parfois avec plaisir tel ou tel fragment d'un passé réactualisé.

La fabulation est-elle un remède ?

Un exemple : Mme S., ancienne fleuriste, vient consulter avec son fils en raison de troubles mnésiques très préoccupants. Au début de la consultation, elle le confond avec un autre de ses fils, mais n'insiste pas quand ce dernier, discrètement agacé, rectifie. Mme S. semble docile et accepte toutes les remarques avec un sourire paisible, cependant, elle refuse absolument d'admettre que nous sommes à l'hôpital. Elle ne reconnaît pas les lieux (c'est le deuxième rendez-vous de consultation) et dit que je suis auprès d'elle pour l'emmener se promener dans un de ses jardins préférés. Je me présente à nouveau, j'essaie d'expliquer l'objectif de la consultation qu'elle semble oublier aussitôt. À quoi bon la

---

[302]. Nicolas Grimaldi, *Ontologie du temps, l'attente et la rupture*, Paris, PUF, 1993, p. 208.

contrarier en lui affirmant qu'elle se trompe? Après l'entretien, j'irai avec elle me promener dans la cour intérieure de l'hôpital où son fils l'attend, elle m'expliquera que mon mari est bien aimable de me laisser ainsi passer du temps avec une dame âgée au lieu de m'occuper de lui, puis elle se rassurera en l'imaginant en train de goûter sur un banc. Cette scène inventée de toutes pièces la met en joie et elle rit, nous sommes complices, finis les tests et l'évaluation, disparus les rôles de la psychologue et la malade, celle qui sait et celle qui ne sait plus très bien…

Bien entendu, Mme S. ne connaît pas ma vie privée, ce qui importe, c'est son ressenti, elle est touchée par ce temps que nous passons ensemble et « invente » un scénario qui la satisfait. Pour Mme S., cette fiction est bien plus authentique que la réalité de la consultation. D'un point de vue purement neurologique, Mme S. fabule en raison de ses troubles mnésiques et son invention sert à masquer une défaillance, combler un trou. La neurologie, science médicale de l'observation clinique et de la spéculation intellectuelle, a horreur du vide conceptuel ! D'un point de vue psychologique, Mme S. n'a peut-être pas très envie d'accepter sa maladie (qui peut accepter *vraiment* de perdre ses capacités mnésiques ?) et refuse de se trouver à l'hôpital, elle préfère s'imaginer dans un lieu plus clément, un jardin, du moins nous le supposons, nous faisons le pari du désir contre celui de la raison médicale. Mais selon l'éthique, le diagnostic étant posé, par (pour ?) les soignants, à quoi bon rétablir une « vérité » qui n'est plus celle du sujet, où du moins à laquelle il refuse de prendre part ?

Il nous semble que la réflexion relative à la spécificité de l'éthique médicale dans son rapport au discours trouve dans cette histoire clinique une forme de légitimité : « le discours *(logos)* qui l'a accompagnée, et qui suffit à l'élever à la dignité d'une éthique, est un discours plus *inspiré* (souligné par nous) que théorisé[303] ». D'une personne à l'autre, d'une situation à l'autre, nous devons souvent inventer, composer, trouver un monde commun afin d'accompagner sans nuire. Il s'agit plus de proposer une écoute du patient, une façon d'être auprès de…, plutôt que de soumettre la relation soignant/soigné au service du principe de la vérité scientifique. Il est vrai que cette attitude relève bien souvent de notre

[303]. Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-Le Mintier, Jean-François Mattei, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, *op. cit.*, p. 149.

inspiration du moment, probablement de notre disponibilité, d'une capacité à accepter, à accueillir sans nous sentir pour autant envahis ou débordés. La vérité, dans la relation, doit rester au service de ce que le patient est capable d'entendre, de supporter, sans que les bénéfices attendus par la découverte d'une forme de vérité ne détruisent son mode de vie.

Les patients connaissent sans doute, par intuition, de *l'intérieur*, la pathologie dont ils sont affectés. Nous sommes témoins régulièrement de leur souffrance, les phrases du type « je perds la tête, ma tête se vide, j'ai peur de devenir fou » sont éloquentes. Il s'agit plus d'instaurer une relation de confiance, qu'une relation bâtie sous l'égide de « la vérité » des informations transmises. Ce qui est vrai, objectif, du point de vue du diagnostic et donc en rapport avec un corpus de connaissances, n'est pas à situer sur le même plan que l'authenticité d'une relation qui nécessite de prendre en considération l'existence et le mal-être du patient. De plus, l'expérience clinique nous l'a souvent montré, nous ne savons pas toujours distinguer (et comment le pourrions-nous, une consultation n'est pas un interrogatoire de police !) entre le refus du diagnostic et le refus de parler du diagnostic. Ce qui est bien différent… Cela n'empêche pas les malades de prendre les médicaments et de lire les notices sur lesquelles est indiquée la pathologie en toutes lettres, tout en posant rarement La Question en consultation…

L'occultation du diagnostic, du moins son absence d'évocation, ne signifie pas qu'il soit nié, refusé ou incompris. Les aléas de la « compréhension » du diagnostic sont à relier à la gravité et à l'incurabilité de la maladie. Des problèmes similaires peuvent survenir au cours de l'accompagnement des patients atteints de cancer, ou de maladies chroniques pour lesquelles le pronostic vital est en jeu.

Si l'éthique nous oblige à penser et proposer les conditions indispensables du vivre-ensemble, de toute évidence, Mme S. n'a que faire de ses troubles mnésiques, elle n'est ni agressive, ni contrariante quand son fils rectifie ses propos. Trop insister afin de la mettre, par force, dans une réalité qu'elle n'investit plus, serait pure violence. Un diagnostic aussi précis et exact que possible, reste une proposition « vraie » dans le champ des énoncés de la médecine, il peut ne pas coïncider avec le désir du patient qui est, parfois, de ne rien savoir, ou pas trop... Il peut être assimilé, à tort, au droit à l'information, mais comment légitimer le devoir de formuler un diagnostic quand le patient ne demande rien, ou

pire quand le patient refuse de savoir ? Dans ce cas, n'y a-t-il pas confusion hâtive entre l'application du droit et l'éthique ?

C'est la perception « pure » de la situation, c'est-à-dire en dehors du contexte temporel, puisque Mme S. est, d'une certaine façon, en dehors du temps qui passe et de la durée conventionnelle, qui produit chez elle cette adhésion au moment présent, présent qu'elle rend habitable en le peuplant de détails inventés ou récupérés dans sa mémoire. Cette source de souvenirs lui permet d'irriguer le temps présent, celui de la maladie. Son passé de fleuriste et son intérêt pour la flore semblent influer sur le rôle qu'elle m'attribue, à savoir lui faire découvrir un nouveau jardin. Je pense aussitôt au jardin d'Eden, avant la chute dans la connaissance. Si, dans la perspective de Kierkegaard, la chute c'est le péché, le péché, c'est parfois de trop parler, de mal utiliser un savoir. Finalement, Mme S. est raisonnable, elle préfère rester dans l'ignorance, l'innocence et se créer ou sauvegarder ainsi un monde encore hospitalier, un monde rendu habitable grâce à ses souvenirs heureux. En effet, selon Jean-François Mattéi :

> « Dans la vie réelle de l'esprit qui s'attache à tout ce qui lui advient, la pensée est occupée par la recherche d'un *sens* qui justifierait le mouvement qui l'anime, là où la connaissance se livre à la découverte de la vérité[304]. »

Puis il précise plus loin : « "penser" et "savoir" appartiennent à deux univers différents[305] ». Peut-être Mme S. a-t-elle l'intuition d'être atteinte d'une maladie grave et, soutenue par une forme de sagesse, elle fait le deuil d'un savoir qui serait inutile, qui ne l'aiderait pas à continuer de vivre, avec, malgré ou en dépit de cette maladie. Cette attitude (refus, évitement, dénégation) vis-à-vis du diagnostic ou de l'acceptation des troubles de mémoire, est trop fréquente pour être le seul fait du hasard. Quant à la classer parmi les signes d'une maladie que nous connaissons si peu, cela semble relever d'une forme de supercherie intellectuelle.

L'hypothèse de Bergson relative à la « perception pure », hypothèse qu'il avait créée afin de dissocier arbitrairement les différentes opérations de la mémoire qui coexistent sous « ces deux formes, en tant qu'elle recouvre d'une nappe de souvenirs un fond de perception immédiate et en tant aussi qu'elle

---

[304]. Jean-François Mattéi, *L'énigme de la pensée*, Nice, Les éditions Ovadia, 2006, pp. 17-18.
[305]. *Id.,* p. 18.

contracte une multiplicité de moments[306]» méritait donc d'être réexaminée dans la clinique de la démence.

L'approche de la mémoire théorisée par Bergson, permet de nous aider à comprendre ce qui caractérise les troubles de mémoire chez les patients déments. Si la « mémoire, pas plus que la perception elle-même, n'a sa condition réelle et complète dans un état cérébral[307] », il nous faut chercher ce qui dépasse l'état cérébral. Car le risque de considérer avec mépris les patients s'avère patent si nous réduisons la mémoire, la conscience ou l'esprit, à l'état cérébral évalué à l'aune de performances extériorisées. L'assimilation brute de la mémoire à l'état cérébral risquerait de conduire au raisonnement suivant : personne = conscience, ou personne = identité = mémoire. Ce type de confusion pourrait provoquer des conséquences pratiques dramatiques en proposant d'exclure ceux qui sont démunis de leurs capacités mnésiques ou du moins privés de l'expression de cette faculté. Nous n'avons pas la prétention ici de recenser toutes les propositions de lois relatives à l'accompagnement des patients atteints de maladie d'Alzheimer, étant donné la multiplicité des plans, circulaires et directives, mais nous savons combien est coûteux ce type de soins. Les modes d'exclusion revêtent différentes formes, ne serait-ce que le lieu d'implantation des centres de longs séjours…

La signature physiopathologique de la maladie d'Alzheimer consiste dans la perte neuronale consécutive au dépôt de plaques amyloïdes qui asphyxie les noyaux des cellules nerveuses et entraîne leur disparition. Toutefois, une autopsie n'est pas pratiquée après chaque décès d'un patient atteint de cette pathologie. Nous rappelons que le diagnostic est probable et non certain, puisqu'il faut une biopsie (si le malade est vivant) ou une autopsie post-mortem pour confirmer l'atteinte neuronale. Le diagnostic relève donc du domaine de la pratique de l'art médical, et nécessite d'éliminer toutes les autres causes connues de troubles cognitifs (facteurs vasculaires, tumeurs, encéphalites, etc.) Au Japon[308], par exemple, ce diagnostic bien moins fréquent. Les médecins japonais sont-ils moins informés ? Les familles sont-elles plus tolérantes à l'égard de leurs aînés ?

---

[306]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.*, p. 31.
[307]. *Id.*, p. 42.
[308]. *The epidemiology of Alzheimer's disease and vascular dementia in Japanese and African-American populations : the search for etiological clues*, Shalden M.-F. ; Larson E.B. ; Yukawa M., Neurobiology of aging, 2000, vol. 21, n°2, pp. 171-181.

Dans une perspective purement matérialiste où la personne est réduite à ses neurones ou à ses réseaux neuronaux, il serait possible de décider au-dessous de quel seuil tel individu n'est plus une personne. Le commentaire d'Arlette Meyrieux, présidente de France Alzheimer au cours d'un entretien avec une journaliste du quotidien *Le Monde*, traduit cette réalité :

> « Le changement de regard sur la maladie est perceptible, le patient est replacé de plus en plus en tant que *personne*. Mais il persiste toujours des endroits où le patient est déconsidéré, traité comme une *chose*[309]. » (souligné par nous)

Nous devons cependant constater que la tendance à réifier les personnes malades n'est pas l'apanage des personnes atteintes de troubles neurologiques. Cependant, ces malades sont particulièrement démunis, ils ne parviennent pas à s'organiser afin de promouvoir leurs droits. Ce sont les familles, les associations, les fondations qui assurent cette mission.

Les deux types de mémoire : la mémoire-habitude et la mémoire-souvenir

Bergson différencie deux types de mémoire : « la mémoire-habitude, qui se réfère constamment au présent et jamais au passé (et) la mémoire-souvenir, coextensive à la conscience de la durée[310] ». C'est l'actualisation permanente de certains souvenirs (tels que marcher ou écrire) qui constitue la mémoire-habitude. Au contraire, le souvenir est un évènement précis et unique dans ma vie : identifiable par sa date, il ne peut se répéter. Il constitue la possibilité de la mémoire véritable. Cette distinction est-elle intéressante pour aborder la relation avec le patient dément ?

Nous l'avons évoqué auparavant avec le problème de la mesure du temps : si l'essence du souvenir est limitée à la possibilité de lui attribuer une date, alors les patients sont dramatiquement impuissants à témoigner de leurs souvenirs. Bergson utilise la date pour caractériser l'unicité absolue de chaque souvenir, le fait qu'il ne puisse jamais se répéter de façon identique. Il ne confond pas le souvenir et sa date qui constitue en quelque sorte son empreinte, sa griffe temporelle. Il distingue la marque temporelle et le contenu, le pur éprouvé du souvenir.

---

[309]. Cécile Prieur, « L'état commence à prendre la mesure de l'immensité de la tâche », Journal *Le Monde*, 21 septembre 2005.

[310]. Dominique Folscheid, *Les grandes dates de la philosophie classique, moderne et contemporaine,* Paris, PUF, coll. « Que sais-je *?* », p. 97.

Notre expérience clinique nous a prouvé à maintes reprises avec quelle insistance (nommée par certains « persévération ») le dément répète certains souvenirs, ceux que Bergson considère comme étant la marque, la trace de « la mémoire par excellence[311] ». Dans la rupture à l'adaptation au moment présent, Bergson repère les conditions du rêve et de l'aliénation. Le rapprochement est pour le moins troublant. De la même manière que le rêve permet la transgression de certains interdits, la démence n'autorise-t-elle pas certains dérapages, du moins la levée de certains interdits sociaux et culturels que nous pensons souvent être le « propre » de l'homme ?

Ainsi, tel malade qui respectait certains rites alimentaires, a-t-il décidé de manger dorénavant tout ce dont il avait envie, tel autre va au cinéma regarder des films dont le contenu érotique, sans équivoque, et relaté à son épouse, a décidé celle-ci à conduire son mari derechef en consultation de neurologie. La mémoire des convenances et des codes (ne pas dire à son épouse que l'on se rend au cinéma pour regarder des films X) serait-elle un vernis, à moins que la perte mnésique ne s'associe à une levée d'inhibition, comme une quantité d'alcool peut permettre, dans certaines circonstances, de dévoiler des désirs profonds (profonds au double sens du refoulement *et* de l'intensité) ? Il est d'ailleurs intéressant de constater fréquemment l'oubli qui accompagne les suites de certaines soirées arrosées, oubli qui permet de se reforger à bon compte une dignité que l'on croyait altérée par l'expression d'un désir authentique. L'adage séculaire « *in vino veritas* » recouvre bien ce phénomène. Or, si le pulsionnel[312] est bien ce qui résiste à tout, le pulsionnel s'exprime avec une intensité particulière chez les déments, avec tout ce que cela peut entraîner de déroutant et de déstabilisant. Il est souvent plus efficace et moins dérangeant pour nos bonnes (?) consciences de décréter que le vieux ou la vieille « déraille », plutôt que d'admettre que toute parole mérite d'être écoutée.

À ce stade de notre réflexion, il nous semble opportun de préciser qu'il n'est pas dans notre propos d'attribuer au pulsionnel un caractère éthique, mais plutôt de nous resserrer sur l'attitude de rejet des accompagnants ou des soignants, lesquels, sous couvert de « morale », ridiculisent, péjorent, ignorent (ou font mine

---

[311]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit*., p. 89.

[312]. Dans la théorie des pulsions telle qu'elle est définie par Freud, « la pulsion est ce qui fait tendre l'organisme vers un but », Freud établit une théorie dualiste des pulsions qui oppose la pulsion de vie à la pulsion de mort, cette opposition prend un caractère particulier au cours du vieillissement, cf. *Le Vocabulaire de la psychanalyse*, *op. cit.,* pp. 359-362.

d'ignorer), les propos ou comportements de leurs proches. Cette mise à l'écart, ce discrédit fréquent, afin de sauvegarder un vernis social, s'apparentent à une « morale » ajustable, conditionnée par l'injonction faite au patient de bien se comporter, de se conduire en conformité avec des règles de vie qui lui sont imposées et qu'il n'est souvent plus en mesure de contester, sauf de façon provocante, inconsciente, au sens où il peut se permettre de dire tout haut ce que certains pensent tout bas. Ainsi M. N. haut fonctionnaire retraité, atteint de la maladie d'Alzheimer, dira en consultation devant ses enfants offusqués : « je ne suis pas encore complètement fou, je me débrouille très bien tout seul ! Foutez-moi la paix avec vos docteurs ! » L'équipe soignante devra faire preuve de diplomatie pour le convaincre de prendre son traitement et M. N. acceptera de me rencontrer afin d'évoquer seul à seule, cette question de la folie. Comme beaucoup de patients, M. N. est hanté par la peur de perdre la tête. Dès lors, évoquer cette crainte devant ses enfants, c'est, si ce n'est perdre la tête, du moins « perdre la face ». Cette situation s'avère insupportable dans ce contexte familial précis, où les rôles sont distribués et joués dans un registre rigide, la « figure » du père doit rester idéale et inaltérable afin de maintenir l'équilibre familial.

Ces deux types de mémoire permettent à Bergson de dissocier deux processus mnésiques selon une différence de nature et non de degré. La mémoire-habitude, constituée de souvenirs appris sous l'effet de la répétition, s'apparente à la mémoire procédurale de notre psychologie cognitive actuelle. Par exemple, une personne qui pratique le cyclisme, le ski ou certains logiciels informatiques, éprouvera des difficultés à expliquer verbalement cette technique, ce savoir-faire. La mémoire-souvenir c'est, pour le philosophe, « la mémoire par excellence[313] ». Elle est constituée d'événements uniques, de représentations, et s'apparente à la mémoire déclarative des psychologues cognitivistes actuels.

Les procédures utilisées de façon quasi-automatique après la période d'apprentissage, font appel à la mémoire-habitude. En revanche, nous nous rappelons très bien dans quel contexte nous avons appris le décès d'une personne que nous aimions. Nous pouvons retrouver des détails précis, le lieu, notre activité du moment. Les personnes de sa génération parviennent à retrouver ce qu'elles

[313] Henri Bergson, *Matière et mémoire*, *op. cit.*, p. 89.

étaient en train de faire le jour de l'assassinat de John Fitzgerald Kennedy, ou de toute autre personne célèbre qu'elles ont admirée qui les a marquées par leur charisme ou leur engagement. Ces souvenirs uniques constituent la mémoire-souvenir, peuplée de « souvenirs purs », dont Bergson dira qu'ils sont datables, repérables.

> « Rattachés à la mémoire-souvenir, le souvenir spontané est tout de suite parfait ; le temps ne pourra rien rajouter à son image sans la dénaturer ; il conservera pour la mémoire sa place et sa date[314]. »

Nous retrouvons ici l'effet de contexte, un souvenir est toujours inséré dans une durée, une continuité d'action. Mais non soumis à l'effet de la répétition, ce souvenir sera fragile. Au contraire, le souvenir appris, par exemple la leçon répétée maintes fois, sera rattaché à la mémoire-habitude et moins susceptible d'oubli. Il est difficile de trouver une équivalence stricte entre ces deux types de souvenirs décrits par Bergson et leur éventuelle atteinte ou préservation chez les patients déments, même si la clinique indique davantage une atteinte de l'évocation de la mémoire-souvenir.

Chez les personnes démentes, la mémoire procédurale est souvent moins perturbée, l'exemple cité précédemment concernant M. R. et sa passion pour la peinture illustrait cette forme de mémoire. En revanche, la mémoire déclarative, non soumise à la répétition, est affectée. Mais ces généralisations ne doivent jamais masquer l'unicité de la personne et de sa pathologie. Le commentaire de Nicolas Boukhrief au sujet de son film *Cortex*, « la maladie d'Alzheimer, on n'y comprend pas grand-chose[315] » illustre bien la perplexité qui nous saisit toujours quand nous sommes confrontés au réel de la souffrance et l'imprévisibilité de ses formes d'expression.

> « Pour évoquer le passé sous forme d'images, il faut pouvoir s'abstraire de l'action présente, il faut savoir attacher du prix à l'inutile, il faut vouloir rêver[316]. »

Telles sont les conditions requises, d'après Bergson, pour que l'homme puisse se détacher de la fascination du présent. Nous nous demandons dans quelle mesure les patients déments n'incarnent pas ce détachement, cette indifférence vis-à-vis du présent. Leur attraction vers le passé serait-elle l'unique part de rêve qui leur

---

[314] *Id.*, p. 88

[315]. Nicolas Boukhrief, à propos du film *Cortex, http://www.premiere.fr/Cinema/Exclus-cinema/Interview-cinema/Cortex-l-interveiew-du-realisateur-Nicolas-Boukhrief/(gid)1120668*

[316]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.*, p. 87.

soit accordée ? Nous ne cherchons pas à idéaliser une maladie dont la pathologie est palpable, concrète, autant par la souffrance qu'elle entraîne chez les patients, par le désarroi qu'elle suscite chez les proches et par l'impuissance des soignants à endiguer le processus. Mais nous tenons à mettre en lumière l'humanité toujours présente au cœur des comportements parfois si déroutants.

Ce détachement vis-à-vis du présent, cet attrait pour le passé, n'est qu'en apparente contradiction avec ce que nous écrivions auparavant sur l'adhésion des malades au moment présent. En effet, ce qui nous semble dominer à ce moment de notre travail, c'est l'atteinte de la conscience de la durée qui signe ce que nous appelons maladie de l'éprouvé temporel chez les patients atteints de démence. Le temps et la mémoire sont figés, l'avenir paraît vide, exsangue de tout projet, quelques souvenirs émergent, souvent « en boucle ». Il nous paraît parfois s'animer sous nous yeux une scène où la succession classique des modalités temporelles selon l'axe passé/présent/futur s'estompe, sous l'effet d'une mémoire livrée comme en désordre, « en vrac » osons-nous écrire !

Nous devons nous intéresser à la question de l'expression des souvenirs. Si la clinique et la vie quotidienne avec ces malades confirment une atteinte mnésique sévère et progressive, la question relative à la soi-disant localisation des souvenirs reste posée. Ainsi que le rappelle Georges Chapouthier :

> « On ignore à peu près tout du déterminisme biologique de l'oubli au point qu'on est dans l'incapacité de dire aujourd'hui s'il résulte d'un "effacement" des informations, d'un "masquage" (les informations restent présentes dans le cerveau, mais ne parviennent plus à la conscience) ou de l'un *et* l'autre de ces deux phénomènes[317]. »

Pour la recherche et ses applications pharmacologiques, avec 860 000 malades en France et 165 000 nouveaux malades diagnostiqués chaque année[318], l'enjeu financier est colossal. Si les souvenirs sont « présents » (sous quelle forme ? sont-ils localisables ? existe-t-il des traces matérielles ? autant de questions sans réponse pour le moment) mais non disponibles, les mécanismes d'action des molécules seront radicalement différents de ceux impliqués dans la préservation de traces qui s'effaceraient à mesure que la maladie progresse. À l'heure actuelle de la recherche, les deux phénomènes semblent impliqués. Dans le cas d'une disparition du support matériel, c'est à dire biologique, des souvenirs, et sans

---

[317]. Georges Chapouthier, *Biologie de la mémoire*, *op. cit.*, p. 25.
[318]. Le Monde.FR, AFP, 31 juillet 2008

transfert de mémoire d'une zone cérébrale à l'autre, il faudrait stopper la perte neuronale. Dans le cas d'une indisponibilité des souvenirs, il faudrait créer, favoriser de nouveaux réseaux associatifs d'une zone à l'autre.

Mais la variabilité des déficits entre les personnes et les modifications dans l'expression des troubles pour une même personne, restent un formidable obstacle à une approche unifiée des pathologies de la mémoire. L'atteinte de mémoire, dans sa forme pathologique, est considérée soit comme la conséquence d'une disparition des souvenirs (effacement), soit comme la conséquence d'une indisponibilité des souvenirs. L'indisponibilité des souvenirs pouvant être temporaire ou définitive, il n'est pas surprenant qu'une récupération survienne de façon impromptue. Et ces deux processus pourraient bien « cohabiter »…

De plus, rien n'autorise actuellement à penser que les souvenirs sont inscrits dans notre matière cérébrale à la façon d'une empreinte sur un cachet de cire. Dans le *Théétète*, Socrate suppose que la mémoire est présente dans l'âme, telle un « bloc de cire[319] » et explique les différentes aptitudes au souvenir et à l'oubli, en fonction des qualités (taille, pureté) de ce bloc de cire.

Nous avons tenté de l'expliquer tout au long de ce travail, la mémoire n'est pas un processus figé, une rétention inerte, c'est un processus vivant, mouvant, dynamique. Georges Chapouthier conclut avec modestie un de ses livres :

> « À l'heure actuelle, il faut reconnaître cette grave lacune : nous ne savons pas comment sont archivés nos souvenirs, nous ne connaissons pas les secrets du code de notre mémoire[320]. »

Constatant l'impossibilité de découvrir une matérialité des souvenirs et traces mnésiques, sa conception est proche de celle de Bergson qui critiquait déjà l'hypothèse « de cellules de perception communiquant avec des cellules où *reposent les souvenirs*[321] ». (souligné par nous) La question de la matérialité et de la disponibilité des souvenirs était déjà clairement posée par Bergson. Pour lui :

> « l'étrange hypothèse de souvenirs emmagasinés dans le cerveau, qui deviendraient conscients par un véritable miracle, et nous ramèneraient au passé par un processus mystérieux[322] »

est pure spéculation. Il propose une approche concrète de l'acte de reconnaissance pour tenter de comprendre comment « nous ressaisissons le passé dans le

---

[319]. Platon, *Théétète*, Paris, GF-Flammarion, 1995, 191c, p.139.
[320]. Georges Chapouthier, *Biologie de la mémoire*, *op. cit*., p. 190.
[321]. Henri Bergson, *Matière et Mémoire*, *op. cit.,* p. 98.
[322]. *Id.,* p. 95.

présent[323] ». Il élabore une explication du phénomène de la reconnaissance en attribuant à l'acte perceptif une orientation irréductible (obligatoire ?) vers le mouvement et l'action, d'un point de vue interne et externe. Dans cette approche, la perception permet un rapprochement dynamique entre ce qui est perçu de l'objet, sa représentation sous forme d'images et le souvenir-image qui s'y rattache. Toutes ces activités relèvent de mouvements cérébraux, donc internes, ils prédisposent et préparent ainsi à l'action, au comportement tourné vers l'extérieur. L'acte perceptif chez Bergson est ainsi rattaché à la mémoire qui est toujours *puissance* d'action.

Comme toujours chez Bergson, nous sommes plongés dans la durée, le mouvement et le changement qui est « la loi même des choses[324] ». Les souvenirs, selon cette conception, ne sauraient être inertes ou semblables à des objets disposés sur des rayonnages. Georges Chapouthier critique également la période où les recherches en biologie moléculaire « visaient à déchiffrer une "bibliothèque des souvenirs"[325] » et privilégie les travaux qui « visent à trouver dans les nombreuses molécules du cerveau *des corrélats chimiques des phénomènes de mémoire*[326] ». Cette recherche de corrélation entre des faits psychiques (tels que les processus de la mémoire) et des échanges physico-chimiques est la seule, d'après nous, qui tienne compte de la complexité de cette maladie qui affecte l'être de l'homme, corps et âme.

Une des difficultés importantes dans l'approche neuropsychologique consiste à essayer de catégoriser les troubles mnésiques selon une classification rigide et statique qui ne parvient pas à rendre compte de l'extrême variabilité que la clinique nous dévoile. L'accompagnement quotidien des personnes atteintes de lésions cérébrales dément (et ce jeu de mot n'est sans doute pas fortuit) cette tentation de la catégorisation dont le risque est d'enfermer le patient dans une symptomatologie strictement déficitaire, au lieu de favoriser l'ouverture à la relation. La tentative récurrente de diviser les processus mnésiques et de catégoriser les souvenirs, ou plutôt ses ratés, (fabulations, interférences, oubli à mesure, fausses reconnaissances, etc.), ceci afin de les objectiver et peut-être

---

[323]. *Ibid.,* p. 96.
[324]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant, op. cit.,* p. 144.
[325]. Georges Chapouthier, *Biologie de la mémoire*, *op. cit*., p. 112.
[326]. *Id*., p. 112.

maîtriser ce qui nous échappe, nous paraît diabolique, au sens latin de *diabolus* (diviser). Cette opération d'étiquetage risque de séparer pour mieux enfermer. En clivant de façon artificielle des phénomènes qui s'inscrivent dans une durée, elle détache le souvenir du contexte temporel et psychologique dans lequel il apparaît.

De quel droit décréter que les souvenirs évoqués par les déments seraient des phénomènes dissociés de toute vie spirituelle ? Qu'ils soient absurdes, incompréhensibles, imprévisibles, incongrus, incontrôlables dans leur émergence, et livrés parfois crûment, avec un aplomb déconcertant, ils n'en demeurent pas moins les témoins très agissants d'une vie spirituelle. La pulsion prend souvent le dessus, elle confirme l'importance de l'énergie psychique qui anime ces manifestations. C'est du moins le pari, dans son acception la plus pascalienne possible, que nous faisons. Certes, les études statistiques requièrent de la précision afin d'établir une nosographie fidèle pour servir de base de données fiables à des recherches épidémiologiques par exemple. Mais les soins quotidiens, la présence, l'écoute peuvent être biaisés par cet étiquetage souvent péjoratif.

Ainsi l'avait très bien compris M. G. qui, après un bilan mettant en évidence tous les déficits dont il avait une conscience très aiguë, m'avait dit : « les tests c'est bien mais maintenant vous devez m'aider, vous ne pouvez pas me laisser tomber ! » M. G. fut la première personne qui m'obligeât à me questionner vraiment sur l'utilisation des bilans neuropsychologiques. Nous avons tenté de le montrer, ces bilans ne doivent pas servir d'écran entre le psychologue et le patient, mais permettre d'instaurer un lien de confiance, afin de proposer un accompagnement si la demande apparaît et si les conditions de possibilité sont requises. M. G. et moi-même fîmes un passionnant bout de chemin ensemble… jusqu'à ce que sa famille prenne la décision de le placer en maison de retraite, à l'étranger, afin de le rapprocher d'un de ses enfants. M. G. ne parlait pas la langue de ce nouveau pays… et ne voulait pas quitter Paris, ses amis et son appartement, mais il ne fût pas entendu…

Classifier en objectivant de l'*extérieur* les processus mnésiques et rechercher à l'*intérieur* du cerveau une localisation des souvenirs, tels sont les défis toujours mis à l'épreuve dans de multiples recherches. À défaut de pouvoir trouver un réservoir ou un magasin de souvenirs niché dans les plis et replis corticaux, nous préférons la pensée toujours actuelle de Bergson :

> « J'accepterai cependant si vous y tenez, mais en la prenant dans un sens purement métaphorique, l'idée d'un contenant où les souvenirs seraient logés, et je dirai tout bonnement qu'ils sont dans l'esprit.[327] »

Plus d'un siècle est passé, les avancées de la recherche en neurosciences, en biologie moléculaire, en neuro-imagerie, tentent de percer les secrets du fonctionnement cérébral et des processus mnésiques. Recensant les travaux de la recherche, Georges Chapouthier constate qu'elle a dû, en quelque sorte, réviser son ambition à la baisse et accepter de modifier son objectif :

> « Il n'est plus question, dès lors, de trouver une trace du codage de la mémoire, mais seulement des molécules qui ont quelque chose à voir avec le travail qu'effectue le cerveau quand il mémorise[328]. »

Comme nous le suggérions précédemment, la question reste posée en ce qui concerne l'indisponibilité, chez les patients, de l'accès au souvenir. Les souvenirs n'étant, à l'heure actuelle, ni matérialisés ni localisables, il s'agirait peut-être davantage d'une difficulté à établir des relations entre les différents moments de leur formation. En effet, les souvenirs ne cessent de s'associer les uns aux autres pour créer le passé continué dans le présent. Cette difficulté serait consécutive à une pathologie de la conscience de la durée, de l'écoulement du temps qui passe en quelque sorte. Or, c'est bien notre mémoire qui, par les actes permanents de reconnaissance, d'évocation, et d'oubli, nous permet de ressentir dans tout notre être, le sentiment de la durée.

D'autre part, les études anatomo-cliniques indiquent que la maladie d'Alzheimer ne peut être ramenée à un problème exclusif d'atrophie, ou de diminution de la masse cérébrale :

> « certains cerveaux de malades décédés de la maladie d'Alzheimer ont un poids, un volume quasi normaux, par rapport à des cerveaux de personnes du même âge et saines d'esprit. Les lésions histologiques constatées sont souvent localisées aux circuits d'association reliant les aires de perception aux aires de la mise en mémoire, de l'affectivité et surtout de l'action[329]. »

Dans cette appréhension de la maladie d'Alzheimer, la recherche sur la compréhension des facteurs organiques s'oriente vers une approche plus holistique. Si le cerveau est inévitablement impliqué, c'est dans son fonctionnement d'ensemble qu'il doit être appréhendé, ce qui ne facilite pas la tâche… Ce sont bien les phénomènes d'associations, de relations entre les

---

[327]. Henri Bergson, *L'énergie spirituelle*, Paris, *op. cit.*, p. 55.
[328]. Georges Chapouthier, *Biologie de la mémoire*, *op. cit.*, p. 112.
[329] Jean-Yves et Marc Tadié, *Le sens de la mémoire*, *op. cit.*, pp. 262-263.

différentes zones cérébrales qui sont perturbées par les lésions cérébrales, et nous retrouvons à un étage « organique » l'aspect fondamental de la fonction de liaison, de la mise en relation, qui implique passage *et* durée.

Si nous mettons en question une explication restrictive ou une interprétation abusive entre la présence de lésions cérébrales et les conséquences observables sur le comportement, c'est en raison de l'extraordinaire complexité cérébrale d'une part (nous avons évoqué plus haut la plasticité), et d'autre part l'impossibilité de situer le psychisme, ou l'esprit dans le cerveau. Sans nier son implication dans les activités cérébrales, nous ne trouvons pas dans les données actuelles des neurosciences de preuves tangibles qui permettraient d'établir une équivalence cerveau/pensée ou cerveau/mémoire.

Nous reprenons à notre compte ce commentaire d'Edouard Zarifian qui pourrait aussi bien s'intituler « voir un cerveau mémoriser » :

> « voir le cerveau penser n'est qu'une métaphore poétique. On ne "voit" d'ailleurs rien d'autre que des listes de chiffres qui sortent des machines et que l'on transpose de manière conventionnelle avec des codes de couleur pour représenter la silhouette d'un cerveau[330]. »

La confusion entre une corrélation et une explication de type causal est fréquente dans les conclusions des travaux de chercheurs en neurosciences. Certains considèrent même pour acquis l'équivalence entre réseaux neuronaux et psychisme, et assimilent totalement les processus mentaux aux processus cérébraux, érigeant en dogme une neurophilosophie[331]. Nous avons tenté dans notre travail, d'argumenter l'impossible réduction du psychique, du spirituel, à l'organique.

Au sujet des lésions cérébrales et de leur implication dans le rappel des souvenirs, Bergson proposait déjà deux hypothèses : soit les souvenirs occupent la région lésée et la destruction de cette région entraîne la disparition des souvenirs, soit les lésions :

> « empêcheraient le corps de prendre, en face d'un objet, l'attitude appropriée au rappel de l'image : tantôt elles couperaient à ce souvenir ses attaches avec la réalité présente, c'est-à-dire que, supprimant la dernière phase de la réalisation du souvenir, supprimant la phase de l'action, elles empêcheraient par là aussi le souvenir de s'actualiser. Mais, pas plus dans un cas que dans l'autre, une lésion cérébrale ne détruirait véritablement des souvenirs[332]. »

---

[330]. *Le Monde,* Edouard Zarifian, « Voir le cerveau penser n'est qu'un métaphore poétique », entretien avec Jean-Yves Nau, 14 avril 2004.
[331]. Les chefs de file de ce courant sont représentés par Patricia Smith-Churchland, lire à ce sujet *Neurophilosophie*, *L'esprit cerveau*, Paris, PUF, 1999.
[332]. Henri Bergson*, Matière et Mémoire*, *op. cit.*, p. 108.

Bergson choisira la seconde hypothèse, et insistera à nouveau sur le caractère très dynamique du souvenir. Nous retrouvons ici une des thèses principales développées par Israel Rosenfield à propos de l'évocation du passé. Selon lui :

> « En fait, nous "recréons" tous le passé, et une répétition ne doit pas être comprise comme un acte symbolisant un événement ayant déjà eu lieu, mais plutôt comme une histoire globale des efforts déployés pour ressaisir le passé, histoire située dans un contexte donné, à un certain moment, qui est celui de la répétition… Hors du présent la mémoire n'existe pas[333]. »

Le titre de son livre *L'invention de la mémoire*, nous invite à poser un regard moins négatif sur les troubles de mémoire dont sont atteints les déments et ainsi accueillir l'invention, la création, la part proprement inédite de leur être en souffrance qu'ils nous livrent dans ces évocations.

Nous tenterons maintenant de développer notre hypothèse concernant les maladies de l'éprouvé temporel, puis de formaliser comment la pratique issue de la théorie psychanalytique, en tant qu'elle est travail de liaison et d'accompagnement dans la *durée* propose un cadre propice aux soins en neurologie.

---

[333]. Israel Rosenfield, *L'invention de la mémoire, le cerveau nouvelles donnes*, Paris, Eshel, 1989, p. 80.

Troisième partie

La maladie neurologique à l'épreuve du temps

« Aucune question n'a été plus négligée par les philosophes que celle du temps ; et pourtant tous s'accordent à la déclarer capitale [334] »

« "Etre et temps", c'est tout le contraire d'une nouveauté, d'un "point de vue philosophique" ou même d'une philosophie particulière qui serait née de dispositions révolutionnaires hasardeuses de la jeunesse d'aujourd'hui. C'est si peu une nouveauté que les Anciens déjà se sont enquis de l'essence du temps, et tout aussi bien après eux Kant et Hegel et tout philosophe [335] »

[334]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op. cit.,* p. X.
[335]. Martin Heidegger, *De l'essence de la liberté humaine, Introduction à la philosophie*, Paris, Gallimard, 1996, p. 116.

Introduction

Si nous lisons rapidement ces deux citations, nous pouvons discerner un certain antagonisme entre ces deux assertions. D'un côté, Henri Bergson s'étonne que la question du temps n'ait pas été davantage prise en compte par les philosophes, de l'autre Martin Heidegger souligne l'intérêt que cette question a suscité depuis fort longtemps chez les philosophes. Ces divergences nous mettent au cœur de la question : le concept du temps peut-il être un concept rassembleur ou diviseur ?

Appréhendé en tant qu'objet de connaissance, ou ressenti à travers l'expérience intime que nous en avons, le temps n'est-il pas dialectique entre la tentative de conceptualisation et l'éprouvé que nous en avons continuellement, le temps n'est-il pas double, à la fois éprouvé et concept, essence de l'être ?

En vertu du principe aristotélicien de non-contradiction, comment « tenir » ensemble ces deux affirmations ? Pourtant, c'est notre passage terrestre qui nous soumet à la loi du temps, ses effets nous permettent de penser le temps. Le temps que nous essayons de cerner en tant qu'objet conceptuel n'est pas celui que nous éprouvons, ni celui de la physique. Et néanmoins, toutes ces modalités temporelles coexistent. Nous tenterons de soumettre la question du temps à une étude phénoménologique en interrogeant le rapport qu'entretient l'homme malade à « son » temps dans le contexte de la « maladie neurologique[336] ».

Reprenant à notre propre compte les contradictions apparentes de ces considérations, nous les utilisons à la manière d'un avertissement. Si la question du temps est capitale, elle peut être occultée, reportée, déplacée, en raison même de la difficulté que représente son analyse. De l'autre point de vue, si les Anciens, tels les présocratiques puis Platon et Aristote, ont chacun essayé de saisir l'essence du temps, leur conception est-elle toujours opérante pour penser le temps de la neurologie ?

Les questions du temps et de l'être ne cessent de travailler la philosophie. Au-delà des concepts relatifs à chaque terme de l'expression « être et temps », c'est bien l'accent sur la liaison de l'être *et* du temps qui est à questionner de façon plus précise.

---

[336]. Nous appelons « maladie neurologique » l'ensembles des pathologies neurologiques qui affectent le système nerveux central et périphérique, nous détaillerons ultérieurement certaines pathologies distinctes.

Si elle n'est pas « une nouveauté », la question de l'être et du temps affirme toujours son actualité.

Comment le contraire du nouveau, c'est à dire l'ancien, serait-il toujours d'actualité ? À moins de supposer que l'ancien puisse toujours s'actualiser, se renouveler, c'est-à-dire perdure dans le nouveau, à la manière dont Bergson envisage la continuité du passé dans le présent, sans pour cela exclure le changement, l'invention, la nouveauté ? Mais si le changement est un processus continu, comment comprendre les modifications brutales qui peuvent survenir au cours de certaines affections neurologiques ?

Y aurait-il plusieurs temporalités pour une même personne ? Ou bien plusieurs rythmes peuvent-ils se succéder, inventant ainsi une modalité temporelle particulière à chacun, sans interrompre la continuité de l'existence ?

Toutes ces questions traversent la clinique des maladies neurologiques. Pour Bergson, la continuité et le changement sont conçus comme indivisibles. Cette thèse permet d'appréhender les modifications de l'existence du malade, non pas comme une rupture dans le cours temporel, mais comme un moment qui est à relier, de fait, avec le passé et le présent :

> « Il suffit de s'être convaincu une fois pour toutes que la réalité est changement, que le changement est indivisible, et que, dans un changement indivisible, le passé fait corps avec le présent[337]. »

L'idée du changement, en tant que phénomène constitutif de l'existence, sera à considérer. Rejetant dos à dos les notions de mouvement et de substance, Bergson conçoit le changement comme « la substance même des choses[338] ». Nous reprendrons quelques témoignages de patients afin de soumettre la théorie de Bergson sur le changement à l'épreuve de la clinique.

Enfin, n'est-ce pas plutôt le temps qui dure et les questions sur les relations que nous entretenons avec lui qui évoluent ? À moins que ce ne soit la forme, l'apparence du questionnement sur le temps qui se renouvelle, laissant le cœur, l'essence, la substance du concept du temps intacts et insondables.

Comme pour tout concept, nous avons besoin de temps pour le penser, et nous le pensons parce que nous sommes en lui. Ainsi, le temps ne peut être accessible à la

---

[337]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant*, *op. cit.*, p. 173.
[338]. *Id.,* p. 174.

pure raison, il se donne dans l'éprouvé et relève de l'intuition, selon la conception que Kant donne à ce terme.

Les questions autour de l'être et du temps laissent entrevoir celles de « l'être » du temps, c'est-à-dire son essence, celles de l'être dans le temps, à moins que nous ne soyons conçus « pour le temps » plutôt que dans le temps ? Nous ferons un bref détour chez les Anciens afin de retrouver les fondements philosophiques de l'interrogation « perpétuelle », tout du moins continuelle et inachevée, que l'homme se pose sur sa façon d'habiter le temps. Dépassant le cadre de l'aporie, peut-être est-ce l'ouverture et le renouvellement constant du questionnement sur le temps qui fonde son essence ?

Cette permanence de l'ancien dans le présent, cette intimité du passé dans le présent est indissociable du questionnement sur le temps, et ce questionnement trouve sans doute son origine dans l'apparition du langage et de la pensée. L'interrogation du sujet confronté au temps qui passe nous met dans le vif du problème : qu'est-ce qui dure si tout passe ? Nous serions tentés de répondre hâtivement : l'être dans tous ces états, perdure, persiste et insiste, et avec lui sa manière d'habiter le monde et de créer sa propre temporalité, en dépit des modifications et des bouleversements qui jalonnent son parcours. Les questions sur le temps sont repérables dans les tous premiers écrits, dès la naissance de la philosophie, tels que nous les retrouvons dans l'héritage des présocratiques. Mais, bien avant les traces écrites, les recherches archéologiques ont mis à jour des rituels de funérailles qui illustrent un type de questionnement, et aussi une forme de réponse sur les rapports que l'homme entretenait avec l'au-delà de la mort, avec la temporalité et la finitude. Cette fin terrestre et l'espérance de sa continuité possible, probable, au-delà de la mort, ont toujours suscité des lieux d'inscription, des repères, des rituels de passage.

Ces rites structurent et rythment le temps humain, celui de la finitude terrestre. Ils permettent de dépasser le destin individuel de la mort pour rapprocher dans une communauté de croyances et de pratiques les individus tragiquement confrontés à l'expérience scandaleuse et indépassable de la mort. Trouver un lieu commun, au sens propre comme au figuré (tel les dolmens, les catacombes, les cimetières), célébrer un rituel, c'est tenter de donner un sens, une forme symbolique à un événement, la mort, qui dépasse l'entendement.

Nous l'avons déjà abordé, les récits mythiques des sociétés fermées ou traditionnelles, dénommées et analysées ainsi par Bergson et Eliade, proposaient des systèmes qui apportaient des réponses à la question de la création du monde et donc à la genèse du temps. Le point central de ces différentes conceptions du temps s'articulait autour de la notion de période, la période de base étant l'écoulement d'une année dont la durée varie selon le calendrier adopté.

> « Cependant, ni la mobilité du commencement de la Nouvelle Année […] ni la diversité des durées attribuées à l'année par les différents peuples, ne parvenaient à minimiser l'importance qu'avaient dans tous les pays la *fin* d'une période de temps et le *début* d'une période nouvelle[339]. »

Il importait de comprendre l'avènement de la nouvelle année comme le recommencement du temps, en quelque sorte conçu comme un cycle :

> « Toute nouvelle année est une reprise du temps à son commencement, c'est-à-dire une répétition de la cosmogonie[340]. »

Au-delà la diversité importante des rythmes calendaires, des cérémonies, des fêtes rituelles et initiatiques, Mircea Eliade a repéré une différence fondamentale entre les sociétés « historiques » et les sociétés « anhistoriques ». La régénération du temps cyclique, le mythe de « l'éternel retour » des sociétés anhistoriques sont fondés, d'après les analyses de Mircea Eliade, sur une ontologie coupée des questions du temps et du devenir. C'est-à-dire que la répétition d'un temps cyclique n'autorise pas l'accès à un questionnement sur le devenir temporel. La question de l'évolution est inexistante ; inénarrable, elle est ainsi absente de tous les récits mythiques.

Toutes les « étapes » qui structurent la vie terrestre de l'homme, étapes soumises nécessairement à divers changements (naissance, maladies, accidents, mort), sont comprises dans un ensemble immuable où la répétition n'est qu'une manière de revenir au même, d'« annuler le temps ». Mettant en évidence les différences culturelles dans les cosmogonies du Proche-Orient antique, Mircea Eliade constate :

> « un espoir commun dans la régénération actuelle ou périodique du Monde. En somme, on croit dans la possibilité de récupérer le "commencement" absolu, ce qui implique la destruction et l'abolition symboliques du vieux monde. La fin est donc impliquée dans le commencement et vice-versa. Ceci n'a rien d'étonnant, car l'image exemplaire de ce commencement qui est précédé et suivi d'une fin est l'Année, le temps cosmique circulaire, tel qu'il se laisse saisir dans le rythme des saisons et la régularité des phénomènes célestes[341]. »

---

[339]. Mircea Eliade, *Le mythe de l'éternel retour*, *op. cit.*, p. 66.
[340]. *Id.,* p. 69.
[341]. Mircea Eliade, *Aspects du mythe*, Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1988, p. 69.

Pouvons-nous en déduire que ces sociétés sont exemptes des questionnements sur le sens de la souffrance ? En fait, rejetant le hasard et les causes accidentelles, la souffrance n'est jamais dénuée de sens. Imputable à une faute, à une erreur ou un défaut dans le respect de certains rituels, elle doit trouver sa résolution dans le retour à l'ordre établi. Cette prééminence de la régularité structure une forme de stabilité, un contenant sécurisant qui permet d'intégrer les aléas inévitables tels que la maladie, les accidents et la mort, etc.

À la manière de l'ontogenèse qui reprend au niveau individuel les questions de la phylogenèse, tout petit d'homme découvre son étonnement face au temps qui passe et élabore son propre système pour déjouer ou apprivoiser les mystères du temps. Si le temps présent se donne à l'expérience commune dans un éprouvé immédiat, le jeune enfant ressent très vite que ce temps présent ne suffit pas à circonscrire l'étendue de sa vie.

L'être humain est avant tout un être de langage et de désir, car : « de fait, c'est l'apparition du désir qui distingue l'homme et récuse l'animalité[342] ». Parce que le désir reste fondamentalement insatisfait et inassouvi, il ouvre à l'attente et nous immerge dans la temporalité. Vouloir combler un nourrisson ou un jeune enfant, sous prétexte de lui éviter la souffrance de l'attente, c'est l'entraîner peu à peu vers une confusion tragique entre le besoin immédiat, le pulsionnel, le désir et son anticipation. La dialectique entre le besoin et le désir trouve sa résolution, en quelque sorte en creux, par son articulation, dans le langage. Le langage énonce une demande qui manque son objet. En effet, c'est bien l'anticipation et l'attente qui ouvrent notre monde intérieur à l'imaginaire et permettent son déploiement, par la demande, vers le symbolique. Cette attente, loin d'être vaine, permet notre ascension vers le désir. Ce désir est d'abord désir de relation, désir de liaison, désir d'être entendu et reconnu.

Dans la mythologie, Narcisse meurt de se croire tout à la fois source et comblement de son désir. Faute de séparer la source du désir du lieu de sa réponse, Narcisse se noie. Niant l'altérité et la relation comme épreuve et lieu du désir, il se perd en lui-même. Le manque, contrairement aux idées reçues par ceux qui confondent besoin et désir, de peur de s'apercevoir incomplets et faillibles, à la façon dont Adam et Eve se découvrent nus dans le jardin d'Eden, le manque donc, nous structure. Il nous rend humains puisqu'il nous ouvre à la relation avec cet autre qui ne

[342]. Claude Bruaire, *Philosophie du corps*, Paris, Seuil, 1968, p. 34.

nous comblera jamais, mais qui permettra de donner vie à notre imaginaire. Qui peut vivre sans rêve ?

L'élaboration du désir, qui nécessite l'épreuve du manque pour être révélé tout d'abord dans le cri chez le nourrisson, puis peu à peu dans le langage, se fera par sa transcription dans la demande, par la voie (voix) du symbolique, grâce à la médiatisation de la parole.

> « La parole, quant à elle, libère la représentation du représenté : elle sépare le langage de l'action, elle est l'acte du renoncement à être présent, dans la matérialité du corps, à la représentation qui s'en donne[343]. »

Parce qu'elle est donc tout à la fois ancienne et toujours renouvelée, la nature des questions sur le temps s'apparente à l'essence du présent. Le présent prend forme dans la durée et permet le passage, la tension, du passé vers le futur. Pas de question sur le temps sans pensée du présent, du moment et de la durée. Cette qualité propre de l'être qui propose un champ infini de déclinaisons des possibles dans sa façon d'investir le temps, s'exprime avec acuité dans la clinique neurologique. Notre travail présenté ici a trouvé son origine dans l'écoute, que nous avons espéré attentive, des patients hospitalisés et suivis au sein d'un service de neurologie.

---

[343]. Denis Vasse, *Le temps du désir*, *Essai sur le corps et la parole*, *op. cit.*, p. 153.

Chapitre premier : L'éprouvé du temps en neurologie

Chaque malade confronté à une pathologie neurologique, à un moment donné, interroge sa relation au temps, à son temps propre, passé, présent et à venir. Ce temps éprouvé a peu à voir avec le temps lointain, paradoxalement statique et désincarné, de la physique. Cette constance, cette permanence dans la diversité de cette interrogation énoncée, parfois balbutiée, par chaque femme et chaque homme, relative à la question de l'être et du temps, revêt une intensité particulière chez les patients atteints de troubles neurologiques.

Nous essaierons de comprendre pourquoi la « maladie neurologique » provoque une telle interrogation et comment cette interrogation est à considérer avec respect et discernement, si nous voulons tenter de comprendre ce qui est à l'œuvre dans la maladie neurologique. Les réponses hâtives n'ont parfois d'autre fonction que de masquer ou déplacer les questions qui nous dérangent, en tant que thérapeutes bien souvent démunis et désarmés. Ce questionnement autour du temps, abordé de façon récurrente et douloureuse par les patients, au cours de l'hospitalisation ou du suivi en consultation externe, nous a conduite à élaborer une hypothèse de recherche : la maladie neurologique n'est-elle pas essentiellement une maladie de *l'éprouvé* temporel ?

Les différentes pathologies neurologiques, qui toutes sont la conséquence de lésions organiques (plaques séniles, inflammations de la substance blanche, ruptures d'anévrysme, dégénérescences neuronales, accidents vasculaires, tumeurs…), laissent ainsi une inscription dans le corps. Ce corps blessé devient souffrant quand la personne, par l'acte de paroles, dit ou tente de traduire en mots son mal-être. Nous constaterons bien souvent que « le poids du réel, la souffrance[344] » pour reprendre le titre d'un ouvrage de Denis Vasse, n'est pas toujours aisé, ni à se dire, ni à entendre. Parce que le réel de la souffrance se dérobe et dépasse les mots pour le dire, mais aussi parce qu'il est insupportable à entendre, à recevoir et à concevoir.

C'est dans cette double difficulté, dire la souffrance pour le patient, entendre et supporter ce dire, toujours incomplet, pour le soignant, que s'origine et se noue la

[344]. Denis Vasse, *Le poids du réel, la souffrance*, Paris, Seuil, 1983.

relation soignant/soigné. C'est précisément cette incapacité radicale à circonscrire la souffrance dans les mots qui oblige le soignant à rester à l'écoute, tel un veilleur qui se sait tout à la fois vigilant et faillible. La volonté n'est jamais un rempart contre l'échec, elle nous permet de concevoir et d'accepter nos limites, et de continuer malgré tout, la croyance en une supposée toute-puissance constitue un risque majeur.

> « À ne considérer la souffrance que du côté du symptôme médical, elle ne renvoie qu'à la maladie prétendument objective, au corps humain incarnant une parole qui cherche à se dire, à la matérialité d'un corps organique, celui des médecins et de leur savoir[345]. »

Ces plaintes que nous entendons au quotidien auprès des malades s'expriment à travers la difficulté à (re)tisser une temporalité habitable par rapport au temps vécu. Cette difficulté est double : les patients peinent à investir le temps présent et, d'autre part, ils témoignent d'une certain « fragilité » pour imaginer, investir, le temps à venir.

D'apparition brutale ou d'installation chronique, ces maladies nécessitent le réaménagement ou même l'invention d'un nouveau rapport à la temporalité. Il nous faudra étudier la temporalité des patients, d'une part sous l'angle de la réalité du présent, et d'autre part sous l'angle de l'imaginaire qui est notre manière de nous projeter dans le futur. Ces malades doivent (ré)apprendre à vivre et habiter dans le temps avec un corps mis à mal par les empreintes laissées par la maladie et les traces qu'elle continue à inscrire quand il s'agit d'une pathologie évolutive.

Quand les pathologies neurologiques ne sont pas chroniques, elles sont subites et souvent violentes (accident vasculaire, traumatisme crânien) et peuvent modifier de façon plus ou moins profonde et persistante la manière de vivre le temps présent et d'investir le temps à venir. D'autre part, les maladies dégénératives telles que les syndromes démentiels (Maladie d'Alzheimer, démences fronto-temporales, etc.), entraînent une incapacité manifeste à évoquer le passé ou du moins certains fragments du passé. Cette rupture dans l'évocation du passé est saisissante dans le sens où celui ou celle qui se trouve ainsi dépossédé de sa mémoire, et celui ou celle qui en est le témoin, peut être littéralement saisi de panique ou d'effroi devant un tel gouffre, une béance, une sorte de trouée dans l'existence vidée de certains souvenirs.

> « La conclusion principale que l'on peut tirer de l'existence de tels événements est que les blessures qu'ils occasionnent sont majoritairement des ruptures de temps, des improvisations existentielles qui procèdent de l'annulation du passé[346]. »

---

[345]. *Id*, p. 46.

L'effroi est lié à la surprise et à la sensation d'effraction psychique que subit la personne qui se sent dépossédée de ses souvenirs personnels, comme si elle était victime d'un vol de souvenirs. Le sentiment de vide ressenti par certaines personnes, expropriées de leur existence, est souvent vertigineux et peut provoquer des réactions de panique, d'angoisse et/ou de dépression. Le vol peut devenir rapt si le trouble mnésique entraîne une perte d'identité. Si « vivre consiste à vieillir[347] », que devient le fait même du vieillissement si la personne ne s'éprouve pas vieillir ? Nous pouvons toujours émettre l'hypothèse d'un travail de dénégation ou même de déni qui serait à l'œuvre dans les processus démentiels. Ces mécanismes défensifs permettraient à la personne de se soustraire à l'épreuve du temps qui passe afin d'éviter l'angoisse de la mort qui se profile, mais cette théorie (du moins cette hypothèse) ne nous donne aucune solution pratique pour être avec ces patients.

Il revient au psychiatre Jean Maisondieu d'avoir, un des premiers, déplacé, le regard porté sur les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer. Délaissant l'étude des plaques séniles, il a proposé une hypothèse selon laquelle les patients se réfugient dans la démence, afin d'éviter de penser leur mort prochaine.

> « La démence touche tous ceux qui ne trouvent plus de raisons de vivre et qui ne trouvent plus de raisons de mourir. Entre hier disparu et demain redouté, elle a l'intelligence fulgurante de l'absurde et les savants qui croient que la raison a raison de tout ne le lui pardonnent pas[348]. »

Incapables d'habiter un temps sans projet, sidérés par leur incapacité à penser la mort, la perte de la raison devient la seule issue : « la peur de la mort est le ressort secret de la démence […] et il ne s'agit pas d'une formule de rhétorique mais d'une peur viscérale[349] ».

Le soin de présence assure un colmatage, un étayage pour parer à cette sensation douloureuse et terrifiante de délitement psychique, certains parlent de « leur tête qui se vide », associée à la « crainte de devenir fou ». Comment enrayer la fuite des souvenirs ? Faut-il l'enrayer ? N'est-il pas plus humain d'accepter la personne et ses troubles, telle qu'elle est, et non telle que nous voudrions qu'elle soit ? Que signifie soigner, si soigner consiste à nier la réalité des déficits qui

---

[346]. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés, De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*, *op. cit*., p. 345.
[347]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant, op. cit.,* p. 184.
[348]. Jean Maisondieu, *Le crépuscule de la raison*, Bayard, Paris, 1996, p. 239.
[349]. *Id*., p. 67.

progressent, et l'absence de traitements actuellement véritablement efficaces ? Le commentaire radical de Catherine Malabou :

> « Le malade d'Alzheimer est le repoussoir de la société connexionniste, le contre-modèle de la flexibilité. Il est en fait présenté comme un désaffilié : errant, sans mémoire, asocial, sans repère[350]. »

rappelle la triste réputation de ces patients dans le corps social. Doublement dérangeantes, dans la famille et dans la société, parce que dérangées dans leur vie psychique, ces personnes sont accueillies dans des lieux de vie souvent construits à l'extérieur des grandes villes. Cette mise à distance, en orbite de la cité, en dit long sur l'hospitalité prodiguée à leur égard. Bretonneau et Vaugirard, centres de gériatrie de longs séjours situés dans Paris, constituent deux exceptions, ils assurent une continuité entre la ville et l'hôpital grâce à la création de certains réseaux.

1. Evolution de la maladie

Les patients ne sont jamais quittes avec ces maladies qui assiègent le corps au plus intime de lui-même, sa cérébralité, et produisent des accès « par poussées » ou de façon évolutive (telle la sclérose en plaques ou la maladie d'Alzheimer) sans jamais lâcher prise. En effet, les neurologues évoquent des rémissions pour la sclérose en plaques. Les rémissions correspondent à des périodes de durée variable, de quelques mois à quelques années parfois, pendant lesquelles les symptômes disparaissent. Le terme guérison n'est jamais employé pour cette affection qui peut se « réveiller » à tout moment. Il est fréquent au cours des réunions que certains médecins évoquent des maladies qui sont muettes, qui parlent ou qui flambent, faisant ainsi référence aux symptômes qui apparaissent et disparaissent sans qu'une causalité stricte soit repérable, sans prédictibilité, sans autre rationalité que d'être justement une maladie qui s'exprime par poussées, un peu à la façon d'un volcan qui entre en éruption puis se calme mais pour combien de temps ? À cette différence près que ni les neurologues, ni les malades ne disposent de sismographe pour prédire l'arrivée d'une poussée, et qu'ils ne peuvent ni se fuir eux-mêmes, ni se protéger d'eux-mêmes. L'appellation de maladie « auto-immune » fait d'ailleurs référence à une pathologie que les patients fabriquent et qui les attaque de l'intérieur.

---

[350]. Catherine Malabou, *Que faire de notre cerveau ?*, Paris, Bayard, 2004, p. 107.

À la blessure constituée par la maladie s'ajoute la souffrance incompréhensible d'une maladie que la personne secrèterait de l'intérieur et qui transformerait ainsi le patient en « auto-agresseur ». Il s'agit bien de délivrer le patient de cette double sanction. Si la survenue de la maladie relève de différentes étiologies, sa caractéristique qui est de produire une atteinte du système immunitaire n'est pas le *télos* volontaire de la maladie. La maladie ne pense pas et ne se pense pas elle-même. En revanche, ses atteintes, ses conséquences, son retentissement dans la vie de la personne peuvent et même doivent être pensés afin de libérer le patient de cette fatalité erronée et mortifère. Il est fréquent en cours d'entretien d'entendre certaines personnes s'accuser de fabriquer elles-mêmes leur maladie. Le fait que ces personnes attribuent à des raisons conscientes ou inconscientes l'arrivée de la maladie entraîne une culpabilité qui accroît la souffrance et qui pourrait se résumer ainsi : « je suis malade de me rendre malade ».

C'est toujours dans l'après-coup que chacun tentera de relier la poussée à un évènement de la vie quotidienne, de lui donner une cohésion si ce n'est une cohérence au sein de l'existence. Ainsi Mlle. B. atteinte très jeune de cette pathologie qui a dû réorienter totalement son exercice professionnel, et qui tente depuis des années de découvrir dans les méandres de sa vie familiale, de son enfance, de ses relations à ses parents et à ses aïeux, les causes de cette maladie. Ce refus du hasard, de l'absurde, des explications faisant état d'une intrication de facteurs génétiques et environnementaux, est à prendre au sérieux. Il met en évidence une autre rationalité, une recherche de sens qui soit en rapport avec l'histoire personnelle qui ne pourra jamais coïncider avec les données scientifiques, aussi précises et fondées soient-elles, collectées par les soignants dans le but d'ériger des normes de traitement adaptées à une créature statistiquement réelle mais virtuelle quant à son incarnation.

Refuser de considérer ce décalage entre les explications pertinentes, rationnelles des soignants et la compréhension, l'intégration du sens intime, profond que la maladie revêt pour chacun, c'est mettre déjà en échec, ou du moins rendre impossible la tentative d'accueillir l'autre. Cette maladie est tellement intriquée, incorporée dans l'existence des patients que ces derniers se présentent parfois spontanément comme des « sclérosés en plaques ». Face à cette opération de dénomination de leur personne qu'ils assimilent ainsi à leur maladie, les médecins, en

écho, évoquent une symptomatologie qui « parle » et personnifient en retour la pathologie.

Réduction de la personne à sa maladie, personnification de la maladie, autant de tentatives d'apprivoiser la pathologie mais à quel prix ? Sacrifice de l'identité ou humanisation du pathos ? À vrai dire, les symptômes divers, dont la richesse sémiologique est très bien décrite par certains patients, peuvent « envahir » tout le corps. Ce sont bien sûr les patients qui parlent avec précision et justesse des symptômes que la maladie écrit sur leur peau et inscrit dans leur chair : brûlures, fourmillements, vertiges, faiblesse musculaire, troubles visuels, sphinctériens, etc. Il n'est pas rare qu'un dialogue s'instaure entre le patient et sa maladie : « Combien de temps va-t-elle me laisser tranquille ? », « Elle ne me quitte plus ».

Symptôme récurrent et cardinal, la fatigue envahit le patient et transforme tout effort en chemin de croix. Ainsi, une patiente qui venait régulièrement à l'hôpital et refusait obstinément le fauteuil roulant dont elle pouvait disposer à l'accueil de l'établissement, avait repéré certaines haltes possibles afin de se reposer avant nos entretiens (des bancs de pierre disposés le long des couloirs). Ces bancs étaient investis comme autant de stations du Calvaire que représentait le parcours entre l'entrée de l'hôpital avant de parvenir à l'ascenseur desservant le service de neurologie. Il n'était pas rare qu'elle s'arrêtât plusieurs minutes, épuisée, avant de reprendre péniblement son périple. Elle mettait une sorte de point d'honneur à ne pas demander d'aide (ce qui aurait pu être une attitude raisonnable et adaptée à sa pathologie) afin de conserver, à ses propres yeux mais sans doute également à ceux de l'entourage, l'autonomie que la maladie ne cessait de ronger inexorablement. Il convient de distinguer ici autonomie et indépendance : si la première est une condition irréductible de la personne humaine, la seconde peut être entravée par de multiples causes. Un des devoirs du soignant, souvent bien difficile à exercer, est de respecter l'autonomie de la personne dépendante.

Il nous faudra nous interroger sur les conséquences de cette souffrance. En effet, les tourments du rapport à la temporalité se dérobent à tout traitement médical. Pas de pilule, pas de piqûres, pour soigner les blessures de l'anticipation ou la difficulté à se projeter, pas de traitement vraiment efficace pour ne pas penser à la survenue de la prochaine poussée.

Comment remédier à une pathologie, une souffrance de notre être dans le temps ? Être dans et pour le temps, n'est-ce pas la condition humaine par excellence ? Pouvons-nous être dans le temps sans souffrance ? Qui peut vivre dans l'instant, mis à part les animaux dont la relation au futur est déjà toute tracée et prévisible grâce à la prégnance, au déterminisme de leur programme génétique et à la force de leurs instincts ? Il n'existe pas de programme de conduite à tenir qui soit définitif chez l'être humain, sa condition d'être-dans-le-temps et à laquelle il ne peut se soustraire, l'affranchit de tout déterminisme et le confronte en permanence à l'exercice douloureux de sa liberté.

Or, si l'avenir est ouvert, cette ouverture constitue la condition de possibilité fondamentale de la liberté, ainsi que le rappelle Bergson dans sa critique contre le finalisme et l'évolution comprise comme la réalisation d'un plan[351]. Que devient l'exercice de cette liberté quand l'avenir est amputé des possibles et doit, en quelque sorte, « être revu à la baisse » ? Peut-on concevoir une diminution, un rétrécissement de l'avenir ? Comment penser « l'adaptation » que nécessite le mode de vie des malades avec leurs limitations, leurs séquelles ? Comment vivre dans et avec un corps dont on perd la maîtrise ? Un corps qui ne répond plus comme avant, qui se dérobe, qui parfois devient méconnaissable, étranger tant les marques de la maladie le façonnent et le transforment. Ce corps n'est plus reconnu, il n'est plus le compagnon docile qui effectuait, avant l'AVC, avant les séquelles, tous les gestes apprement si simples de la vie quotidienne. Nous avons oublié combien l'acquisition de ces gestes avait requis des années d'apprentissage. Ce corps meurtri, il faut pourtant bien continuer à faire corps avec… « Oui mon corps est moi-même et j'en veux prendre soin : Guenille, si l'on veut : ma guenille m'est chère[352] », ces célèbres alexandrins nous rappellent la fragilité de notre incarnation et l'obligation morale de respecter ce corps souffrant, mais comment ?

Comment vivre, c'est-à-dire se penser dans le temps quand l'infini supposé des projets se rétrécit au point de se limiter au maintien de quelques habitudes durement récupérées : faire sa toilette, s'habiller seul, composer un numéro de téléphone, manger, etc. ? Nous nous tournons à nouveau du côté de Bergson et de ce

---

[351]. Thèses critiquées par Henri Bergson dans « *L'évolution créatrice* » sous la direction de Frédéric Worms, PUF « Quadrige », 2007, p.104.
[352]. Molière, *Les femmes savantes*, Paris, Le Livre de Poche, 1986, Acte II, scène 7.

qu'il nomme « invention » pour illustrer comment la vie, à tous moments, peut créer du nouveau et de l'inédit :

> « Continuité de changement, conservation du passé dans le présent, durée vraie, l'être vivant semble donc bien partager ces attributs avec la conscience. Peut-on aller plus loin et dire que la vie est invention comme l'activité consciente, création incessante comme elle ?[353] »

C'est bien à partir de la maladie qu'il faudra reconsidérer les champs du possible et inventer de nouvelles dispositions pour continuer d'être au monde avec la maladie. « Pathologique implique pathos, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée[354] », cela sonne particulièrement juste dans le cadre des maladies au long cours.

La souffrance morale est consécutive à l'émergence d'un phénomène double : survenue de la maladie qui bouleverse l'équilibre établi jusqu'à présent et absence de traitement curatif. L'annonce du diagnostic des maladies neurologiques correspond à l'annonce d'une vie qui sera désormais différente. L'atteinte physiologique du système nerveux central ou périphérique touche le tout de la personne, la maladie neurologique interrompt le cours de la vie, elle est, selon l'expression de Canguilhem « proprement critique[355] ». Mais si la maladie interrompt un type de rapport à la normalité et si la guérison introduit une « nouvelle santé qui n'est pas la même que l'ancienne[356] », la guérison ne saurait être le retour à l'état initial, mais l'ensemble des processus qui vont permettre la création de nouvelles normes. Cette créativité adaptative du vivant n'empêche pas l'éprouvé et le rappel du temps passé : « Même quand la maladie devient chronique, après avoir été critique, il y a un autrefois dont le patient ou l'entourage garde la nostalgie[357] ». Et dans l'énumération des atteintes qui modifient durablement le mode de vie, le philosophe cite l'aphasie, les séquelles courantes des pathologies démentielles ou vasculaires.

Nous l'avons abordé précédemment, la maladie neurologique entraîne une réduction du champ des possibles, les conditions d'habitabilité du monde diminuent et bien souvent. Devenu dépendant, le malade est incapable de créer de nouvelles normes, il doit vivre dans un milieu protégé, si la famille ne peut plus l'accueillir. Se référant aux observations portant sur les blessés de la Première Guerre Mondiale,

---

[353]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.,* pp. 22-23.
[354]. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, « Quadrige », 1988, p .85.
[355]. *Id.*, p. 87
[356]. *Ibidem,* p. 128.
[357]. *Ibidem*, p. 87.

Canguilhem évoque « l'incapacité d'être normatif » chez les patients qui ont subi des atteintes cérébrales. La spécificité de certaines pathologies neurologiques réside justement dans cette incapacité chez le patient de se créer de nouvelles normes, de nouvelles conditions d'existence. C'est la grande dépendance des malades atteints d'Alzheimer, de Chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique, ou souffrant de séquelles de multiples accidents vasculaires. Ces maladies nécessitent la participation active de l'entourage et des institutions afin de pallier la perte de dépendance.

Ainsi, M. L. vient me consulter pour des troubles mnésiques. En fait, sa mère est atteinte d'une maladie d'Alzheimer depuis plus de trente ans. Il a organisé au domicile de celle-ci le passage quotidien ou hebdomadaire de différents soignants et intervenants (médecin de famille, infirmière, kinésithérapeute, aide-soignant, auxiliaires de vie, pédicure, coiffeuse), afin d'éviter son institutionnalisation. Dans ce cas précis, le départ en maison de retraite médicalisée était inenvisageable pour le fils. Il venait régulièrement me rencontrer afin de déposer toutes les semaines ses paroles mélancoliques, et témoigner de son impossible séparation. Si parler c'est transposer, car « le langage est d'emblée une traduction, mais sur un registre hétérogène à celui où s'opère la perte affective, le renoncement, la cassure[358] », nos entretiens permettaient à M. L. de livrer certains secrets. Il abordait une souffrance anticipatoire à l'idée qu'un jour, cela finirait, sa mère décéderait. Il se demandait comment il pourrait survivre à ce deuil, lui dont toute sa vie était orientée sur le maintien de ce lien, en dépit et même grâce à la maladie.

Nous avons ressenti avec acuité à quel point l'amour et l'emprise peuvent mêler leurs destins. Ce qui semblait au premier abord un geste d'amour absolu, cette organisation qui se voulait sans faille pour le maintien à domicile de sa mère, était aussi un engagement d'une maîtrise absolue. Sa mère n'était plus qu'un « objet » de soins dans la vie imaginaire et concrète de ce fils « exemplaire ». Ne pouvant renoncer à sa mère, la maladie conférait les pleins pouvoirs au fils. Ni ses propres enfants, ni son épouse n'avaient plus de « poids » dans sa vie. Tel un astre éteint par l'épuisement et la répétition des tâches (appels téléphoniques, visites au domicile de sa mère, recherches de nouvelles auxiliaires de vie en fonction des désistements de certaines) sa vie tournait autour de celle qu'il organisait pour sa mère.

---

[358]. Julia Kristeva, *Soleil noir, Dépression et mélancolie*, Folio « essais », p. 53.

Ainsi, les nouvelles normes exigées par la maladie étaient établies par le fils qui se bâtissait un monde rappelant celui de la relation mère/enfant au début des premiers mois. Le temps de la maladie était peut-être celui de la petite enfance. Les personnages avaient grandi, mais la même scène se rejouait autour de la distinction que nous ne devons pas négliger entre dépendance et autonomie. La mère était dépendante de son fils qui, lui, n'était pas autonome. Il palliait ce manque d'autonomie par l'emprise qu'il exerçait sur sa mère. Si l'autonomie est à appréhender comme une ligne d'horizon, ce vers quoi nous tendons sans jamais l'atteindre, il importe de ne pas confondre ces deux concepts. Pour M. L. le temps ne passait pas… Par bonheur, après le décès de sa mère, M. L. devint grand-père, les entretiens prirent fin, n'oublions jamais que nous ne sommes que de passage…

Si le patient n'a pas conscience de ses déficits (et au fond qu'en savons-nous puisqu'ils ne peuvent plus témoigner ?...), l'entourage souffre et se tourne vers le passé. La nostalgie est-elle un remède, une réaction inévitable, le signe de notre impuissance ? Que les limites imposées par certaines pathologies ne soient qu'une préfiguration des limites imposées par la sénescence, que la dépendance soit courante dans d'autres pathologies (cancer, maladies cardio-respiratoires, diabète, etc.), semble évident. Mais la particularité des maladies neurologiques consiste dans le lieu d'apparition des lésions. C'est une pathologie de la cérébralité, ainsi que l'analyse Catherine Malabou, dont l'idée principale est livrée explicitement dans la conclusion de son dernier livre :

> « je continue à défendre la thèse selon laquelle la seule issue philosophique réside aujourd'hui dans l'élaboration d'un nouveau matérialisme, lequel précisément refuse d'envisager la moindre séparation que ce soit non seulement entre cerveau et pensée, mais aussi entre cerveau et inconscient[359]. »

Mais si la cérébralité est indéniable en tant que lieu où s'initie la maladie, (nous pourrions écrire que le cerveau est la condition de la corporéité de la maladie), les conséquences des lésions cérébrales débordent largement le cadre de leur origine. Il est incontestable que l'origine topographique des lésions, des plaques séniles (maladie d'Alzheimer) et des inflammations (dans le cas de la sclérose en plaques) réside dans les méandres de la substance cérébrale. Cependant, les perturbations et dérèglements en tout genre irradient le corps dans son ensemble. Nulle partie du corps ne saurait être épargnée, puisque tout notre corps est représenté, en quelque

[359]. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés*, *op. cit.*, p. 342.

sorte, dans notre cérébralité. Le cerveau reçoit *de* et transmet *à* notre corps un flot continu d'informations multiples (neurochimiques, électriques, hormonales, etc.). Il nous faut bien dépasser la question du corps ou plutôt la conceptualiser dans ce qui peut en être dit ou exprimé, à travers le langage ou les symptômes. L'expérience incarnée de la maladie, c'est ce que les malades et les proches nous livrent à travers leurs récits.

Le corps en question

Nous devons dès à présent distinguer deux courants de pensée qui influencent, souvent de façon implicite, l'approche neurologique. Tout d'abord, la thèse matérialiste, pure et dure, qui tiendrait pour strictement équivalents nos états mentaux et nos états cérébraux, les états mentaux étant la conséquence de l'activité matérielle (chimique, électrique, peu importe) de notre cerveau. Dans cette optique, les questions même du psychisme, de l'âme ou de l'esprit n'ont pas lieu d'être. L'âme ou l'esprit, selon cette version matérialiste, c'est ce que montrent l'IRM, le *petscan*., etc. Lorsque la philosophe Catherine Malabou refuse « d'envisager la moindre séparation » entre cerveau et pensée ou cerveau et inconscient, nous restons dubitative.

La pensée nécessite la présence du cerveau, mais ne se réduit pas à cet organe, nous n'avons pas à faire aux mêmes registres. Si nous osons une comparaison triviale, cela équivaudrait à établir une identité entre la marche et l'appareil locomoteur de l'homme. Sauf cause accidentelle, nous avons bien deux jambes et tout l'équipement sensori-moteur qui va avec, mais la marche, en tant que fonction en puissance dans cet équipement, n'est pas réductible à celui-ci. Encore une fois, il ne s'agit pas de nier le substrat ou le soubassement « organique », mais de penser qu'il y a changement de registre, ou de niveau entre ces deux instances. Le même phénomène, à savoir l'impossible réduction d'une expérience spirituelle à un équipement physiologique (ou matériel) est compréhensible avec la musique.

Si, au moment j'écris, j'écoute la Passion selon saint Jean de Jean-Sébastien Bach, une approche strictement matérialiste tendra à enfermer cette écoute dans une causalité matérielle : c'est le choc provoqué sur mon tympan par les ondes mécaniques véhiculées par l'air qui m'entoure, puis transformées par mon cerveau,

par une série d'opérations complexes en mélodies, qui crée l'expérience musicale. Mais est-ce réellement ainsi que nous éprouvons la musique telle que nous la ressentons ? Avec tout le respect dû à cet animal, le chat qui m'observe entend le bruit du paquet de croquettes que je secoue afin de lui faire quitter la table sur laquelle il s'est lové, tout contre la chaleur émanant de l'imprimante, je ne crois pas qu'il écoute J.-S. Bach… bien qu'il distingue fort bien entre ces sons différents pour lui, ne serait-ce que par l'effet qu'ils produisent. Seul l'être humain écoute J.-S. Bach ! (ou toute autre musique)

L'autre thèse préconise l'unité psychosomatique, cette unité ne revient pas à poser l'égalité stricte de l'âme et de corps, mais à penser leur liaison. Notre travail se situe dans la visée d'une unité psychosomatique de l'être. Cette visée est clairement abordée par Descartes tout au long de sa correspondance avec Elisabeth auprès de qui il s'entretient sur les questions l'union de l'âme et du corps :

> « Il y a une telle liaison entre notre âme et notre corps, que les pensées qui ont accompagné quelques mouvements du corps, dès le commencement de notre vie, les accompagnent encore à présent[360]. »

Il est d'ailleurs remarquable que nous retrouvions chez Descartes les fondements de la théorie psychanalytique et l'importance des expériences infantiles, des traces qu'elles laissent chez la personne. L'étude de la correspondance de Descartes nous permet de cheminer avec le philosophe qui dépasse ainsi les thèses qu'il défendait dans *Le discours de la méthode*. À son ami, le diplomate Pierre Chanut, avec qui il s'entretient également des passions de l'âme, de l'amour et de la haine, il affirme que « notre âme est jointe au corps[361] », ou encore avec la Reine Christine de Suède, il insiste sur l'union de l'âme et du corps[362]. Descartes suppose même l'extension et la matérialité de l'âme, ce qui permet de concevoir comment l'âme permet au corps de se mouvoir. Nous sommes proches de la définition aristotélicienne de l'âme qui est puissance du mouvement.

Il nous faut donc aborder la question du corps par la voie (ou la voix) du langage et non par celle de la cérébralité. Car cette tension vers l'avenir ne peut se soutenir que du désir, désir d'être, de vivre, de se laisser emporter par le flux temporel vers l'avenir qui nous appelle. Et le désir se livre dans la parole : « le corps

---

[360]. Descartes, *Correspondance avec Élisabeth et autres lettres*, *op. cit.*, p. 166.
[361]. *Id.*, Lettre à Chanut, 1er février 1647, p. 250.
[362]. *Ibid.*, Lettre à Christine de Suède, 20 novembre 1647. pp. 270-273.

investi du désir, permet à l'idée d'investir l'être sensible du langage[363] ». Cette emprise fondamentale du langage chez l'homme complique l'accompagnement de certains patients aphasiques, c'est-à-dire privés de la possibilité de s'exprimer. Nous nous garderons bien de déduire de cette impossibilité à parler une absence de la pensée ou d'un langage intérieur. Nous n'en savons rien et ceux qui reviennent de l'aphasie, comme l'on revient d'un pays lointain et imaginaire, évoquent dans l'après-coup une période au cours de laquelle ils étaient peu accessibles. Le patient guéri ou du moins en partie remis de son aphasie, n'est plus exactement dans les mêmes dispositions qu'au moment de l'aphasie. Nous sommes face à deux interrogations que nous laissons ouvertes : le réel de l'aphasie peut-il se dire ? Peut-il se dire dans l'après-coup ?

Peut-être pouvons-nous repérer une forme de discontinuité dans ce passage de l'être constitué comme un sujet parlant à un sujet privé de cette capacité. Cet empêchement dans la possibilité d'être doué de parole survient brutalement dans le cas des accidents vasculaires, progressivement dans le cadre des pathologies dégénératives. Il peut être transitoire ou définitif. Disparition soudaine de l'usage de la parole avec récupération progressive, disparition progressive de cet usage sans récupération, une fois encore le facteur temporel est crucial. Comment accueillir l'attente du sujet brutalement aphasique, comment soutenir la désertification progressive du langage chez la personne démente ? Que savons-nous de cette attente, de quels espoirs et de quels renoncements est-elle le fruit ? Quel est ce vécu si particulier de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et qui nous expose son visage habité par l'inquiétude, son corps tiraillé de gestes compulsifs, répétitifs, peut-être résultant de cette angoisse de ne plus pouvoir nommer le monde ?

L'« innommabilité » du monde ne rend-elle pas le patient de plus en plus étranger à lui-même et au monde qu'il ne peut plus se représenter, ce qui peut s'exprimer par les comportements de fugue réitérés de certains patients qui fuient on ne sait quoi vers on ne sait où ? Quelle expérience du temps forgent-ils si leur errance topographique s'associe à une errance identitaire ?

> « Surtout le problème du temps n'a rien à faire avec l'homme, mais seulement, comme on l'appelle, le "*vécu*", "*l'expérience du temps*"[364]. »

---

[363]. Claude Bruaire, *Philosophie du corps*, *op. cit.,* p. 44.
[364]. Martin Heidegger, *De l'essence de la liberté humaine*, *op. cit.,* p. 123.

C'est bien le vécu intime de la temporalité, son expérience singulière bien plus que le concept général du temps, concept d'ailleurs non univoque, que nous devons considérer. Pratiquement, l'expérience du temps est immédiate, évidente, intuitive, nul ne peut s'y soustraire, et notre temps se décline de plusieurs façons selon les catégories de l'être et de l'avoir. Être dans les temps, être en retard, en avance, de son temps, hors du temps, juste à temps, avoir le temps, du temps, avoir perdu, gagné du temps, et même, merveille du fantasme : avoir tout son temps !

Ainsi, et de la même façon que notre corps, car tout à la fois nous sommes et nous avons un corps, le temps se conjugue sous la forme de l'être et de l'avoir. Nous pourrions écrire que le temps et le corps font partie du réel, figures absolument incontournables et irremplaçables de la condition humaine. Inscrit dans le monde sous le mode de l'incarnation, notre corps est travaillé, tiraillé, mis à l'épreuve continuellement par les effets du temps. L'incarnation est peut-être à questionner dans le rapport dialectique qu'elle entretient avec le temps. Au commencement (du temps) était le Verbe, et le Verbe s'est fait chair[365]. Ces trois modes : temps, parole et incarnation sont trois aspects de notre façon d'être au monde :

> « Il faut le répéter, pas plus que le logos n'est réel sans être langage qui transfigure le sensible en intelligible, pas davantage le désir n'anime la pensée sans la lier, sans entraîner le corps avec lui […]. Le désir est exigence de pensée réelle, *exprimée* par le corps qui se prête à manifester l'idée dans le langage, mais il n'illimite pas le corps humain et ne le charge de significations inédites qu'en souscrivant à son ordre organique, à son système clos de besoins définis[366]. »

D'un côté, nous sommes immergés et embarqués dans le temps global, cosmique ; de l'autre nous ressentons un hiatus, une césure permanente entre ce temps contenant, extérieur, spatialisé et notre temps subjectif, intime, intériorisé. C'est bien la fonction du hiatus que d'être tout à la fois espace et ouverture, lieu de transition et de liaison entre ces deux modalités temporelles. De même, la césure est une figure poétique qui permet, par la coupure qu'elle introduit, de donner un rythme, une cadence. Elle marque le mouvement, au sens d'animation, de ce qui semble bien, métaphoriquement, être la marque de notre être incarné.

Soit le temps nous constitue et nous habitons le même temps que celui de la nature, et par là nous reconnaissons une coïncidence parfaite entre le temps de notre conscience intime et le temps extérieur, le temps sensible, celui de la nature selon

---

[365]. Jean, Prologue, 1, versets 1-14, *La Bible de Jérusalem, op. cit*., p. 1595.
[366]. Claude Bruaire, *Philosophie du corps*, *op. cit.,* p. 43.

Hegel, soit nous tissons un rapport particulier, une trame toujours en devenir entre ce temps extérieur et notre existence. Car nous ressentons une friction, une tension continue entre ce temps général, anonyme et notre temps intime, personnel. C'est peut-être grâce à cette charnière, cette ouverture entre le temps humain et le temps « naturel » que nous éprouvons le passage de notre existence, tel un courant d'air qui se fraie un chemin. C'est bien ce passage qu'il faut tenter de mieux cerner si nous voulons appréhender l'éprouvé temporel.

Cette dernière configuration, ce temps intime qui s'investit dans la durée, nous paraît la adéquate pour figurer le temps humain. Elle constitue une expérience subjective et cadencée, tout à la fois disjointe et liée au rythme régulier et monotone du temps naturel, tel qu'il est appréhendé par la physique. Il nous faut parvenir à penser ces deux modalités du temps, l'une saisie par notre entendement, le temps de la physique, l'autre ressentie pleinement, le temps de notre vie. Chaque vie invente et module sa propre temporalité, chaque vie se donne son propre rythme.

L'effraction ou la rupture dans le cours du temps sont-elles un accident par rapport à la durée telle qu'elle est conçue chez Bergson ? Est-il possible de remédier à cet accident temporel ? De quelles façons ? Quelles sont les relations entre la conscience et le temps ? La rupture temporelle, le changement brutal dans le rythme de l'écoulement de l'existence, au sens où l'intériorisation de la durée est modifiée dans sa structure et dans son éprouvé, sont-ils consécutifs à l'accident organique qui, par sa violence et son immédiateté, préfigure l'avènement futur de la mort ?

Nous étudierons deux pathologies neurologiques qui nous semblent caractéristiques de l'atteinte de l'éprouvé temporel qu'elles génèrent : les maladies brutales et les maladies à évolution progressive. Parmi ces dernières, dites dégénératives, nous avons choisi la démence, qui affecte principalement des personnes âgées. Dans ces deux formes d'atteinte neurologique, d'apparition brutale ou progressive, le rapport au temps présent et la relation au temps à venir sont perturbés, soit par effraction, par rupture brutale du rythme temporel, soit par perte progressive des repères, soit encore par une représentation affaiblie, amputée, amoindrie du temps à venir. Nous pourrions classer ainsi, avec toute la simplification qu'une telle opération génère, ces deux souffrances de l'éprouvé temporel : dans le cas des maladies brutales, telles l'AVC, nous évoquerons la *rupture* de l'éprouvé temporel. Dans celui des pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, nous

étudierons la *dislocation* de l'éprouvé temporel. Enfin le point commun à ces deux pathologies est dans doute à envisager dans une modification de l'anticipation, dans une représentation « altérée » du futur.

Nous essaierons de comprendre la souffrance provoquée par le rétrécissement de l'avenir, tel qu'il est ressenti par les malades et par les proches.

2. Temporalité et accident vasculaire : le temps déchiré

La caractéristique essentielle de l'AVC est de ne pas présenter de signe avant-coureur, pas d'indice, pas de causalité simple entre mode de vie et occurrence de la maladie, le terme *accident* n'est pas anodin. Étymologiquement, accident signifie ce qui arrive en bien ou en mal. Le mot accident vient du latin francisé *cadere* au XIIe, qui a également donné choir, échoir, manière d'être fortuite, imprévue, irrégulière. C'est un terme polysémique qui signifie : « survenir », et caractérise un épisode non essentiel. En philosophie, l'accident est ce qui « s'ajoute à l'essence », il peut être modifié ou supprimé sans altérer la nature. Par extension, il est à rapprocher de termes tels que : accessoire, secondaire, attribut. Il définit également un événement fâcheux, malheureux, un contretemps, un coup, un ennui, un malheur, une mésaventure, un revers, une tuile. C'est l'événement imprévu et soudain qui entraîne des dégâts, des dangers (blessure, mort) voir un choc, une chute, une collision, une explosion. C'est le phénomène imprévu au cours d'une maladie, la complication, la survenue d'une lésion, ce qui rompt l'uniformité, la dislocation ou la déformation. En musique, l'accident est une altération qui n'est pas à la clef, il est identifiable par le signe qui l'indique : bémol, dièse, bécarre, etc.

En neurologie, l'AVC arrive sans prévenir, par effraction. Il s'annonce rarement si ce n'est parfois par des signes discrets, prémisses intraduisibles et difficilement interprétables pour un non-médecin, tellement ils sont fréquents et banals : maux de tête, membre ankylosé au réveil. À l'improviste, il tombe sur la personne (il serait plus juste de dire qu'il survient à l'intérieur de). L'acronyme AVC remplace l'ancien mot « attaque » que les patients d'un certain âge utilisent toujours.

La dénomination « attaque cérébrale » (les Anglo-Saxons parlent de *stroke*) mettait davantage l'accent sur le côté invasif, violent, subi, de l'événement organique qui surgissait en agressant la personne, pouvant même entraîner son décès rapide.

L'usage verbal courant n'est-il pas de dire qu' « il ou elle a été terrassé » au sens littéral de mis à terre, abattu, par une attaque. Or, le terme « attaque » implique un combat, une lutte, entre un agresseur (agent) et un agressé (victime). Mais, dans le cas de l'accident vasculaire, l'attaque signifie la reddition immédiate de la victime. Le saisissement du malade par l'accident, sorte de coup de tonnerre cérébral, est immédiat et laisse peu de temps à une riposte éventuelle. Si riposte il y a, elle s'effectuera grâce à l'intervention d'agents extérieurs : les équipes soignantes des services d'urgences neuro-vasculaires.

Artères bouchées, thrombosées, disséquées, déchirées, ruptures d'anévrysme, hémorragies cérébrales, les dégâts sont rapides, parfois irréversibles, souvent accompagnés de séquelles. Le patient est le lieu d'une agression qu'il ne peut endiguer. Il peut même être victime d'un AVC au cours de son sommeil et se réveiller hémiplégique et/ou aphasique. C'est dire si la participation consciente ou volontaire est réduite au moment où l'AVC se produit.

De fait, et c'est une question importante dans l'histoire de la maladie que le patient va élaborer, le statut de l'agresseur est capital : selon la perception et l'interprétation de l'agresseur par le patient, le vécu et l'appropriation de la maladie seront très différents. Soit l'attaque est perçue comme une maladie qui advient dans le cerveau mais dont les causes, les éléments déclencheurs, restent étrangers à la personne, soit l'attaque est la conséquence, le résultat d'un comportement jugé peu respectueux d'une « bonne » hygiène de vie. « Bonne » étant à entendre au sens de saine, l'hygiène de vie en question intéressant toute la sphère des activités qui procurent une forme de plaisir (exemple le plus fréquent, les abus gastronomiques sont souvent incriminés par les patients eux-mêmes). Innocent dans le cas de l'attaque qui survient au hasard des conditions de l'existence, responsable voire coupable de l'avoir provoquée, le patient oscille entre ces différents degrés de responsabilité.

La participation des patients, active ou passive, mais reconnue, dans la genèse de la maladie, ou la totale imperméabilité entre le mode de vie et la survenue de l'attaque, infiltre le discours des malades. La plupart du temps, les personnes naviguent et hésitent d'un extrême à l'autre de ces positions. Il n'est pas rare qu'une même personne, selon le moment de l'évolution de sa maladie, puisse adopter ces points de vue différents. Il est fréquent, peut-être dans le souci de s'exonérer de toute

participation active, consciente et volontaire à la maladie, que les patients imputent le déclenchement de l'AVC à un facteur tout à fait étranger (du point de vue d'une distance spatiale et matérielle car, la distance ou le rapprochement psychique obéissent à d'autres règles) tel que le *stress*. La polysémie du terme *stress*, notion fourre-tout par excellence dans l'imaginaire commun, en dit plus long que l'énumération de tous les *stresses*, notons toutefois ceux qui sont le plus couramment évoqués : désaccords familiaux (inter-générationnels ou conjugaux), licenciement, décès d'un proche, surmenage, départ à la retraite, déménagement. Déjà nous saisissons l'impact de tous ces événements sur la durée, la continuité, qui peuvent être mises à mal par exemple au cours d'une séparation ou d'une perte d'emploi.

Certains repères temporels, certains cadres sont brusquement modifiés par les changements inévitables provoqués par une rupture, même quand celle-ci est volontairement décidée. La capacité de réaménagement d'une nouvelle temporalité, la capacité à continuer d'inventer sa propre histoire, sont mises à l'épreuve au cours de ces événements qui rompent le cours habituel de la vie. En réponse à ces bouleversements, et toujours dans une quête de sens qui viendrait colmater l'absurde et l'arbitraire de la maladie, certains patients établissent une correspondance en miroir entre l'atteinte vasculaire et les changements de leur *ethos.* Leur nouvelle vie (déménagement, changement de travail, départ à la retraite, séparation d'avec un proche, que ce soit le départ ou le décès d'un conjoint, le départ des enfants de la maison familiale) tous ces événements modifient profondément les habitudes, c'est-à-dire les conditions d'habitabilité du monde familier.

Ce paradoxe inhérent à la particularité même de l'AVC, accident biologique qui se déroule dans notre cerveau, mais dont les conséquences envahissent tout notre être, doit être pris en compte pendant toute la durée des soins. L'AVC ne peut être abordé avec neutralité et détachement, l'agent agresseur est à l'intérieur de notre cerveau. De là à conclure que nous sommes à l'initiative de cet accident, il n'y a qu'un pas. Selon les représentations préalables qu'elles auront élaborées au cours de leur vie, certaines personnes franchissent ce pas. Dans *Temps et récit* (*le temps raconté*), Paul Ricœur se demande s'il existe « une expérience qui ne soit pas déjà le fruit de l'activité narrative ?[367] ». Or c'est peut-être la pierre angulaire sur laquelle les

[367]. Paul Ricœur, *Temps et récit, 3. Le temps raconté*, Paris, Seuil, Points, coll. « Essais », 1991, p. 445.

soins en neurologie, que ce soit dans le cadre des pathologies démentielles ou de l'attaque cérébrale, devraient être fondés : permettre aux personnes qui en sont atteintes d'en construire le récit. Quand cela n'est plus possible, (cas du « *locked-in syndrome*[368] », aphasie des patients atteints d'Alzheimer) il revient aux soignants de continuer de les porter à l'existence par le langage. Par exemple, cela peut consister à parler à une vieille dame démente à qui nous faisons une toilette, un soin, plutôt que de la manipuler sans même lui adresser la moindre parole.

Un autre point est fondamental, le lieu de l'attaque cérébrale est le cerveau, organe investi de toutes nos potentialités, de nos performances, de notre esprit, de notre conscience, de notre mémoire, nos émotions, nos affects. Même si « l'activité mentale de l'homme déborde son activité cérébrale[369] », le cerveau représente le lieu de projection de nombreux fantasmes dans les discours de certains scientifiques qui l'utilisent en assimilant la vie spirituelle, morale ou psychique aux échanges de neurotransmetteurs.

À titre d'exemple, au cours d'un colloque dont le thème principal reposait sur l'articulation entre les neurosciences et la psychanalyse[370], un des participants, le Professeur de Physiologie, Marc Jeannerod, a évoqué, à partir des neurones miroir, la possibilité d'un fondement biologique à la psychothérapie. Mis en évidence par les expérimentations de Rizzolatti en 1996 chez le singe, ces neurones situés dans le cortex pré-moteur, ont la particularité de décharger chez le macaque quand il fait un geste *ou* quand il regarde l'expérimentateur réaliser un geste. Cette découverte a permis, pour certains, d'établir une voie royale dans la compréhension de l'empathie. Nous serions en miroir, c'est-à-dire en harmonie, en résonance avec quelqu'un, grâce à l'activation de ces neurones miroir qui prédisposent à l'imitation et au mimétisme.

---

[368]. Littéralement syndrome d'enfermement, ce syndrome est consécutif à un accident vasculaire dans le tronc basilaire. Les conséquences, très graves, sont la suppression de la motricité, à l'exception du mouvement des yeux qui permet au patient de communiquer via un écran d'ordinateur adapté. Médiatisée en 2007 par le film « Le scaphandre et le papillon » de Julian Schnabel, tiré du livre éponyme de Jean-Dominique Baudy, cette pathologie rare met en évidence une situation extrême où les états de conscience et la vigilance sont préservés et associés à une dépendance totale de la personne à son environnement, puisque aucun geste ne peut être réalisé.
Lire à ce propos les témoignages de Jean-Dominique Baudy, *Le scaphandre et le papillon*, Robert Laffont, 1997, et Philippe Vigand et Stéphane Vigand, *Putain de silence*, Edition Anne Carrière, Paris, 1997.

[369]. Henri Bergson, *L'énergie spirituelle*, *op.cit.,* p. 27.

[370]. Marc Jeannerod *Neurosciences et psychanalyse, une rencontre autour de l'émergence de la singularité*, Collège de France, 27 mai 2008.

Une fois encore, nous constatons une confusion importante entre corrélation et causalité.

L'existence de cette activité neuronale spécifique n'explique pas pourquoi, par exemple, nous ne ressentons pas de l'empathie pour tout un chacun, si l'altérité est inscrite dans nos neurones, que devient l'autonomie ? Pourquoi tant de haine, tant de rancœur, de jalousie, au sein des familles ou dans la vie politique, osons-nous demander, si le pouvoir de ces neurones à lui seul pouvait clore la question du mal ? Que deviennent les questions du choix et de la liberté ? L'existence, par la preuve expérimentale, de l'activité des neurones miroir au cours de certaines tâches, n'est pas en cause. Mais de là à rendre les neurones miroir « responsables », initiateurs de notre sens de l'empathie, c'est, pourquoi pas, rechercher dans leurs neurones, l'origine de l'engagement de Mère Térésa ou de Martin Luther King. Le risque est de faire l'impasse sur la liberté de ces personnes qui ont décidé, en référence à certaines valeurs humaines (aider les opprimés, pour l'écrire très vite), d'orienter toute leur vie vers un intérêt supérieur. Le mimétisme n'est pas la reconnaissance de l'autre, cet autre qui restera toujours différent de moi. Que les neurones miroirs prédisposent à l'imitation, cela est possible. Mettre sur le même plan la « mêmeté » (je t'écoute par ce que je suis comme toi) et l'altérité (peu importent les différences, je te respecte en tant qu'autre, il n'est pas de mon ressort, de ma toute-puissance de décider de ta dignité qui reste intrinsèque), c'est franchir un gouffre et nier l'implication de la participation volontaire, réfléchie, autonome de la personne. Les actes moraux ne sont pas pré-encodés dans nos neurones… Croire cela, c'est changer de registre, changer de « monde » ainsi que Popper l'explicite, et fabriquer un mélange, une soupe où les ingrédients flottent, indiscernables, dans un magma inconsistant. Avons-nous jamais vu un macaque pratiquer une psychothérapie ? (sauf à assimiler une séance d'épouillage à un entretien ?)

Le déterminisme éthique et psychothérapique rapporté à une causalité neuronale, en considérant les neurones en tant que supports biologiques de l'empathie, paraît relever d'une fiction. Il est de mise depuis quelques années de vouloir trouver coûte que coûte le chaînon manquant, c'est-à-dire, ce qui dans notre équipement neurobiologique, expliquerait notre prédisposition naturelle, innée, aux comportements éthiques, empathiques, sociaux, etc. Mais répondre à ces questions par la voie du biologique, c'est éradiquer les questions de la liberté, du choix, de

l'autonomie, de la culture et du désir, c'est nier le langage et ses effets structurants. Les travaux de Popper et Eccles apportent un autre éclairage à cette visée matérialiste. Cette digression nous semblait importante à une époque où les psychothérapies sont critiquées avec véhémence.

Le terme « accident » privilégie le hasard, l'aléatoire. Cette dénomination fait écho à un problème récurrent chez les patients : l'absence de sens, le côté imprévisible, restent rarement acceptés. Cette absence d'explication, de causalité apparente, ce défaut de rationalité, tous ces phénomènes sont générateurs d'angoisse. Dans certaines civilisations, pour pallier cette béance dans l'ordre naturel des choses, les accidents, les maladies, les morts subites quand elles frappent des personnes jeunes, sont interprétées comme la conséquence d'une punition divine en réponse à une faute initiale commise par le malade à l'encontre de ses ancêtres.

Dans les sociétés occidentales, la sacralisation du progrès, a contribué à la construction d'un univers que nous voulons prévisible, rassurant, balisé et normé. Nous nous agrippons à une représentation uniquement rationnelle dans l'apparition des maladies. Nous supportons de moins en moins la survenue des catastrophes naturelles. Ces dernières ne sont ni justes ni injustes, elles se produisent. C'est la manière dont nous réagissons qui est juste ou pas. La nature n'a aucune part de responsabilité, elle ne pense pas et n'est pas animée d'un dessein vengeur à notre égard.

La représentation simpliste, positive d'un progrès qui nous protègerait d'une nature agressive, envahit tous les champs de l'existence. Considérer que le simple fait d'être en vie nous expose à des risques, que la vie est un risque au sens étymologique de ce mot dérivé de l'espagnol *risco* qui signifie rocher escarpé, écueil, cela ne va plus de soi. L'écueil constitue le principal danger que le navigateur doit éviter afin de ne pas chavirer et peut-être sombrer. Mais si le navigateur prudent dispose de cartes du fond marin, de boussole et de sextant pour s'orienter et tenir un cap, il n'est jamais définitivement à l'abri d'un grain (il est d'ailleurs intéressant, comme dans la théorie des catastrophes et de l'effet papillon, de constater que ce terme de « grain », comme la légèreté d'un bruissement d'aile de papillon, désigne ce qui augure à la survenue de la tempête…)

Quel homme dispose d'une connaissance préétablie de ce que sera son existence et son avenir ? Nul autre que lui ne tracera l'itinéraire à sa place. Pouvons-

nous *raisonnablement* concevoir une vie véritablement humaine sans souffrance, sans deuil, sans perte, sans maladie ? À défaut d'être toutes curables, nous exigeons des justifications pour la survenue des maladies, nous réclamons des comptes. Elles doivent s'expliquer, se mériter, obéir à une logique, détenir en leur déclaration une raison qui satisfasse notre quête déplacée de sens. Faute de trouver un sens plus général, transcendant à la vie en dépit de ses embûches, nous nous obstinons à déplacer la quête de sens, à la réduire à la survenue d'un accident, d'un impondérable, d'un imprévisible. À défaut d'intégrer la maladie comme un avatar certes injuste, parfois scandaleux, jamais mérité, mais directement lié à notre incarnation, nous aimerions découvrir les mystérieux mécanismes qui ont présidé à son apparition.

> « La régularité étant la norme, le moindre accroc s'interprète contradictoirement soit comme un scandale engendrant un désarroi sans rapport avec ce qui le suscite, soit comme une simple avanie qu'un geste approprié permettra de réparer[371]. »

Nous oublions que « le concept de normal n'est pas un concept d'existence, susceptible en soi de mesure objective. Ensuite, parce que le pathologique doit être compris comme une espèce du normal, l'anormal n'étant pas ce qui n'est pas normal, mais ce qui est un autre normal[372] ». Aucune maladie, en elle-même, n'est normale ni anormale. De plus, c'est nous qui conférons un sens, une évaluation « morale » à la maladie, en décrétant qu'un tel l'a tout de même bien cherché « son » AVC, « son » cancer du poumon, ou « son » infarctus...

En nous nous référant à l'analyse différentielle de François Ewald, qui explique comment la « différence fondamentale entre la démarche d'assurance et la démarche de précaution[373] » tend à être escamotée, nous pouvons comprendre pourquoi la survenue de la maladie peut être parfois insupportable, parce qu'elle devient impensable. L'assurance couvre les risques qui sont indépendants de notre volonté, par exemple le risque d'être victime d'un vol ou d'une intempérie. C'est à la charge de l'assuré, selon les contrats, d'installer tel ou tel dispositif de sécurité (porte blindée, alarme, etc. pour protéger sa propriété) s'il veut être couvert en cas de sinistre. François Ewald qualifie les risques d' « exogènes » dans la démarche

---

[371]. France Quéré, *Conscience et neurosciences*, Paris, Bayard, 2001, p. 78.
[372]. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.,* p. 135.
[373]. François Ewald, Christian Gollier, Nicolas de Sadeleer, *Le principe de précaution*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2001, p. 32.

d'assurance. Mais il existe des clauses d'exclusion pour les assureurs (telles que la guerre, les grèves, etc.), ce qui indique bien une part irréductible d'imprévisible !

Dans le principe de précaution, les risques sont qualifiés d' « endogènes ». La démarche de précaution invite la personne à anticiper sur les risques qu'elle prend, et ceci de façon systématique. Selon le principe de précaution, les risques sont prévisibles, repérables, la personne peut et doit les anticiper. Appliquée à la maladie, le principe de précaution nous maintient dans l'illusion que toute maladie serait évitable, que ses causes sont toujours « transparentes », évidentes, prévisibles. Et nous mettons de côté cette évidence : « La maladie de l'homme normal c'est l'apparition d'une faille dans sa confiance biologique en lui-même. […] La menace de la maladie est un des constituants de la santé[374] ». La maladie, c'est le retour en force du « biologique », et c'est aux soignants qu'il convient de traiter les maladies, d'entendre et d'accepter les réactions des patients et d'oser dire que tout n'est pas prédictible. Une « bonne » hygiène de vie, au sens où nous pourrions maîtriser notre alimentation, nos investissements affectifs, amicaux, amoureux, professionnels, etc., n'a jamais été une garantie d'éternité, tout au plus un passeport pour le contrôle et l'ennui. Se surveiller en permanence, n'est-ce pas la plus sûre façon de ne pas vivre pleinement, de passer à côté de ce qui nous ferait exister ?

L'accident vasculaire, par la rupture qu'il produit dans le cours de l'existence et par les modifications, les séquelles qu'il peut entraîner sur notre manière d'habiter le monde, par les changements de rythme temporel qu'il suscite, ne peut être abordé comme une simple avanie. Certains patients parlent d'un séisme, d'une catastrophe, d'un choc. Tous ces termes recouvrent une particularité : ils évoquent une déchirure de la durée, le temps écoulé est soudainement suspendu, comme troué. Cette béance dans la durée d'une existence provoque un malaise d'autant plus profond qu'il défie l'entendement. Mais est-ce du côté de la logique apparente qu'il faut chercher des raisons à la maladie ? Michel Schneider, dans son essai qui critique l'envahissement d'un État omniprésent et la prolifération d'institutions maternantes, protectrices, infantilisantes, stigmatise ce qui nous empêche de penser notre condition humaine :

> « Quel homme politique osera dire que vivre est difficile – et *être* plus encore – et qu'il faut réduire les difficultés extrêmes, mais non rêver de rendre facile ce que l'italien écrivain Pavese appelait "le métier de vivre" ?[375] »

---

[374]. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique, op. cit*., p. 217.
[375]. Michel Schneider, *Big Mother, Psychopathologie de la vie politique*, Paris, Odile Jacob poches, 2005, p. 86.

Selon Michel Schneider, l'État-providence s'est substitué peu à peu à une conception autoritaire du pouvoir. Cet état qui veille sans fin sur nous et doit pourvoir à toutes nos demandes, n'est pas propice à l'élaboration d'une réflexion sur le sens de la maladie. Dans les régimes politiques de type maternel, il n'y a pas de place pour l'accident. *Big Mother* prend soin de nous et limite tous nos risques à un calcul de probabilités. Tout est contrôlé, mesuré, la prévention est le maître-mot de ces systèmes politiques.

Pour revenir à la question du temps, il est nécessaire de le considérer comme une construction subjective, personnelle, qui a peu à voir dans son essence avec le temps des physiciens. La régularité du temps de la physique est arbitraire, froide, statique c'est-à-dire sans variation, du moins dans la théorie de la physique newtonienne. Le temps des hommes est construit, il permet de délivrer notre existence de la succession des instants, il est une des conditions de l'accomplissement de notre historicité et notre destinée. Mais le temps de l'accident, quelle est sa nature ?

La mort ou plutôt sa représentation, constitue une limite de notre éprouvé et de notre inscription temporelle. Si nous croyons en une vie après la mort, il s'agira d'une vie autre, dans un temps radicalement autre, appelé éternité par exemple. Si nous ne croyons pas en une vie après la mort, l'advenue de cette dernière constitue bien la fin du temps en tant que nous l'éprouvons. Quoiqu'il en soit, que la mort annonce notre immersion dans le néant ou notre arrivée dans l'éternité, nous ne pouvons nous représenter ces deux « états » (néant et éternité) qui sont par essence a-temporels. Parce que la vie humaine est en perpétuel devenir, tendance ou *entéléchie* selon Aristote :

> « Toujours tendue vers quelque fin, la vie n'est donc jamais conciliée avec l'instant. Parce que le présent ne fait pour elle qu'ajourner l'a-venir, elle ne peut l'éprouver que comme la compacité d'un *délai*. Aussi ne s'éprouve-t-elle que dans l'*attente* et l'inquiétude[376]. »

cette tension continue vers l'avenir est le propre de notre temporalité. Mais ce tendre-vers est brisé, interrompu au cours d'un accident. L'homme est toujours en quête d'un achèvement qu'il ne réalisera jamais parfaitement, il chemine vers, sans être jamais arrivé, il tend vers sa forme définitive sans la réaliser. C'est pourquoi nous continuons d'apprendre et de (nous) découvrir à tous les âges. Le terme « Université

[376]. Nicolas Grimaldi, *Traité des solitudes*, Paris, PUF, 2003, p. 44.

du troisième âge » constitue une aberration, puisque tous les âges sont propices à la connaissance et à la découverte. L'accident cérébral introduit une rupture dans notre rythme de vie, dans notre *tension vers,* il nous projette dans le temps de l'instant-catastrophe. Cet instant, véritable violence pour notre psychisme qui s'épanouit dans la durée, dans la continuité et non dans l'instant, suscite de l'effroi et de l'indicible. « Je n'ai pas compris ce qui m'arrivait » ou « tout semblait étrange autour de moi », tels sont les témoignages de certains patients restés conscients pendant l'attaque cérébrale. Ce temps vécu à l'occasion d'un accident est un temps à la pointe de l'instant, ce temps-là est impensable puisque nous pensons dans la durée. Comparant dans *Durée et simultanéité* notre durée réelle à une mélodie, Bergson insiste sur l'instant qui relève d'une construction virtuelle[377] tandis que la pensée, la conscience et la mémoire sont nécessairement appréhendées dans la durée. Cet impensable de l'instant dans lequel surgit l'accident plonge certaines personnes dans l'effroi, l'angoisse doublement éprouvée : celle du risque encouru (décès, séquelles) et celle de l'indicible. Comment parler d'un événement à ce point condensé, comprimé et dont la violence déchire la durée personnelle ?

> « La souffrance dans nos vies s'évoque toujours à partir de déchirures ou de dysfonctionnements. Dans le corps ou dans l'esprit. Dans le corps *et* dans l'esprit[378]. »

Parce qu'il trouve sa localisation dans le cerveau humain, organe hautement investi depuis l'Antiquité, parce qu'il saisit par sa rapidité et son imprévisibilité, parce qu'il est tout à la fois effraction, déchirure du temps présent et amputation, altération de la représentation que nous nous faisions du temps à-venir, l'accident vasculaire inflige plusieurs souffrances. Celle d'altérer brutalement notre immersion dans le moment présent en réduisant l'écoulement du temps présent à un fragment, et celle de mettre à mal les constructions imaginaires vis-à-vis du futur. Blessés dans notre durée et notre continuité d'existence, amputés de notre possibilité de rêver, de nous projeter dans notre à-venir, nous butons tragiquement sur notre fragilité. Certaines séquelles affectent le corps : difficulté à marcher, troubles de l'équilibre, réduction de l'autonomie liée à la difficulté pour réaliser ces gestes si quotidiens, si habituels que nous n'y prêtions même plus attention : marcher, se laver, s'habiller, manger, boire. Tous ces gestes familiers, automatiques deviennent incertains, hésitants, ralentis, quand ils ne sont pas tout simplement impossibles à effectuer…

---

[377]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op. cit.,* pp. 51-52.
[378]. Denis Vasse, *Le poids du réel, la souffrance*, Paris, Seuil, 1983, p. 11.

D'autres séquelles affectent la vie psychique et émotionnelle : soit en raison de trouble de l'humeur (anxiété, dépression, irritabilité), soit en raison des atteintes dites « intellectuelles » : trouble de la parole (aphasie), du geste (apraxie), de l'attention, de la mémoire. L'accident vasculaire provoque ainsi divers types d'altérations temporelles : l'effraction, la trouée du présent, la modification de notre imaginaire relatif à l'à-venir.

Ce saisissement, quand la personne est précipitée dans un rapport au temps proprement inédit et impensé jusque-là, peut annihiler sa capacité à réaménager ses conditions d'habitabilité du monde. Comment réinvestir le monde et le rendre à nouveau habitable, c'est-à-dire susceptible de suggérer de nouveaux *habitus* lorsque les activités jugées les plus simples avant l'accident deviennent l'occasion de tant de difficultés, d'échecs, d'humiliation ? Comment vivre avec ces souffrances répétées, cette dépendance éprouvante, ce rétrécissement de notre champ d'action, ce ralentissement ?

> « Dans la souffrance, ce qui nous arrive va toujours à l'encontre de ce que nous avions imaginé : nous y sommes conduits par un chemin que nous ne voulions pas, que nous ne savions pas. Nous y sommes *contrariés*[379]. »

Confronté à ces multiples souffrances, le soignant ne sait comment répondre. Pris par l'urgence des soins à prodiguer afin d'éviter le pire et de limiter les séquelles, il n'a pas le temps ou ne le prend pas pour se pencher sur les plaintes qui se révèlent si nous prenons la peine, le temps, de les entendre. Pourtant, même si nous sommes pris dans un tourbillon d'actes essentiels afin de traiter au mieux l'AVC et ses conséquences, nous devrions nous poser et écouter. Le temps des soins techniques n'est pas incompatible avec la possibilité d'un autre temps, celui de la parole et des confidences, celui de la souffrance et du découragement, celui de l'abandon parfois, quand la tâche est trop lourde et le chemin si rocailleux :

> « il nous faut reconnaître que parler et souffrir sont deux moments d'un acte *singulier*. Je veux dire qu'ils sont tous les deux "cause"du sujet ou que, du moins, en eux, le sujet se trouve mis en cause[380]. »

Cette remise en cause cinglante du sujet convoque un temps d'arrêt à son chevet afin de lui donner le temps nécessaire pour penser à affronter cette nouvelle façon d'habiter le monde qui se dessine peu à peu. Parler de tels remaniements nécessite de dépasser le moment de la stupéfaction, du saisissement afin d'investir ce temps

---

[379]. *Id.,* p. 13.
[380]. *Ibid*., p. 11.

nouveau, inédit qu'il faut habiller et habiter de mots et de projets. Le soignant, s'il prodigue les gestes qui sauvent et pallient les conséquences de la maladie, a aussi pour mission d'accueillir la fatigue, la tristesse. Ne pas reconnaître ces passages douloureux dans le cours d'une existence, c'est peut-être prendre le risque de ne jamais pouvoir les dépasser.

Ainsi se présente en consultation Mademoiselle R. victime à 26 ans d'un AVC. Elle ne comprend pas pourquoi, quelques mois après l'attaque, son conjoint n'exprime plus aucune inquiétude. Considérant qu'elle avait bien récupéré (ce qui était exact d'un point de vue extérieur), il refuse ou évite toute allusion à cet AVC au prétexte que le passé est révolu et qu'il faut aller de l'avant, tourner la page. « Tu ne vas pas continuer à nous embêter avec çà ? » dit-il souvent pour abréger les tentatives de son amie qui essaie obstinément de revenir sur cet épisode. Pour Mademoiselle R., aller de l'avant équivaut à être amnésique, à se nier elle-même. Comment oublier un évènement à l'occasion duquel elle faillit perdre la vie ? Partagée entre son désir de vivre auprès de l'homme qu'elle aime, et l'agressivité qu'elle éprouve à son égard quand il refuse d'écouter ses ruminations, elle est véritablement en proie à des sentiments violents et des sautes d'humeur incontrôlables. N'a-t-elle pas déjà cru perdre le contrôle de sa vie au moment de la rupture d'anévrysme ? Les disputes fréquentes et sa tristesse de ne pas être entendue par son conjoint la conduisent à consulter.

Peu à peu, au cours des entretiens, Mademoiselle R. réussit à évoquer le formidable bouleversement que cet AVC a provoqué dans sa vie, bouleversement que son conjoint ne veut pas, ou ne peut pas prendre en compte, préférant faire « comme si » tout avait repris le cours habituel des choses. Or l'AVC n'est pas une parenthèse étanche dans une existence, puisqu'il modifie la structure de la temporalité de celui ou celle qui le subit. Comment dire cette expérience intime quand la personne parvient avec peine à la traduire en mots ? De plus, la souffrance, la maladie et la jouissance ne sont pas partageables, ce sont des expériences qui nous touchent au plus profond, au plus intime de notre être. Si la souffrance ne se partage pas, elle peut susciter des mots qui méritent une écoute. Être en sympathie, c'est ne pas se dérober à la souffrance de l'autre, ne pas la nier, trouver le moment propice pour écouter, soutenir.

La souffrance et la maladie nous éloignent les uns des autres si nous négligeons ou banalisons leur spécificité. Rien de plus violent que de dire à une personne écrasée par le chagrin que sa souffrance est commune, banale. Dans un premier temps, c'est en acceptant de la reconnaître comme fait singulier, que cette souffrance pourra ensuite prendre un sens pour la personne. Dans des groupes de paroles, certains patients, confrontant leur expérience à d'autres témoignages[381], parviennent à mieux s'approprier cet épisode tumultueux. D'autres préfèrent les entretiens individuels, d'autres encore choisissent le cheminement solitaire.

Cet état de félicité antérieure, d'autant plus merveilleux et idéalisé qu'il représentait l'avant de la maladie, et qu'il était définitivement perdu, Mademoiselle R. ne pouvait le retrouver auprès de son conjoint. Au moment de l'accident, Mademoiselle R. avait fait l'expérience d'une extrême solitude, à laquelle même les mots n'avaient pu remédier. Elle peinait à convertir cette souffrance en paroles adéquates pour la dire. Après l'accident, dans le temps de la rémission, elle croyait avoir trouvé les mots mais ceux-ci erraient sans fin dans la boucle d'un monologue. Ses paroles se heurtaient à une fin de non-recevoir. Ce retour à l'envoyeur était insupportable, Mademoiselle R. enrageait quand je la rencontrais, elle seule souffrait et personne ne la comprendrait jamais… À la violence de l'AVC succédait la violence du rejet dont le seul intérêt immédiat était de détourner l'agressivité de Mademoiselle R. sur autrui, décevant et ingrat. Elle devait faire le deuil de sa recherche de complémentarité absolue, elle devait apprendre qu'aimer et être aimé n'est pas un remède contre la solitude, mais une manière d'être seul en compagnie de… et qu'autrui n'est pas une éponge dont la mission consisterait à boire toutes nos larmes ou combler toutes nos attentes.

Mais il fallait d'abord en passer par l'évocation des perturbations de la temporalité qu'avait entraînées l'AVC dans la vie calme et organisée construite par Mlle R. Ses projets, au demeurant fort classiques et honorables, se marier, trouver un travail plus près de son domicile actuel, avoir des enfants, tout cela ne comptait plus, elle souhaitait parler encore et toujours de l'AVC avec son conjoint. Celui-ci, saturé et impuissant, (mais comment aurait-il pu comprendre et vivre de l'intérieur ce qui restait résolument extérieur à sa vie ?), se réfugiait parfois chez des amis afin de

[381]. Il existe des groupes de paroles pour les patients victimes d'un AVC, compte-tenu de ce que nous avons écrit précédemment, et de la difficulté à ne pas occulter le fait singulier pour le ramener au même, nous ne nous sommes pas investie dans cette approche.

passer des moments plus agréables. Si nous comprenions fort bien qu'il n'ait pas la possibilité de contenir les inquiétudes et les doléances de sa compagne, elle devait se résoudre à éprouver et supporter seule cette souffrance. Comment ôter à cette patiente l'illusion d'un sauveur : « s'il comprend combien j'ai souffert, il me comprendra toute entière ». Mlle R. limitait sa recherche de complicité au vécu de son accident, elle tentait de capter l'intérêt de son conjoint par l'évocation réitérée de ce moment solitaire et obtenait l'effet inverse. Son conjoint fuyait une histoire où il ne trouvait pas sa place. Il fallait aider Mlle R. à dépasser le leurre de l'identique, le miroir du même (« s'il m'aime, il est comme moi et doit tout comprendre ») et l'aider à se dessaisir peu à peu de cette vaine recherche, afin de la conduire à accepter l'irréductible différence entre les êtres. Cette différence structure les relations. Le temps des entretiens et des échanges lui permit de comprendre qu'une relation ne peut se construire que parce que je rencontre un *autre* que moi. Le toucher, l'émouvoir, l'aimer, ce n'est pas le capturer. Son temps n'est pas le mien.

Cela nous conduit à nous interroger sur ce que serait un temps « normal », un temps dont le déroulement non-chaotique n'altérerait pas de façon si profonde notre rapport au monde. Nous devons aussi questionner la nature de l'attente et du projet quand le temps à-venir s'envisage sous le mode de constructions imaginaires tronquées, oblitérées par un présent peu hospitalier : « d'abord représentée comme un projet, notre nature est donc d'abord imaginaire[382] ». Peut-être devons-nous penser la maladie vasculaire comme une maladie de la temporalité imaginaire ou de la temporalité imaginée, puisque la blessure qu'elle inflige au présent continue d'irradier les constructions imaginaires qui nous permettent de penser l'avenir ?

Pour Nicolas Grimaldi, l'attente est notre conscience même, en quelque sorte être conscient c'est être en attente de… et l'ennui serait une figure vide de l'attente, « la pathologie d'une attente sans objet[383] ». La souffrance du patient victime d'un AVC consiste peut-être en ce qu'il a vécu un événement auquel il ne s'attendait pas, confrontant ainsi sa conscience à une expérience d'absolue étrangeté, sans repères, sans références à un déjà-ressenti, où tout reste à inventer. Cette surprise tragique l'a plongé dans une temporalité accidentée et l'attente de… devient la peur de… (mourir, avoir des séquelles, subir une récidive), assortie de la difficulté de

---

[382]. Nicolas Grimaldi, *Traité des solitudes, op. cit.*, p. 52.
[383]. *Id.*, p. 67

s'imaginer pouvoir habiter à nouveau une vie passablement modifiée, quand bien même l'amputation ou la modification du champ des possibles ne serait que fantasmatique.

Le patient victime d'un AVC se trouve heurté de plein fouet, puis tente de faire sien, d'intégrer l'inattendu de l'accident. Ensuite, selon les conséquences, les séquelles, il devra se défaire de ses projets antérieurs sans trop affaiblir son « moi », au risque de sombrer dans la dépression. Cette rencontre revêt quelque familiarité avec le coup de foudre dans sa survenue et ses caractéristiques temporelles. L'accident tombe sur la personne comme la rencontre avec l'être aimé envahit nos pensées sans combler notre être, puisque cette rencontre ne fait qu'attiser notre manque, notre quête, notre blessure primordiale d'être irrémédiablement seul et insatisfait. Le contraire nous mettrait à l'abri de la douleur d'aimer et nous laisserait dans l'illusion d'une indépendance absolue, qui n'est que l'autre versant de la toute-puissance. Seuls les petits-enfants, dans la dépendance quasi-totale avec leurs parents qui comblent leurs attentes (souvent à l'excès quand ils anticipent) peuvent s'imaginer tout-puissants, mais c'est par procuration !

Mais si la rencontre amoureuse, amicale, ouvre le champ des possibles, l'AVC peut fermer ou du moins masquer ce champ en réduisant le temps vécu de l'accident à un instant, celui où tout peut basculer. Dès lors, comment s'en dégager et trouver les ressources pour continuer à imaginer l'avenir ? Le paradoxe du moment de l'AVC réside dans la concentration, la condensation d'un événement réduit à quelques minutes selon l'horloge de la physique et l'avènement d'une temporalité modifiée. Le moment de l'AVC, aussi bref soit-il, porte en lui les germes d'un temps à venir différent du temps que le patient s'était représenté sur un mode imaginaire. Comment, à partir d'un moment catastrophique, penser le temps à venir, ou plutôt comment ne pas rester figé dans ce temps catastrophique ?

La catastrophe, selon son étymologie est renversement et dénouement ou évènement fâcheux. Le renversement dont il s'agit au cours de l'AVC est sans doute la crispation du temps dans le moment présent. Le déroulement temporel s'interrompt et cette vacance, cette béance dans l'ordre convenu de la temporalité arrête le flux du temps. C'est pourtant bien de ce moment, plus exactement de cet instant, qu'il faut repartir, redémarrer et continuer d'exister. Or l'AVC est bien ce qui fait sortir le sujet de l'apparente tranquillité de la vie pour le situer hors de lui et le faire *ek-sister*.

> « La rupture du temps met en cause le devenir humain : il ne dépend plus du passé imaginaire, il suspend l'histoire de l'homme à ce qui vient et qu'il ne sait pas[384]. »

Si la parole possède une capacité, c'est celle de (re)placer l'énonciateur et celui qui écoute dans une dynamique temporelle, d'effectuer le travail de liaison nécessaire afin que la rupture du temps ne soit pas une fracture définitive, réticente à toute consolidation, mais puisse au contraire évoluer vers une guérison de la blessure infligée au temps propre, au temps vécu dans l'intimité du patient.

Comment concilier l'inattendu et le déjà-vécu, comment apprivoiser cet événement dont les déflagrations ne cesseront pas sans provoquer des vagues, à la manière des cercles concentriques qui troublent la surface calme et lisse d'une rivière blessée par la chute inopinée d'un galet ? Cette onde de choc qui suit l'AVC, les patients l'évoquent si nous leur en laissons l'occasion, si nous ne fermons pas l'accueil à la parole par des propos plus agressifs que rassurants du type : « vous vous en sortez bien, cela aurait pu être pire, ne vous plaignez pas trop, vous pouvez encore marcher, etc. ». Autant de propos pseudo-moralisateurs dont la fonction est de nous protéger contre l'angoisse ressentie par les patients. Ils tentent, en l'exprimant, de mettre un peu de distance avec les affects qui les envahissent et les paralysent.

> « Dans ce combat entre la vie et la mort dont le corps est le lieu, la parole – en nous et entre nous – ne cesse de nouer ce que nous savons, la connaissance, à ce que nous n'en savons pas, le non-savoir. […] il est vrai que c'est à partir de cette position de non-savoir que naît la demande…Cette demande ne s'origine pas dans un vouloir connaître la vérité. Elle est demande d'amour[385]. »

Cette demande d'amour, dont l'une des modalités est demande de reconnaissance, est ce qui nous bouleverse dans tous les moments fondateurs de notre existence. C'est le moment de l'accident cérébral, ou celui de tout autre traumatisme… Il est d'ailleurs fréquent que les premiers entretiens soient laborieux, pénibles mêmes. Les mots peinent à venir, ils restent en deçà du ressenti et ne parviennent pas à dire la réalité de l'effroi qui a saisi le patient. Comment dire, ou plutôt comment traduire dans le langage, les émotions qui prennent corps, qui signent notre incarnation, sans trahir, déformer et dénaturer ? Si la structure du langage n'est pas isomorphe à celle des émotions, ce sont bien les mots qui tentent de les traduire et de les rendre intelligibles pour autrui. La question de la trahison, au sens de l'irréductibilité du pulsionnel au langagier, n'est pas le problème en soi. Tout thérapeute sait que le langage est divisé

---

[384]. Denis Vasse, *Le poids du réel*, *la souffrance, op. cit.*, p. 15.
[385]. *Id.*, p.187.

par essence et qu'il ne peut jamais saisir le tout du réel qui déborde toujours, qui est toujours autre que ce que nous croyons mettre en mots. Le réel ne se dérobe pas, il est ce qui ne peut ni être enfermé, ni capturé dans le langage, il est tout Autre. C'est cette impossibilité à saisir le réel qui instaure, dans un même mouvement, la possibilité de l'ouverture à autrui, l'acceptation de sa radicale altérité, et le risque du malentendu.

> « Plus que la naissance peut-être, c'est la parole qui sépare l'homme de son semblable. Elle instaure dans la rupture du lien des corps la continuité respective des êtres en même temps que leur altérité[386]. »

De cette différence radicale, de cette altérité suprême, surgit l'avènement du langage qui permet à l'enfant de nommer et d'appeler sa mère (ou tout autre personne qui prend soin de lui) dès qu'il commence à éprouver la séparation. Si le langage n'est pas le Réel, il est ce qui nous invite à témoigner, à dire notre réalité de sujet. Les animaux, immergés dans le réel de la nature, ne parlent pas, même si diverses expérimentations tentent de nous faire croire que désigner un mot sur un tableau (afin d'obtenir une cacahouète) s'apparente à du langage. Cela reste tout au plus un conditionnement pavlovien efficace.

La frayeur, qui a saisi le patient victime d'un AVC, à l'inverse de l'alcool qui délie la langue et provoque parfois surabondance de paroles, gèle ou bloque l'accès au symbolique, ce qui ne fait qu'accentuer le tragique de la situation et le malaise. C'est précisément à ce moment-là qu'il nous faut accepter, tenir bon, soutenir le silence et savoir attendre sans brusquer. Il faut respecter ce délai sans traquer le patient. Toute incitation trop insistante à parler replongerait celui-ci dans le moment de l'urgence et de la stupéfaction qui l'a souvent laissé sans voix. Ce moment-là est celui de la sidération, du traumatisme psychique. Il requiert un délai, une durée pour être relié à l'histoire du sujet.

La parole est fécondante, mais le moment de son avènement, contexte ou *kairos* selon les références, s'avère primordial. Divers mythes et religions, monothéistes ou animistes, attestent ce pouvoir de la parole. De la Vierge Marie fécondée par les paroles de l'ange Gabriel dans l'épisode de l'Annonciation, aux croyances Bambara condensées dans ce proverbe : « La parole qui reste dans ton ventre est l'enfant de ta mère, la parole qui sort de ta bouche est l'enfant de ton père[387] », toutes les théodicées insistent sur le pouvoir créateur de la parole. Nous

---

[386]. Denis Vasse, *Le temps du désir*, *op. cit.,* p. 150.
[387]. Proverbe Bambara, cité par Denis Vasse, *Le poids du réel, la souffrance, op. cit*., p. 49.

devons laisser advenir le temps nécessaire à la possibilité d'une rencontre fécondante entre le thérapeute et son patient.

> « Ecouter quelqu'un qui souffre, lui parler d'un autre lieu que du lieu de son image déchue ou disparue, témoigner dans le silence et le respect que le désir que nous percevons chez lui est encore et toujours celui de l'homme, le nôtre, c'est apprendre, du non-savoir où il aborde, beaucoup plus que nous n'en savons sur lui et sur nous[388]. »

Ce non-savoir que nous devons être prêts à recevoir, à accueillir, c'est peut-être cette impossibilité à témoigner d'une expérience relative à une dimension autre, « étrangère », de la temporalité. À trop vouloir homogénéiser les temporalités, nous totalisons une connaissance donnée *a priori* sur le temps en général. Notre obsession du temps commun, qui annihile les destinées personnelles en les noyant dans le temps collectif, dans le temps objectif, extérieur, plaqué sur le calendrier, oblitère notre capacité à être en relation. Cette appréhension générale d'un temps commun, si elle devient la finalité de la rencontre, barre la possibilité d'une écoute à une parole autre, singulière, qui se développe selon un temps particulier. Cette parole qui porte à la dimension symbolique la souffrance de la personne jetée dans un temps différent de celui qu'elle investissait jusqu'au moment de l'accident, est non réductible ni soluble dans un temps global arbitraire. C'est le temps de la chute dans l'inédit du temps catastrophique qui abolit la durée. À ne pouvoir être entendue, cette parole émanant de la personne blessée par l'accident risque, en faisant retour sur elle, de la précipiter dans le désespoir. Parce que :

> « à tout instant de son existence le moi est en devenir, car le moi κατα δυναμιν (en puissance) n'existe pas réellement et n'est que ce qui doit être. Tant qu'il n'arrive donc pas à devenir lui-même, le moi n'est pas lui-même ; mais ne pas être soi, c'est le désespoir[389]. »

Mais comment être soi quand le moi en devenir, qui est une autre forme du moi imaginaire que nous nous inventons à tous moments, s'étiole et se délite ? Comment redonner au moi imaginaire, en gestation dans notre conscience, une ouverture, une possibilité d'être ? Si la conscience est durée, et donc tendue vers l'avenir, ainsi que l'a montré Bergson, comment peut-elle ne pas être déchirée par l'effraction que constitue l'AVC ?

Quel est le destin du moi, que nous le nommions moi imaginaire ou moi en devenir, quand la personne qui subit l'attaque cérébrale est écrasée par la réalité de l'accident qui peut la briser et la conduire vers la mort ?

---

[388]. Denis Vasse, *Le poids du réel, la souffrance*, p. 36.
[389]. Sören Kierkegaard, *Traité du désespoir*, Gallimard, Folio Essais, 1996, p. 90.

> « Il y a une réalité au moins que nous saisissons tous du dedans, par intuition et non par simple analyse. C'est notre propre personne dans son écoulement à travers le temps. C'est notre moi qui dure. Nous pouvons ne sympathiser intellectuellement, ou plutôt spirituellement, avec aucune autre chose. Mais nous sympathisons sûrement avec nous-même[390]. »

Cette conviction intime du sentiment de durée est bousculée par l'irruption de l'accident (ou de tout autre traumatisme) et dès lors, c'est bien la sympathie, au sens étymologique d'être ensemble avec soi-même, qui est malmenée. Comment, en dehors de l'écoute et du temps donné à l'autre, susciter un renouveau de la parole, si le souffle du temps est suspendu au cours de l'AVC ? Cette suspension n'affecte pas les soignants qui sont immergés dans un univers de gestes qui sauvent. Ils prodiguent avec célérité et précision les soins du corps qui devront ensuite être dits, expliqués et ré-expliqués pour pallier l'intervalle du moment où l'inconscience de la personne l'a placée dans un lieu autre, un lieu d'où l'on peut revenir mais dont on ne peut rien dire. Il faut aller vite, gagner du temps, anticiper les conséquences délétères de l'accident. Ce temps dévolu à la technique n'est pas vain, il est même vital, essentiel, puisqu'il maintient le patient en vie. Mais ce temps actif de la technique n'est pas le temps sidéré du patient qui bien souvent ne comprend pas, ne réalise pas ce qui lui arrive. Il nous faudra, avec des mots et de la patience, aider le patient à retisser la trame de sa temporalité déchirée.

Nous devons ici mentionner les cas, assez rares, où l'urgence est de ne rien faire, c'est-à-dire de laisser se dérouler le cours des événements, car une intervention intempestive aurait des effets bien pires à ceux de la maladie. Cette évaluation du choix du moindre risque repose sur les connaissances empiriques des médecins. En fonction de leur expérience, dont la sommation implicite favorise l'intuition, ils vont décider quels traitements mettre en œuvre. Certains paramètres s'avèrent essentiels : une femme enceinte n'est pas soignée comme une personne « unique », un patient très âgé, diabétique et insuffisant coronarien ne supportera pas la thrombolyse. Il faudra éviter les complications liées à l'immobilisation (les soins de prévention des escarres, les traitements pour limiter les risques d'embolie sont fondamentaux dans le cas d'une immobilité prolongée). La sagesse, dans ces cas, sera de laisser le temps faire son oeuvre. Par delà les *guidelines*, le cas individuel doit primer… Passée la période critique, quand le diagnostic vital n'est plus en question, nous avons parfois

---

[390]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant*, *op. cit.,* p. 182.

l'impression d'un retour à la vie, c'est dire d'un retour à la possibilité d'élaborer un imaginaire, d'imaginer un après...

Passé le moment catastrophique, quand le dénouement s'ouvre sur la possibilité d'un avenir, le patient retrouve le temps de la durée. Parce que ce « temps qui dure n'est pas mesurable[391] », ce qui revient à dire qu'il n'est pas quantifiable, la personne peut réinvestir un avenir ouvert, non déterminé. C'est dans les mots qu'elle choisira pour aborder la question de son temps à-venir, sous la forme de questions autour de la guérison, des séquelles éventuelles, de la rééducation, que nous tenterons de repérer de quelle manière elle va habiter cette nouvelle temporalité. À la façon dont Jésus redonne vie au fils de la veuve de Naïm, et qui, au sortir du cercueil « se mit sur son séant et commença à parler[392] », nous sommes au cœur de la problématique de la parole/*pharmakon* et de la parole/don. Jésus redonne vie, ressuscite le fils de la veuve, il le réintroduit dans le Logos. Nous nous référons à ce passage de l'Évangile, dont nous précisons la portée métaphorique et pédagogique : il n'y a pas de vie humaine en dehors de l'acte de parole.

Nous sommes véritablement et définitivement mort pour autrui si plus personne ne parle de nous, si, parce que nous sommes aphasiques (ou comateux, etc.) personne ne nous parle. Cet état de déréliction peut affecter certains vivants. Dans un travail préalable, nous avions abordé la question des « enfants-loups », et le cas de Victor de l'Aveyron recueilli par le docteur Itard[393]. Que nous enseignent ces cas extrêmes ? Que le langage constitue une des conditions essentielles à l'expression de notre humanité, en puissance en chacun d'entre nous. C'est parce que nous sommes parlés par d'autres, quand nous ne pouvons pas encore (comme le bébé dans le ventre de sa mère, ou du tout-petit) ou quand nous ne pouvons plus avoir recours au langage (comme dans de multiples pathologies), que sommes reconnus comme des personnes. De plus, nous sommes très ignorants sur le langage intérieur, la vie de la pensée chez les comateux, les aphasiques, etc.

Considérer un malade comme une personne, c'est lui faire la grâce de lui parler, ce qui demande toujours un peu de temps…

---

[391]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op. cit*., p. 47.
[392]. Lc 7, 11-16, nous conseillons aussi de lire le commentaire de Françoise Dolto, *L'Evangile au risque de la psychanalyse*, Tome I, 1980, Paris, Seuil, Points/essais, pp. 73-98.
[393]. À ce propos, lire Lucien Malson, *Les enfants sauvages : mythe et réalité, suivi de Jean Itard, Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron,* Paris, 10/18, 2003.

3. Temporalité et maladie d'Alzheimer, le temps déplacé

Après le temps du traumatisme, le temps de l'accident chez lez patients victimes d'un AVC, nous souhaitons aborder l'éprouvé temporel chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Nous avons émis comme hypothèse une dislocation, un chaos de l'éprouvé temporel qui confère aux patients déments ce rapport parfois bien étrange, comme éparpillé, à leur propre histoire. Contrairement à l'accident vasculaire, les maladies dégénératives sont chroniques, d'évolution progressive. Nous devons tout de même préciser que cette progression n'est pas linéaire. Afin de donner vie à notre propos, nous prenons un cas clinique concret tel qu'il a été repris et commenté par la presse médicale. Nous porterons un regard critique sur l'analyse qui en a été faite. L'étude de cas telle qu'elle a été analysée par la presse, a conduit à porter, de façon insidieuse, un regard péjoratif, sur des comportements jugés déraisonnables. Ce jugement *a priori* évite de nous interroger sur le sens de certains actes. Sous le prétexte qu'ils sont déments et que rien de sensé ne peut être conçu par leur esprit, les patients sont considérés comme incapables, inaptes à établir des choix autonomes. Nous décidons qu'ils sont dans l'erreur. À la lumière d'un autre regard porté sur leur temporalité, leur façon d'être dans le temps, nous tenterons d'inviter au respect de leur autonomie. Le soin porté aux déments perd tout son sens si nous refusons de prendre en compte leur choix, l'orientation qu'ils donnent à leur vie.

Continuité de la vie affective

Il s'agit du commentaire paru dans *Alzheimer Actualités,* à propos d'un article du *Figaro* qui relate l'histoire d'amour d'un monsieur âgé de 77 ans, marié, atteint de la maladie d'Alzheimer. Ce vieux monsieur a rencontré dans la maison de retraite où il réside, une femme qui souffre de la même pathologie et dont il est tombé amoureux. Son épouse légitime a témoigné publiquement afin d'expliquer qu' « elle se satisfait donc de ce bonheur retrouvé mais d'où elle se trouve exclue ![394] »

Si ce n'était la maladie qui affecte ces deux personnes et qui pour cette raison vivent en maison de retraite, il n'y aurait pas motif à écrire un article. Nous nous

[394]. Yves Christen, « Vivre l'Alzheimer », *Alzheimer Actualités*, Bimestriel, Janvier-Février 2008, N°196, p. 1.

trouvons rarement inclus dans les histoires d'amour que vivent (sans nous) ceux dont nous pensons partager la vie. Il faut être bien prétentieux et peu scrupuleux de la liberté d'autrui, ou complètement fou, pour se prendre *réellement* pour la moitié d'autrui. Mais le mythe d'Aristophane a encore de beaux jours devant lui !

Ce qui nous intéresse ici, ce sont les commentaires de Yves Christen, par ailleurs directeur de la publication et rédacteur en chef de la revue. Voici ses propos :

> « Moins absurde qu'il n'y paraît, cette tranche de vie a sa logique propre, dans la mesure où le privilège [sic] de la démence tient au fait que le sujet privé de sa mémoire vit dans l'instant, oubliant son passé et donc son conjoint. On se demande même si l'on peut dire qu'il le trompe. Ce genre de situation signe en tout cas le désir des malades de ne pas s'exclure de la vraie vie ![395] »

La concision du commentaire ne le soustrait pas à notre questionnement. Méfions-nous des jugements hâtifs que nous pourrions porter en réaction à cette histoire. Tout d'abord, pourquoi ce pré-supposé d'absurdité à propos d'une relation amoureuse entre deux patients ? Le mariage, pas plus que les maladies, n'a jamais protégé des rencontres ultérieures. La « démence » ne constitue pas un rempart contre les affects, bien au contraire, puisque les pulsions s'expriment plus aisément. Accepter de vivre sa passion amoureuse ou y renoncer relève d'une autre question qui renvoie bien plus à ce que sont l'amour et l'attachement, voire l'abandon de certaines contraintes quand les unions légales reposent sur un contrat social plus que sentimental. Dans le cas précité, une analyse qui se voudrait « morale » resterait simplificatrice. L'amour, l'éprouvé des sentiments affectifs, la capacité de créer de nouveaux liens seraient-ils réservés à une catégorie spécifique d'individus célibataires en bonne santé psychique, physique et neurologique ?

Cela qui nous amènerait à définir, premièrement ce qu'est la bonne santé et, deuxièmement, à justifier éthiquement pourquoi seuls les individus « sains » auraient le droit d'éprouver des sentiments, d'accepter ou de refuser d'être aimés en retour. Nous laissons de côté le débat pseudo-moral sur les questions de l'infidélité et de l'adultère. Comme nous l'enseigne sagement l'Évangile dans la parabole de la femme adultère : « que celui d'entre vous qui est sans péché lui jette le premier une pierre ![396] »

---

[395]. *Id.*, p. 1.
[396]. Jean, *La femme adultère*, 8, verset 7, *La Bible de Jérusalem, op. cit.*, p. 1609.

Il faut bien peu de discernement pour décréter que cette tranche de vie est « moins absurde qu'il n'y paraît », ce qui signifie qu'elle l'est un peu tout de même. Or la clinique auprès des patients atteints de pathologies neurologiques met bien en évidence la présence et la permanence de la vie affective, même à des « stades » très avancés de la maladie. Il suffit d'écouter les patients et leurs proches (conjoints, enfants, amis). C'est souvent l'expression parfois « crue », directe, de cette affectivité qui heurte nos conventions sociales policées et notre « bonne » conscience.

Si, comme l'affirme sans hésitation Yves Christen, le dément a le « privilège » de vivre dans l'instant, il n'a pas plus de « raison » de reconnaître son épouse légitime que sa nouvelle compagne. À suivre le raisonnement de Yves Christen, chaque jour devrait être un jour vierge, nouveau, une page blanche où l'ensemble des souvenirs passés est effacé. Or même dans les formes les plus sévères, les patients étant à ce stade très souvent aphasiques, nous n'en savons strictement rien. Nous devons donc nous fier à leurs actes. Si ce Monsieur reconnaît (par les gestes, les mimiques, le comportement incarné) sa nouvelle compagne, c'est qu'il a créé un lien. Bien que les déments semblent parfois hantés par leur passé, perdus dans le présent, la maladie ne les empêche pas de créer de nouveaux liens. L'amour est du côté de la vie, ne l'oublions jamais. Nous devons bien admettre que nous faisons souvent, faute de témoignages cohérents de la part des patients, plus de spéculations que d'observations rigoureuses. La mémoire est souvent évaluée de façon « artificielle », en situation de tests. Cette méthode permet effectivement de mesurer des résultats en les comparant à des performances issues de d'études statistiques. Les protocoles d'évaluation sont standardisés, reproductibles d'une personne à l'autre, d'un évaluateur à l'autre. Une telle évaluation ne peut pas rendre compte des intrications permanentes entre la mémorisation et l'affectivité dans la « vraie vie », la vie que les patients « habitent », continuent à se construire, même en institution. Nous sommes toujours déstabilisés quand la vie quotidienne devient moins quotidienne, et faute de réflexion, nous jugeons et donnons des bons points : « c'est bien, c'est mal ».

La théorie de l'instant, celui où le sujet privé de sa mémoire serait condamné à vivre sans passé ni futur, ne peut expliquer la création d'un nouveau lien affectif et la pérennité de ce lien. À moins, comme me l'a judicieusement suggéré un ami neurologue, que ce patient ne (re)découvre chaque jour sa compagne comme une personne nouvelle, pour qui il éprouverait un nouveau coup de foudre. Cette attitude

expliquerait qu'elle soit vraiment « la femme de sa vie », au-delà des troubles mnésiques. Nous l'avons déjà abordé avec la notion de durée, pour qu'un lien se crée, pour qu'un attachement se construise, il faut bien que cette liaison transcende en quelque sorte la succession dévitalisée de tous ces instants mis bout à bout. L'oubli à mesure, une des caractéristiques dont sont souvent affublés de façon excessive les patients déments, est une construction fictive trop généraliste. Cette dénomination a pour mission d'expliquer de façon réductrice les troubles de mémoire et de l'apprentissage, et de limiter la mémoire à une approche cognitive. Dans la réalité clinique, ce trouble est fluctuant, d'intensité variable, il n'affecte pas tous les domaines de la biographie de façon équivalente.

Quant à se demander, en référence à son conjoint, « si l'on peut dire qu'il le trompe », refuser d'accorder le terme de tromperie à une situation qui en revêt toutes les caractéristiques apparentes, c'est accepter de ne plus considérer les patients déments comme des personnes morales, et de les réduire à des « sous-hommes » agis par leur pulsions et incapables de choisir entre deux personnes celle qu'ils élisent comme « objet » de leur amour. Nous devons rester vigilante et ne pas établir de confusion entre l'autonomie et l'indépendance. Un patient dément amoureux peut être dépendant pour de multiples activités de la vie quotidienne et rester autonome, c'est-à-dire ne pas céder sur son désir.

Cela peut ouvrir bien des perspectives à tous ceux et celles qui n'osent tromper leur conjoint, non par choix libre et autonome de préférer la fidélité, non par choix du « je » volontaire et déterminé, mais par crainte d'un jugement extérieur portant sur le « moi » social. Ceci est un vrai débat entre la morale hétéronome et la morale autonome. La vraie morale, en l'occurrence, c'est de se reconnaître être dans la transgression. Le sujet moral est celui qui accepte d'être déchiré et d'en accepter les conséquences. L'histoire ne dit pas si l'épouse légitime qui donne le pardon en acceptant « ce bonheur retrouvé mais d'où elle se trouve exclue ! » est à l'origine du « placement » de son mari « qui avait sombré avant son coup de foudre à une grave dépression » et ne retrouve pas ainsi une sorte d'absolution.

Au nom de quelle morale pourrait-elle reprocher à un homme dont elle ne partage plus l'habitat, avec lequel aucun projet n'est commun n'est élaboré, de créer les liens qui lui permettent de transformer l'institution en un lieu accueillant ? Les conditions de vie commune avec un conjoint dément deviennent parfois impossibles,

surtout en raison des troubles comportementaux. « Le placement » s'effectue dans un contexte plus ou moins reconnu de culpabilité. La séparation n'est pas une décision aisée. Entre la nécessité pratique de recourir à des professionnels du soin pour accompagner les déments, et le sentiment d'avoir « abandonné » son conjoint, la palette des sentiments s'avère très complexe. Dans cet exemple, nous pouvons espérer que chaque personne parvienne à vivre le plus sereinement cet épisode. Le mérite de cet article tient dans la reconnaissance accordée au « désir des malades de ne pas s'exclure de la vraie vie ». Le sentiment amoureux nous porte du côté d'*Eros*, comme Platon l'a si bien mis en scène dans *le Banquet*. C'est d'ailleurs la remarque de Paul Dedalus à son professeur de philosophie dans le film de Arnaud Desplechin, *Comment je me suis disputé…ma vie sexuelle* qui rappelle avec humour la prégnance de la vie affective chez les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer. Dans une scène touchante, le jeune thésard rend visite à son professeur. Celui-ci lui explique avec embarras qu'il a perdu sa voiture, mais aussi les clefs de sa voiture. Il a fait lui-même son diagnostic et parle « d'Alzheimer » à propos de ses troubles de mémoire. Le jeune homme tente de rassurer son professeur et d'obtenir des renseignements afin de l'aider à récupérer sa voiture. Faisant référence à une ancienne complicité, il lui demande de façon discrète s'il voit toujours Mme X., sa maîtresse. Suite à la réponse négative du Professeur, son ancien élève poursuit son enquête en employant des termes crus : « si vous aviez tiré un coup vous vous en souviendrez tout de même ? ». Le professeur rétorque dans un éclat de rire par l'affirmative.

Ce film où les dialogues sont brillants, les protagonistes étant pour la plupart des universitaires, n'est pas une production pornographique. Si le cinéaste a pris la peine de changer de registre verbal, passant d'un langage respectueux quand il s'agit de dénommer une personne, à un langage « vert » pour parler de plaisir, c'est pour marquer la différence. Ici apparaît une frontière, ou du moins un changement de registre, dans le traitement et la récupération des souvenirs cognitifs relatifs au savoir (se rappeler du nom de Madame X ou Y par exemple) et l'évocation des souvenirs pulsionnels, intimes, en l'occurrence ici le plaisir sexuel, dont, au bout du compte, nous ne savons jamais rien dire...

Cette digression cinématographique permet de rappeler que ne plus savoir où l'on gare sa voiture, ou comment s'appelle M. ou Mme Dupont, n'est pas du même registre que ne plus se souvenir si l'on a éprouvé un plaisir érotique. Le souvenir du

plaisir érotique est du côté du sujet désirant. Garer sa voiture procure un plaisir moins investi, à moins d'être fétichiste… Le savoir et le souvenir ne sont pas de même nature. D'un côté, le savoir à propos de la voiture se rapporte à une localisation topographique. Référé à un objet extérieur, il est désincarné, utilitaire, chez cet érudit amoureux des concepts. De l'autre, le souvenir biographique, intime, affectif, se rapporte à une liaison entre deux personnes. Pour Boris Cyrulnik, les conduites d'attachement, l'affection, l'amour, provoquent et renforcent les capacités de mémorisation.

> « Ce qui revient à dire que le fait de désirer quelqu'un provoque une émotion sexuelle en même temps qu'une amélioration de la mémoire[397]. »

Les cinéastes, qui n'ont pas nécessairement fait de longues études en neurosciences, sont capables de distinguer entre ces deux types de souvenirs ! Mais la réduction à laquelle se livrent les cognitivistes à propos de l'étude des processus mnésiques, conduit à la construction d'un « appareil » mnésique désincarné, « désaffectivé », (désaffecté ?). Dans cet « appareil », les informations à retenir ou à oublier sont, par un truchement pseudo-scientifique, ramenées à des séries d'unités comparables entre elles, indépendamment de la signification affective, émotionnelle, qu'elles recèlent.

Michel Henry nous prévient de la réduction qui s'opère parfois, et qui consiste à rabattre la relation érotique à la sexualité[398]. Il repère dans cette réduction un oubli de l'être, cet oubli constituant une forme de nihilisme. Si nous insistons sur ce « fait divers » et sur les commentaires du rédacteur en chef de la revue dont nous savons bien qu'elle a été créée dans le but de promouvoir la recherche dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, c'est dans le souci de ne pas oublier que nous sommes en relation avec des personnes. Leur ôter, *a priori,* le droit d'éprouver des sentiments, constitue une offense.

Il convient de ne pas oublier que les souvenirs de nos expériences affectives, ne sont ni analysables, ni quantifiables (et tant mieux sans doute) au moyen de tests. Mais ils agissent en nous, poursuivent un cheminement intérieur. La célèbre scène de la madeleine proustienne a rendu un hommage ardent à la mémoire des sensations, des émotions. Elle a marqué tous les lecteurs amoureux des métaphores. S'intéresser à la mémoire affective, au primat des affects, c'est reconsidérer le dualisme cartésien et refuser de réduire le corps à sa substance étendue, séparée de la pensée ou du

---

[397]. Boris Cyrulnik, *De chair et d'âme*, Paris, Odile Jacob, 2006, p. 62.
[398]. Michel Henry, *Incarnation, Une philosophie de la chair*, *op. cit*., p. 311.

langage. Avec Claude Bruaire et Michel Henry, nous proposons de ne pas enfermer le corps vivant dans une approche biologique et de laisser advenir l'espérance d'une rencontre, quel que soit l'âge : « Tendre la main, presser, caresser une peau, sentir, respirer une odeur, un souffle, c'est s'ouvrir au monde[399] ».

Nul ne prétendra qu'un nourrisson, incapable de s'exprimer avec des mots, est un être humain privé de désir. Ne pas encore ou ne plus pouvoir avoir accès au langage ne nous donne pas de droit de décider qu'il n'existe pas de trace mnésique. Les expériences sensorielles auxquelles sont soumis de tous jeunes enfants mettent en évidence leur préférence pour des vêtements portés par leur mère, ce qui montre la puissance de l'attachement, indépendamment des mots pour le dire. Cette trace sensorielle, le parfum de la mère, ouvre sans doute sur une forme de reconnaissance. Il faudra attendre de longs mois avant que ces nourrissons ne puissent nommer « maman » celle qu'ils reconnaissent déjà.

Les patients atteints d'une agnosie visuelle particulière (la prosopagnosie) ne reconnaissent plus les visages des personnes, ou du moins n'identifient plus verbalement ces visages, même les plus familiers (enfants, conjoints, amis). En revanche, ces patients reconnaissent leurs proches grâce à leur démarche, leur gestuelle, ou le son de leur voix. Ainsi le corps, dans son apparaître global, a laissé une trace mnésique, des indices qui permettent de le différencier.

Par delà le désordre apparent du comportement, et malgré l'éprouvé chaotique ou disloqué du temps, la vie affective continue à tous les âges de la vie…

---

[399]. *Id.*, p. 306

Chapitre II : Le temps du psychisme dans les maladies neurologiques

1. La psychanalyse est-elle encore de notre temps ?

Nous posons cette question, car l'époque est prolifique en ce qui concerne les critiques à l'encontre de la théorie et de la pratique psychanalytique. Afin de faciliter la lecture de ce chapitre, nous nous permettons de donner un avertissement aux lecteurs : les termes d'« accompagnement psychologique » ou « psychothérapeutique » sont employés indifféremment, sans (volontairement) les distinguer l'un de l'autre. Notre préoccupation première est ici de centrer notre réflexion sur la relation thérapeutique en général, dans la mesure où elle s'inspire de la théorie psychanalytique.

Si l'approche psychanalytique est dénigrée, et ceci depuis le début de sa pratique, les attaques à son encontre sont devenues particulièrement virulentes ces derniers temps[400]. La tendance actuelle est aux pratiques inspirées du « behaviorisme », et les thérapies cognitivo-comportementales ont le vent en poupe. Pourtant, le langage et la considération qu'il suscite ne sont pas l'apanage des psychanalystes. Nous nous sentons proche de la pensée de Heidegger : « L'homme se comporte comme s'*il* était le créateur et le maître du langage, alors que c'est *celui-ci* qui le régente[401] ».

Il nous apparaît nécessaire de préciser l'importance de la dimension temporelle et diachronique de la psychanalyse, qui nous paraît être dans la lignée de la tradition philosophique occidentale. Nous insistons au préalable sur le fait que nous ne souhaitons pas nous poser en égérie de la psychanalyse, et nous espérons éviter la tournure polémiste. Cependant, nous tenterons de démontrer deux points essentiels : d'une part, la durée est indispensable au travail analytique. D'autre part, et ce deuxième point s'inscrit dans un rapport de causalité avec le premier, l'approche psychanalytique, dans sa visée thérapeutique, constitue une technique associée à une *epistémé* (en reprenant le sens grec *tekhnè* qui associe art

---

[400]. Nous ne citons qu'un seul ouvrage : Meyer Catherine (dir.), Borch-Jacobsen M ., Cottraux J., Pleux D., Van Rillaer J., *Le Livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud*, Paris, Les Arènes, 2005. Il est nécessaire de préciser que le contenu de cet ouvrage n'est pas une analyse critique de la psychanalyse, mais un discours de disqualification non argumentée.

[401]. Martin Heidegger, *Essais et conférences*, *op. cit.,* p. 172.

et science) privilégiée pour l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies neurologiques.

Avec Descartes, nous espérons que « le bon sens est la chose la mieux partagée du monde[402] », et nous rappelons que nous ne pratiquons pas de cure analytique avec des personnes aphasiques ou démentes. Mais nous utilisons ce que la pratique psychanalytique a permis de découvrir depuis plus d'un siècle, afin de mieux cerner les mécanismes psychiques en jeu (autant chez les patients que les soignants) et afin d'appréhender les relations que nous construisons avec les malades.

Nous ferons donc référence aux thèses freudiennes, en prenant le risque d'aller à contre-courant de la pensée contemporaine qui préconise la disparition de l'approche psychanalytique. Il est vrai que cette approche centrée sur le sujet est rétive aux outils actuels : statistiques, EBM[403], prévention. Elle peut sembler obsolète pour certains. Elle est surtout résistante à toutes les tentatives de maîtrise qui tendent à transformer la pratique médicale en mode d'emploi ou en conduite à tenir à l'usage de la personne malade. Au bout du compte, le malade est prié, voire sommé de se comporter comme dans les manuels. L'usage abusif des bonnes pratiques nous fait parfois oublier que ces manuels décrivent des cas cliniques, des syndromes, pas des patients.

Nous espérons, à l'issue de ce chapitre, avoir réussi à convaincre de l'intérêt toujours renouvelé de l'approche psychanalytique et de nous préserver de la confusion fréquente entre les malades et les cas. Ce danger existe, nous devons reconnaître que certains patients nous envahissent parfois avec leurs plaintes, les rémissions qui ne durent pas, leurs souffrances qui persévèrent, leurs rechutes, leur fatigue, leurs doléances, tout ce que nous prenons, à tort, dans un excès de puissance ou d'égoïsme, pour un échec personnel. Le danger, pour chaque soignant, et pour chaque malade atteint d'une maladie chronique, c'est celui de l'envahissement progressif de la pathologie dans la vie du malade qui peut conduire à une confusion, voire une fusion entre la malade et sa maladie :

> « Quand, insatiable, non contente de coloniser mon corps, elle aura gangrené mes pensées. Lorsque je me réduirais à des symptômes, à des processus biologiques, à des soins. Lorsqu'on ne parlera plus que d'elle quand on parlera de moi. Lorsqu'elle m'aura simplifiée

---

[402]. René Descartes, *Le discours de la méthode, texte et commentaire par Etienne Gilson*, Paris, Vrin, 1939, p. 1.
[403]. EBM : cf. note de bas de page n°1, introduction.

> à l'extrême jusqu'à ce que je ne sois plus qu'elle. Lorsqu'elle m'aura totalement dévorée[404]. »

Cette absorption ou ce recouvrement de la personne par le processus pathologique est tellement répandu, de la manière la plus vulgaire, commune, récurrente, que nous ne prêtons même plus attention à certaines tournures de phrases telles que : « tu l'as vu ce matin la SEP de la chambre X ? ». Ces petites phrases illustrent parfaitement la disparition de la personne masquée par son syndrome. Dès lors, qui ou que soignons-nous ? Une maladie ou une personne ? Or, l'approche psychanalytique qui fonde son travail sur le langage et ses effets, n'oublie jamais de considérer la personne comme un être de chair et d'esprit, animé par la pensée symbolique :

> « le matériau de sa pensée, sur le plan psychique, ce sont les mots ; aussi intriqués soient-ils avec l'enchevêtrement des structures nerveuses qui assurent le fonctionnement de son cerveau, ces mots demeurent à jamais le symbole de son existence parmi les hommes[405]. »

Commentant ses hospitalisations fréquentes consécutives à une maladie auto-immune, Claire Marin fait l'expérience douloureuse de la condition du malade et découvre un mal qui précède tous les autres :

> « L'invisibilité est le premier mal dont souffre le malade. Les médecins rentrent dans la chambre et parlent de vous comme si vous n'étiez pas là. Les femmes de ménage cognent leur balai dans les pieds du lit, les aides-soignants vous secouent et vous déplacent pour changer les draps. Les infirmières de nuit vivent normalement leur journée, elles parlent fort, se racontent leurs histoires d'un bout à l'autre du couloir. Elles rient même parfois. Est-ce qu'on peut leur en vouloir d'être vivantes ?[406] »

L'épreuve de la maladie ne suffit pas avec son lot de souffrances, de déceptions, de contraintes, elle peut être accompagnée d'un effet secondaire impitoyable : elle parvient à rendre les patients transparents ou absents. C'est particulièrement vrai pour les maladies neuro-dégénératives, quand les personnes n'ont même plus recours au langage pour se faire entendre.

Lorsqu'une neuro-anatomiste fait l'éloge de la relation

Ce sentiment d'être oubliée, déconsidérée, masquée par la maladie qui fait écran entre elle-même et le soignant, le docteur Jill Bolte Taylor l'éprouve au décours d'un AVC. Neuro-anatomiste et chercheur en neurosciences à Harvard,

---

[404]. Claire Marin, *Hors de moi,* Paris, Editions Allia, 2008, p. 126.
[405]. Patrick-Henri Keller, *Le dialogue du corps et de l'esprit, op. cit*., p. 180.
[406]. Claire Marin, *Hors de moi*, *op. cit*., p. 72.

sans aucune référence personnelle ou professionnelle à la psychanalyse, elle évoque avec pertinence l'intérêt de la parole dans les soins qu'elle reçoit dès son accueil dans le service d'urgences neuro-vasculaires. Débarrassée en quelque sorte du versant compréhension du langage, elle est aphasique mais reste lucide, consciente au sens que Jean-Pierre Graftieaux donne à ce terme. Dans son travail, J-P. Graftieaux évite de restreindre la conscience à une fonction de l'être[407] qui serait sous la dépendance des lobes frontaux. Mme J. Bolte Taylor a conscience de ne pas comprendre les propos tenus par les soignants, mais elle est avant tout sensible, « touchée » par la façon dont elle est considérée. À propos d'un médecin attentionné, elle commente :

> « Le Dr David Greer s'est montré très gentil envers moi. Il a compati de tout cœur à ma situation et a pris le temps, au cours de ses visites quotidiennes, de se pencher pour me parler à l'oreille, d'une voix douce. D'une simple pression sur mon bras, il m'a rassurée sur mon sort. Ses propos avaient beau m'échapper, il me semblait hors de doute que le Dr Greer veillait sur moi. Il comprenait que je n'étais pas stupide mais que je souffrais, tout simplement. Il m'a traitée avec respect[408]. »

Derrière la simplicité apparente de ce témoignage, l'enjeu éthique de la parole et de la relation sont ressentis puis exprimés (lorsque Mme Jill Bolte Taylor aura récupéré l'écriture) avec force. C'est bien le versant relationnel et non l'aspect « intellectuel » de la parole qui est mis en avant. Peu importe que le sens des propos échappe parfois aux patients. Notre attitude, notre souci d'eux, cette façon que nous avons d'être touchés, affectés par leur présence, cela est ressenti par les malades. Évoquant sa longue rééducation après l'accident vasculaire, le docteur Jill Bolte Taylor insiste sur l'importance de la durée et la nécessité de faire un travail de liaison entre les différentes étapes de la rémission, mais aussi entre l'avant et l'après AVC. Afin de ne pas se sentir coupée, écartelée entre deux temporalités, elle aborde avec simplicité et clarté la question de la permanence :

> « Mes difficultés venaient de mon incapacité à établir un lien entre tel instant et tel autre et à ordonner mes pensées selon un ordre chronologique. Tant que chaque moment de ma vie demeurerait indépendant des précédents, je ne pourrais rattacher entre eux ni les mots ni les idées[409]. »

Ce souci de liaison est une des préoccupations essentielles du travail d'inspiration psychanalytique. Et ce travail passe par le langage. Jill Bolte Taylor se retrouve

---

[407]. Pour une étude plus complète du concept de conscience, se reporter à la thèse de Jean-Pierre Graftieaux : « *Les deux consciences* », Thèse de philosophie, Université de Paris Est, soutenue le 2 juin 2009.
[408]. Dr Jill Bolte Taylor, *Voyage au-delà de mon cerveau*, Paris, JC-Lattès, 2009, pp. 99-100.
[409]. *Id.,* pp. 152-153.

aphasique après l'AVC, son récit autobiographique met bien l'accent sur les troubles de compréhension massifs qu'elle éprouve pendant plusieurs mois. Cette aphasie est accidentelle, elle prive le patient d'un versant du langage (l'expression ou la compréhension), elle n'autorise pas les soignants à s'extraire du langage et rappelle une des fonctions soignantes évidentes mais parfois négligée : la parole. Il ne s'agit pas d'un échange d'informations (qui se rapporte à la théorie de l'information et son schéma ultra réducteur), il s'agit de reconnaître autrui, ce malade aphasique ou dément, comme une personne, même si elle est privée de certaines capacités. Cela semble un truisme et pourtant ! Combien de gestes quotidiens (piqûres, radiographies en tous genres, distribution de médicaments, apporter un plateau repas, changer le broc d'eau), ou plus rares (scanners, E.E.G.) sont effectués de façon mécanique, ritualisée. Avec humour, le docteur Bolte Taylor repère très vite ceux qui la considèrent comme sourde ou idiote et ne lui adressent pas ou peu la parole (comme si la surdité ou la baisse des fonctions intellectuelles justifiaient la mise à l'écart…) et ceux qui continuent à lui parler, lui expliquer, sans attendre *nécessairement* un retour immédiat. Nous sommes souvent bien éloignés du don dans nos pratiques soignantes, le don idéal étant le don sans espoir ni attente de retour, cette figure du don idéal est la forme pure du don (le don divin dans la perspective de Richard Gildas). Si nous voulons bien passer du temps à expliquer, nous attendons, en retour, que le patient ou la famille, aient *bien* compris. Parler en neurologie, c'est souvent s'assurer que le message a bien été transmis et assimilé. C'est la théorie de l'information qui prédomine, bien plus que la prise en compte de tout ce qui échappe ou déborde du contenu « rationnel » de l'échange verbal.

Le recours aux « outils » de la psychanalyse implique la prise en considération des attitudes de déni, de dénégation, de refoulement. Tous ces mécanismes de défense sont mis en place, de façon inconsciente, et génèrent des ratés dans l'échange entre le soignant et le soigné, entre le soignant et sa famille. Ceci permet de comprendre ou du moins d'accepter une attitude fréquente : un patient ou une famille qui n'ont pas retenu ou « intégré » un diagnostic ou un pronostic ne sont pas forcément limités ou inaptes à comprendre des énoncés (par incapacité intellectuelle). Ils ne peuvent pas les entendre (en raison de la charge émotionnelle par exemple). Car si ces mécanismes (dénégation, déni, etc.) sont

inconscients, les conséquences ont des effets tangibles. Ainsi, Mme H. vient de subir un nouvel AVC et son retour à domicile est impossible. Différents membres de la famille, ignorant les informations délivrées, interpellent plusieurs fois par jour les soignants, réitèrent leurs interrogations en quête d'une date de retour…

À l'opposé de l'attitude empathique du docteur Greer, Jill Bolte Taylor est confrontée le lendemain de son AVC, à une étudiante en médecine pour le moins empressée :

> « La jeune femme qui est venue me voir m'a fait l'effet d'un vampire ! Elle voulait me soutirer des informations en dépit de mon état de santé préoccupant, alors qu'elle n'avait rien à m'apporter en échange. Elle menait une course contre la montre qu'elle allait vraisemblablement perdre. Dans sa précipitation, elle m'a traitée de façon assez cavalière, comme une quantité négligeable. Elle parlait à un débit accéléré en criant comme si elle s'adressait à une sourde. Elle était pressée par le temps, or je venais de subir un AVC. Nos rapports ne s'annonçaient donc pas simples ! Elle aurait peut être tiré quelque chose de moi en me témoignant un peu de gentillesse ou de patience, mais comme elle voulait à tout prix que je m'adapte à son rythme, notre échange ne l'a pas plus satisfaite que moi. Ses exigences m'ont fatiguée[410]. »

Toutes les thématiques propres à la relation de soin sont abordées dans cet extrait : la question de la reconnaissance, la prise en compte de la fragilité, le respect, l'attention et une des préoccupations particulières à notre travail : la question du temps, celui du malade, celui du soignant et la *nécessité* de prendre en compte ce décalage, cette différence de modalité temporelle, afin de créer une possibilité d'échange qui dépasse le recueil d'informations. Ce passage pose clairement la question de la (non)formation à la relation au cours des études de médecine, autant pour les externes que pour les internes. Les étudiants en médecine pâtissent de cette absence de formation. La maladresse et le souci de remplir au plus vite les dossiers en vue de recueillir une anamnèse exhaustive peuvent conduire à des situations telles que celle décrite plus haut.

La pratique psychanalytique nous enseigne qu'il est vain et parfois violent de précipiter le rythme de travail, de l'interprétation, d'aller au-delà ou plus vite que ce que le patient est en mesure de découvrir. Si l'analyste attentif peut relever un point crucial, il doit respecter le rythme de l'analysant. Ce phénomène de respect qui implique de porter attention au rythme du patient va permettre de créer un lien et un lieu de confiance, où l'autre est accepté tel qu'il se présente avec ses handicaps, son ralentissement, ses troubles de compréhension. Le dialogue instauré vise à construire une relation, et ne pas réduire cette relation à un examen.

---

[410]. *Ibid.*, pp. 107-108.

Il est important de s'assurer des possibilités d'une récupération, mais il convient de ne pas brusquer, de ne pas décourager le patient mis en situation d'échec (quand il est incapable de fournir des informations aussi disparates que la date ou le lieu, son mode de vie, son adresse, etc., et que ces questions réitérées dans la même journée par différents interlocuteurs restent sans réponse).

Parfois, nous sommes dans un tel souci de réparation que nous limitons l'accompagnement du patient à un avenir restreint par le projet de rééducation, oubliant que la vie aussi se passe à l'hôpital. Il n'y a pas de « vraie » vie à l'extérieur, ce qui suggérerait que la vie à l'hôpital soit « fausse », il y a différents modes de vie.

2. L'inconscient version neurosciences

La psychanalyse, ou plutôt les théories sur l'inconscient sont actuellement courtisées par des disciplines scientifiques telles que les neurosciences. Nous ne sommes pas convaincue que les neurologues, tel Lionel Naccache, évoquent sous le vocable « inconscient », le même concept que celui que Freud et tant d'autres psychanalystes après lui ont tenté de définir. Il s'agit donc de bien s'entendre sur les termes avant d'écrire, par exemple, que : « L'"erreur" de Freud fut de croire découvrir l'"inconscient", alors qu'il nous dévoilait l'essence profonde de notre conscience ![411]». Tout d'abord, Freud n'a pas découvert l'inconscient mais une méthode scientifique d'exploration de l'inconscient.

Dès la préface de son ouvrage *Freud, la philosophie et les philosophes,* Paul-Laurent Assoun précise l'objectif de la démarche freudienne :

> « A travers l'"inconscient", c'est bien le statut du psychique qui est en cause. Si la psychanalyse prend ses distances envers la médecine et son préjugé "corporel" qui l'éloigne de toute "psychologie", en une sorte de superstition matérialiste, elle ne peut se contenter de cette réduction du "psychique" au "phénomène de conscience", de ce "conscientialisme" qui est la position philosophique majoritaire[412]. »

Parmi les grands reproches faits à la théorie psychanalytique, Karl Popper a mis au premier plan les caractères infalsifiable et irréfutable de la théorie de l'inconscient, puisqu'elle ne devient valide qu'au cours de la cure analytique. D'après K. Popper, croire en l'hypothèse de l'inconscient relève d'un dogme,

---

[411]. Lionel Naccache, *Le nouvel inconscient*, *Freud, Christophe Colomb des neurosciences*, Paris, Odile Jacob, 2006, p. 14.
[412]. Paul-Laurent Assoun, *Freud, la philosophie et les philosophes*, Paris, PUF, 2005, p. 21.

puisqu'il est indémontrable. Le but de l'analyse, selon Freud, serait de lever le voile, en tous cas de décrypter les phénomènes tels que les rêves, lapsus, actes manqués, symptômes. L'origine et le sens de ces actes resteraient cachés sans le travail de l'analyse.

> « Tous ces actes conscients demeurent incohérents et incompréhensibles si nous nous obstinons à prétendre qu'il faut bien percevoir par la conscience tout ce qui se passe en nous en fait d'actes psychiques ; mais ils s'ordonnent dans un ensemble dont on peut montrer la cohérence, si nous interpolons les actes inconscients inférés[413]. »

Ainsi, pour Freud, ces symptômes, rêves, lapsus, etc., constituent la preuve d'une activité inconsciente. Pour mettre à jour les investissements pulsionnels à l'origine des symptômes névrotiques, la remémoration et la libre association s'avèrent des procédés privilégiés. Freud évoque d'ailleurs souvent le terme de « traduction » pour définir ce travail. Notre thèse ne prétend pas élaborer une critique à l'encontre des arguments de K. Popper mais plutôt de défendre, malgré toutes ses attaques, l'intérêt de l'approche analytique dont le mérite incontestable est de faire du sujet (et non des groupes ou cohortes de patients), le centre de la relation soignant/soigné, et rappeler que la maladie concerne en premier lieu le patient.

Quand Lionel Naccache donne pour premier exemple de l'existence d'un phénomène inconscient l'attitude paradoxale d'un malade cérébrolésé qui poursuit visuellement une cible lumineuse dont il n'a pas la vision consciente (phénomène de cécité corticale, *blindsight* ou encore appelé « vision aveugle » consécutif à la destruction d'une zone du cortex occipital de l'hémisphère gauche) et qu'il rapproche ce phénomène d'une analyse inconsciente du stimulus, nous nous demandons vraiment quel lecteur peut supposer que Freud et L. Naccache évoquent le même inconscient…

L'inconscient de L. Naccache est bien proche de l'arc-réflexe et bien loin de l'inconscient tel qu'il est envisagé par la psychanalyse. En référence aux travaux de Ferdinand de Saussure, J. Lacan établira une analogie entre les processus inconscients et la structure du langage[414]. C'est-à-dire que l'inconscient de la psychanalyse n'est rien d'autre qu'un fait de discours. Il relève de l'écart entre l'énoncé et l'énonciation. La voie d'accès privilégiée à l'inconscient, à ce

---

[413]. Sigmund Freud, *Métapsychologie*, Paris, Gallimard/Idées, 1983, pp. 66-67.

[414]. Pour une analyse approfondie de l'analogie établie par J. Lacan entre les processus inconscients et la structure du langage, se reporter au livre de Joël Dor, *Introduction à la lecture de Lacan, 1. L'inconscient est structuré comme un langage*, Paris, Denoël, coll. « L'espace analytique », 1985.

qui est refoulé, à ce qui n'est pas conscient, réside dans les associations que les personnes peuvent parvenir à élaborer dans la cure, ou au cours des entretiens, donc en recourant à la parole.

La personne qui suit avec des mouvements oculaires une cible lumineuse n'est pas spécialement sollicitée du point de vue de sa parole. Les expérimentateurs s'intéressent en premier lieu à son comportement de poursuite oculaire, à ses performances dans un contexte de laboratoire, son témoignage importe peu. Ce point est fondamental, le langage est le grand oublié des laboratoires, ou plutôt il est relégué à une place subalterne. Nous avons suffisamment pratiqué de bilans auprès de très nombreux patients, toutes pathologies confondues, pour savoir qu'un patient qui réalise un bilan doit accepter la règle du jeu, répondre du mieux qu'il le peut aux différents tests proposés. Il est d'ailleurs fortement déconseillé à un patient d'associer librement au cours d'une tâche de mémorisation d'un récit ou d'une liste de mots par exemple, afin de ne pas compromettre les capacités d'encodage, de stockage et de rappel.

Le matériel et les méthodes utilisés au cours des bilans neuropsychologiques permettent de « contrôler » autant que possible l'encodage en proposant les données qui doivent être apprises. Les conditions de passation, le moment de l'apprentissage et de la restitution sont déterminés par l'examinateur. Ce matériel est censé être neutre, du moins non auto-biographique. Ce souci de tester la mémoire en situation « contrôlée » pose d'ailleurs la question de la validité écologique[415] des résultats aux tests en dehors du contexte de la consultation. Cette interprétation ne permet pas d'être appliquée *stricto sensu* aux capacités de mémoire dans un contexte « naturel », dans la « vraie vie ». Il serait d'ailleurs illusoire de contrôler le rappel des souvenirs d'enfance par exemple…

S'inspirant des propos de Paul Ricœur à l'égard de la psychanalyse, Lionel Naccache résume les travaux de Freud et admet une équivalence trop rapide entre

---

[415]. Un test serait écologiquement valide s'il était prédictif des performances mnésiques du patient dans son habitat, or la clinique nous met régulièrement en présence de personnes dont les résultats effondrés contrastent avec les capacités préservées du patient dans son environnement habituel. Ainsi M. A. qui ne retient plus un seul item au cours d'une tâche de rappel de récit mais qui continue à aller tous les jours faire les courses dans son quartier, se tient au courant et critique les dispositions du gouvernement quand il estime les mesures trop injustes socialement. Rien de tout cela n'apparaît dans les tests… M. A. est séminariste, sa disposition d'esprit, sa manière d'être et de pensée n'ont pas été touchées par la mise à la retraite et la maladie!

la vérité et la réalité. Si la vérité des faits importe peu, selon L. Naccache qui résume la position freudienne, c'est la réalité psychique qu'il convient de prendre en compte. Il est tout de même important pour tout clinicien de pouvoir comprendre si le patient hallucine ou s'il a vu telle ou telle scène, et, quoiqu'il en soit, dans les deux cas, le discours aura valeur de vérité *pour le patient*. C'est bien grâce au langage que le clinicien pourra permettre au patient de découvrir le sens de la scène vue, fantasmée ou hallucinée. Et lorsque Freud se dégage de la vérité des faits, en l'occurrence quand il abandonne l'idée d'un traumatisme infantile réel, ce n'est pas pour faire l'apologie du mensonge, du délire ou de la fiction, mais pour mettre l'accent sur les conséquences de ces formes de discours, c'est-à-dire la construction que le patient élabore, afin de diminuer sa souffrance.

La vérité des énoncés n'a pas forcément à voir avec la vérité des faits. En revanche prendre au sérieux les plaintes d'un patient, c'est-à-dire lui faire le crédit que ses paroles, mensongères ou non, disent quelque chose de son histoire, ceci reste une préoccupation majeure de l'écoute analytique. Un patient dément qui affirme avoir rencontré la veille X ou Y, alors que c'est impossible (X ou Y étant loin, décédé, etc.) ne ment pas même si l'énoncé est faux du point de vue des conditions pratiques de réalisation. Ce patient nous livre quelque chose de vrai du point de vue de son désir. C'est cela qui compte… Considérer que le dément est un être dont le désir, quand il peut être exprimé, ne doit pas être discrédité, c'est reconnaître l'universalité de la vie psychique.

La démence permet parfois de dire une vérité du côté du désir, pas une vérité rationnelle, sauf à considérer, et c'est notre approche, que le désir constitue une des « raisons » (au sens de motivation, force qui meut) essentielles au maintien de la vie. Il recouvre diverses acceptions : désir de vivre, force de vie, soif de vivre, pulsion de vie, *Eros*. Il se retrouve dans tout ce qui s'oppose à la destruction et à la déliaison. Pour Lionel Naccache, Freud est le « découvreur d'un immense continent psychique, celui de l'interprétation consciente fictionnelle, qu'il dénomme à tort l'"inconscient"[416] ». Nous allons donc repartir à la source et nous référer à la définition que Freud donne de l'inconscient, avant de reprendre les conclusions de L. Naccache.

---

[416]. Lionel Naccache, *Le nouvel inconscient*, *op. cit.,* p. 379.

Il est opportun de rappeler que Freud parle de *l'hypothèse*[417] de l'inconscient, et qu'il modifiera à partir de 1920 la part qu'il attribue à l'inconscient dans l'organisation générale du psychisme. Le concept freudien d'inconscient est donc un concept en marche, et nous sommes d'accord avec les commentaires astucieux qu'Eric Fiat[418] nous livre à son égard, n'hésitant pas à rappeler la dimension métaphorique de l'inconscient. Dans le même mouvement, il établit entre les hypothèses de Freud et la fable un parallèle intéressant. En effet, la fable ou le mythe (parmi les plus célèbres, rappelons-nous les *Métamorphoses* d'Ovide, les *Fables* de Jean de la Fontaine), révèle bien plus qu'il ne contient objectivement de mots, de significations. Freud reprend cette thématique du mythe quand il écrit en 1932 : « La théorie des pulsions est, pour ainsi dire, notre mythologie. Les pulsions sont des êtres mythiques, formidables dans leur imprécision[419]».

Ce qui retient notre intérêt, c'est précisément la notion de pulsion telle que Freud la distingue de l'instinct chez les animaux ou de l'instinct en tant qu'il représente la part de l'héréditaire de nos comportements. L'instinct relève de la phylogenèse et la pulsion de l'ontogenèse[420]. Freud fera de cette notion de pulsion un « concept-limite entre le psychisme et le somatique[421] », ce qui nous renvoie, en psychanalyse comme en éthique, à une conception de l'homme envisagé sous l'angle de l'incarnation.

Un lapsus nous alerte sur les préoccupations intimes du locuteur. Le mot pris ou dit pour un autre renvoie bien à une dimension mystérieuse (au sens premier de caché), secrète, qui en même temps se révèle dans le lapsus, le lapsus dit autre chose et ce à double titre. La chose visée consciemment échoue dans sa représentation, (si je dis fraise à la place de kiwi) et le mot que j'emploie n'explique pas directement l'origine de mon lapsus. Il ne s'agit pas de rester prisonnier de ce que signifie le mot (en considérant par exemple la définition de

---

[417]. Relire à ce sujet le chapitre « L'inconscient », in *Métapsychologie*, Sigmund Freud, Paris, Gallimard, coll. « Idées », 1983, pp. 65-123.
[418]. Eric Fiat, Professeur agrégé de philosophie, Maître de conférences en philosophie, Université de Paris-Est, séminaire de doctorat, année 2007-2008.
[419]. Sigmund Freud, *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, Folio/essais, 2006, p. 129.
[420]. Il nous semble nécessaire de préciser que certaines traductions ne tiennent pas compte de la différence entre *Trieb* et *Instinkt*, ce qui complique un peu la compréhension de la théorie freudienne.
[421]. Sigmund Freud, *Métapsychologie*, *op. cit.,* p. 18.

kiwi dans un dictionnaire), mais de se demander à quoi renvoie cette substitution. Dans sa description de l'appareil psychique, d'un point de vue topique, Freud explique en 1915 :

> « L'inconscient comprend, d'une part, les actes qui sont simplement latents, temporairement inconscients, mais qui, le reste du temps, ne se distinguent en rien des actes conscients, et, d'autre part, des processus, comme les processus refoulés, qui, s'ils devenaient conscients, se détacheraient du reste des processus conscients de la façon la plus tranchée[422]. »

Il précise par la suite que les pulsions sont toujours de nature inconsciente et qu'elles apparaissent *représentées* à notre conscience mais également qu'elles sont représentées dans notre inconscient. Nous avons donc toujours affaire aux représentations des pulsions. Il est donc nécessaire de considérer la *distance* entre la pulsion et son expression. À ceux qui croient encore, ou feignent de croire, que la psychanalyse serait une entreprise visant à découvrir l'*être* de l'homme, nous rappelons la modestie de son projet :

> « La psychanalyse n'a jamais eu la prétention de donner une théorie complète de la vie psychique de l'homme en général : elle demandait simplement qu'on utilisât des données pour compléter et corriger celles qui avaient été acquises et obtenues par d'autres moyens[423]. »

Freud critiquait par là la prise de position d'Alfred Adler. Médecin et psychanalyste, ce dernier considérait la psychanalyse comme un moyen de connaître le tout de l'homme : structure psychique, caractère, comportement. Dans une approche ultérieure de l'inconscient, appelée deuxième topique[424], Freud reconnaîtra une participation de l'inconscient à toutes les instances de l'appareil psychique. Nous devons retenir un des points les plus importants : la voie d'accès à l'inconscient n'est jamais directe. Le recours à l'analyse des rêves, celle des actes manqués, ou l'étiologie des névroses, reste primordial, et ce recours se fait grâce au langage.

Par exemple, c'est le récit du rêve qui importe, le rêve dans sa réalité « réelle », restant insaisissable, c'est le contenu du discours sur le rêve qui est visé

---

[422]. *Id.*, p. 75.

[423]. Sigmund Freud, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1975, p. 131.

[424]. La deuxième topique freudienne apparaît à partir de 1923 et les termes inconscient, préconscient et conscient, sont remplacés par le Çà, le Moi et le Surmoi. Une des différences essentielles entre les deux topiques consiste sur la participation inconsciente à l'œuvre dans les trois instances. Ainsi, dans la deuxième topique, l'inconscient intervient dans l'ensemble de l'appareil psychique. Le terme topique renvoie à une représentation spatiale, métaphorique du psychique. Nous savons par ailleurs que Freud ne cherchera pas à faire coïncider l'appareil psychique à une organisation cérébrale définie, tout en reconnaissant l'importance des traces.

par l'analyse. L'interprétation des rêves n'est pas la clef des songes ! Ces phénomènes (rêves, lapsus, etc.) sont privilégiés en tant que voie d'accès à la vie psychique inconsciente dont ils représentent également une des manifestations.

Dans les expériences détaillées relatées par L. Naccache, une autre différence, et non des moindres, nous autorise à critiquer son approche de l'inconscient construite à partir de l'analyse des performances cognitives de personnes soumises à différents tests. L'inconscient visé par L. Naccache est proche de l'inconscient neurologique de J.-M. Charcot et P. Janet. Dans la situation analytique, l'accent est mis sur la libre association, l'invitation à parler, à livrer ses interrogations, ses contradictions, tout ce qui ne va pas de soi. Il ne s'agit pas de tester le sujet en le soumettant à un protocole et d'enregistrer ses réponses face à telle ou telle tâche, mais de travailler avec ce que le patient nous dit, ou sur ce qu'il avait oublié mais qui resurgit à la faveur d'une association.

Le matériel de l'entretien ou de la cure, ce sont des faits, des souvenirs, des situations, des affects, des émotions qui sont mis en mots. Ce matériel est livré par le patient, il n'est pas imposé par l'expérimentateur. Quand la question du désir, donc du manque, de la perte et du choix, rentre en résonance avec des problématiques plus anciennes (relations infantiles familiales), cela peut entraîner des conflits psychiques inconscients, qui vont générer des symptômes. Le travail psychothérapique a pour but d'alléger la souffrance, et ce travail s'élabore dans la durée et la reconnaissance des effets du langage dans le temps. Ainsi :

> « Lorsque les humains associent un mot à une expérience, quelle qu'en soit la nature, ils ignorent quel destin attend ce mot. Accompli au présent, l'acte de parole comporte une dimension échappant toujours au locuteur : son devenir. Une fois articulé, un mot échappe à son auteur, et ce, dès sa première énonciation[425]. »

Dans les situations expérimentales commentées par L. Naccache, les situations sont créées par les chercheurs de façon totalement artificielle. Le matériel proposé (imposé) est extérieur à la vie du patient. Ce qui est observé, c'est la réaction, le plus souvent immédiate ou à court terme, du patient confronté à ce matériel. Les questions récurrentes tournent autour du traitement conscient ou inconscient (au sens d'implicite) du matériel, lui-même administré parfois de façon subliminale. Ce qui est étudié dans les expériences écrites par L. Naccache, ce ne sont pas des traces refoulées, mais des temps de réaction face à un matériel

[425]. Pascal-Henri Keller, *Le dialogue du corps et de l'esprit, op. cit.*, p. 32.

masqué. Ce qui est appelé traitement inconscient, c'est l'analyse sensorielle des informations livrées à des temps de passation suffisamment brefs pour éviter tout souvenir conscient du traitement de l'information. Il *n'y a pas refoulement mais masquage,* c'est-à-dire que nous ne sommes pas du tout dans les mêmes conditions paradigmatiques.

Dans la théorie freudienne, le refoulement est un procédé déjà inconscient qui perdure et « exige une dépense persistante de force[426] ». Ainsi, le refoulement nécessite une *durée*, il ne porte pas sur un éprouvé sensoriel de quelques millisecondes. Ce point est crucial. Le refoulement est un procédé actif, dynamique et adaptatif, car le refoulement permet, et ce n'est pas rien, de préserver un équilibre entre les différentes instances psychiques, de vivre en société, de fonder des civilisations, de pérenniser les interdits qui assurent le lien social. Dans les situations de recherche en neurosciences, il n'y a pas d'appréhension consciente du matériel, mais « stimulation » sensorielle implicite. Dans la théorie freudienne, le matériel est inconscient parce qu'il a été refoulé. Plus précisément, ce ne sont pas les affects mais les représentations qui leur sont associées, qui sont refoulées. Selon cette perspective, nous sommes dans une approche endogène en quelque sorte, le malade ou l'analysant nous livre ses affects, à partir de son expérience subjective, intime. Dans les travaux discutés par L. Naccache ou dans les protocoles de neuropsychologie cognitive qu'il élabore avec son équipe, nous sommes dans une approche exogène. Le matériel est fourni de l'extérieur, par les expérimentateurs. Il existe une mise en situation à laquelle le sujet doit se soumettre.

Autre point important, les expériences relatées sont prioritairement basées sur l'étude de la perception (consciente ou inconsciente) des stimuli présentés, et la réaction perceptive est étudiée grâce à l'enregistrement de l'activation de certaines zones cérébrales, comme l'amygdale, structure corticale profonde dont les noyaux sont impliqués dans les émotions, par exemple. Comment l'étude de la réaction d'une zone isolée du fonctionnement cérébral général, telle que l'amygdale, peut-elle nous renseigner sur le fonctionnement inconscient de l'appareil psychique ? Il y a trop d'inconnu, trop de raccourcis pour accréditer la thèse d'un inconscient neuronal. Avec prudence et humour, L. Naccache conclut

---

[426]. Sigmund Freud, *Métapsychologie*, *op. cit*., p. 53.

que ces travaux ont mis à jour l'existence d'un « inconscient "stupide", ancestral et vestigial ![427] »

Les questions de la durée, de l'affectivité ne sont pas abordées, parce que L. Naccache et S. Freud ne partent pas du même point, leurs optiques sont trop décalées, trop divergentes pour que nous puissions dégager des expérimentations neuropsychologiques actuelles une preuve ou une absence de preuve de l'existence de l'inconscient. Même si Freud lui-même reconnaissait que « l'activité psychique est liée à la fonction du cerveau comme elle ne l'est à aucun autre organe[428] », il doutait que les représentations psychiques soient emmagasinées dans les cellules nerveuses. Sans le citer explicitement, Freud était proche de Bergson pour lequel le mental était irréductible au cérébral.

De même, la référence freudienne à l'organicité indéniable de la nature de l'homme penche toujours du côté du *Leib*, et non du côté du *Körper,* du côté de la liaison entre le psychique et le corporel, plutôt que du clivage entre ses deux substances. Ce qui intéresse Freud, c'est le corps en tant qu'il est référé au langage, c'est le corps parlé par les patients.

Enfin, l'importance que Freud accorde à la sexualité renvoie bien à un corps sexué et non à un corps biologique. Le corps biologique ne désire pas. Nous insistons à nouveau en citant le témoignage de Jill Bolte Taylor, que rien ne prédestinait à une approche en faveur du courant analytique. Elle ne fait d'ailleurs aucune référence explicite à cette pratique et néanmoins insiste tout au long de son témoignage sur l'importance de la relation et du lien de parole. Même incapable de s'exprimer, elle est un être de langage. Ce qui suppose de la part du soignant de travailler malgré l'absence d'une preuve tangible de réciprocité. Le soigant fait le pari de l'espérance : les paroles sont entendues, même si elles ne sont pas comprises…

L'être de l'homme est inséparable de son corps et de son psychisme, ces deux substances peuvent être étudiées séparément par un truchement, un montage, mais il est impossible de réaliser un clivage dans la réalité entre ces deux substances. L'être de l'homme est incarné, cette incarnation dépasse l'aspect biologique, or c'est cet aspect qui nous semble pris en compte par les

---

[427]. Lionel Naccache, *Le nouvel inconscient*, *op. cit.,* p. 53.
[428]. Freud, *Métapsychologie*, *op. cit*., p. 78.

neurosciences. Le sujet d'études des neurosciences, ainsi que L. Naccache l'explicite fort bien dans son livre, est le sujet obtenu à partir d'un changement paradigmatique et qui porte sur l'interrogation ancestrale et cependant toujours moderne des relations entre le cerveau et la pensée. Dans ce changement paradigmatique, « les processus mentaux peuvent être décrits comme des processus de traitement de l'information, au sens mathématique et statistique du terme[429] ».

Pourtant, l'expérience clinique nous met en présence de personnes dont les processus mentaux restent opaques et ne peuvent être ni réductibles, ni assimilables aux enregistrements de variations hémodynamiques provoquées par l'activité neuronale, variations traduites elles-mêmes en images grâce à une modélisation mathématique. Nous constatons une confusion issue du changement paradigmatique : le sujet d'études des neurosciences n'est pas le sujet malade comateux, épileptique, dément (peu importe la pathologie), c'est cette évidence là qu'il importe de garder à l'esprit. Ainsi, quand L. Naccache à l'issue d'une présentation brillante et très documentée[430], nous explique que les résultats de certains protocoles de recherche pourraient être utilisés à des fins éthiques, nous sommes inquiète et dubitative… Les expérimentations présentées démontrent que le cerveau perçoit « consciemment » (sans que la personne ne puisse le confirmer par des paroles). Elles permettent d'objectiver via l'IRM qu'il existe des réponses corticales (lieu supposé de la conscience), suite à des modifications de stimuli auditifs présentés à des personnes cérébrolésées. Il s'agit de démontrer scientifiquement l'intérêt des soins. Or il n'existe pas de démonstration scientifique visant à prouver que l'éthique est nécessaire, c'est une argumentation de nature métaphysique, ou philosophique…

Quand nous observons les données obtenues grâce à l'IRMf, nous voyons bien des images, mais la distance reste incommensurable entre ces images et la pensée. Adhérer à l'hypothèse selon laquelle les images prouvent l'existence d'un inconscient cognitif, c'est oublier la fonction de représentation de l'image, c'est prendre l'image pour la chose.

---

[429]. Lionel Naccache, *Le nouvel inconscient, op. cit*., p. 63.
[430]. Lionel Naccache, conférence du lundi 18 mai 09, Hôpital Tenon, Service de Neurologie, Paris, 75020.

Nous devons bien admettre un changement de registre et nous partageons le constat de L. Naccache lorsqu'il admet que : « La conscience n'a pas de lieu propre : elle est au sens étymologique u-topique ou a-topique[431] », ou encore que « le substrat cérébral des processus mentaux inconscients n'est pas cantonné aux étages inférieurs et archaïques de notre cerveau, mais il étend son territoire aux régions les plus récentes du néocortex[432] ». Ces déclarations nous invitent à considérer avec prudence toutes les tentatives de découvrir l'âme, la conscience, l'esprit, dans des localisations anatomiques, même si les recherches actuelles tentent, en faisant l'impasse sur l'esprit, de créer coûte que coûte une analogie entre l'esprit et le cerveau. Si c'est le cerveau, et non l'homme qui pense, la connaissance du cerveau est la voie royale pour la connaissance de l'homme. L'isomorphisme esprit/cerveau signerait la fin la métaphysique, de la philosophie, de tout ce qui spécifie l'être de l'homme par rapport à l'animal. Les concepts tels que la liberté, l'autonomie, et même la conscience n'ont plus à être débattus, ils sont les produits de notre organisation cérébrale.

Implicite ou inconscient ?

Dans l'approche « moderne » des processus dits « inconscients », un autre point nous préoccupe. C'est à nouveau, la question du temps et de la durée. À partir de l'exemple d'une patiente dite « négligente[433] » et qui, comparant deux maisons identiques du point de vue des proportions, mais différentes par le fait que la partie gauche d'une des deux maisons est en flammes, les neurologues concluent à l'existence de processus perceptifs inconscients. En effet, aux questions posées à la malade et portant sur une éventuelle différence entre les deux maisons, la malade répondit qu'elles étaient identiques. En revanche, concernant le choix d'une habitation éventuelle, la patiente préférait la maison qui n'était pas en feu, bien qu'elle la perçoive identique à celle qui était en feu.

Hormis l'aspect déroutant de l'expérimentation, nous sommes dubitative quant à la participation « inconsciente » du processus perceptif. Aucune preuve de

---

[431]. Lionel Naccache, *Le nouvel inconscient, op. cit.,* p. 93.
[432]. *Id.,* p. 98
[433]. La négligence dans son acception neurologique est le nom donné au trouble qui survient à la suite d'un AVC localisé dans la région pariétale de l'hémisphère droit : les patients ignorent la moitié gauche de leur environnement, y compris la partie gauche de leur corps.

refoulement de la perception, aucune prise en compte de la dimension temporelle, la question du choix d'habitation succédant immédiatement à la question de l'identité des deux maisons. Bref, aussi astucieux soit-il, ce protocole vise à mettre en évidence des processus de perception immédiate, non conscients, non reconnus, non verbalisés. De là à déduire que nous sommes confrontés à des processus inconscients, au sens freudien... il y a véritablement un monde !

Cela pose un problème de taille : tout ce qui n'est pas dit est-il inconscient ? N'y a-t-il pas confusion entre l'implicite et l'inconscient ? Nous savons bien que l'implicite peut être volontaire. La célèbre litote « va, je ne te hais point » est bien une déclaration d'amour implicite, une formule de rhétorique requise par les circonstances dramatiques, l'expression n'en demeure pas moins une déclaration à la fois implicite et évidente d'un amour conscient, reconnu, éprouvé. Que l'origine (au sens de la genèse) de cet amour soit inconsciente, c'est probable. Mais l'expression de ce sentiment est bien avouée, et Rodrigue n'a pas à douter des sentiments de Chimène.

Ce préambule qui visait à nous mettre en garde sur l'usage abusif du mot « inconscient » par le discours neuroscientifique actuel, est certes très incomplet, l'étude critique de ce que Lionel Naccache nomme « inconscient cognitif » requerrait une thèse complète… Mais il nous a semblé opportun de faire montre de prudence face à la tentative d'annexion que les sciences cognitives tentent de mener actuellement envers ce qui nous semble fondamentalement caractéristique de notre humanité. Ainsi, après le sentiment religieux, puis moral, c'est au tour de l'« inconscient » d'être décortiqué, dévitalisé, coupé de ses ressorts premiers (le désir, les pulsions, les fantasmes) afin d'être livré et mesuré comme un potentiel évoqué ou un réflexe.

Si nous sommes d'accord avec Lionel Naccache lorsqu'il exprime le souhait « d'un réchauffement climatique possible entre scientifiques et psychanalystes freudiens », nous insistons sur une réflexion préalable qui devrait porter sur le choix des mots utilisés afin de ne pas nous faire prendre des vessies pour des lanternes, ou l'inconscient pour un traitement sensoriel implicite d'informations contrôlées.

3. Les différents temps de l'accident vasculaire

Est-il possible de remédier à la pathologie de la temporalité ?
Comment trouver du lien ? Le lien comme remède.

Afin d'illustrer notre propos de façon plus vivante et considérer les différentes temporalités qui coexistent dans le cadre des urgences neuro-vasculaires, nous commenterons le récit, forcément condensé, d'une histoire clinique particulièrement riche. Chaque fois que cela nous semblera judicieux, adapté et bénéfique pour un meilleur accueil du patient, nous pointerons comment l'accompagnement référé à la théorie psychanalytique permet de proposer un lien entre ces différents rythmes. Le récit proposé se déroule sur plusieurs jours et met en jeu différents protagonistes, ce qui permet d'aborder l'analyse des différents processus temporels qui tissent le séjour dans un service hospitalier d'urgences neuro-vasculaires.

Nous verrons se dessiner une ligne de partage entre le temps de l'action et de la surveillance active pour les soignants, et le temps de l'attente et de la patience pour les proches. Ce dernier temps, parfois suspendu, arrêté, s'apparente à un sursis. L'incompréhension de certains gestes médicaux, les paroles qui restent prisonnières, les questions au bord des lèvres, l'engourdissement apparent du malade, sa baisse de vigilance, parfois son coma, tous ces moments mystérieux, générateurs d'inquiétude, se déploient selon différents rythmes. Et le rythme permet de dialectiser l'instant et la durée.

Reprenons notre exemple : Mme P., proche des 60 ans, mariée, mère de famille, mène une brillante carrière dans un prestigieux laboratoire de recherche médicale. Victime d'un accident vasculaire cérébral sur son lieu de travail (elle ressent brutalement une difficulté pour parler et des fourmillements, puis une paralysie de côté droit), elle est hospitalisée en urgence. L'accident est sévère, le pronostic vital est en jeu. Passés les premiers jours de doute quant à l'évolution du tableau clinique et le risque encouru, dépassée, mais non oubliée, l'attente anxieuse pour elle-même et toute sa famille, Mme P. récupère peu à peu. Son état

de vigilance s'améliore et lui permet de parler, elle demande à un des médecins de rencontrer une psychologue.

Dès les premières heures de l'attaque cérébrale, nous constatons déjà le déploiement de plusieurs moments, des temporalités qui se croisent et se chevauchent sans se recouvrir tout à fait, bien qu'elles occupent la même durée « objective », celle du temps mesuré par la pendule.

Premier temps : l'urgence

Tout d'abord surgit le temps de l'urgence, celui de l'installation de l'AVC avec l'apparition des signes cliniques qui incite les collègues de travail de Mme P. à appeler immédiatement le SAMU. L'arrivée des premiers secours et l'intervention du médecin urgentiste correspondent au temps du diagnostic. Ce moment est fondamental puisque le diagnostic permet l'orientation du patient dans un service d'urgences neuro-vasculaires. Moment-clef, moment pivot qui permet l'accueil dans le service adéquat, ce moment est celui où « l'art médical » revêt tout son sens. En effet, pour bénéficier d'un traitement efficace, la thrombolyse[434], qui permet de diminuer les risques de séquelles, telles l'aphasie ou l'hémiplégie, le malade doit arriver dans les premières heures qui suivent l'AVC. Ce moment de l'accueil dans celui du service est donc bien le temps de l'urgence, qui commande une série d'actions précises et hautement techniques pour l'équipe soignante. Celle-ci doit intervenir dans un délai défini au préalable, selon des données obtenues par consensus. Fort heureusement, le respect de ce délai est modulable en fonction de l'appréciation du médecin. Sa décision de pratiquer ou pas la thrombolyse l'inscrit de fait dans une démarche éthique, qui l'engage du point de vue de sa responsabilité, par exemple en dépassant le délai recommandé ou l'âge requis par l'*evidence based medicine*.

Les recommandations de l' « EBM » sont établies pour aider à la prise de décision mais ne peuvent se substituer à celle-ci. La prise de décision reste de l'ordre de la pratique médicale, elle ne peut être assimilée à l'application d'un code de conduite, aussi documenté soit-il. Le patient visé par l'EBM est un patient

---

[434]. Traitement spécifique de l'accident ischémique qui permet de recanaliser l'artère bouchée, de limiter la taille de l'infarctus et de diminuer les séquelles fonctionnelles.

fictif, « moyen », une abstraction qui n'a d'existence que d'un point de vue statistique. La maîtrise de l'outil « EBM » consiste justement à savoir s'en inspirer ou s'en écarter quand la situation l'impose. Cette démarche requiert du discernement. Le cas doit primer, ce qui nécessite de considérer chacun en tant que personne unique.

Déjà Aristote précisait la spécificité de la pratique du médecin qui s'adresse à des malades et donc à des personnes particulières :

> « Il s'ensuit que si le médecin ne connaissait que la science rationnelle, sans posséder aussi l'expérience, et qu'il connût l'universel sans connaître également le particulier [dans le général], il courrait bien des fois le risque de se méprendre dans sa médication, puisque, pour lui, c'est le particulier, l'individuel, qu'avant tout il s'agit de guérir[435]. »

Le « patient » des statistiques est un outil construit de façon artificielle, il obéit à certaines lois mathématiques, mais il ne peut être confondu avec Mme P., personne concrète et incarnée, alitée et malade, suspendue entre le moment de l'attaque et celui de la récupération. Les études sont décrites avec humour et circonspection par le neurologue Antoine Sénanque. Il connaît bien la difficulté de leur interprétation, la prudence nécessaire à leur utilisation et détaille l'évolution de ces études depuis quelques décennies. En premier lieu, il évoque les études anciennes versions :

> « Les biais sont tellement nombreux que l'honnêteté en devient un quand il faut conclure. Il faut sculpter l'étude. […] Il y a une idée de départ, que l'on veut traiter impartialement mais qui a votre préférence, qui creuse son jardin secret.[…]Tout favorise la subjectivité. Les groupes de patients sont rarement homogènes, les informations souvent incomplètes, le temps presse, la perspective de l'article publié dans un journal reconnu vous rend impatient. On prend des libertés. On enlève, par exemple, un cas qui modifie les statistiques. […] "Les études l'ont dit", "Les études l'ont démontré", "Je vous renvoie aux études". Je ne peux pas entendre ces phrases dans les conversations sans me revoir devant mon écran d'ordinateur, corrigeant les résultats parasites, rééquilibrant les tableaux, ne trahissant pas mais lissant…[436] »

Puis, il commente les études de seconde génération qui tentent d'éradiquer le facteur humain :

> « Les études seraient maintenant menées à l'américaine, avec encadrement, discipline, rigueur absolue. Les médecins sont des biais, on les surveille de près. Il faudrait aussi surveiller les laboratoires qui organisent le financement. Il faudrait surveiller tout le monde. Les malades particulièrement, biais essentiels[437]. »

---

[435]. Aristote, *La Métaphysique*, Paris, Les classiques Pocket, Agora, 1995, A , I, 981 a, p. 41.
[436]. Antoine Sénanque, *Blouse*, Paris, Grasset, 2004, pp. 201-202.
[437]. *Id.,* p. 202.

Enfin, il suggère de bâtir des études affranchies, dégagées du carcan rationnel, de l'objectivité. Ces études du « troisième type », où la subjectivité serait non seulement reconnue mais convoquée, permettraient l'avènement de recherches :

> « ouvertes à l'inspiration et à la fantaisie, avec des sondages d'impressions, sans chiffre, sur des cohortes de médecin ayant une expérience sur le sujet. Des études absolument subjectives, qui ne seraient pas arrogantes, qui offriraient en remplacement des certitudes éphémères, des doutes amicaux, rassurants. Une humilité fertile pour la découverte[438]. »

Moins loufoque qu'il n'y paraît, cette description critique des études et la proposition de protocoles de troisième génération met l'accent sur tous les facteurs impondérables. Les hommes, malades ou pas, se laissent difficilement enfermer dans des grilles d'observation. Les surprises sont multiples. Il faut tenter de réconcilier les hommes (médecins, malades) animés par leur subjectivité, leurs intuitions et leurs doutes. Ces données restent insolubles dans les modèles statistiques.

Revenons au temps de l'urgence pour le personnel attentif à prodiguer les soins et recueillir les informations indispensables au traitement par thrombolyse. Pour l'entourage, passé le temps de la sidération consécutive à la rupture, à la fracture du cours de la vie quotidienne, c'est toujours celui de l'attente. Ce temps des premiers soins pèse lourd, car l'enjeu est considérable, le vécu de cette durée est palpable, dense, massif. Cette pesanteur imprègne les attitudes corporelles, infiltre les questions et transparaît dans toutes les interpellations des accompagnants, témoins impuissants dont l'attente impatiente et inquiète s'exprime souvent de façon réitérée : « Dans combien de temps il va parler ? » ; « Avez-vous une idée, combien d'heures ? » ; « Quand serons-nous fixés ? » ; « Dites, est-ce que ça va être long ? » Parfois, c'est au contraire le mutisme et la sidération qui saisissent la famille. Dans ce cas, l'absence de question laisse la place aux attitudes prostrées, aux regards anxieux et éloquents…

Entre ces deux temporalités, active pour les soignants, distendue et interminable pour les proches, deux médiateurs possibles : l'écoute et la parole. Seule la parole peut lier les affects angoissants, transformer, même modestement, le *pathos* en *logos*. Cette temporalité éclatée, écartelée entre les différents protagonistes, peut retrouver un principe unificateur, une liaison dans la parole. Ce qui semble si simple en théorie est tellement négligé en pratique. Les familles

---

[438]. *Ibid.,* p. 202.

ou les proches posent souvent des questions embarrassantes, c'est à dire très pertinentes car elles nous mettent dans l'embarras. Ces questions nous renvoient non pas à une incompétence (il faudrait être fou ou mégalomane pour croire que tout malade est destiné à guérir ou récupérer « totalement »), mais à une inconnue fondamentale. Chaque malade réagit à sa façon propre, il tisse avec la maladie des liens particuliers, selon des critères imprévisibles et mystérieux. La maladie décrite dans les manuels n'est jamais celle que les patients nous racontent. La maladie des manuels est référencée, dépistée, diagnostiquée, analysée, objectivée par un regard extérieur, celui des soignants. La sémiologie met en forme les symptômes qui sont éprouvés par les malades. Le vécu intérieur de la maladie passe d'abord par le témoignage, il y a donc traduction du *pathos* en paroles par le malade, ensuite les symptômes sont regroupés en tableaux cliniques par les cliniciens. Toutes ces traductions creusent des écarts et minent le terrain de la compréhension :

> « J'ai rendez-vous. Je viens présenter ma petite pathologie. Techniquement. Je décris mes symptômes le plus cliniquement possible. Mais comme dans les langues mal maîtrisées, il y a toujours un moment où le discours dérape, sort de sa voie. Je ne parle pas de la maladie comme les médecins. Je parle de la malade réelle, vivante, vulgaire. Je vois bien que ce n'est pas la même chose. La maladie des médecins est ordonnée, elle se manifeste par le biais de symptômes spécifiques selon un protocole clairement défini. La maladie vulgaire n'en fait qu'à sa tête, se permet des réactions non répertoriées, transgresse les lois auxquelles elle devrait obéir. Elle n'est pas prise au sérieux bien sûr[439]. »

Mais certains patients ne parlent plus (coma, aphasie, mutisme) et le recours à l'imagerie est systématique dans le cadre des AVC. L'organe de la lésion, c'est-à-dire le cerveau, reste caché et le regard médical est doublé, complété par celui des scanners, IRM, scintigraphies et autres procédés qui scrutent, sondent et traquent dans les méandres encéphaliques les signes de la maladie. Malgré cette haute technicité, les soignants n'ont pas de réponse tranchée, définitive, univoque. Ils sont tenus à une réserve qui peut évoquer une fuite. L'incertitude reste une donnée malaisée à accepter, la médecine est trop souvent assimilée à une science exacte… Pourtant, certains neurologues osent évoquer leur malaise, leur difficulté. La pratique de la médecine n'est pas une succession de bonnes recommandations et de gestes standardisés à appliquer, elle est :

> « difficile à apprendre, difficile à comprendre. Tout a l'air écrit dans les livres, rien n'est écrit. Vous commencez à pratiquer, tout frais sorti de vos études, tout plein de vos connaissances vertes et vous découvrez que la maladie n'obéit pas. À personne, ni à vous,

[439]. Claire Marin, *Hors de moi*, *op. cit.,* p. 69-70.

> ni à vos professeurs. Vous vous attendiez à une médecine collective, grégaire, où les cas se ressembleraient, comme dans une grande famille, vous n'avez qu'une horrible individualiste, qui n'aime que la différence, qui n'adopte qu'une seule loi : sa propre guise. Les malades refusent obstinément d'entrer dans les cadres qui leur ont été préparés[440]. »

Il faut pourtant répondre aux familles qui insistent et ne se laissent pas décourager par la multiplicité de gestes techniques qui peuvent nous rendre indisponibles. Leurs interrogations réitérées, ricochant de l'interne au chef de clinique, du praticien au chef de service, puis de l'externe à l'infirmier, leur persévérance, tout ce qui nous rappelle le flou et l'incertitude de notre pratique et de notre savoir, (avec lesquels nous devons composer sans relâche), nous agace et nous incommode. J'ai parfois ressenti leur déception et leur lassitude quand, après m'avoir donné leurs impressions et leurs hésitations, les familles découvrent que je ne suis que psychologue, c'est-à-dire inapte à combler leurs interrogations médicales. Nous aimerions quelques fois nous réfugier dans la technicité, la lecture des scanners, IRM, artériographies, échographies et autres examens complémentaires qui mettent un filtre entre les patients et les soignants. Nous aimerions pouvoir répondre de façon univoque, tranchée, pour colmater ou désamorcer l'angoisse, enrayer ce questionnement hémorragique.

Pourtant, pendant cette période charnière, frontière, qui ressemble aux limbes, un *no man's land* hanté par le doute et l'angoisse, où le spectre de la mort se projette sur l'écran troublé de notre incertitude, où l'épouvantail du handicap envahit et sidère les processus de pensée, si nous ne pouvons pas donner de réponses « définitives », nous ne devons pas nous dérober. L'attente et la patience sont les seules réponses avant que le risque vital ne soit écarté. Cette attente laisse apparaître notre absence de savoir absolu, elle confère aux soins un sens particulier, celui de l'espérance et du temps donné pour expliquer. Comment expliquer la confusion entre soin et maîtrise ? Comment expliquer le risque inhérent à toute maladie, « surtout en neurologie où les choses se passent souvent sans vous et où il faut respecter le dédain de la maladie, qui vous ignore volontiers, vous considérant comme une quantité assez négligeable[441]».

Attendre n'est pas abandonner, ni oublier, mais comment faire concilier soins et attente quand la médecine moderne, telle qu'elle est mise en scène par les

---

[440]. Antoine Sénanque, *Blouse*, *op. cit.,* pp. 61-62.
[441]. *Id.,* p. 127.

médias, exhibe un envahissement par la technique ? Dès lors, l'observateur peu averti et toujours malade potentiel, se construit une représentation erronée de la médecine. Cette représentation, en insistant sur la technique et ses prodiges, rassure sur l'éventualité de futures maladies. Mais la technique n'est pas le soin… Conditionnés par les émissions télévisuelles et autres médias, les proches se sont construit une idée de la médecine-miracle. Les progrès scientifiques, découverts en accéléré, masquent le poids de l'attente, des expérimentations, des essais, du labeur, des fausses pistes qui ont jalonné les chemins de la recherche. La médecine neurologique est pesante, lourde, lente, elle est « chronophage », à l'inverse de la chirurgie qui s'épanouit en temps réel, celui du bloc opératoire.

Pourtant, ce qui pourrait être considéré, à tort, comme du temps perdu, s'apparente au don. Quelques moments de ce temps peuvent être proposés pour écouter et soutenir les questions. Ces moments peuvent être donnés, sans la contrepartie d'une reconnaissance induite par le savoir scientifique. Cette parenthèse de quelques jours pendant laquelle l'équipe médicale agit, mais ne sait pas comment la symptomatologie va évoluer, nous rappelle la sagesse de l'enseignement socratique. Pendant ces quelques jours, nous savons que nous ne savons pas…

Les soins relèvent de la pratique qui consiste à accompagner, être au chevet. La médecine neurologique est palliative par excellence. Les techniques modernes, telles que la thrombolyse ou la neuroradiologie interventionnelle[442], ne font pas faire l'économie de l'attente et du délai nécessaire, incompressible, entre le traitement et la rémission. Il y a toujours cet intervalle de quelques jours, où nous devons répondre : « pour le moment, nous avons utilisé telle ou telle technique, nous avons donné tel traitement, mais nous ne savons pas comment M. ou Mme X va réagir… ».

L'éprouvé de ce temps-là, ces quelques jours suspendus entre l'aggravation, la mort parfois, ou la récupération partielle ou incomplète, diffère évidemment pour le malade (dont l'état de vigilance peut brouiller sa perception intime du temps passé, qui se dissocie réellement du temps calendaire), la famille, et

[442]. Neuroradiologie interventionnelle : terme qui désigne une technique qui permet d'aborder par voie endovasculaire des pathologies intraitables par voie neurochirurgicale, telles que les anévrysmes, les malformations artério-veineuses, les sténoses carotidiennes, les fistules durales intra-crâniennes et médullaires.

probablement pour chaque personne à l'intérieur d'une même famille. Il diffère de toute la qualité de la relation affective et des nuances subtiles qui confèrent à chaque lien sa spécificité. D'autre part, cet éprouvé est affecté par la représentation que chacun d'entre nous élabore vis-à-vis de la maladie, du handicap, de la perte d'autonomie, mais aussi vis-à-vis de la mort, de l'absence. Nous écrivons volontairement récupération partielle ou incomplète car, même lorsque le malade récupère la motricité, le langage, toutes les fonctions qui étaient atteintes, il ne sort jamais indemne de cette expérience, ni lui, ni sa famille, ni ses proches…, il n'y a jamais retour à l'état antérieur après une telle épreuve.

La qualité de la récupération (c'est toute la question du pronostic fonctionnel et des séquelles) ne pourra être évaluée qu'après des mois de rééducation, et ce délai peut parfois requérir des années. Le contraste est saisissant entre la soudaineté de l'AVC et la durée non prévisible de la convalescence. Ce hiatus est générateur d'angoisse. Du côté des soignants, les interventions « protocolisées », la surveillance permanente, *de visu* et au moyen d'appareillages sophistiqués, les contrôles réguliers mobilisent toute l'attention et orientent vers de nouvelles investigations. Du côté des proches, aucune action « concrète » extérieure ne peut combler l'attente. Seuls la patience, la présence et le questionnement intérieur occupent ce temps qui ne passe pas…

Or ce temps de l'attente n'est pas empreint de passivité. Nous sommes dans une configuration proche de celle qui est à l'œuvre dans l'Odyssée où Ulysse part guerroyer et affronter moult ennemis ou tentations, cependant que sa fidèle épouse attend son retour. Nous utilisons cette métaphore car l'attente de Pénélope, qui s'apparente d'après nous à celle des proches, est loin d'être passive. Au travail de tissage quotidien de Pénélope déjouant ainsi l'attente de ses prétendants, correspond l'activité psychique intense des proches qui attendant, si ce n'est une guérison, tout du moins un pronostic ou une amélioration. Si nous prenons le temps de les écouter, nous saisissons à quel point l'attente peut être active et agitée de multiples questionnements. Si nous n'avions pas fait telle ou telle activité – voyages, déménagement, activités sportives, si nous n'avions pas rencontré telle difficulté – dispute, surmenage, etc., aurait-il eu un AVC ?

Deuxième temps : après l'accident

Puis advient le moment où le patient prend conscience qu'il est passé tout près, qu'il a même failli « y passer » comme nous disons familièrement. Cette prise de conscience, cette sorte d'auto-révélation de sa vulnérabilité intime, revêtent diverses manifestations. Certains la font assez vite, d'autres réagissent à distance de l'AVC et l'exprimeront en consultation externe. Quelques-uns enfin n'en parleront jamais (du moins pas à l'équipe soignante), ce qui ne signifie pas qu'ils n'aient rien ressenti, rien éprouvé ou qu'ils n'aient rien à nous dire, mais témoigner à l'autre (le soignant, le proche), porter à la parole une expérience si intime, profonde, une blessure aussi vive n'est pas si simple. Quelques-uns dénient la gravité de l'accident, du moins la banalisent, (« j'en ai vu d'autres, c'est pas *ça* qui va m'empêcher de vivre *comme* avant ! »), d'autres se l'approprient de telle façon que l'accident vasculaire devient l'épopée, le point central de leur existence, rien ne sera plus désormais *comme* avant… La crainte de la récidive peut s'avérer envahissante pour certains et les retours aux urgences à la moindre (fausse) alerte ne sont pas rares. Mais comment interpréter un signe pathognomonique d'une récidive et discerner entre un banal mal de tête et un nouvel AVC, surtout lorsque les médecins, devoir d'information oblige, préviennent que les risques de récidive sont de 6 à 12% par an[443].

Et que devient le temps éprouvé par le malade et les proches quand la prudence recommande de ne pas intervenir d'un point de vue « médical », c'est-à-dire quand les soins sont prodigués dans la perspective du *care* en laissant de côté le *cure* ? Quelle est cette attente si particulière, qui oscille entre l'attente du trépas, l'installation de séquelles invalidantes et irréversibles (qui rendront le retour à domicile impossible) et la récupération spontanée, quand aucun traitement pharmacologique ne peut être administré en raison de contre-indications qui seraient néfastes ?

---

[443]. Selon le type de l'AVC, sa topograprahie, son origine (cardio-embolique, athérome des gros troncs), les taux de récidive varient. De plus, peu d'études existent et les résultats ne sont pas comparables car les populations étudiées et la durée des études ne sont pas homogènes. Se reporter à : « Epidémiologie descriptive », Béjot Y., Touzé E., Osseby G.-V., Giroud M., *Accidents vasculaires cérébraux, Traité de Neurologie,* Jean-Marc Léger et Jean-Louis Mas (dir.), Coordinateurs : M.-G. Bousser et J.-L. Mas, Doin, 2009, pp. 103-118.

Les gestes des soignants prennent alors un sens particulier, il faut aménager cette temporalité, ne pas abandonner le patient au prétexte qu'il ne récupèrera pas, accompagner les proches sans les leurrer quant au devenir, soutenir sans empêcher l'angoisse et la tristesse d'être exprimées. Combien d'interventions auprès des proches, à la demande du personnel, parce que la femme ou le mari, ou l'ami d'un malade pleurait… Comme si les pleurs n'étaient plus considérés comme une émotion normale, adaptée, dans des circonstances où la souffrance et la crainte de la perte nous ébranlent profondément.

Chacun déploie un rythme singulier et une adaptation particulière quand l'accident organique fait irruption dans le parcours de vie et, par la violence de l'effraction qu'il provoque, confronte brutalement la personne à sa fragilité ontologique.

Nous devons également mentionner toutes les situations où la prudence recommande de ne pas intervenir de façon intempestive dans le cas des AVC massifs, quand le pronostic est fatal. Il s'agit d'une autre temporalité marquée par une limite et l'issue, connue pour les soignants, reste à envisager pour les proches, le malade étant souvent dans le coma, il reste difficile de savoir ce qu'il comprend de la situation.

Mais revenons à notre patiente alitée : les entretiens réguliers, commencés à son chevet, puis continués en consultation externe, vont se prolonger pendant plusieurs années. Ce temps sera nécessaire à l'évocation et au travail de réappropriation de certains moments du passé. Cette évocation anime un passé toujours en puissance de représentation. Il est re-présenté dans le présent par le souvenir qui occupe toujours un moment du présent. Ce passé présentifié, remémoré, est chargé de toutes les blessures dont les effets sont bien réels. Les désaccords familiaux, les secrets, les demi-mensonges, les fausses vérités, les compromis, certains interdits et les deuils, tout cela et bien d'autres événements seront livrés. Toute une vie « ordinaire », tout un enchevêtrement de petits bonheurs et de grandes déceptions, de promesses et de trahisons, d'espoirs et de renoncements. Peu importe que ces moments soient détaillés ou repris chronologiquement avec l'exactitude pointilleuse dont l'inspecteur Colombo[444],

[444]. *Inspecteur Colombo*, série policière télévisée américaine, créée en 1968 par Richard Levinson et William Link et diffusée à l'origine sur N.B.C.

incarné par le truculent Peter Falk, témoignait dans ses enquêtes. Les pulsions, les émotions et les affects ne mentent pas, et, comme le furet de la comptine enfantine, refoulés d'un côté, ils resurgiront de l'autre. Du psychique au somatique, les symptômes fraient leur chemin en empruntant différentes voies de passage.

Quels sont les mécanismes qui insufflent la renaissance de certains souvenirs ? Pourquoi ce désir, cette volonté de les évoquer ? Est-ce la proximité avec la mort, le risque encouru étant bien réel (il n'est pas rare que l'équipe médicale, prudente, se « réserve » plusieurs jours avant de se prononcer sur l'évolution favorable ou non d'un accident vasculaire grave) qui ravive avec une certaine brutalité l'émergence de certains souvenirs ? Est-ce le temps de l'urgence, si ramassé, si compact, ce moment-charnière où toute une vie peut basculer en quelques heures parce que la mort peut survenir ? Est-ce la perspective menaçante du handicap qui peut s'installer sans modifier la force de vie qui veut continuer, en dépit ou malgré les séquelles ?

Ce temps de l'attente et de l'urgence est tout à la fois suspendu et interminable, il ne passe pas, il n'en finit pas de durer. Ce temps-là est arrêté et écrasant, c'est un présent qui s'éternise, qui persévère, et ce paradoxal étirement d'un présent arrêté empêche le futur d'advenir. Le vécu de ce temps-là envahit les consciences qui ne peuvent se détacher de l'éprouvé de sa durée interminable. Ce présent sans avenir produit des effets angoissants. Cette synthèse de l'éternité (ressentie en tant que durée interminable) et du présent dans lequel tous les moments semblent homogènes, comparables, où rien ne se passe, où rien n'arrive, se rapproche de l'instant tel qu'il est envisagé par Kierkegaard dans sa double composante, à la fois temporel et hors du temps.

Quand cette crise du temps est passée et que le risque vital s'estompe, advient le moment de la réflexion.

Troisième temps : celui de la réflexion

Nous avons tenté de l'illustrer, l'événement que constitue la survenue d'un AVC au cours d'une existence peut susciter un travail thérapeutique. Cette expérience va déclencher un saisissement, puis une sorte de libération, une prise de conscience accélérée et condensée entraînant chez certains une nécessité de parler,

de dire, de se raconter, d'être écouté et reconnu dans sa souffrance. Certains souvenirs déferlent, comme libérés par la déchirure que l'AVC a produite dans l'écoulement jusque-là en apparence harmonieux, continu, du temps vécu et aucune digue ne pourra les retenir. Ils émergent, comme ravivés, éclairés par le contexte de fragilité et d'urgence qui, sans doute, diminue les défenses et libère la parole. Notre expérience clinique l'atteste, il est fréquent que l'AVC (comme beaucoup d'autres maladies subites) serve de détonateur, de catalyseur et révèle la demande de se poser, de faire une pause pour, enfin, s'autoriser à parler.

En rencontrant et en écoutant ces personnes, nous nous demandons si les processus en œuvre ne sont pas à rapprocher de l'expérience du dévoilement, de l'*alètheia*. En effet, la personne atteinte d'un AVC se (re) découvre mortelle. Or, d'après les travaux de Robert William Higgins, notre humaine condition, la mortalité, la seule que nous partagions tous, la seule qui rassemble dans un même mouvement, la seule qui unisse destin individuel et collectif, ce caractère fondateur et structurant de l'humanité, tend à disparaître au profit de l'invention du mourant. Cette invention focalise le débat sur l'affrontement entre soins palliatifs et/ou euthanasie, elle occulte en fait la vraie question, celle qui rassemble les sociétés humaines autour de mythes, rituels et récits : le réel de la mort. Bien qu'impensable, et c'est pour cette raison qu'il est re-présenté, ce réel est une vérité indépassable. La disparition des cultes, la mort à l'hôpital, en quelque sorte confisquée aux familles, devient l'affaire des soignants. Autant de circonstances qui modifient la représentation de la mort. Evacuée, elle revient, d'après Robert William Higgins, en quelque sorte masquée sous la figure du mourant qui incarne un nouveau statut :

> « Le statut du mourant est, en effet, un statut d'exception. Il est si l'on veut, "un malade", mais bien particulier, relevant d'une prise en charge spécialisée, d'une discipline médicale nouvelle ou de l'appel à l'euthanasie. Le "mourant" est séparé des malades, mais bien plus encore des vivants, et d'autant plus que cette nouvelle catégorisation divise les bien-portants eux-mêmes, les sépare de leur mort, coupe chacun de nous, illusoirement certes, de sa mort[445]. »

Or le moment « après-coup » de l'AVC est peut-être celui de la confrontation avec cette réalité fondatrice : nous sommes mortels, voués à la finitude, c'est ce témoignage-là que certains patients nous livrent. Ils sont bien vivants, diminués

---

[445]. Robert William Higgins, « La mort ? Une exception », Revue *éthique et santé*, Vol.3 – N°1, Février 2006, pp. 35-42.

certes, inquiets, fragiles, parfois sévèrement handicapés et ils ont été confrontés à cette absolue vérité, la mort n'est pas une exception, c'est la règle. Et notre place auprès des patients est bien de recevoir ces paroles, cette crainte du trépas, ces questions autour du mystère de notre origine et de l'énigme de l'au-delà.

Si Robert William Higgins stigmatise l'annexion du discours sur la mort par un processus de psychologisation qui annihile la dimension anthropologique, culturelle, si le recours actuel à la figure du mourant masque la mort, il nous faut reconsidérer notre place. Sans nous substituer à la famille, au prêtre ou tout autre représentant religieux, nous devons permettre que la « Question » de la mort, comme le rappelle Jean-Luc Nancy, puisse être, même et *sûrement* maladroitement, entendue. Nous ne devrions pas succomber à la tentation de l'escamotage. Il nous faut refuser les propos aliénants du type : « vous allez bien maintenant, n'y pensez plus » et écouter. Jean-Luc Nancy, en attente d'une greffe du cœur, s'interroge à propos de la durée de vie impartie par son médecin, eût égard à la « qualité » de son cœur, « programmé pour durer jusqu'à cinquante ans[446] ». Confronté à l'expérience de l'attente, il écrira :

> « isoler la mort de la vie, ne pas laisser l'une intimement tressée dans l'autre, chacune faisant intrusion au cœur de l'autre, voilà ce qu'il ne faut jamais faire[447]. »

4. Le temps de la thérapie

Le soin psychique implique une durée

Une des critiques, très bien documentée, à l'encontre de la technique psychanalytique, repose sur la réduction du temps de la psychanalyse à une « instantification ». Telle est, succinctement résumée, une des thèses proposées dans le livre *La patience et l'inquiétude*[448]. En nous inspirant de l'apport de Bergson, à propos des concepts de temps, de durée et de conscience, nous tenterons de proposer un autre éclairage aux idées avancées dans ce livre[449]. Son auteur développe une critique justifiée à l'encontre de la médecine « techno-scientifique » qui appréhende le malade en tant qu'objet. Il explique comment ce

---

[446]. Jean-Luc Nancy, *L'Intrus*, Paris, Galilée, 2000, p. 22.
[447]. *Id.*, p. 23.
[448]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *Pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004.
[449]. Bien sûr, nous souhaitons ouvrir le débat, et non le clore par des affirmations péremptoires. Il nous paraît judicieux de replacer notre analyse dans le cadre de l'école doctorale, et de la situer strictement du point de vue des idées.

passage de sujet à objet a pu s'effectuer, en sacrifiant le temps sur l'autel de l'espace :

> « le regard médical a trop oublié que l'identité des malades se déployait dans le temps, que la dimension temporelle ou dia-chronie était condition de la dimension culturelle, sans laquelle il n'est point d'homme et par conséquent point d'éthique[450]. »

L'auteur développe cette critique et l'attribue dans le même mouvement à la pratique psychanalytique. Il nous paraît nécessaire d'apporter un rectificatif à cette position qui assimile la psychanalyse à un secteur de la médecine, ce qui revient à nier sa spécificité, laquelle est justement de prendre en considération le temps et le langage. Il est incontestable que la réduction du temps à l'instant envahit le champ de certaines pratiques médicales. Cette réduction trouve sans doute son origine dans une interprétation hâtive du dualisme cartésien, où le corps en tant que surface étendue peut être livré à l'observation et au découpage, tel un quelconque objet. Mais cette référence à la théorie cartésienne est incomplète, elle oublie tout simplement de considérer le complément indispensable d'un autre Descartes, l'auteur de la correspondance avec Elisabeth. Ce Descartes revisite le dualisme et insiste sur l'union de l'âme et du corps. Dès que l'âme est unie au corps, « elle peut agir et pâtir avec lui[451] ». Or la souffrance psychologique, le désarroi s'éprouvent dans la durée, et si « l'âme meut le corps[452] », ce mouvement implique une durée.

Le temps de la thérapie est celui des rencontres conjointes et croisées du patient avec le thérapeute, et du patient avec lui-même et sa propre subjectivité. À l'intérieur du temps « global » de la thérapie se déploient plusieurs durées. Le temps si particulier du début, les préliminaires, temps nécessaire pour s'apprivoiser et créer les conditions d'une relation de confiance, de respect réciproque. Puis s'instaure le temps de la régularité où le rythme des séances permet de garantir l'accueil de la parole de l'autre. L'articulation de ces différentes durées est complexe. D'une façon générale, le temps de l'analyse agit comme un contenant et structure la relation par la succession des entretiens et des temps d'attente. C'est un temps particulier, habité, vivant, actif. Le temps de l'attente entre les séances et celui des silences à l'intérieur des séances n'est pas

---

[450]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *op. cit.,* p. 79.
[451]. René Descartes, *Correspondance avec Elisabeth, op. cit*., p. 67.
[452]. Id., p. 70

un temps mort, ni creux, ni vide. Il est structuré par le transfert. Nous pourrions dire qu'il y a plusieurs durées et plusieurs moments en psychothérapie : celle des séances, celle des intervalles et de l'attente entre les séances, et enfin celle, à la fois plus enveloppante et indéterminée, de la thérapie. Si les deux premières sont connues et forment ce qu'il est convenu de nommer le cadre, celle de la thérapie dans son ensemble, n'est jamais décidée à l'avance, sauf dans le cadre des TCC[453], mais ces dernières ne sont pas d'inspiration analytique. Elles visent la disparition du symptôme et font l'économie de la personne, afin de cibler son comportement. Il faudrait également aborder le temps du silence, le temps où la pensée, le rêve, le langage intérieur emplissent la séance.

Dans son analyse du temps et de la durée, Bergson ne cesse de critiquer la conception uniforme et spatialisée du temps « qui ne prendra jamais pour notre conscience l'aspect d'un milieu homogène, où les termes d'une succession s'extériorisent les uns par rapport aux autres[454] ». Cette absence d'homogénéité est caractéristique des différents temps de l'analyse. L'écoulement de la durée psychique n'est pas comparable à une addition dont les termes seraient comparables.

Les différentes durées qui construisent le temps de la psychothérapie ne peuvent être fixées à l'avance, car c'est à proprement parler l'inédit qui va pouvoir se dire, se frayer un chemin, se parer des mots de la subjectivité pour habiter l'espace de parole et d'écoute. Cette advenue de l'inédit qui s'ouvre sur le dire, donne le rythme à l'intérieur des séances. Ainsi, l'accueil de tout ce qui reste encore à dire nécessite l'acceptation d'une temporalité ouverte, nécessairement finie puisque nous sommes mortels, mais indéfinie puisque nous sommes libres.

Toujours en nous référant à la théorie de Bergson, nous pouvons écrire que c'est cette hétérogénéité du temps vécu et éprouvé qui permet l'exercice de notre liberté, particulièrement au cours de tout travail psychothérapique. En effet, parce que l'homme « ne se borne pas à jouer sa vie passée, il se la représente et il la rêve[455] », ce temps de la représentation, cette analyse du symbolique et de l'imaginaire à l'œuvre dans le travail analytique ne sauraient être déterminés par

---

[453].TCC : acronyme qui désigne les thérapies cognitivo-comportementales, issues du béhaviorisme, elles visent à la suppression des symptômes en proposant un reconditionnement.
[454]. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, *op. cit*., p. 92.
[455]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, p. 181.

avance. « Prendre la parole en présence d'autrui expose toujours celui qui parle à s'entendre dire ce à quoi il ne s'attend pas[456] », et c'est bien cette expérience de la découverte d'un savoir, d'une connaissance de soi-même qui prend du temps.

J.-F. Mattéi insiste à plusieurs reprises sur l'importance de l'enseignement socratique qui permet de mieux se connaître :

> « Tout homme doit donc prendre soin de son âme et en avoir le souci constant grâce aux pensées qu'elle produit et qui lui permettent de se connaître elle-même[457] ».

Si la « technique » psychanalytique est moderne (au regard de l'histoire humaine), son *télos* est bien présent dans la pensée platonicienne, comme en attestent de nombreux dialogues socratiques. Nous retrouvons intacte la sagesse de l'enseignement socratique qui nous invite au « connais-toi toi-même ». Cette maxime constitue le fondement et le ferment d'une recommandation nécessaire tout au long de la vie.

Déjà Héraclite préconisait la connaissance de soi comme méthode d'accès à la sagesse. Prise dans cette acception, la sagesse ne serait pas nécessairement la sérénité ou le détachement, mais plutôt la reconnaissance d'une forme de savoir sur soi qui permet de mieux se comprendre et par là de mieux entendre autrui. En effet, si « à tous les hommes il est accordé de se connaître eux-mêmes et de faire preuve de sagesse[458] », cette connaissance du clinicien est portée par le langage, sa structure et ses effets. L'analyse du discours qui prend forme dans le langage, dont la structure est d'être fondamentalement divisée, lui permet d'être à l'écoute de l'autre, d'être présent à l'autre dans toute la plénitude de ce que cette présence signifie.

Mais si l'analyste qui accueille et écoute limitait son travail à « une réduction de la dia-chronie : le temps du malade est compacté dans l'instant du présent[459] », le cadre psychanalytique, dont la durée est un des éléments majeurs, volerait en éclats. Pour ne pas s'apparenter à la posture critiquée par Héraclite : « ils entendent sans comprendre et sont semblables à des sourds. Le proverbe s'applique à eux : présents, ils sont absents[460] », le thérapeute doit s'embarquer à

---

[456]. Pascal-Henri Keller, *Le dialogue du corps et de l'esprit*, *op. cit*., p. 207.
[457]. Jean-Fançois Mattéi, *L'énigme de la pensée*, *op. cit*., p. 53.
[458]. Héraclite, *Les penseurs grecs avant Socrate*, Paris, GF-Flammarion, fragment 116, p. 80.
[459]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *op. cit*. p. 70.
[460]. Héraclite, *Les penseurs grecs avant Socrate, op. cit*., fragment 34, p. 76.

chaque nouvelle rencontre dans une aventure pour laquelle la durée marque une garantie.

Nous avons évoqué le silence cours des séances, par analogie il est aussi fondamental et vital que le silence de la musique, il scande le rythme des rencontres. Ce temps indéterminé, bien que nous sachons qu'il aura une fin, une limite matérielle, est celui des conditions de possibilité de la liberté, de l'ouverture nécessaire afin que la parole puisse se déployer. Si la longueur d'une thérapie n'est pas la garantie de son succès, sa brièveté est rarement bénéfique… Le travail en profondeur et le phénomène particulier qu'est la perlaboration, requièrent une durée nécessaire pour pouvoir analyser et décanter certaines résistances. L'évocation de certains souvenirs et, à la faveur du transfert, la possibilité de pouvoir dire, répéter *ou* se taire, penser et associer par contiguïté ou métonymie, et se laisser porter si ce n'est emporter parfois par la reviviscence de certains souvenirs, toutes ces différentes manières de vivre une psychothérapie s'inscrivent dans la durée.

Perlaboration et cristallisation : la durée en question

Explicité dans *La technique psychanalytique*, le terme de perlaboration consiste en « une tâche ardue et [être] pour le psychanalyste une épreuve de patience[461] », sans laquelle le travail de l'analyse ne peut aboutir. Or la patience ne se conçoit pas sans une durée qui s'oppose à l'instant. Il s'agit bien de comprendre comment le matériel livré arrive à la conscience, et non pas de l'accepter tel que. Freud a d'ailleurs abandonné l'hypnose, technique qu'il jugeait dans un certain sens trop rapide dans sa façon de libérer certains souvenirs. Il importe en effet de comprendre les résistances, ce qui gêne à l'évocation. L'analyse des résistances est tout aussi fondamentale que l'évocation du souvenir. Or l'hypnose permet de lever les résistances et de livrer les souvenirs en occultant le fil conducteur, la chaîne associative qui a conduit à leur évocation.

Ainsi, l'expérience de l'analyse propose une approche particulière du temps et de la trame complexe et féconde que le passé tisse avec le présent. Si la chronologie semble malmenée, c'est parce qu'une autre logique régit les

[461]. Sigmund Freud, *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1981, p. 115.

associations d'idées, mais cette autre logique ne doit rien au hasard. Chaque relation thérapeutique forge sa propre empreinte temporelle, ses caractéristiques, son rythme. La théorie est nécessaire, mais elle reste seconde vis-à-vis de cette rencontre à chaque fois singulière et première. Nous pourrions emprunter à Bergson cette définition de l'existence qui convient parfaitement à l'expérience analytique :

> « Nous cherchons seulement quel sens précis notre conscience donne au mot "exister", et nous trouvons que, pour un être conscient, exister consiste à changer, changer à se mûrir, se mûrir à se créer indéfiniment soi-même[462]. »

C'est ce temps du mûrissement, ou de la maturation, différent pour chacun, qui confère son rythme propre à chaque thérapie. Évoquant la cure analytique et la nature du temps dans cette pratique, Michel Geoffroy s'interroge :

> « Qu'est donc ce temps au cours duquel la réalité de ce qui est caché se dévoile, au cours duquel advient (grâce à la conscience) le « vrai » sens, celui de l'inconscient ? Il est obligatoirement un instant, c'est-à-dire un pseudo-temps : en effet, le temps du récit est un instant de cristallisation plutôt qu'une continuité[463] ».

Le terme cristallisation recouvre différentes acceptions. Tout d'abord, c'est le propre du phénomène amoureux tel que le décrit Stendhal dans son livre *De l'amour* : « ce que j'appelle cristallisation, c'est l'opération de l'esprit, qui tire de tout ce qui se présente la découverte que l'objet aimé a de nouvelles perfections[464] ». De plus, Stendhal détaillant les étapes de la passion amoureuse, décrit une deuxième cristallisation qui, passés les affres du doute, vient renforcer la première :

> « C'est l'évidence de cette vérité, c'est ce chemin sur l'extrême bord d'un précipice affreux, et touchant de l'autre main le bonheur parfait, qui donne tant de supériorité à la seconde cristallisation sur la première[465]. »

Or, dans l'itinéraire amoureux, de découverte en découverte, l'objet aimé accroît, en quelque sorte, son pouvoir attractif. Cet accroissement qui s'épanouit dans le sens de la perfectibilité, rappelle le processus d'idéalisation. Il ne peut être soudain puisqu'il évolue et s'amplifie avec le temps. La cristallisation stendhalienne ne saurait être immédiate, elle est bien plutôt médiatisée, soutenue, par le travail psychique appelé parfois « investissement ». Ce terme aux relents

---

[462]. Henri Bergson , *L'évolution créatrice*, *op.cit.*, p. 7.
[463]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *op. cit.*, p. 65.
[464]. Stendhal, *De l'amour*, édition Folio, Paris, 1980, 1994, p. 31.
[465]. *Id.*, p. 33

économiques figure cependant bien l'importance de la durée, ne parle-t-on pas d'investissement à long terme ?

Si maintenant nous prenons le mot cristallisation selon son acception dans le vocabulaire de la chimie, c'est un processus visant à séparer et purifier des corps, à l'instar de l'évaporation de l'eau de mer qui permet d'obtenir du sel. Nous constatons là encore que la cristallisation demande du temps, à l'inverse de la précipitation qui est un phénomène rapide.

Ainsi, que le contexte au sein duquel il est référé soit psychique ou chimique, le terme de cristallisation ne renvoie pas à un phénomène instantané. Il nous semble donc que l'utilisation finalement judicieuse et appropriée du terme « cristallisation », aux dépens de la volonté consciente de l'auteur, révèle un lapsus dans la pensée de celui-ci. En effet, évoquer et assimiler le temps du récit à une cristallisation et opposer ce phénomène à la continuité, s'avère quelque peu contradictoire. Soit le récit prend du temps, ce que la pratique clinique atteste, soit il est instantané, mais il ne peut être les deux à la fois. Or, le récit ne saurait être instantané, il s'épanouit dans le temps, et les différentes modalités grammaticales en témoignent.

Même s'il n'est pas rare de remarquer des processus de condensation, des compressions temporelles, et des effets de simultanéité qui associent dans un même tableau des éléments originaires de différentes scènes et de différents moments, le travail de l'analyse, qui s'apparente en cela à un décryptage minutieux de ces phénomènes, s'inscrit dans le temps.

Pseudo-temps ou remémoration ?

Un aphorisme, le récit condensé d'un rêve, contiennent dans leurs énoncés toute une richesse polysémique. Ils ouvrent à différentes interprétations. Leur structure abrégée, compacte, nous éclaire par sa fulgurance, mais cet éclair ne saurait nous aveugler au point de nous faire oublier le travail lent et méticuleux qui a présidé à leur élaboration et a précédé leur énonciation.

Toujours dans son analyse du temps dans la cure, l'auteur écrit ensuite :

> « la mémoire, même si elle est mémoire de l'inconscient, ne recueille que ce que la conscience lui livre ; et cette livraison, même si elle est délivrance, ne donne que des instants morts, lesquels n'ont apparence de vie que parce que le présent le leur prête[466]. »

Ce qui pose question ici, c'est l'expression « instants morts ». Nous pensons que le terme « instant » se rapporte précisément à une approche réductrice et abstraite de la catégorie du présent. Reprenant les analyses d'Aristote et de Bergson, Nicolas Grimaldi explique que « l'instant est inconcevable dans le temps [467] ». C'est bien évidemment parce que nous sommes présents au monde, c'est-à-dire que nous habitons le monde par notre présence incarnée et langagière, présence certes fragile mais incontestable, que nous possédons cette étrange possibilité de nous représenter les différents moments de notre existence, sans jamais confondre toutefois le passé re-présenté et le passé révolu.

La remémoration implique un travail de liaison intime entre les souvenirs et leur accès à notre conscience. Le passé élaboré sous la forme d'un récit, d'une image, d'un rêve, est toujours un passé re-présenté à notre esprit. Le présent est bien difficile à circonscrire dans un signifié adéquat, et Saint Augustin déplore la difficulté du langage à rendre compte de l'expérience pourtant irréductible du temps. Son appréhension des trois modalités temporelles s'accorde bien à la question du temps et de la remémoration dans le travail psychanalytique. Le propre de l'instant présent est d'être évanescent. Bergson le définit comme :

> « quelque chose qui n'existe pas actuellement, mais virtuellement. L'instant est ce qui terminerait une durée si elle s'arrêtait. Mais elle ne s'arrête pas. Le temps réel ne saurait donc fournir l'instant ; celui-ci est issu du point mathématique, c'est-à-dire de l'espace[468]. »

Il a magistralement conceptualisé la notion de durée comme phénomène intrinsèque de notre vie et indispensable pour nous la représenter. Mais l'instant ne peut se représenter dans sa temporalité puisqu'il est par essence insaisissable, abstrait, en tous cas non conceptualisable par notre entendement, non représentable par notre conscience. Sitôt apparu, il disparaît et reste néanmoins fondamental comme pure abstraction pour penser le présent. La représentation de l'instant, selon Bergson, ne peut échapper à la spatialisation, elle est comme « hors du temps ». En fait, ni l'instant (en référence à l'espace-temps ou à la quatrième dimension), ni le point, ne sont des réalités que nous pouvons

---

[466]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit., p.* 65.
[467]. Nicolas Grimaldi, *op. cit.,* p. 10.
[468]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op. cit*., pp. 51-52.

appréhender d'un point de vue concret. Que nous mesurions des distances ou que nous mesurions des durées, nous mesurons des intervalles entre deux points ou deux instants. Mais si ces instants ou ces points existent, correspondent à une formule, ils n'ont pas de représentation objectivable.

Rapprocher les termes « instants » et « morts », puis évoquer le travail de représentation de la mémoire en tant qu'elle livre des sensations « dépouillées de leur vie[469] » ou semblables à des « tableaux de ruine[470] », enfin considérer que le récit des analysants s'apparente à une archéologie « censée exhumer des événements[471] », toutes ces assertions proposent une appréhension bien sombre du travail de remémoration. Elles visent à nier la re-présentation mise à l'œuvre dans l'analyse comme un processus vivant et dynamique.

Si l'exhumation fait référence à l'humus, à ce terreau fertile sur lequel nos souvenirs croissent, se multiplient et enrichissent notre mémoire au gré de notre existence, la contiguïté du verbe « exhumer » avec les expressions « tableaux de ruine » ou « dépouillées de leur vie » s'accorde difficilement avec une conception animée de la mémoire.

Certes, l'inventeur de la psychanalyse évoque lui aussi « l'exhumation des souvenirs[472] » mais il faut replacer cette expression dans le contexte plus général de la règle fondamentale. Cette règle ordonne le travail psychanalytique et invite le patient « à raconter tout ce qu'il pense […] un vrai *torrent* d'informations[473]» (souligné par nous). Quel terme plus évocateur de vie, de dynamisme, de mouvement, de débordement, que celui de torrent ? Le terme torrent déclenche aussitôt de multiples associations où la fougue et l'énergie prédominent.

Ce reproche à l'encontre des « instants morts » pourrait convenir à notre existence dans son ensemble, si nous considérions notre traversée du temps comme une succession d'instants juxtaposés. Le travail fondé sur l'analyse du langage et du transfert, tel qu'il est effectué en thérapie, ne peut se comprendre comme une suite décousue d'instants morts. Nous pensons plutôt que ce qui est mort, c'est-à-dire « désanimé » d'une certaine façon, ce sont les souvenirs à jamais oubliés. Les souvenirs enfouis, refoulés, sont toujours susceptibles de resurgir au

---

[469]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit.,* p. 65.
[470]. *Id.*, p. 66.
[471]. *Ibid.*, p. 66.
[472]. Sigmund Freud, *La technique psychanalytique*, *op. cit.*, p. 110.
[473]. *Id.,* p. 109.

moment opportun ou de produire des effets sous forme de symptômes. S'attachant à décrire la nature et le rôle des souvenirs conscients ou non, Bergson reconnaît la fonction des souvenirs inconscients qui adviennent à notre conscience :

> « Tout au plus des souvenirs de luxe arrivent-ils, par la porte entrebâillée, à passer en contrebande. Ceux-là, messagers de l'inconscient, nous avertissent de ce que nous traînons derrière nous sans le savoir[474]. »

Ces souvenirs sont les messagers, les témoins de notre passé qui fait corps avec notre présent, parce que nous sommes immergés dans un flux, une « continuité indivisible de changement qui constitue la durée vraie[475] ». Nous traversons et sommes traversés par le temps grâce à notre corps, notre plus fidèle compagnon qui garde, à sa façon, les souvenirs les plus affectueux (les câlins de l'enfance) comme les plus tragiques ou les plus violents (les châtiments corporels). Cette mémoire du corps reste peu étudiée mais ses effets sont connus. Ainsi le patient atteint d'un syndrome de Korsakoff[476] ne se souvient plus des séances d'électrisation (procédé utilisé au XIXe siècle) mais exprime sa mauvaise humeur dès qu'il voit une machine électrique, bien qu'il n'ait pas de souvenir *conscient* de la séance. Ce qui permet à Korsakoff d'élaborer cette explication : « Il me semble qu'on ne peut expliquer cela qu'en supposant que la mémoire des émotions subsiste plus longtemps que celle des images[477] ».

Or les émotions, douleur, joie, angoisse etc., sont éprouvées psychiquement *et* physiquement, elles se caractérisent par des réactions neurovégétatives qui sont ressenties avec intensité. Ceci permet de considérer l'existence d'une mémoire du corps, sous forme de traces, d'inscriptions laissées par les moments d'émotion, dans un registre non verbal.

Cependant, les souvenirs frappés du sceau de l'oubli absolu, irréversible, sont hors du champ de la conscience *et* de l'inconscient, et de ces souvenirs-là nous ne pouvons rien en dire puisqu'ils ne seront jamais plus jamais portés à la pensée ou au langage. De fait, nous ne devrions plus les appeler « sou*venir*s » car précisément ils n'auront jamais plus la possibilité de re*venir* sous quelle forme

---

[474]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice, op. cit.*, p. 5.
[475]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant*, *op. cit.*, p. 166.
[476]. Syndrome amnésique décrit par le psychiatre russe qui donna son nom à cette maladie qui se caractérise essentiellement par une amnésie antérograde, c'est-à-dire une incapacité à former de nouveaux souvenirs. Se reporter à http://psychologie.googlepages.com, Étude médico-psychologique sur une forme des maladies de la mémoire, 1889, pp. 16-17.
[477]. *Id*, p.17.

que ce soit. Nous ne pouvons même pas dire que nous les avons oubliés, ce qui reviendrait à leur donner une consistance, une existence supposée dans les limbes de notre inconscient, gardien jaloux de ces trésors enfouis, la trace même de l'oubli ayant disparu.

Augustin avait déjà établi cette distinction. Elle s'avère cruciale lorsque nous tentons de saisir la nature de l'oubli dont sont affectés certains patients. Si une personne déclare avoir oublié, elle possède donc la mémoire de l'oubli, ce qui permettait déjà à Saint Augustin de préciser que l'oubli est dans la mémoire. Ainsi, l'oubli est une modalité de la mémoire, à la façon dont le silence est constitutif de la parole ou de la musique. Nous avons abordé plus haut le problème tragique de l'hypermnésie, cette absence d'oubli qui sature les possibilités psychiques, telles que la pensée ou l'imagination. Pour des personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou de tout autre syndrome démentiel grave, l'oubli de l'oubli constitue une forme ultime de la pathologie.

La psychanalyse n'est d'aucun secours dans ces formes graves. Dans une visée de restauration de la mémoire, en revanche, en proposant une écoute du versant poétique du langage, elle permet de maintenir un lien et de faire le pari d'un sens non rationnel dans les paroles des déments. Or, qu'est-ce que le souvenir en psychanalyse si ce n'est une trace du passé qui peut revêtir différentes formes (récit, images, rêve) et qui reprend une consistance particulière à la lumière du présent, celui de l'évocation dans le contexte du transfert ? Augustin avait déjà pressenti le rôle prééminent de la parole dans le souvenir actualisé au présent :

> « Aussi bien un récit véridique du passé fait-il surgir de la mémoire, non pas les réalités elles-mêmes, qui sont du passé, mais des mots conçus à partir de leurs images, formes d'empreintes laissées dans l'esprit par leur défilement à travers les sens. Ainsi mon enfance, qui n'est plus, appartient au passé qui n'est plus. Mais lorsque je l'évoque et que j'en parle, c'est dans le présent que j'en perçois l'image qui subsiste dans ma mémoire[478]. »

Le souvenir n'est donc pas un instant mort mais une trace du passé qui fait irruption dans notre conscience. Le souvenir est cette création particulière de notre conscience qui appartient à notre histoire, et qui rentre en résonance avec notre présent. Parce que notre mémoire est vive, dynamique, nous ne tournons jamais la page, quand bien même nous le souhaiterions parfois. Mais parce que nous

---

[478]. Saint Augustin, *Les Confessions*, Bibliothèque de la Pléiade, Gallimard, 1998, Livre XI, chapitre XVIII.23, p. 1044.

sommes libres, nous pouvons initier des changements au cours de notre existence plutôt que subir notre vie, sans oublier pour autant les actions et les choix précédents. Pour reprendre la jolie formule de Jean-Daniel Lalau, l'éthique suscite parfois des « itinéraires en zig-zag »[479] et le moment de la décision est toujours celui d'un exercice solitaire, ainsi que concluait Isabelle Blondiaux ce même jour[480].

C'est précisément la qualité essentielle de notre mémoire que de nous permettre, grâce au travail permanent de liaison et d'association, de nous assurer un sentiment de continuité d'existence qui dépasse et rassemble la succession de tous les moments. La mémorisation donne forme, épaisseur et consistance à notre existence. Mémoire et conscience sont indissociables et ne peuvent s'appréhender comme des instants sécables et séparés.

> « La conscience, même immédiate, ne peut être instantanée : elle suppose une certaine épaisseur de temps, qu'elle contracte dans une perception, qui nous paraît instantanée mais qui n'est que l'unité minimale de *notre* présent[481]. »

Nos souvenirs sont le levain de notre existence. Nous nous éveillons chaque matin pétris, façonnés par notre histoire, chaque nouvelle expérience complétant plus ou moins harmonieusement les précédentes. Ainsi que ne cesse de le rappeler Bergson, c'est parce que nous sommes pleins de notre passé que nous pouvons vivre, c'est-à-dire nous ouvrir à l'avenir. Ce qui est passé n'est pas pour autant mort et sans effet :

> « Notre passé se manifeste donc intégralement à nous par sa poussée et sous forme de tendance, quoiqu'une faible part seulement en devienne représentation[482]. »

Nous avons ici une métaphore de ce qui advient à la conscience, ce qui peut être représenté et de ce qui reste inconscient, mais reste néanmoins agissant.

Par exemple, un traumatisme ou un souvenir particulièrement violent perdurent et agissent dans le temps présent, or le temps psychique n'est pas celui du calendrier. Ainsi, écoutant un patient, militaire, victime de cauchemars répétés et d'insomnies après avoir été le témoin d'atrocités au cours d'une de ses campagnes, il ne servirait absolument à rien d'un point de vue thérapeutique de lui

---

[479]. Jean-Daniel Lalau, soutenance de thèse pour le doctorat de philosophie, 17 décembre 2007.
[480]. Isabelle Blondiaux, soutenance de thèse pour le doctorat de philosophie, le 17 décembre 2007.
[481]. Fréderic Worms, « La théorie bergsonienne des plans de conscience », *Bergson et les neurosciences*, Les empêcheurs de penser en rond, 1997, p. 99.
[482]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.,* p. 5.

dire : « ces instants que vous évoquez, ce passé que vous exhumez, oubliez-les car ces souvenirs sont morts ».

C'est bien la réminiscence insistante et incontrôlable de toutes ces scènes violentes, la confrontation avec le danger, l'incompréhension face à la réalité de la torture, qui hantent l'esprit de ce patient. Passé le temps de l'action où toute son énergie était mobilisée à « sauver sa peau », à l'occasion d'une permission, il est soudain confronté à des questions fondamentales. Ces questions qu'il ne parvient plus à occulter seront posées et entendues au cours d'une courte hospitalisation pour un symptôme neurologique sans gravité. Comment (re)donner du sens à son existence, à ses décisions passées et présentes : « Pourquoi ai-je choisi ce métier ? », « Que signifie ma difficulté actuelle à dépasser cet épisode? », « Suis-je lâche ou ma réaction est-elle normale, adaptée ? ».

Parachutiste de formation, ce patient avait suivi un entraînement qui devait le préparer à tout supporter, à contrôler ses émotions, un peu à l'image que nous nous faisons du « surhomme » incarné par *RoboCop*[483] dans le film de science-fiction de Paul Verhoeven. Mais même le héros de titane, construit à partir de la dépouille mortelle d'un policier abattu au cours d'une mission, sera assailli par des cauchemars, la mémoire du défunt n'ayant pas été totalement effacée… Au fil des entretiens, les scènes de guerre trouveront une articulation et rentreront en résonance avec d'autres situations familiales bien antérieures où la violence dans le couple parental s'exhibait sans retenue devant l'enfant impuissant et terrifié. Le spectacle de cette violence passée mais toujours-là, resurgissait dans la scène intérieure.

Devenu adulte, M. L. à nouveau confronté à une violence insupportable, s'est effondré. Ce n'est pas un hasard si l'étude des psycho-traumatismes a trouvé un nouveau souffle avec la clinique des névroses consécutives à la première guerre mondiale. (Les observations initiales avaient commencé avec les accidents de train au XIXe siècle). L'accompagnement de M. L. nécessitera de nombreux entretiens et n'aura pas pour objectif que l'oubli recouvre ces souvenirs, car certains souvenirs ne s'oublient jamais ; mais la mise en mots des émotions ressenties permettra, en reconnaissant ses effets, d'instaurer une distanciation et

---

[483]. *RoboCop*, film américain, réalisé par Paul Verhoeven, sorti en France le 20 janvier 1988, distribué par Orion Pictures.

une enveloppe contenante. À la honte de l'enfant témoin malgré lui et pris au piège de la violence parentale, impuissant à réagir, pourra succéder l'analyse de la réaction de l'adulte également démuni, quoique militaire, face aux violences et à la barbarie de la torture. Son impuissance à modifier le cours des choses (comment supprimer barbarie et violence au cours des guerres ?) trouvera cependant une issue par le biais d'un changement d'orientation professionnelle. Ce changement pourra être abordé avec une culpabilité relative, c'est-à-dire en reconnaissant une incapacité à maintenir une activité professionnelle devenue insupportable. Cette élaboration fut longue, elle s'est faite peu à peu, par étapes. Les hésitations, les remises en question sont rarement linéaires. Accepter le passé, ce n'est pas en rester prisonnier, mais reconnaître ses effets afin d'entreprendre les changements nécessaires pour que le présent soit à nouveau « habitable ».

La mémoire est vivante, active et dynamique, elle s'éveille dans le récit porté à autrui et elle s'ouvre sur d'autres significations. Le passé vu sous l'angle de la physique n'a rien à voir avec celui des souvenirs ; la nostalgie, le suffixe « algie » l'atteste, nous fait bien souffrir au présent quand nous sommes en proie aux regrets. Évoquant les différentes figures de la tristesse, Bergson insiste sur l'aspect qualitatif de cet éprouvé :

> « On montrera sans peine que les différents degrés de la tristesse correspondent, eux aussi, à des changements qualitatifs. Elle commence par n'être qu'une orientation vers le passé, un appauvrissement de nos sensations et de nos idées, comme si chacune d'elles tenait maintenant tout entière dans le peu qu'elle donne, comme si l'avenir nous était en quelque sorte fermé. Et elle finit par une impression d'écrasement, qui fait que nous aspirons au néant, et que chaque nouvelle disgrâce, en nous faisant mieux comprendre l'inutilité de la lutte, nous cause un plaisir amer[484]. »

La parole, en réanimant certains événements particulièrement saillants ou douloureux, fait re-naître leur dimension émotionnelle et leur charge pulsionnelle. Un des indices ou marqueurs du traumatisme psychique, consiste justement à éprouver que le passage du temps (celui de la physique) n'a pas eu de prise sur l'événement. Le patient vit et revit sans cesse, sans pouvoir se libérer, se détacher, ce fragment de violence, cette effraction. Nous ne contestons bien évidemment pas l'inscription repérée et datée de tel ou tel souvenir, mais c'est bien parce qu'avec le temps « ça ne passe pas » que la durée de la psychothérapie propose un cadre, une régularité des séances qui favorise les incursions dans nos différents

---

[484]. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, *op. cit*., p. 8.

temps. Le rythme des séances est donné par le discours du patient, la succession des temps de parole et des silences, parfois même des absences.

Cette passerelle grâce à laquelle le thérapeute et « son » patient revisitent les expériences passées à la lumière du présent, se déploie grâce à la parole et aux silences dans le temps de la rencontre. Ce filin tendu permet le frayage d'un passage temporel, et de restaurer ainsi la continuité. Le temps n'est plus pétrifié, c'est bien le langage qui permet le redéploiement d'un éprouvé temporel. Notre mémoire vive s'épanouit au fil de l'analyse, et l'expérience particulière du transfert s'inscrit dans la durée de l'analyse. Elle se construit grâce à la rencontre féconde du passé et du présent. Ce temps du transfert ne peut en aucun cas s'apparenter à des « instants morts », même si l'ennui peut advenir, tous les mouvements affectifs, pulsionnels qui affectent le patient et son thérapeute, et qui sont repérés comme tels par le thérapeute attentif, sont des mouvements de vie qui ouvrent sur l'avenir. Cette (re)découverte de certains faits de notre existence se déploie dans le moment de la rencontre avec autrui. Il s'agit bien d'un travail de création, au sens que Bergson attribue à ce terme. Il insiste sur l'originalité de chaque existence : « nous sommes, dans une certaine mesure, ce que nous faisons et que nous nous créons continuellement nous-mêmes[485] ».

Assurément, notre conscience permet l'évocation et le travail de réappropriation de notre passé, ainsi que l'émergence de certains souvenirs que nous pensions perdus. Mais ce temps du récit et des associations n'est pas un « pseudo-temps[486] ». Si tel était le cas, nous devrions convenir que la parole n'est pas un acte, n'advient pas dans le temps de l'échange. Hors du temps, dégagée des effets qu'elle pourrait produire, elle serait pur instantané, sans autre conséquence ou manifestation que l'émission de quelques sons. Dans les expressions populaires : « ne pas avoir de parole », ou « manquer à sa parole », l'accent est mis sur l'aspect performatif. Il ne s'agit bien sûr pas de pointer les incapacités physiologiques d'un patient muet ou aphasique qui se trouve effectivement privé de l'usage de la parole, mais de mettre l'accent sur l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons, parfois, quand nous ne parvenons pas à considérer les effets de notre parole. Ceci permet d'ailleurs la possibilité du mensonge, de la rupture,

---

[485]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, p. 7.
[486]. Michel Geoffroy*, La patience et l'inquiétude, op. cit.*, pp. 65-67.

du lapsus, autant de figures de la parole donnée à l'autre. Les questions de la promesse, de l'engagement, sont liées à cette problématique, au hiatus entre celui qui promet et s'engage à l'instant où il parle, et qui agira différemment plus tard. Il est tout à la fois le même et différent. Manquer à sa parole, c'est faire l'expérience douloureuse que nous ne sommes pas toujours à la hauteur de nos espérances et de nos désirs…

Pourquoi assimiler le travail psychothérapeutique à une succession d'instants morts ? Par l'attention soutenue, portée à la parole de l'autre comme signe et témoignage de son pâtir, la pratique psychanalytique fonde la reconnaissance même de son objet : accueillir la possibilité de dire ce mal-être afin de proposer « une certaine méthode de traitements des souffrances névrotiques[487] ». Cette aventure ne peut s'assimiler à un « pseudo-temps ». La théorie analytique n'est pas « bordée par une conscience de l'instant (un pseudo-présent, un pseudo-temps)[488] ». Si c'était le cas, quelle serait donc la nature de ce « pseudo-temps », au sens où l'étymologie grecque de *pseudo* marque la fausseté ou l'apparence trompeuse (du grec mentir, tromper).

Le temps que nous éprouvons au cours des séances, tout au long de la thérapie, investi et ressenti sous de multiples formes, dans la joie ou la détente, la douleur ou la tristesse, l'ennui ou l'effervescence, tout à la fois, perdu, gaspillé, volé, bref ce temps vécu ne peut être *pseudo*, au sens où la nature du temps éprouvé ne peut s'enfermer dans les catégories du vrai, du faux ou de la tromperie. Le temps de la thérapie est un temps habité, au sens de l'habitat pris comme demeure dont les fondations sont le langage incarné par le discours de ses « acteurs ». Le transfert n'exclut pas les risques d'incompréhension ! Le mensonge, comme la tromperie, requiert une intention. Il ne peut être attribué au temps, mais aux motivations de celui qui l'énonce. C'est tout au plus nous qui commettons des erreurs, des falsifications, qui enjolivons ou ternissons nos souvenirs. Mais tous ces procédés, quand ils peuvent être reconnus, nous permettent d'accéder à une autre connaissance, une autre vérité sur nous-mêmes.

Ainsi M. H. se trompe régulièrement dans les jours et les heures de ses rendez-vous (sans en manquer un seul au bout du compte, puisqu'il vient plus

---

[487]. Paul-Laurent Assoun, *Le vocabulaire de Freud*, Paris, Editions Ellipses, 2007, p. 52.
[488]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *op. cit.,* p. 67.

souvent que prévu…). Il me confiera un jour : « c'est bien compliqué tout *ça* dans ma vie maintenant, je viens en cachette pour vous rencontrer. Ma femme, elle en sait rien du tout et en plus, elle aime pas les psy, elle, elle y croit pas du tout… »

L'analyse de ces erreurs, si nous les référons uniquement à un défaut de retranscription ou de lecture sur un agenda, exclut la participation psychique, personnelle que nous livre cependant M. H. En ne nous limitant pas à une approche rationnelle de l'erreur (sans la nier cependant), puisque c'est bien l'écart par rapport au cadre préétabli (les rendez-vous fixés ensemble) qui nous permet de parler d'erreur, nous entendons les commentaires donnés dans l'après-coup par M. H., et ses difficultés à venir « en cachette ». Ce qui lui permettra de comprendre et de réapprécier les engagements qu'il s'autorise à enfreindre en relation à ce qu'il s'imagine interdit ou autorisé dans sa relation conjugale. Dans ces écarts mesurables (ne pas respecter les dates de rendez-vous), par rapport au temps formel du calendrier, s'immisce le temps intime, celui des hésitations, des « ratés ». Si nous limitions l'appréhension de ce fragment d'existence à une approche strictement scientifique, nous risquerions de négliger un aspect du problème, car souvent, le recours à l'intelligence qui cerne et isole des faits identiques afin de les analyser, de prévoir leur reproductibilité et d'écarter tout imprévu, ne permet de saisir qu'une facette de ces fragments de vie :

> « En cela consiste la prévision de l'avenir par le sens commun. La science porte cette opération au plus haut degré possible d'exactitude et de précision, mais elle n'en altère pas le caractère essentiel. Comme la connaissance usuelle, la science ne retient des choses que l'aspect *répétition*. Si le tout est original, elle s'arrange pour l'analyser en éléments ou en aspects qui soient *à peu près* la reproduction du passé. Elle ne peut opérer que sur ce qui est censé se répéter, c'est-à-dire sur ce qui est soustrait, par hypothèse, à l'action de la durée. Ce qu'il y a d'irréductible et d'irréversible dans les moments successifs d'une histoire lui échappe[489]. »

Mais le temps humain, dont la spécificité est bien d'être éprouvé, n'est pas linéaire, et les moments d'une vie ne sont jamais strictement reproductibles ni équivalents. Tous ces moments permettent de relier les différentes facettes de notre histoire personnelle, sociale ou intime, familiale ou secrète. Ils inscrivent des traces concrètes et nous leur attribuons des valences spécifiques. Ces temps-là sont constitutifs de notre psyché, quand bien même il serait parfois tellement plus confortable de pouvoir « faire le vide ». Mais n'en déplaise à certains cognitivistes, notre mémoire ne se nettoie pas comme un disque dur. Nous ne

[489]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, p. 29.

disposons pas de corbeille dans notre psychisme, à part celle bien remplie et tellement résistante du refoulement. Nous ne recommençons jamais à zéro !

Nombreuses sont les personnes qui reconnaissent, comme dans un aveu, que ce temps de l'analyse est celui où elles se permettent, enfin, de parler « vrai ». La durée qui lie le passé à l'avenir dans le présent de l'énonciation est indissociable des effets de cette parole :

> « Elle est tout à la fois l'origine et la fin du temps, l'irruption, dans la vie de l'homme, de la mort (la fin d'un temps) et de sa naissance (l'origine d'un temps). En ce sens, elle est bien le lieu de la question de l'homme : qui suis-je, moi qui, né à la vie, meurs ?[490] »

Parler, c'est oser reconnaître ses désirs parfois contradictoires, discerner l'empreinte des mouvements pulsionnels qui nous font quelques fois réagir de façon étonnante, prendre conscience, entre autres, du tiraillement incessant et douloureux entre le rôle social que nous souhaitons tenir et notre volonté de modifier et de choisir enfin à la première personne l'orientation de notre vie, au risque d'en être déchiré. En effet, selon la formule tellement éloquente de Michel Geoffroy si « l'essence de l'étant humain est déchirure de son existence par l'in-quiétude[491] », nous reconnaissons avec Bergson que « les actes libres sont rares[492] ». Le travail de l'analyse fournit l'occasion de nous apprendre qu'il n'y a pas de vrai choix sans perte et sans douleur. L'abandon de la toute-puissance est une des conditions de l'éthique et une des finalités de l'analyse.

Peut-être le travail analytique permet-il de dégager ce qui, dans nos décisions, émane du poids de l'éducation et du déterminisme social et ce qui émane de notre moi profond tel que Bergson l'envisage :

> « C'est de l'âme entière, en effet, que la décision libre émane ; et l'acte sera d'autant plus libre que la série dynamique à laquelle il se rattache tendra davantage à s'identifier avec le moi fondamental[493]. »

Ni Bergson, ni Freud, ne renieront l'importance intrinsèque de l'éducation, mais chacun d'eux proposera une méthode afin de reconnaître et discerner, au moment opportun, entre ce qui relève de notre moi intime et de notre « moi conventionnel ». Nous pouvons comparer l'opération de dévoilement au cours de l'analyse, à celui effectué par le romancier cité par Bergson qui mettrait à jour nos

---

[490]. Denis Vasse, *Le temps du désir*, *op. cit.*, p. 159.
[491]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *op. cit.*, p. 248.
[492]. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, *op. cit.*, p. 126.
[493]. *Id.*, p. 125.

états d'âme comme « une pénétration infinie de mille impressions diverses[494] », et lèverait ainsi « pour un instant le voile que nous interposions entre notre conscience et nous[495] ». Cette opération de dévoilement ne se réalise pas sans risque, et nous ressentons parfois avec violence ou dépit certaines vérités que nous aurions voulues garder secrètes. Nous retrouvons chez ces deux penseurs de l'âme humaine une obstination, un souci de retrouver une vérité qui agit comme source et moteur de notre existence. Au cours de l'analyse, il est fréquent de ressentir :

> « un temps curieusement libéré de la durée, qui s'affirme par exemple dans la présence simultanée de deux événements séparés. La flèche du temps linéaire, distinguant un passé, un présent et un futur, se trouve là brusquement contestée par cette présence qui met en jeu l'association des traces mnésiques[496]. »

Le dévoilement des différents temps évoqués dans l'analyse est rendu possible grâce la durée du travail thérapeutique. Cette durée agit comme « contenant », véritable condition d'accueil d'une parole certes livrée dans le présent, mais qui puise à la source des souvenirs affleurant à la conscience. Si le temps de l'analyse, comme celui de toute rencontre, est celui de l'altérité, il ne peut être celui de la physique. D'autre part, nous ne connaissons pas le temps de l'inconscient, ou du moins l'inconscient ignore le temps dans sa version chronologique, ce qui ne l'empêche nullement d'être traversé par une autre logique. C'est ce que reprend la formule célèbre de Freud :

> « Les processus du système *Ics* sont *intemporels*, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ordonnés dans le temps, ne sont pas modifiés par l'écoulement du temps, n'ont absolument aucune relation avec le temps. La relation au temps elle aussi est liée au travail du système *Cs*[497]. »

Il y aurait une indifférence relative à l'inscription temporelle (d'un point de vue chronologique) de tous les événements passés, refoulés. Ainsi nous devons considérer d'une certaine façon plusieurs moments tout à la fois distincts et étroitement liés : celui du déroulement de la cure dont nous avons déjà précisé que la durée « globale » n'était pas connue à l'avance, celui du rythme du travail analytique et celui de la réappropriation de certains épisodes du passé qui, en le subjectivant, lui confère le statut d'histoire du sujet : « L'histoire est le passé pour autant qu'il est historisé dans le présent – historisé dans le présent parce qu'il a été

---

494. *Ibid.,* p. 99.
495. *Ibid.*, p. 100.
496. Sylvie Le Poulichet, *L'œuvre du temps en psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 23.
497. Sigmund Freud, *Métapsychologie*, *op. cit.,* p. 97. Les abréviations *Ics* et *Cs* utilisées par S. Freud se rapportent respectivement à Inconscient et Conscient

vécu dans le passé[498] ». Cette réappropriation du passé se fait grâce à l'évocation dans un dialogue où la fiction, c'est-à-dire le récit, a néanmoins valeur de vérité : la fiction du récit n'est pas le mensonge. Toute évocation est arbitraire et de diverses manières : pourquoi relater tel souvenir et non tel autre, pourquoi insister sur tel détail, le ressenti de cette émotion. De plus, le choix des mots, aussi subtil et précis soit-il, ne parviendra jamais à capturer totalement le réel, puisque le langage est divisé par essence.

Enfin, le temps de l'analyse n'est pas une simple addition arithmétique du temps des séances, le temps de l'analyse déborde celui des rencontres et engendre un véritable travail qui s'instaure et continue, souvent à l'insu des analysants tout au long de la vie quotidienne. Nous nous sommes quelque peu éloignée de cette conception de la cure analytique :

> « Dans la cure idéale, la « bienveillante neutralité » de l'analyste risque fort de n'être qu'une objectivité ectoplasmique en face d'une pure subjectivité (l'analysant). Il s'ensuit que l'analyste qui ne serait que freudien (et qui serait donc préalablement libéré de sa propre histoire et de sa pesante temporalité en étant lui-même analysé) ne peut avoir qu'une « instantification » de l'analysant : le temps et le passé de celui-ci ne peuvent être saisis que dans l'instant hypostasié de celui-là qui est un pseudo-présent[499]. »

Il s'agit bien sûr d'un « cure idéale », car Freud n'a pas écrit que l'analyste doive se libérer de son histoire ou de sa temporalité (à moins de se prendre pour Dieu, quel homme pourrait se libérer de sa propre temporalité ?) mais plutôt qu'il soit conscient de ses limites et de ses défaillances, qu'il s'approprie son histoire, interroge sa vie psychique, elle-même tout à la fois divisée *et* structurée par le principe de plaisir et de réalité. La sublimation, une fois encore nous remarquons l'emprunt au vocabulaire de la chimie pour expliciter les propriétés des événements psychiques, permet de dépasser la quête stérile de l'auto-satisfaction, du narcissisme primaire, diraient les psychanalystes, et d'ouvrir l'homme à l'altérité, qui est la condition de possibilité de la civilisation.

L'approche de la cure analytique proposée dans ce passage tient plus d'une construction *a priori* où tout se joue dans un hors-temps, dans un temps ramassé, compressé. Mais le temps de la parole et de l'écoute dans la cure (tous deux indissociables et unis dans une dialectique féconde), nous l'avons déjà envisagé, ne saurait être instantané. Ceci n'exclut nullement l'éprouvé de certaines

---

[498]. Jacques Lacan, *Le Séminaire. Livre I. Les écrits techniques de Freud*, Paris, Seuil, 1975, p. 19.
[499] Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit.*, p. 70.

fulgurances, proches de l'intuition, mais qui relèvent toujours d'un long cheminement latent préalable et qui, à la manière d'une résurgence bénéfique, irriguent le cours à venir de notre histoire en nous ramenant à certaines sources de notre parcours intérieur.

Ainsi Bergson aborde-t-il l'intuition dans ses relations avec l'intelligence et le temps. Étymologiquement, l'intuition est la vue claire d'une vérité, une perception interne, indépendante des sens. Du latin *intuitus*, elle signifie l'acte de voir d'un seul coup d'œil. Etienne Gilson commentera la célèbre formule de Descartes, *cogito ergo sum*, et évoquera la connaissance intuitive qui a présidé à cette assertion. Cette connaissance ne dépend pas du raisonnement, mais d'une certitude de la conscience réflexive intime, je me sens penser, donc je suis[500]. L'exercice de la pensée elle-même, qui prend la forme d'un éprouvé absolu, se développe nécessairement dans le temps. En effet, si l'intuition, telle que la conçoit Bergson, nous saisit par sa vivifiante évidence, elle n'est pas concevable sans un système de pensée qu'elle déborde par son caractère irréversible. L'intuition prolonge et dépasse le système de connaissance qu'elle surplombe. Si elle se livre dans un éclair, un jaillissement, elle est dialectiquement liée à une durée et sa destination éclaire le travail de la pensée ouvert à la continuité. Ainsi, l'intuition est « fuyante et incomplète, elle est, dans chaque système, ce qui vaut mieux que le système, et ce qui lui survit[501] ». Nous devons concevoir l'intuition en considérant tous les aspects qui la caractérisent. Si son advenue semble surgir dans un instant, elle imprime à notre jugement une empreinte qui le modifie durablement.

L'intuition se réfère à un système de connaissances préalables, elle n'advient pas *ex-nihilo* à notre conscience. Elle constitue une synthèse entre le moment de sa révélation dans notre conscience et la continuité de son effectivité. Cette approche de l'intuition en philosophie et dans le domaine de la pensée n'est pas éloignée de l'intuition dans le champ de la clinique où elle dépasse toujours la connaissance et le savoir théorique en tant que systèmes clos, soumis aux lois de la répétition et du même. Freud lui-même se décrira comme « intuitif » et fondera

---

[500]. Pour une explication détaillée, se référer au commentaire d'Étienne Gilson, *Le discours de la Méthode, op. cit*., pp. 292-294.
[501]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, p. 239.

toute la technique psychanalytique à partir de données empiriques et de l'analyse des paroles de ses patients.

Cette question de l'intuition est centrale en philosophie et dans le domaine de la médicalité. L'auteur de *La patience et l'inquiétude* a recours plusieurs fois à ce néologisme : l'« instantification »

> « La soi-disant diachronie de la psychanalyse n'est donc en fait qu'une « instantification » de l'analysant par l'analyste, alors que la relation inter-humaine pour être véritablement et pleinement éthique doit être plus que relation de conscience à conscience, plus que relation inter-subjective ; elle doit être inter-personnelle et donc diachronique[502]. »

La description de la cure, telle qu'elle est commentée ici, nous semble trop abstraite, ceci à plusieurs titres. Le changement relatif à l'orientation et au destin de nos pulsions est fondamental pour la construction de notre conscience morale. Dans une perspective kantienne, nous sommes dans l'obligation de ne jamais considérer autrui comme un moyen mais toujours comme une fin. Mais nous pouvons tout à la fois concevoir l'origine *et* le destin des pulsions :

> « La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés[503]. »

Cette conscience de ses propres limites, cette acceptation de la tension incessante, des enjeux contradictoires de ces deux instances (principe de plaisir/principe de réalité) produisent les conflits intra-psychiques à l'origine des névroses. Le travail de l'analyse favorise une reconnaissance de la vie inconsciente pulsionnelle qui se dévoile essentiellement à travers les rêves et leurs interprétations, la libre association, les lapsus, l'analyse des symptômes, etc. Cette reconnaissance n'est pas une opération d'éradication des pulsions, mais bien une prise en compte, une acceptation des effets qu'elles produisent dans notre vie psychique. Ce travail est inconcevable dans l'instant. La durée est une des conditions *essentielles* de la psychanalyse.

D'autre part, la conceptualisation et l'articulation par Bergson des notions de mémoire, de durée et de conscience, peuvent se rapporter à ce qui est en jeu dans l'analyse et dans la conscience de l'analyste :

> « la conscience y apparaît par principe comme rapport à soi. Ce rapport n'est jamais une simple *identité* : je ne sais jamais tout ce que je suis, et ma conscience manque à son propre contenu[504]. »

---

[502]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit.*, p. 71.
[503]. Laplanche et Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, *op. cit.*, p. 465.
[504]. Frédéric Worms, *Bergson et les neurosciences*, *op. cit.*, p. 107.

Cette marque du manque, de l'écart entre le savoir et l'existence, ce raté permanent qui m'empêche de saisir l'être dans sa totalité, garantit la liberté de l'analysant au-delà des mouvements transférentiels et contre-transférentiels qui animent les protagonistes. Cette reconnaissance de la liberté irrévocable de l'analysant est la condition première, fondatrice du travail avec un analyste. Cette liberté ne pourra jamais être saisie ni réduite par le désir de l'analyste. Celui-ci doit précisément se placer dans l'ouverture à l'autre, non pas en tant que cet autre viendrait combler son inachèvement ontologique, mais parce que son incomplétude reconnue et acceptée par lui comme marque de son humanité, constitue le fondement à l'accueil du tout autre.

Ceci ne signifie aucunement que cet accueil soit aisé et sans difficulté. Le psychanalyste, investi en tant que « sujet supposé savoir », doit amener l'analysant à se déprendre de cette illusion nécessaire en tant qu'elle doit être déconstruite. Il n'est pas innocent que le terme « travail », et nous avons déjà mentionné sa proximité sémantique avec le vocabulaire de la parturition qui renvoie à la maïeutique socratique, soit reconnu comme représentant symbolique des processus mis en œuvre dans la cure analytique… C'est dire si le cheminement est long et parfois douloureux. Si le temps de l'analyse n'était qu' « instantification », car :

> « L'analysant peut dire ce qu'il pense (ou bien exprimer ses affects présents et passés), il peut penser ce qu'il a dit ou pensé ou vécu, mais il ne peut le penser et l'exprimer que dans l'instant. La cure analytique encourrait le même reproche, concernant sa relation avec le temps, que celui que l'on pouvait faire à la visée phénoménologique (cf. supra) : le récit du passé n'est, en quelque sorte, qu'une "instantification" par le patient lui-même. Car toute conscience est une conscience dans l'instant[505] »,

alors, les concepts de conscience et de durée, tels que Bergson les analyse, seraient invalidés. Les thèses bergsoniennes au sujet de la conscience, du temps et de la mémoire développées dans l'ensemble de son œuvre, sont vérifiées par la pratique clinique. Nous constatons dans cette approche que la conscience s'épanouit dans la durée, dont le fondement est la mémoire qui pénètre continûment le temps présent :

> « le fond même de notre existence consciente est mémoire, c'est-à-dire prolongation du passé dans le présent, c'est-à-dire durée agissante et irréversible[506]. »

---

[505]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit.*, p. 66.
[506]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, p. 16.

C'est bien cette intrication étroite entre ces trois concepts : durée, conscience et mémoire qui permet tout accompagnement d'inspiration analytique. Sans nier leur intérêt thérapeutique, nous mettons de côté les techniques ayant recours à l'hypnose et pour lesquelles la conscience est mise entre parenthèses.

Pourquoi ne pas attribuer à toutes les situations dans lesquelles intervient l'évocation des souvenirs ce reproche d'« instantification » adressé à la cure analytique ? En effet, cette critique peut s'appliquer à toute situation qui prend en considération les effets de la continuité de notre passé dans le présent, effets rendus concrets dans l'acte de parole. Mais nous ne parlons qu'au présent, et toute parole s'appuie sur une durée, comme la musique qui ne se conçoit que dans le temps, autant reprocher à la cure analytique de produire une présentification du passé, ce qui n'est autre qu'un des principes fondateurs de la psychanalyse.

Si nous admettons qu'il y a toujours un hiatus entre celui ou celle qui parle *aujourd'hui* à propos de celui ou celle qu'il a été *hier*, nous sommes dans l'obligation de considérer la temporalité déployée dans la durée comme absolument nécessaire pour penser ce hiatus et proposer une ouverture du présent dans le passé. Nous pensons et nous parlons toujours au présent, même si nous parlons du passé ou du futur, et c'est bien la durée qui nous permet de lier nos pensées et nos paroles.

> « Au-dedans de moi, un processus d'organisation ou de pénétration mutuelle des faits de conscience se poursuit, qui constitue la durée vraie[507]. »

La durée comprise comme liaison, permet de donner un sens à nos paroles et à nos pensées qui ne seraient que du bruit, des signaux non articulés, vides et dénués de sens si nous vivions dans un temps composé uniquement d'une succession d'instants dissociés et sécables les uns des autres. Entérinant magistralement l'incompatibilité du temps de la physique (celui de la science), avec le temps de l'expérience subjective, Bergson a construit sa philosophie du temps en démontrant l'indissociabilité de la conscience et de la mémoire, considérant la conscience elle-même comme consubstantielle à la durée :

> « Il n'est pas douteux que notre conscience se sente durer ni que notre perception fasse partie de notre conscience, ni qu'il entre quelque chose de notre corps et de la matière qui nous environne, dans notre perception : ainsi notre durée et une certaine participation sentie, vécue, de notre entourage matériel à cette durée intérieure sont des faits d'expérience[508]. »

---

[507]. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, *op. cit.,* p. 80.
[508]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op. cit*., p. 43.

Parce que nous sommes constitués par et dans la durée, nous éprouvons une continuité de notre vie psychique, laquelle est en perpétuel devenir, nous ne sommes jamais ni arrivés ni achevés en quelque sorte. Cette « évolution créatrice », ce processus de maturation et d'invention permanente, caractérisent la vie de chaque individu. Bergson assimile la vie psychique à celle de l'esprit, il insiste sur l'impossibilité de tracer « une ligne de démarcation entre le passé et le présent, ni par conséquent, entre la mémoire et la conscience[509] ».

Précurseur d'une approche philosophique issue des travaux inspirés par les premières recherches neuro-anatomiques qui tentaient d'attribuer des fonctionnalités à des localisations cérébrales, en étudiant les conséquences des lésions sur les performances (travaux initiés par Jean-Martin Charcot et Pierre Marie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière), Bergson s'inscrivait dans le courant spiritualiste. Il n'a cessé d'approfondir sa réflexion philosophique sur les relations intrinsèques entre ces trois conditions de la vie : durée, conscience et mémoire. Combattant l'idée d'une représentation spatiale du temps, il a démontré l'irréductibilité de ces deux éprouvés psychiques, mémoire et conscience, à une cause et une localisation matérielles strictes. Selon lui, la conscience ne saurait être assimilable à un simple phénomène imputable à l'activité cérébrale. De plus, elle ne peut être réduite à une dimension temporelle immédiate qui la priverait de la durée. La conscience, en tant que création continuée, est liée à la mémoire en constante (re)création. La conscience est donc inconcevable en tant que phénomène qui se développerait dans l'instant :

> « Comment ne pas voir que la vie procède ici comme la conscience en général, comme la mémoire ? Nous traînons derrière nous, sans nous en apercevoir, la totalité de notre passé ; mais notre mémoire ne verse dans le présent que les deux ou trois souvenirs qui complèteront par quelque côté notre situation actuelle[510]. »

Si, comme Michel Geoffroy l'affirme, « toute conscience est une conscience dans l'instant[511] », cette assertion réduit la conscience à l'instantané d'une épreuve photographique. Or le concept de durée chez Bergson s'apparente à celui du *cogito* chez Descartes, nous avons conscience d'« être » parce que nous pensons et parce que nous durons. La durée est la condition de la pensée, et l'intuition,

---

[509]. Henri Bergson, *L'énergie spirituelle*, *op. cit.*, p. 56.
[510]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.,* p. 168.
[511]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *op. cit*., p. 66.

sorte d'éclair ou d'éblouissement dans l'acte de pensée, ne pourrait advenir sans l'accumulation progressive d'une connaissance et d'un savoir à l'œuvre dans notre esprit, parfois sur un mode incident, mais qui surgit au moment opportun. D'après le *Vocabulaire Européen des Philosophies*[512],

> « Intuition provient du lat. *intuitio* qui désigne, dans la traduction que Chalcidius propose du *Timée* de Platon, l'image réfléchie dans un miroir. Le terme dérive du verbe *intueri* qui signifie "voir, porter ses regards" (*tueri* signifie "voir" et "garder, protéger") avec une connotation intensive— attentivement fixement admirativement immédiatement d'un seul coup—, et s'applique aussi bien à la vue au sens propre, celle des yeux du corps, qu'à la vue métaphorique par les yeux de l'âme. L'intuition est ainsi la vision directe d'un donné qui se présente immédiatement comme réel ou comme vrai, conjuguant dans la modernité une source cartésienne (clarté et évidence) et une source kantienne (objectivité de l'objet). »

Pour Bergson, l'intuition ne s'oppose pas à la durée, elle la présuppose pour la transcender dans une fulgurance qui jaillit sur un fonds d'expériences patiemment mémorisées en une mosaïque (pour reprendre la judicieuse métaphore de Georges Chapouthier à propos de la mémoire) de significations apparemment disjointes et qui s'organisent dans un réseau complexe de significations.

Ceci n'exclut pas des zones obscures, méconnues, nous ne nous connaîtrons jamais en totalité. Si tel était le cas, cela reviendrait à affirmer que nous connaissons nos réactions et que nous pouvons anticiper avec certitude sur notre façon de nous adapter à un nouvel environnement, à un événement insolite et ceci quel que soit le contexte. Si nous ne remettions pas en cause cette hypothèse d'une connaissance absolue de nous-même, nous devrions sacrifier l'idée de liberté et accepter le déterminisme et le destin comme moteurs de notre vie. En effet, une connaissance ou une prescience intégrale de nous-même inclurait une maîtrise du futur. Dès lors, le temps et l'ouverture à l'avenir qu'il induit, seraient abolis. Cette conception totalitaire qui assimile le savoir à la volonté de maîtriser l'humain, y compris le futur de l'homme et du monde, conduit à la construction utopique de créatures programmées, déterminées et donc serviles, sortes de pantins sans âme évoluant dans un univers codifié et rigide. De nombreux films et livres de science-fiction (*Bienvenue à Gattaca*[513], *Le meilleur des mondes*[514] etc.) mettent en scène cette tentation prométhéenne de dégager l'homme de sa condition temporelle et de ramener son existence à une suite d'instants prévisibles

---

[512]. *Vocabulaire Européen des Philosophies*, Dictionnaire des intraduisibles, sous la direction de Barbara Cassin, Paris, Seuil, Le Robert, 2004. p. 619.
[513]. Andrew Niccol, *Bienvenue à Gattaca*, film américain, sorti en 1997.
[514]. Aldous Huxley, *Le meilleur des mondes,* Paris, Plon, coll. « Pocket », 1999.

et interchangeables. Considérant l'évolution de la vie, Bergson a démontré comment les théories finaliste et mécaniciste étaient incompatibles avec la création continuée, le changement, les modifications qui sont à l'œuvre dans le mouvement général de la vie.

> « Mais, s'il n'y a rien d'imprévu, point d'invention ni de création dans l'univers, le temps devient encore inutile[515]. »

La conscience « instantifiée », exclut ainsi la durée. Cette approche s'oppose à celle de Bergson pour qui :

> « La conscience comme effort et comme volonté est esprit, lorsque l'action et la perception se soutiennent grâce à elle des différents plans de la réflexion et de l'histoire d'une personne singulière[516]. »

C'est bien la permanence du passé toujours réactualisé à la lumière du présent qui rend impossible la réalisation de la *tabula rasa*. Les effets du passé sont toujours recréés dans notre conscience, et continuent à œuvrer « de l'intérieur ». Considérer le passé en tant que « dépassé » ou aboli, c'est adopter une perspective géométrique et linéaire du temps qui le ramène à une flèche orientée. Or, et nous en faisons l'expérience concrète *et* intime tous les jours, ce qui semble oublié reste latent et peut resurgir sans raison apparente. Dans l'avant-propos à ces *Mémoires*, Chateaubriand n'écrit-il pas ? :

> « Ma jeunesse pénétrant dans ma vieillesse, la gravité de mes années d'expérience attristant mes années légères, les rayons de mon soleil, depuis son aurore jusqu'à son couchant, se croisant et se confondant, ont produit dans mes récits une sorte de confusion, ou, si l'on veut, une sorte d'unité indéfinissable ; mon berceau a de ma tombe, ma tombe a de mon berceau : mes souffrances deviennent des plaisirs, mes plaisirs des douleurs, et je ne sais plus, en achevant de lire ces Mémoires, s'ils sont d'une tête brune ou chenue[517]. »

Comment décrire avec plus de subtilité la communion du passé et du présent à l'œuvre dans le souvenir ? C'est bien la durée qui étaie la complexité des processus qui président à la constitution de notre personne ancrée dans le passé et, dans un même mouvement, tendue vers l'avenir. Nous sommes simultanément habités, agis, par nos souvenirs qui eux-mêmes évoluent, se modifient au cours de toutes nos expériences heureuses ou malheureuses. « Confusion » ou « unité indéfinissable », c'est bien cette interrogation qui ouvre sur la dialectique passé/avenir, dont le présent serait tout à la fois l'articulation et le moteur, la cause efficiente. La question doit rester posée car y répondre reviendrait à

---

[515]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op.c it.*, p. 39.
[516]. Frédéric Worms, *Bergson et les neurosciences*, *op. cit.*, p. 105.
[517]. Chateaubriand, *Mémoires d'outre-tombe*, Tome 1, Le livre de Poche, 1973, pp. 36-37.

nouveau à matérialiser notre temps vécu, à le solidifier ou le fossiliser, et croyant nous comprendre, nous enfermerions notre histoire dans une mise à plat froide, compartimentée et désaffectée. C'est une des fonctions de l'analyse que d'accueillir, dans la parole, ce maillage intime du passé affleurant dans notre présent. Ainsi, le temps de l'analyse se déploie dans une durée qui ne peut être constituée d'une suite d'instants. Le manque de logique apparente dans le cours des associations et des évocations est d'ailleurs ce qui va alerter la vigilance de l'analyste qui ne croit pas au pur effet du hasard.

C'est bien parce que nous durons, et le cogito cartésien devient en quelque sorte « je dure donc je suis » chez Bergson, que nous sommes portés par le passé et projetés dans l'avenir. Cette durée, que Bergson ne cessera tout au long de son œuvre d'associer à la mémoire, est :

> « une mémoire intérieure au changement lui-même, mémoire qui prolonge l'avant dans l'après et les empêche d'être de purs instantanés apparaissant et disparaissant dans un présent qui renaîtrait sans cesse[518] . »

Si nous partageons l'idée bergsonienne de la correspondance réciproque entre durée et mémoire, nous sommes amenée à réfuter l'acte de parole comme un pur instant physique.

« Au commencement était le Verbe[519] », telle est la première phrase du Prologue de l'Évangile selon Saint Jean, suivie plus loin par : « et le Verbe s'est fait chair[520] ». Ces versets de saint Jean condensent toute la question de l'unité psychosomatique de l'homme et Aristote prendra ses distances vis-à-vis de la thèse dualiste de Platon. Cette préséance de la parole, son antériorité par rapport à l'incarnation sont d'une certaine façon « récupérées » par les linguistes et les psychanalystes qui reconnaissent, à l'échelle de l'individu, l'antériorité de la parole sur la naissance de l'homme. L'homme vient au monde dans un environnement déjà parlé, habité par le langage. Considérer que le monde du langage précède et accueille chaque petit d'homme permet de déplacer et de dépasser le dualisme psyché/soma. C'est bien dans la lignée de Pascal-Henri Keller que nous nous plaçons lorsque nous interrogeons notre pratique clinique

---

[518]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op. cit.*, p. 41.
[519]. Jean, 1 verset 1, *La Bible de Jérusalem*, *op. cit.*, p. 1595.
[520]. *Id.*, Jean, 1, verset 14, p. 1595.

caractérisée par « l'aventure langagière dans laquelle l'homme s'est lancé, corps et âme[521] ».

Un autre psychanalyste intéressé par l'éclairage des neurosciences tient des propos comparables et rejette la séparation de l'âme et du corps au profit d'une autre séparation :

> « Certes, il existe un clivage entre le sujet et l'organisme auquel il s'appareille, non par le biais de l'âme, mais grâce à la matérialité du langage : la parole est en quelque sorte « clivée au corps » et l'organisme en garde la mémoire, par exemple sous la forme du symptôme[522]. »

Le matérialisme soutient une thèse inverse où la primauté du matériel, de l'organique, l'emporte sur l'incarnation. Selon cette thèse, le langage devient un avatar, une production du matériel. Selon ce même courant de pensée, être amoureux est la conséquence d'une sécrétion chimique. La langue allemande distingue le *Leib* du *Körper* et rend ainsi compte de la distinction fondamentale entre le corps et la chair. Renvoyant étymologiquement à leben (vivre), le *Leib* est le corps vécu, vivant, celui que les phénoménologues nomment chair. Le *Körper* est à rapprocher des corps du monde physique en général. Cette différence est essentielle, le corps vivant c'est celui qui est animé de *et* par la parole, et traversé par l'élan vital. Pour les enfants, des vieux déments, toutes les personnes privées de la parole, accidentellement ou par manque de maturité, ce sont les autres (parents, famille, amis, soignants etc.) qui initient et continuent à assurer l'immersion dans le monde du langage.

Certes, cette référence théologique ne constitue pas une preuve rationnelle de la primauté du discours sur la matière mais, en tant qu'elle est constitutive d'un texte fondateur de la civilisation occidentale, il est impossible de ne pas réfléchir sur la portée de ce texte dans notre culture et notre histoire. Que nous soyons croyants, agnostiques ou athées, nous sommes imprégnés par cette conception du langage. Considérer la création du monde comme une œuvre du Logos qui nomme et en nommant donne vie, nous conduit, par analogie, à considérer la parole au cours de l'analyse, comme le médiateur qui peut (re)donner une vie *spirituelle* en attribuant un sens à des événements passés. Au cours de l'analyse, le verbe peut en quelque sorte se re-faire chair puisque le discours est ré-affectivé.

---

[521]. Pascal-Henri Keller, Le dialogue du corps et de l'esprit, *op. cit.,* p. 23.
[522]. Gérard Pommier, *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Paris, Flammarion, 2004, p. 11.

Nous sommes dans un processus qui convoque le langage sous les auspices d'une rencontre, que l'on nomme transfert.

Parce que la parole est un acte qui engage et qui expose tout autant celui qui parle que celui qui écoute, parce que l'écoute « passive » du psychanalyste est un mythe dont la fonction est d'enfermer la posture du clinicien dans un rôle d'incapable, d'inactif, voire de charlatan, parce qu'il n'y a pas de parole sans risque de malentendu, enfin parce qu'il faut du temps pour s'apprivoiser, s'entendre, se comprendre, la psychanalyse requiert du temps et un espace (cadre matériel). La parole est *pharmakon*, le mot rate toujours le réel mais cette division intrinsèque au langage permet aussi le dialogue, l'échange et le travail de liaison. C'est ce décalage, cette impossibilité à enfermer le réel dans le monde (symbolique) des mots qui ouvre le champ à l'imaginaire. La médiation par le langage ouvre à l'altérité puisque l'écart entre le signifiant et le signifié renvoie à la différence fondatrice, à la dissociation du réel et du symbolique. C'est cette différence que Levinas conçoit avec radicalité quand il évoque l'altérité du tout autre. Le langage, en évitant l'écueil de la fusion, ne peut ramener le temps de l'analyse à un « pseudo-temps qui ressemble fort à de l'instant[523] », il permet tout au contraire de lier les différents temps de la cure, de les rassembler dans un réseau signifiant, sans pour autant les rendre homogènes et équivalents.

Passant de la notion de « pseudo-temps » à celle de « néo-temps », l'auteur poursuit sa critique visant à annihiler l'œuvre du temps dans l'accompagnement des patients :

> « le regard psychanalytique (alors même que l'objet de son étude, l'analysant, est sujet d'une histoire, donc doté *a priori* d'une temporalité), en ce qu'il ne peut non plus se départir entièrement de la relation de connaissance d'un objet par un sujet, pouvait être placé sous la contrainte de l'instantification : le temps de la séance est un néo-temps, quasiment un instant, et le temps dont l'analyse fait l'archéologie est un pseudo-temps, un passé projeté dans le quasi-instant de la réminiscence[524]. »

Plusieurs points cruciaux sont à reprendre si nous voulons, non pas nous placer dans la polémique, mais tenter de restaurer la nécessité fondamentale et fondatrice de l'œuvre du temps dans la psychanalyse. Il est bien évident que ce n'est pas l'approche psychanalytique qui confère une temporalité qui existe *a priori* pour tout homme. Pas plus que cette approche ne confère la dignité à l'analysant qui,

---

[523]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit.*, p. 114.
[524]. *Id.*, p. 98

en tant que personne, est intrinsèque à tout homme et ne saurait en aucun cas être distribuée en fonction du mérite, d'une valeur, d'un statut social ou d'un quelconque attribut. Nul homme ne peut s'arroger le droit de donner ou de retirer la dignité de son prochain. Considérer le temps de la séance comme un « néo-temps », c'est refuser d'admettre qu'il existe un rythme inhérent à l'écoulement du temps à l'intérieur de la séance.

De plus, le temps, la durée entre les séances offrent une temporalité faite de ruptures, si nous réduisons la rencontre dans sa forme matérielle (Monsieur ou Madame X a rendez-vous avec Madame ou Monsieur Y), mais cette succession de rencontres, qui n'est pas la somme de la totalité des séances, est fondée par l'imaginaire qui préside à toute relation authentique, et qui dépasse la cause efficiente de sa possibilité matérielle. Ces temporalités (celle intrinsèque à chaque séance et celle de la durée de l'analyse dans son ensemble) sont indispensables au travail psychique mis en œuvre au cours de l'analyse. À la façon dont l'artiste déploie son travail dans le temps, le travail de l'analyse ne peut se concevoir que si :

> « La durée de son travail fait partie intégrante de son travail. La contracter ou la dilater serait modifier à la fois l'évolution psychologique qui la remplit et l'invention qui en est le terme[525]. »

Or, chaque nouvelle rencontre est une invention, débute par une première fois, une surprise, un étonnement réciproque, mais non symétrique, de l'un par l'autre. Toute rencontre s'inaugure par une découverte partagée et se déploie dans une temporalité commune mais non équivalente. Comme dans toutes les rencontres importantes, celles précisément qui nous font ressentir qu'il y a un avant et un après dans le processus continué de notre vie, celles qui modifient la quotidienneté de nos préoccupations, ce n'est pas tant le temps matériel que l'éprouvé du temps psychique vécu au plus profond de notre être qui compte. Dirions-nous de deux amants (et le film *In the mood for love*[526] évoque à merveille l'intensité de ce type de relation amoureuse) ou de deux amis, tels Montaigne et La Boétie, qui se rencontrent peu, qu'ils ne vivent que des instants ? Ce serait rabattre le temps de la relation à sa composante spatialisée, sécable en

---

[525]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, p. 340.
[526]. Wong Kar-Wai, *In the mood for love*, film hong-kongais, sorti en France le 8 Novembre 2000, produit par Block 2 Picture et Paradis Film, distribué par Océan Film.

différents morceaux ou tranches. Nous pensons plutôt que certains amis ou amants parviennent à vivre les moments de « vraies » rencontres grâce au fil rouge de l'imaginaire. Ce fil, ressenti consciemment ou non, les relie l'un à l'autre et permet à la relation de dépasser le cadre des rencontres « matérielles ». La présence à l'autre n'est pas subordonnée à ce que nous appelons « être en présence de.. ». Ce fil est lui-même enlacé dans le réseau des souvenirs partagés et permet l'attente, car seule l'attente instaure la possibilité d'une durée dans la relation.

La fusion, prônée à tort comme le modèle de la relation amoureuse, annihile l'autre qu'elle réduit au même que moi. C'est bien la tâche périlleuse de l'éducation que d'indiquer peu à peu le chemin accidenté de l'autonomie et de permettre une certaine forme de détachement vis-à-vis des parents. L'enfant pourra à son tour s'engager dans d'autres relations. Dans l'épreuve de la séparation, nous éprouvons la radicale différence de celui ou celle que nous aimons, cependant la séparation n'est pas la rupture. Elle est, bien au contraire, la condition de la permanence de la relation sur un mode intériorisé.

Or, ne plus imaginer l'autre, ne plus être en attente de l'autre, c'est-à-dire ne plus y penser dans le temps de l'à-venir, c'est remplacer l'incertitude par l'illusion confortable de la possession, le confort de l'habitude. Ne plus imaginer l'être cher, c'est ne plus l'aimer dans sa différence et son irréductibilité à nos projets mais en faire la condition de « mon » projet. La fin de l'attente et du manque de l'autre, c'est la fin de la relation amoureuse, quand l'identique succède à l'identique et que la répétition prend le pas sur l'invention. Les grands mystiques ont su nous faire ressentir la place primordiale de l'attente, et donc de la durée, dans l'amour divin.

Quand le devoir remplace le désir, le respect des conventions et des contrats oblitère le moment éthique qui est fondamentalement la mise en acte d'un choix libre et autonome. Nous savons tous qu'il ne suffit pas de respecter correctement les préceptes de telle ou telle religion pour être mystique ou croyant. De la même façon, l'engagement spirituel et moral (auprès de l'être aimé, d'un ami ou de Dieu) ne se limite pas au respect des conventions.

Quant au registre de la temporalité, que Michel Geoffroy associe à l'histoire dont l'analysant est le sujet, peut-être est-il nécessaire d'y revenir. L'histoire du

sujet n'est pas celle de son analyse. À la façon des poupées russes, notre existence est constituée de plusieurs histoires qui coïncident plus ou moins harmonieusement, et les contours poreux de ces différentes boites laissent passer tout un réseau de liaisons et de correspondances. En revanche, c'est bien parce que l'analyste considère l'analysant comme un sujet qui cherche à se connaître lui-même et non comme un objet que lui, l'analyste, viserait à connaître, que la rencontre entre les deux protagonistes en cours d'analyse ne peut se réduire à une « instantification ». Parce que l'analyste et l'analysant sont eux-mêmes inscrits et acteurs dans des histoires de vie mouvantes et non figées, la connaissance au sens de captation d'un savoir définitif et clos de l'analyste sur l'analysant, est non seulement un leurre mais elle n'a jamais été le projet de la méthode analytique. Si nous reprenons l'analogie entre la maïeutique socratique et la psychanalyse, la connaissance que le sujet acquiert sur lui-même s'élabore grâce à l'intermédiaire de l'analyste qui est en quelque sorte le passeur, l'accoucheur d'un savoir que seul le sujet détient. L'analyste ne révèle rien d'*autre* que la vérité du sujet, et c'est le terme *autre* qui signifie que ce n'est pas rien…

Cette connaissance n'est pas réductible à un savoir absolu, totalisant, qui serait livré en cours d'analyse et dont le dévoilement réduirait l'analysant à un livre dont il suffit de feuilleter les pages afin de percer les mystères de son âme. Mais ce préjugé tenace illustre ce fantasme récurrent chez certains détracteurs de la psychanalyse qui assimilent le « psy » à une espèce de sorcier doté de pouvoirs magiques et susceptible de découvrir la vérité cachée au sein de chacun d'entre nous. Ce préjugé fait sans doute écho à la crainte de la perte de l'exercice de la liberté qui reste notre droit le plus inviolable, celui de penser. Or c'est bien la perte de ce droit absolu, la liberté de pensée, qui est menacé dans les sectes. Par un endoctrinement et une manipulation, les techniques de persuasion pratiquées dans les sectes aboutissent à l'aliénation de leurs adeptes qui ne parlent plus en leur nom propre mais deviennent la voix de leur gourou. C'est précisément le but inverse qui est assigné à l'analyse, celui de permettre à l'analysant de parler à la première personne, que son « moi » devienne un « je », sans toutefois nier l'extrême difficulté de parvenir à un tel résultat, et sans ignorer l'impossibilité de nous connaître totalement, car cela reviendrait à considérer que nous sommes achevés, et non en voie d'évolution permanente.

En effet, l'analyse peut nous aider à démêler les différentes voix qui parlent en nous (nous avons tous intégré des interdits parentaux, sociaux, qui nous permettent parfois l'économie d'une pensée vraie). Le travail proposé par l'analyse n'est pas de nous libérer de tous ces interdits, qui ont une fonction fondatrice dans la structure de toute société, mais de reconnaître leurs traces, leurs marques, et de savoir nous en dégager au moment opportun. À moins de vivre dans une société close telle qu'elle est conçue par Bergson[527], fondée sur le principe de répétition et de l'obéissance à des lois immuables, nous ne pouvons être strictement déterminés par les interdits parentaux, culturels, sociaux, etc.

Comme le rappelait Jacques Nanéma au cours d'une conversation au sujet de la pratique de l'excision au Burkina-Faso : « le respect dû aux parents (certains envoient leurs fillettes en « vacances » chez les grands-parents, l'objectif de ces vacances, objectif non révélé aux enfants, étant de faire pratiquer l'excision par la grand-mère) consiste à s'opposer parfois à leur volonté quand un intérêt supérieur l'exige.[528] » Le respect ne saurait se confondre avec une obéissance aveugle, servile ou un mimétisme confortable pour un exercice minimal de l'autonomie, mais, tout au contraire, il autorise et rend nécessaire la pratique de la liberté. Le respect que l'esclave a de lui-même, à condition qu'il ne soit pas trop laminé par les violences et les contraintes qu'il subit, est ce qui permet sa révolte et ce qui lui fait dire : « "les choses ont trop duré", "jusque-là oui, au-delà non", et encore, "il y a une limite que vous ne dépasserez pas". En somme, ce non affirme l'existence d'une frontière[529] ».

Le travail de l'analyse, à la manière de Socrate qui éduque Théétète, grâce au dialogue, est la délivrance de ce dont son « âme est grosse[530] ». Il permet d'accompagner l'analysant dans cette rencontre intime avec lui-même. Le seul vrai savoir de l'analyste est qu'il ne sait rien, *a priori*, de l'analysant, et que seul ce dernier pourra peu à peu démêler l'écheveau des significations multiples dans ses paroles, afin d'accepter la reconnaissance de son incomplétude.

Cette acceptation de notre inachèvement fondamental (et fondateur de notre condition d'existence) ouvre la voie à l'exercice de la liberté et au désir. L'illusion

---

[527]. Henri Bergson, *Les deux sources de la morale et de la religion*, *op. cit.*
[528]. Entretien avec Jacques Nanéma, Professeur de philosophie, Ouagadougou le 27 octobre 2007.
[529]. Albert Camus, *L'homme révolté*, Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1995, p. 27.
[530]. Platon, *Théétète*, *op. cit.,* p. 72, 150 e-151d.

de l'analysant livré tout nu et sans défense au regard objectivant de l'analyste relève plus du fantasme que de la réalité. C'est bien parce que nous ne cessons d'être surpris, déroutés, dérangés ou simplement étonnés par certains de nos comportements, de nos réactions apparemment déraisonnables qui viennent perturber le cours paisible de notre vie, que nous rêvons parfois d'une mère ou d'un père, figure divine, tout-puisssant(e) qui sachant tout de nous, saurait nous protéger de nos désirs. Si l'analyse nous apprend une seule chose, mais combien précieuse, c'est que le désir ne saurait jamais être satisfait, seuls nos besoins le sont. Les animaux le savent bien et s'en contentent.

À la façon dont Socrate se déclare « stérile en matière de sagesse[531] », l'analyste est stérile, au sens où il ne détient pas un savoir préétabli relatif à une connaissance qu'il aurait de l'« objet-analysant ». Grâce à sa pratique de l'écoute et du langage, il peut aider l'analysant à re-connaître une forme de savoir sur lui-même. Comment ce travail, *laborieux* par essence, pourrait-il s'accomplir dans une « instantification » ? Ce « néo-temps » est irréductible à l'instant. L'instant est une construction virtuelle, artificielle qui ne peut se comprendre comme un moment du temps puisqu'il est conçu comme une donnée géométrique, un point sur une ligne dira Bergson : « toute durée est épaisse, le temps réel n'a pas d'instants[532] ».

Le terme « néo-temps[533] » comparé aussitôt à « quasiment un instant[534] » nous paraît donc paradoxal. Le temps de la séance peut effectivement évoquer un « néo-temps » au sens étymologique d'un temps nouveau, celui d'une nouvelle élaboration advenue dans le moment du présent de la séance en référence à une scène antérieure. Cette nouvelle élaboration livrera une compréhension originale, en quelque sorte recomposée, réinventée à partir d'éléments récents. C'est cette pénétration du présent dans le passé qui peut éclairer, conférer un nouveau sens, ou un sens revisité à la faveur d'une relecture dynamique par le langage qui, nous ne le rappellerons jamais assez, est tout à la fois parole et raison.

---

[531]. *Id.*, p. 71, 150a-150e
[532]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op .cit.*, p. 51.
[533]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit.*, p. 98
[534]. *Id.*, p. 98.

Le temps de la réminiscence, un temps de la skholé ?

Quant au « passé projeté dans le quasi-instant de la réminiscence[535] », cette formule dénie à nouveau l'œuvre du temps dans l'analyse sans expliquer comment la projection du passé peut s'effectuer de façon instantanée. Par le choix du mot « réminiscence », nous sommes ramenés la théorie platonicienne. Pour Platon, et avant lui les Pythagoriciens et tous les Grecs anciens qui pratiquaient le culte de l'orphisme, la réminiscence est associée conjointement à l'immortalité de l'âme et à l'existence des vérités et des Idées éternelles. La réminiscence consiste à se ressouvenir de ce que nous connaissons déjà sans le savoir, c'est l'opération mentale qui permet de répondre à la question que Ménon pose à Socrate :

> « Mais comment peux-tu dire que nous n'apprenons pas, mais que ce que nous appelons apprendre est réminiscence ? Peux-tu m'enseigner qu'il en est bien ainsi ?[536] »

Que pourrions-nous connaître déjà sans le savoir, c'est-à-dire sans le savoir consciemment mais que nous pourrions re-découvrir grâce au dialogue ? Que nous considérions la croyance héritée de l'orphisme, c'est-à-dire dans la croyance en la réincarnation de l'âme qui connaît les vérités éternelles, mais les oublie à chaque cycle de réincarnation, ou que nous considérions la réminiscence dans le contexte de la pratique analytique, ce (se) re-souvenir, une fois encore, n'est pas livré « en kit » dans un instant.

En comparant, d'une part, le système socratique qui pose les vérités comme éternelles, vérités que l'âme doit redécouvrir et, d'autre part, la vérité d'un sujet qui peut se révéler dans le cadre de l'analyse, nous dégageons une analogie qui pose l'épineuse question de l'essence de la vérité. Éternelle et universelle dans le cas de la connaissance à laquelle peut accéder le sujet socratique, personnelle et relative dans le cas du sujet de l'analyse, ces vérités partagent cependant des points communs : elles permettent d'éclairer la vie et d'orienter les choix de chacun en dépassant le carcan confortable des opinions et des préjugés.

Revenons brièvement sur la démonstration de Socrate. Afin de prouver que chacun d'entre nous retrouve les vérités éternelles que l'âme, en se réincarnant, avait oubliées, et voulant convaincre son ami Ménon que cette connaissance

---

535. *Ibid.*, p. 98.
536. Platon, *Le Ménon*, Nathan, Paris, 1991, p. 50, 81d-82c.

ignorée peut être redécouverte grâce à la patience et la pédagogie d'un passeur, Socrate demande à un esclave qui parle le grec (« il est né dans ma maison[537] » affirme Ménon) de bien vouloir être interrogé. Ce partage d'une langue commune est fondamental, l'appartenance au même Logos garantit la possibilité d'accéder à un savoir. Dans le cadre du *Ménon*, il s'agit de découvrir ce qu'est la vertu, et Socrate démontre que ce savoir est indépendant de la position sociale des interlocuteurs, l'essentiel réside dans la capacité à pouvoir dialoguer. Pour re-découvrir ce savoir, nous devons faire l'effort de nous ressouvenir, rechercher en nous-mêmes, et suivre la bonne méthode, c'est à dire la maïeutique appliquée au dialogue. Cela nécessite un interlocuteur rompu à la technique de la dialectique. De question en question, Socrate parviendra à faire re-découvrir à l'esclave la résolution du problème concernant la duplication d'un carré et conclura :

> « ce qu'on ne se trouve pas savoir maintenant, c'est-à-dire ce dont on ne souvient pas, il faut s'efforcer de le chercher et de s'en ressouvenir[538]. »

Il s'agit bien de l'apprentissage d'un savoir acquis antérieurement, et le questionnement progressif élaboré par Socrate afin de guider l'esclave sur le chemin de la reconnaissance, n'est pas soluble dans une « instantification ». Tous les efforts pour circonscrire le temps d'une séance ou celui de l'analyse à une « instantification » ou un « quasi-instant », et les mots choisis pour construire cette argumentation (cristallisation et réminiscence) l'attestent : ce sont des mots qui portent l'empreinte du temps et de la durée au cœur même de leur signifiant. Malgré ses diverses tentatives, l'auteur ne parvient pas à annuler la primauté de la durée dans cette méthode de connaissance, méthode thérapeutique au sens où elle nous ouvre à nous-mêmes, condition primordiale à l'accueil de l'autre. Si nous pouvons, pour des raisons évidentes de commodité de réflexion et de compréhension, étudier séparément différentes étapes ou moments d'un accompagnement psychologique, c'est en considérant l'ensemble du travail que nous sommes dans l'obligation d'avoir recours à la durée. Les différents moments qui composent l'analyse, à la manière dont une symphonie peut se décliner en plusieurs mouvements, sont incompatibles dans l'instant. Un lapsus vaut parfois mieux qu'un long discours.

---

[537]. *Id.*, p. 50, 81d-82c.
[538]. *Ibid.*, p. 56, 86b.

Bergson se passionnait pour la musique, cet art qui s'éprouve dans la durée de l'écoute. L'appréhension et le développement de différents temps, les silences, les pauses, les changements de rythme, la succession des notes, tout cette structure bâtie grâce à une codification rigoureuse, permet de retranscrire une mélodie, mais ne peut se substituer à elle, la mélodie s'éprouve dans la durée :

> « Écoutez la mélodie en fermant les yeux, en ne pensant qu'à elle, en ne juxtaposant plus sur un papier ou sur un clavier imaginaires les notes l'une pour l'autre, qui acceptaient alors de devenir simultanées et renonçaient à leur continuité de fluidité dans le temps pour se congeler dans l'espace : vous retrouverez indivisée, indivisible, la mélodie ou la portion de mélodie que vous aurez replacée dans la durée pure[539]. »

À la façon dont la parole dépasse toujours les règles de grammaire et de syntaxe qui lui sont cependant nécessaires, et ne peut se comprendre ni se réduire à une juxtaposition de mots, une mélodie ne peut s'apprécier uniquement en considérant les éléments qui la composent. C'est ce principe, en jeu dans l'analyse, qui permet d'affirmer qu'elle est bien plus que la somme des séances qui la constituent.

Le « néo-temps » de la séance se déploie dans la rencontre, celui du moment présent partagé, c'est-à-dire la durée de la séance. Chaque séance est reliée aux suivantes et aux précédentes par une trame où le symbolique et l'imaginaire se conjuguent pour redonner un sens aux émotions passées, et cependant toujours actives dans l'espace psychique. Il semblerait que l'insistance pour rabattre la durée de l'analyse sur l'instant, se fasse au détriment du présent de la rencontre :

> « En reconnaissant la nécessité du passé et du présent pour l'être conscient, Bergson n'oublie pas le présent qui est réel, concret, vécu et qui occupe nécessairement une durée[540]. »

Michel Geoffroy évoque également la nécessité pour la science médicale de réduire le temps à l'instant, quand bien même certaines méthodes, telles que l'observation, utilisées par la science médicale tenteraient de « s'approcher de la durée en multipliant les instants d'observation[541] ». Mais nous espérons l'avoir démontré, la durée n'est pas la somme des instants, quand nous évoquons une durée, nous changeons de catégorie, de niveau.

Si nous reprenons les quatre causes aristotéliciennes, la durée serait la cause efficiente de l'accompagnement psychologique et le langage serait la cause formelle. Quoi qu'il en soit, le langage ne peut se déprendre de sa relation avec le

---

[539]. Henri Bergson, *Durée et simultanéité*, *op. cit.*, p. 47.
[540]. Osman E. Chahine, *La durée chez Bergson*, Structures nouvelles, Paris, Huguette Boucher diffusion, 1970, p. 67.
[541]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit.*, p. 98

temps et Kierkegaard, avant Bergson, avait remarqué l'analogie entre la musique et le langage dans leur relation au temps :

> « Le langage a dans le temps son élément ; tous les autres médiums ont l'espace pour élément. Seule la musique se déroule aussi dans le temps[542]. »

Quant à la cause finale, elle tendrait à la réalisation, jamais aboutie, du « connais-toi toi-même » socratique. À cette formule, nous adjoignons volontiers le principe, kantien celui-ci, de ne pas faire d'autrui l'objet réel de notre désir, même s'il y participe de façon symbolique et imaginaire. Nous engageons les lecteurs intéressés à se référer à la thèse d'Isabelle Blondiaux[543] qui reprend de façon détaillée et argumentée le concept de langage et l'analyse de ses différents composants dans les champs de la psychiatrie et de la psychanalyse. Cette lecture devrait les convaincre que la pratique de la psychanalyse ne saurait être identifiée à une technique d'observation…

> « La psychanalyse elle-même, pour laquelle l'histoire du patient est capitale, ne réussit pas, dans la *distensio* de l'âme qu'elle est sensée retrouver au sein de la cure, à reproduire autre chose qu'un pseudo-temps qui ressemble fort à de l'instant[544]. »

Cette affirmation est posée comme un principe, et reste, d'après nous, non démontrée. Comme nous avons tenté de l'expliciter à partir d'exemples cliniques concrets et en référence à la technique psychanalytique, la durée est un des constituants essentiels de la cure analytique en particulier, et de l'accompagnement psychothérapique en général.

Si nous accordons, avec Michel Geoffroy, un intérêt majeur à l'histoire de l'analysant, comment cette histoire trouverait-t-elle une place hors du temps ? Quant à la *distensio* de l'âme, elle nous renvoie à Saint Augustin. Pour Augustin, à la subjectivation et à l'intériorisation du temps par l'esprit, correspond la dilatation de l'âme qui habite ce temps et qui tend à se confondre avec lui :

> « De là il m'est apparu que le temps n'est rien d'autre qu'une distension ; mais de quoi je ne sais. Il serait étonnant que ce ne fût pas de l'esprit lui-même[545]. »

Nous trouvons chez Augustin une adéquation entre les trois modalités du temps, passé, présent et futur, et les opérations de l'esprit auxquelles ces modalités sont

---

[542]. Søren Kierkegaard, *Les stades immédiats de l'éros ou l'éros et la musique*, Collection Bouquins, Robert Laffont, 1993, p.70.
[543]. Isabelle Blondiaux, *Pour une éthique de la parole en psychiatrie*, Doctorat de Philosophie Pratique, *op. cit*.
[544]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit* , p. 114.
[545]. Saint Augustin, *Les Confessions*, *op. cit*., Livre XI, XXVI.33, p. 1051.

rapportées : la mémoire (du passé), l'attention (au présent) et l'attente (du futur). S'agit-il d'une hypostase temporelle réunifiée avec l'âme ou encore d'une identification du temps et de l'âme ? Dès lors, si nous convenons que le temps est pensé, conçu par l'âme, et que l'âme se confond avec l'esprit chez Augustin, cette assimilation âme/temps ou psyché/temps est incompatible avec une réduction du temps de l'analyse à un « pseudo-temps ». Cette assertion réitérée afin de tenter rabattre le temps de l'analyse à une « instantification », ne résiste pas à l'expérience clinique.

Ainsi Mme D., au bout de plusieurs années, redécouvre un secret de famille à l'origine de conflits et de ruptures. Ce secret a laissé des traces sur deux générations. La levée de cet interdit lui a permis de libérer sa parole, rendue prisonnière depuis l'interdiction parentale. En effet, sa mère lui avait défendu de parler d'un épisode tragique relatif à une personne de la famille, épisode qui dès lors devint secret et tabou. Sa mère étant décédée, Mme D. s'est autorisée à évoquer ce drame passé, évitant ainsi que le malaise continue d'imprégner ses relations avec ses propres enfants. Sans la durée de l'accompagnement psychologique et les efforts soutenus de la patiente et du thérapeute, le noyau dur du secret continuerait d'infester la sphère familiale.

Nous l'avons précédemment abordé, le travail mis en œuvre s'apparente aussi à l'intuition telle que la définit Bergson. Critiquant une certaine appréhension de l'intelligence qui exigerait une indépendance, une sortie du temps, Bergson revendique l'inscription de l'intuition dans la durée, « le prolongement ininterrompu du passé dans un présent qui empiète sur l'avenir[546] ». Cette patience, cette volonté quelque peu obstinée qui ne cesse ni ne cède, relève bien de la durée.

Toujours dubitatif quant à la pertinence d'un recours à la psychanalyse, y compris pour les soignants, Michel Geoffroy évoque ensuite l'incapacité du psychanalyste et des groupes de parole qu'il supervise à « recoudre leur temporalité en manteau d'Arlequin bicolore ![547] ». Constatant la difficulté des soignants à conjuguer *tempus* (le temps de leurs malades) et *chronos* (le temps opératoire, le temps du savoir des soignants), l'auteur récuse toute possibilité

---

[546]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant, op. cit* , p. 27.
[547]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *op. cit*., p. 118.

d'aide issue de la psychanalyse. Mais la supervision par un psychanalyste n'a pas pour mission de « recoudre leur temporalité en manteau d'Arlequin bicolore ! » Nous sommes toujours absolument seuls face à la mort de l'autre et évoquer ensemble une souffrance partagée face à l'imminence de la mort d'un proche ne nous renvoie qu'à des vécus et des interrogations personnelles et intimes. Un groupe de parole n'a pas pour fonction de proposer une illusion groupale de type archaïque où chaque membre serait fondu dans un « grand tout ». Le tragique de la mort ne se recoud pas, il n'existe aucune « reprise » possible puisque la mort est bien ce qui déchire irrémédiablement la trame de notre existence. La réparation, ou du moins une forme d'apaisement, consiste à pouvoir oser dire ce scandale de la mort, cette violence du « jamais-plus », cette irréductibilité de mon temps au temps de l'autre. Nul objectif de fusion dans un groupe de parole, nulle annulation des tensions, mais plutôt la possibilité de dire l'effroi et l'angoisse face à l'inconcevable. Quitte à décevoir, les psychanalystes ne détiennent pour tous pouvoirs magiques que ceux que leur prêtent les personnes désireuses de solutions-miracle qui permettraient l'économie d'une réflexion longue et souvent laborieuse.

Dans le registre d'une reconstruction fantasmatique du pouvoir attribué aux « psy », et des méthodes radicales qu'ils sont supposés utiliser, nous retrouvons une critique courante chez de nombreux détracteurs de la psychanalyse :

> « L'analyse du psychisme par le courant psychanalytique obéit à la même loi de dissolution de l'homme par le regard du soignant que celle qui anime la recherche de Claude Bernard ; surtout, elle est sous-tendue par la même "pulsion scopique" qui pousse à tout voir. […] Ce que permet l'appareillage technique […] devient le paradigme de ce que recherche le psychologue qui veut dès lors tout voir, *tout analyser*, [souligné par nous] et pour pouvoir tout analyser, tout découper en unités psychiques homogènes, uni-sémantiques. Pour lui, à l'instar du médecin et du grand Charcot dont la principale préoccupation est de nommer la maladie, le résultat de l'analyse est plus important que la psyché qui en est la matière[548]. »

Tout d'abord, la « pulsion scopique » à laquelle se réfère l'auteur est effectivement à l'œuvre mais, et la différence est d'importance, de façon sublimée comme dans tous les domaines de la connaissance. La pulsion scopique n'est pas l'apanage ni la pulsion privée des psychanalystes, sans ce désir de savoir, de comprendre, de connaître, nous resterions enfermés dans des systèmes de savoirs clos et immobiles. Ce dépassement ou plutôt cette transformation de la pulsion scopique, qui transforme le désir de voir en désir de connaître, anime, au sens de

[548] *Id.*, p. 125.

donner un mouvement, toutes les activités de recherche. Aristote nous le rappelle dès le début de sa *Métaphysique* :

> « L'homme a naturellement la passion de connaître, et la preuve que ce penchant existe en nous tous, c'est le plaisir que nous prenons aux perceptions des sens. Indépendamment de toute utilité spéciale, nous aimons ces perceptions pour elles-mêmes[549]. »

Si Aristote admet une prédilection pour la vue, il s'empresse de lui attribuer une importance limitée à la saisie immédiate des informations. Mais dans le domaine de la connaissance, qui requiert mémoire et expérience, Aristote fait appel à l'art. Lui seul permet d'acquérir la sagesse, la philosophie qui « a pour objet les causes et les principes des choses[550] ». Cette connaissance pourra ensuite être enseignée, elle ne peut s'obtenir par les sens qui ne livrent que des notions.

Ensuite, l'abandon du fantasme de toute-puissance est un des principes inhérents de la démarche analytique. Dès lors, comment concevoir une conciliation possible entre un des buts que s'assigne la psychanalyse : accompagner l'analysant à une ouverture à son être-psychique toujours en devenir et en mouvement, ceci grâce à l'écoute et à l'analyse du langage dans une situation transférentielle, et l'hypothétique fantasme de « tout analyser » ? Cette position n'est tenable qu'à une seule condition, celle qui consiste à continuer d'adhérer au fantasme de toute-puissance accordé au « psy ».

Enfin, et ce n'est pas rien, le travail psychanalytique privilégie l'écoute. La « vue » et le regard sont laissés de côté, ce n'est pas par hasard si, dans la cure traditionnelle, le face-à-face a été abandonné. C'est précisément l'analyse puis le « démontage » de la quête du père protecteur et infaillible qui constituent un des objectifs de la cure. Son avancée est sous-tendue par l'accès à l'autonomie de l'analysant, et non par sa dépendance et par sa soumission aveugle, réifié et impuissant, soumis au « découpage » de l'analyste. À trop vouloir « rationaliser » l'approche psychothérapique et l'enfermer du côté du savoir rigide et prédictif qu'il attribue à la méthode scientifique, l'auteur n'échappe pas à l'utilisation restrictive de la raison telle qu'elle est critiquée par Bergson :

> « Notre raison, incurablement présomptueuse, s'imagine posséder par droit de naissance ou par droit de conquête, innés ou appris, tous les éléments essentiels de la connaissance de la vérité[551]. »

---

[549]. Aristote, *La Métaphysique*, *op. cit.* , Livre A, chapitre premier, [980 a], p.39.
[550]. *Id.,* [981 b], p. 43
[551]. Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.,* p. 48.

Le langage, nous l'avons maintes fois rappelé, est un univers ouvert, une signification, un signifiant renvoient à d'autres significations et d'autres signifiants, un souvenir en appelle un autre. Dans cette chaîne ininterrompue, les seuls découpages sont des constructions théoriques, des métaphores qui servent de repères mais ne recouvrent jamais la richesse infinie de la psyché et de la rencontre clinique.

Nous constatons souvent une confusion essentielle entre le *devoir* de « tout entendre » qui incombe au psychanalyste (devoir qui est un idéal plus qu'une réalité), et le *fantasme* de « tout voir ». Un psychisme, pas plus qu'une âme, ne se voit, ni ne se découpe, et ne se dissèque pas davantage…

Quant à l'homogénéité des unités psychiques, cette assertion manque de fondement, que nous considérions le point de vue économique, dynamique ou topique, pour reprendre la terminologie freudienne dans son analyse des phénomènes psychiques[552]. Ceux-ci ne sont ni semblables ni uniformes. Le caractère « uni-sémantique » des unités psychiques nous paraît également peu fondé. Si l'outil principal de l'analyse et des psychothérapies en général réside dans l'analyse du langage dans le cadre d'une relation transférentielle, et si, comme le démontre le travail d'Isabelle Blondiaux, le langage analysé sous l'angle du *pharmakon*, propose des signifiés non univoques, nous devons abandonner cette hypothèse. Les faits psychiques sont appréhendés dans leur dimension langagière, cette traduction de phénomènes psychiques en propositions verbales entraîne un changement de plan et barre définitivement l'accès à une interprétation close et univoque.

Au cours de l'accompagnement d'inspiration analytique, il s'agira davantage de proposer des pistes, des chemins de traverse, des passerelles et pouvoir ainsi quitter les larges autoroutes balisées et unidirectionnelles.

« Quant au résultat de l'analyse qui est plus important que la psyché qui en est la matière[553] », une fois encore nous sommes contrainte de répondre : quels sont les fondements argumentés d'une telle affirmation ? Dans un premier temps, nous préférons évoquer un but, un *télos* assigné à l'analyse. Celui-ci ne saurait être confondu avec la signification figée du terme *résultat* qui convient bien

---

[552]. Sigmund Freud, *Métapsychologie, L'inconscient, op. cit.*, p. 89.
[553]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, *op. cit.*, p. 125.

mieux à la résolution d'un problème ou qui signifie les données issues d'examens médicaux, biologiques, etc.

Si l'existence est en elle-même problématique, complexe, source de multiples interrogations et d'inquiétudes, l'analyse ne saurait apporter de résultat définitif à la quête de sens qui initie et sous-tend sa démarche. Tout à la fois méthode d'investigation, de compréhension des mécanismes psychiques et traitement de certains symptômes, nous l'avons rappelé au début de ce chapitre, la psychanalyse ne saurait faire l'économie d'un aller et retour permanent entre la théorie et la pratique. Ces deux axes s'enrichissent continuellement, il n'est qu'à considérer l'hystérie sous l'angle de l'expression clinique des symptômes pour réaliser l'évolution du tableau clinique en fonction de différents paramètres (social, mœurs, éducation).

C'est bien la psyché (ce n'est pas un hasard si la première dénomination de la psychanalyse était « psychologie des profondeurs », en référence à une lecture topologique du psychisme où l'inconscient constituerait une strate en dessous du conscient ; nous rejetons volontairement le vocable « inférieur » par trop péjoratif) et ses manifestations qui constituent le domaine d'une étude toujours renouvelée par la psychanalyse. Si la démarche est rigoureuse, son sujet d'étude, la psyché, par essence mouvante et en devenir, ne se dévoile dans aucun résultat. La psyché ne se met ni en équation ni en formules, elle échappe à tout système qui voudrait la définir strictement. La démarche psychanalytique est plus à entendre du côté de l'accueil des manifestations de la psyché que du côté de son dévoilement. Toujours dans la critique du travail du psychanalyste, nous pouvons lire :

> « Ce n'est pas pour autant que la *skholé* puisse être assimilée au temps arrêté de l'écoute telle que l'entendent les psychanalystes. L'écoute est pour eux une technique, certes difficile et subtile, qui résulte d'une transformation profonde de la traditionnelle relation soignant-soigné. Elle reste malgré tout une technique dévolue à la connaissance en profondeur du soigné, c'est dire qu'elle maintient dans cette relation un rapport sujet-objet. Elle vise au maintien d'une relation asymétrique entre qui connaît et qui est connu c'est-à-dire entre qui surplombe et qui est surplombé[554]. »

La *skholé* renvoie à la conception de l'école dans la Grèce antique, espace de rencontres propices à l'enseignement, à l'abri des contingences matérielles, du bruit, des impératifs d'utilité et de rentabilité immédiats. En ce sens, la *skholè* est un espace et un moment de loisir, qui permet l'activité de la pensée. La

[554]. *Id.,* p. 150.

connaissance en profondeur évoquée dans ce passage, est d'abord une demande de l'analysant, en tant que demande adressée à la personne de l'analyste qui la reçoit et accepte de la soutenir. Le rapport sujet/objet n'est pas déterminé par cette demande, quand bien même la réalité du fantasme de l'analysant, « objet » entre les mains de l'analyste « tout-puissant », sera à prendre en considération au cours de la cure.

Quant à la relation asymétrique entre l'analyste et son patient, nous pourrions dire que toute relation entre deux personnes, quelles que soient leurs fonctions, leurs attentes l'une envers l'autre est fondamentalement asymétrique. L'asymétrie n'est pas opposée à l'altérité. Bien au contraire, elle a partie liée avec l'altérité. Le paradigme de la relation d'amour la plus asymétrique souvent invoqué, est celui des relations parents/enfants. Nulle égalité de droit, ni de capacité, ni de performances, mais cette asymétrie oblige absolument les parents envers l'enfant. La demande de l'analysant est dialectiquement nouée à la demande de l'analyste, interroger ces demandes ne place pas l'un ou l'autre en position d'objet ni de sujet. Dans une des nombreuses élaborations que Freud a forgée autour de la complexe question du transfert, il a toujours réaffirmé la finalité de l'analyse qui est de conduire le patient vers un surcroît d'autonomie :

> « Nous sauvegardons l'indépendance finale du patient en n'utilisant la suggestion que pour lui faire accomplir le travail psychique qui l'amènera nécessairement à améliorer durablement sa condition psychique[555]. »

Cette affirmation est contradictoire avec la supposée place d'objet attribuée à l'analysant par l'analyste. Il n'empêche que ce souci de conduire l'analysant à une meilleure autonomie constitue une difficulté véritable, une gageure renouvelée avec chaque analysant. Cette entreprise, en quelque sorte cause finale de l'analyse, est à rapprocher de la libération des prisonniers enchaînés dans le mythe de la caverne chez Platon, et Freud ne cache pas sa réserve et son pessimisme face à l'ampleur un tel projet :

> « Très peu de gens civilisés sont capables de mener une existence parfaitement autonome ou même seulement de porter un jugement personnel. Vous ne pouvez vous représenter dans toute leur ampleur le besoin d'autorité et la faiblesse intérieure des êtres humains[556]. »

Accepter la difficulté de cette entreprise, c'est travailler avec l'exigence de viser l'autonomie de l'analysant. L'utilisation dévoyée de l'écoute, qui servirait à

---

[555]. Sigmund Freud, *La technique psychanalytique*, *op. cit.*, p. 58.
[556]. *Id.,* p. 28.

maintenir une relation « entre qui surplombe et qui est surplombé » ne correspond pas à l'éthique de la psychanalyse. Il s'agit d'un préjugé récurrent qui alimente une défiance vis-à-vis de la technique psychanalytique. Pourquoi inventer des buts que les psychanalystes ne se sont pas assignés plutôt que rechercher dans les écrits des psychanalystes ce qui est éthiquement contestable et donc susceptible d'être critiqué ? Ce qui n'empêche que toute profession recèle son lot de charlatans…

Or, « les analystes ont appris à exercer un art défini et ont par ailleurs le droit d'être des hommes tout comme d'autres[557] ». Si « le modèle de toute altérité, c'est autrui[558] », et si l'altérité n'est pas l'égalité, alors l'asymétrie des positions entre l'analyste et l'analysant n'est pas réductible à une relation hiérarchique entre un qui connaît et un qui est connu, il importe peu au bout du compte que l'analyste connaisse son patient si ce dernier n'en a cure…

Toujours dans son appréciation réservée de la psychanalyse et de l'importance des phénomènes inconscients, l'auteur rapproche le concept d'« Unheimlichkeit » freudien, traduit généralement par « inquiétante étrangeté », de « quelque chose qui serait déjà pourri en nous, la barbarie serait déjà en nous et pourrait s'y multiplier, cancer mortel, à l'infini ?[559] » Cette analogie ou du moins cette ressemblance proposée entre notre part d'ombre (notre part pulsionnelle dirait Freud), et quelque chose de pourri, voire même un cancer, révèle une crainte. Nous verrons plus loin que cette inquiétante étrangeté, cette barbarie, résident en nous ainsi que le rappelle J.-F. Mattéi, la reconnaître est primordial, elle n'est pas le « produit » de la psychanalyse.

Sans humour déplacé, cette assertion nous paraît étrangement inquiétante et mérite que nous nous y arrêtions un moment. Dans son texte de 1919, « *L'inquiétante étrangeté »,* Freud établit en quelque sorte la généalogie linguistique de ce terme et s'arrête sur une remarque inspirée par la pensée de Schelling, philosophe allemand :

> « Notre attention est attirée en revanche par une remarque de Schelling, qui énonce quant au contenu du concept de *Unheimlich* quelque chose de tout à fait nouveau et à quoi notre attente n'était certainement pas préparée. Serait *unheimlich* tout ce qui devait rester un secret, dans l'ombre, et qui en est sorti[560]. »

---

[557]. Sigmund Freud, *Résultats, idées, problèmes* II, PUF, 2005, p. 263.
[558]. Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Points, Essais, 1990, p. 408.
[559]. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, op. cit.,* p. 186.
[560]. Sigmund Freud, *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Folio, Essais, Gallimard, 2006, p. 222.

Conjointement à l'explication linguistique, il recherche l'origine de ce sentiment, de cette impression d'inquiétante étrangeté. Il se demande quelles circonstances sont favorables à son ressenti. L'intérêt de ce texte est de pointer l'ambivalence du concept, ambivalence dont la traduction française ne permet pas de rendre compte, soit le caractère étrange qui peut émaner, parfois, du familier et du connu. C'est par l'action du processus de refoulement que Freud explique comment le familier peut devenir inquiétant :

> « ce *Unheimlich* n'est en réalité rien de nouveau ou d'étranger, mais quelque chose qui est pour la vie psychique familier de tout temps, et qui ne lui est devenu étranger que par processus de refoulement. La mise en relation avec le refoulement éclaire aussi maintenant pour nous la définition de Schelling selon laquelle l'étrangement inquiétant serait quelque chose qui aurait dû rester dans l'ombre et qui en est sorti[561]. »

Dans son ensemble, le texte de Freud que nous invitons nos lecteurs à (re)lire, ne fait pas référence à la barbarie ou à un pourrissement. Il fait référence cependant à la peur de la mort, aux cadavres et à la présence en quelque sorte des morts parmi les vivants sous la forme d'esprits et de fantômes. Arrêtons-nous tout d'abord sur le rapprochement avec la notion de barbarie. Nous ne récusons pas ce rapprochement, dans le sens originel où le barbare est celui qui ne parle pas notre langue, il reste étranger d'un certain point de vue, sans y associer de considération péjorative. Ce n'est pas un hasard si Freud compare le sentiment de l'inquiétante étrangeté à ce que produit parfois une situation de répétition, non intentionnelle. Il donnera un exemple personnel et percutant où, se promenant dans une ville italienne, il revient trois fois de suite dans une rue. Or, il a remarqué la présence de « femmes fardées » dans cette rue. Freud nous laisse le soin de déduire si ce sont des prostituées. L'important, dans cet exemple, c'est le facteur de répétition, ce « malgré-moi », cette insistance à être et à revenir où je ne *devrais* pas être, mais où peut-être je *voudrais* être ?

Cette déchirure entre le devoir et le vouloir, nous ne pouvons ni la négliger, ni la nier, car les effets seront pires que la reconnaissance de sa force. Combien de fois en situation clinique n'avons-nous pas ressenti ce tiraillement entre le devoir et le vouloir, ce besoin de revenir, d'insister sur une situation avec un patient ? Ceci en dépit de la réticence du patient à entendre une forme de vérité que nous détenons, non sur lui, mais sur la maladie dont il souffre (et dont il ne veut rien

---

[561]. *Id.*, p. 246.

savoir). Cette forme de savoir nous brûle et nous ronge, et nous voudrions bien en être déchargé, débarrassé à tout jamais. Mais pouvons-nous nous délester des questions et de l'angoisse suscitées par la mort ? Cette situation de répétition « provoque un tel sentiment, qui rappelle en outre la détresse de bien des états de rêve[562] », elle est donc à décrypter. Le rêve, et les études anthropologiques et ethnologiques de toutes sortes ne nous contrediront pas, constitue un paradigme de situation incompréhensible à l'état brut.

Que nous nous référions à la « clef des songes », à sa vertu divinatoire ou à la théorie psychanalytique, les hommes, quelles que soient leur culture, leur religion, etc., ont tenté de traduire, de déchiffrer, d'interpréter leurs rêves, c'est-à-dire de dépasser leur signification première. Le rêve est peut-être cette étrangeté familière en nous, qui associe dans une même scène des souvenirs anciens et des restes diurnes ou récents, et l'incongruité de certaines associations ne cesse de nous étonner, si nous nous donnons la peine d'être touchés par leur remémoration.

À tous ceux qui pourraient nous objecter qu'il est périlleux, voire douteux ou scabreux d'analyser la dialectique douloureuse devoir/vouloir, en associant dans un même mouvement l'attitude de Freud, manifestement travaillé par sa libido, donc plus porté vers la pulsion de vie qui la fonde, et notre réaction face à l'irruption du possible et du tragique de la mort dans nos pratiques soignantes, nous répondrons que nous ne pouvons qu'attester de la liaison de ces deux questions fondamentales. Nul ne pourrait nier l'intrication de la « chose » sexuelle et du questionnement sur la mort. L'origine et le destin de chacun sont scellés par ces deux limites : pas de vie sans sexualité, pas de vie non plus sans mort.

Or, l'acte par lequel quelque chose de connu et de familier se révèle, y compris sous une forme d'angoisse ou de malaise, est-il si barbare ? N'est-ce pas plutôt un signe de barbarie que de vouloir taire notre vie pulsionnelle, nous barricader derrière une morale a-morale puisqu'elle éradique même la pensée de la transgression ? Reconnaître les pulsions, les tentations, toujours à l'œuvre dans le désir, ce n'est pas légitimer les actes mais tenter d'expliquer la part cachée de certaines de nos démarches, intentions ou entreprises. À la fin du texte, Freud reconnaîtra dans le caractère circonstanciel du ressenti de l'*Unheimlich*, « la

[562]. *Ibid.,* p. 239.

solitude, au silence et à l'obscurité[563] », situations « auxquelles s'attache chez la plupart des humains une angoisse infantile qui ne s'éteint jamais tout à fait ». C'est dire la portée universelle de ce concept dont l'enracinement philosophique éclaire la compréhension.

Est-ce parce que nous ne comprenons pas toujours nos réactions émotionnelles, et celles de nos proches, que nous nous attribuons le droit de les assimiler à des effets de notre barbarie ? C'est toujours dans le respect de la tradition socratique que la démarche analytique nous invite à un devoir de réserve, une prudence de principe. Avant d'appliquer la théorie du soupçon, avant de juger, nous devons essayer de comprendre et pour cela de discerner. Pour cheminer ensemble, s'apprivoiser, échanger sans tomber dans l'aliénation du mimétisme, il faut partager un temps commun. Décréter barbare celui qui s'habille différemment, qui parle une autre langue, qui vénère d'autres dieux, cela autorise à mener des guerres de conquête au nom d'une civilisation soi-disant supérieure, mais cela ne transforme jamais une entreprise de conquête coloniale en projet éthique.

Or, rejeter en première intention du côté de la barbarie ou de la pourriture *ceux* que nous ne comprenons pas à l'extérieur de notre cercle étroit de références ou *ce* que nous ne comprenons pas dans notre intimité psychique, c'est couper court à toute altérité pour se limiter à l'acceptation du même. Il n'est pas de véritable construction du bien commun sans prise en compte des différences pour construire ensemble un projet partagé et partageable. Rejeter d'emblée l'incompréhensible au nom d'une supposée barbarie dont il serait l'effet, c'est réduire l'accueil d'autrui et l'accepter uniquement en tant qu'il est identique à moi.

Nous avons tenté de réintroduire la nécessité du temps et plus précisément de la durée comme constituant fondamental de tout accompagnement psychothérapique. Nous reprenons à notre compte le concept de durée, central dans toute l'œuvre de Bergson. Il inaugure son livre « L'énergie spirituelle » en prônant la nécessité de la durée. Elle est essentielle pour la constitution de notre vie psychique, dont elle est à la fois le socle et la condition de la continuité :

---

[563]. *Ibid.,* p. 263.

> « Ce que nous percevons en fait, c'est une certaine épaisseur de durée qui se compose de deux parties : notre passé immédiat et notre avenir imminent. Sur ce passé nous sommes appuyés, sur cet avenir nous sommes penchés ; s'appuyer et se pencher ainsi est le propre d'un être conscient[564]. »

Il n'est pas d'accompagnement possible sans considérer que cette durée n'est en aucun cas réductible à un instant, que nous nous placions dans une perspective de soins auprès de patients hospitalisés ou de travail au long court en consultation externe. Dès la première rencontre, c'est un temps nouveau qui commence et le caractère d'urgence de certains accompagnements ne doit jamais oblitérer les conséquences ultérieures de notre engagement.

Pour Bergson, notre vie psychique se confond avec celle de l'esprit, et : « il n'y a rien de plus immédiatement donné, rien de plus évidemment réel que la conscience, et l'esprit humain est la conscience même[565] ». Cette vie psychique s'avère indissociable de notre mémoire. Seuls le langage et la pensée nous permettent d'ouvrir les portes de notre mémoire. Quand le langage disparaît et que la mémoire « flanche », nous devons dépasser ces phénomènes pour continuer d'accompagner, et laisser l'être, dépouillé de certaines capacités, continuer, à son rythme, son cheminement.

Au cours de cette prochaine et dernière partie, nous tenterons de défendre l'hypothèse suivante : la vie de l'esprit continue d'insuffler son élan durant toutes les étapes de la vie.

---

[564]. Henri Bergson, *L'énergie spirituelle*, *op. cit.*, p. 6.
[565]. *Id.,* p. 70.

Quatrième partie

Au cœur de la dialectique du temps et de la mémoire : l'esprit

« La vérité est qu'il s'agit, en philosophie et même ailleurs, de trouver le problème et par conséquent de le poser, plus encore que de le résoudre[566]. »

« La contemplation du temps est la clef de la vie humaine. C'est le mystère irréductible sur quoi nulle science n'a prise. L'humilité est inévitable quand on sait qu'on n'est pas sûr de soi pour l'avenir. On n'atteint la stabilité qu'en abandonnant le moi qui est sujet au temps et modifiable. Deux choses irréductibles à tout rationalisme : le temps et la beauté. C'est de là qu'il faut partir[567]. »

---

[566]. Henri Bergson, *La pensée et le mouvant*, *op. cit*., p. 51.
[567]. Simone Weil, *La connaissance surnaturelle, op. cit.,* p. 137.

Introduction

Comme nous avons essayé de l'aborder tout au long de ce travail, nous avons mis en évidence que le temps, particulièrement celui la neurologie, n'était pas réductible à un objet que nous pourrions isoler de notre expérience sensible, afin de l'analyser comme un élément détaché dans un laboratoire. La question du temps, nous l'avons rappelé plus haut, doit s'étudier selon deux composantes principales, le temps de la physique et le temps vécu. C'est ce dernier, le temps vécu, subjectif, qui entretient des rapports complexes avec le temps social, collectif, que nous avons privilégié dans notre approche de la clinique neurologique. Nous avons appréhendé ce temps vécu, distordu, malmené, chaotique, par les effets du langage en tant qu'il est messager de la mémoire, mais aussi par le comportement des patients, par ce qu'ils donnent à voir.

Ces distorsions sont repérées dans le « décalage » constaté entre la temporalité subjective du patient en référence au temps général de la société, de la cité. Or, nous l'avons constaté, le temps collectif est la condition même d'un cadre nécessaire à toute vie sociale, politique. La reconnaissance et la référence à ce temps conventionnel, permettent à chacun de se sentir intégré, d'habiter et de partager un monde commun. Nous constatons une difficulté à se référer à ce temps commun quand, par exemple, un patient soutient que François Mitterrand ou le Général de Gaulle sont toujours Présidents de la République. Nous avons également insisté sur les effets de distorsion à l'intérieur même du temps biographique. Tel se dira toujours en activité, tel autre affirmera habiter une maison quittée vingt ans plus tôt, être encore marié alors qu'il est veuf, etc. En tant que soignants ou proches, nous sommes dans l'obligation de nous référer au canevas commun du temps, le temps calendaire, le temps historique de la cité, et de confronter cette référence commune à la trame personnelle du temps, de l'histoire de chacun, si nous voulons avoir quelque repère.

Il ne s'agit pas de corriger ou d'éduquer les patients, souvent dans l'incapacité de cerner eux-mêmes leur pathologie, mais de comprendre le sens et les conséquences parfois dramatiques consécutives à ce que nous avons nommé

maladies de *l'éprouvé temporel*. Il nous faut essayer de quitter une position de savoir pour tenter d'adopter une attitude plus proche de la croyance : il y a du sens, même dans les errements les plus insensés des déments.

Dans les atteintes neurologiques, le problème gagne en complexité puisque le langage est lui-même souvent perturbé. Le patient souffre dans sa manière de dire, il peine à évoquer sa difficulté à se repérer dans un temps commun. Cette peine est associée à un embarras à se repérer dans son temps subjectif qui devient, du moins dans les manifestations qu'il en donne, instable, incertain, morcelé. Sommes-nous confrontés à un problème à dire le temps, ou plutôt les effets du temps, ou bien à une difficulté à vivre dans le temps ? Ne s'agit-il pas d'une attitude de retrait, de recul, afin de se protéger du temps qui passe ? Nous avons choisi de nous préoccuper de la relation que les patients entretenaient avec leur temps propre, et nous avons cherché les traces, les signes de cette expérience personnelle que nous avons nommée éprouvé temporel.

Afin d'approcher cette expérience, ce vécu, nous nous sommes référée à l'expression de la mémoire par le souvenir, en tenant compte de sa face cachée que constitue l'oubli. L'atteinte mémorielle est première dans les pathologies démentielles, associée à un autre déficit, elle constitue le signe clinique princeps, obligatoire, pour porter le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Les autres déficits (aphasie, apraxie, agnosie, troubles du comportement) surviennent en général secondairement et confirment l'évolution de la maladie dégénérative. De plus, les troubles de la conscience dont il est affecté peuvent rendre le malade indifférent, comme étranger à ces difficultés. Nous avons déjà évoqué cette question ambiguë de l'anosognosie. Nous citons à nouveau le titre du roman autobiographique d'Annie Ernaux qui évoque la maladie de sa mère *Je ne suis pas sortie de ma nuit*[568]. Quelle métaphore condense mieux le ressenti tragique d'une personne qui éprouve les effets de la démence au cœur de son psychisme ?

---

[568]. Annie Ernaux, *Je ne suis pas sortie de ma nuit*, *op. cit*.

Chapitre premier : Conscience, psychisme, âme ou esprit ?

La conscience est un concept complexe à définir, nous entendons par conscience l'approche qu'en donne John C. Eccles et qui nous permet d'envisager la question de la conscience en tant que concept « en marche », susceptible d'être réévalué en fonction de l'avancée des recherches non seulement en neurosciences, mais également en physique. Se référant aux travaux d'Erwin Schrödinger, John C. Eccles cite le physicien. Ce dernier nous rappelle que le monde physique tel qu'il nous apparaît, tel qu'il se manifeste à nous, n'existerait pas sans la conscience que nous en avons. Pour que le monde matériel existe, il faut :

> « des conditions très particulières dans des parties très spéciales de ce monde lui-même, à savoir, certains événements qui surviennent dans un cerveau. C'est là une implication d'un type extraordinairement particulier, qui soulève la question : quelles propriétés particulières distinguent ces processus cérébraux et les rendent capables de produire la manifestation ? Pouvons-nous deviner quels processus matériels ont ce pouvoir, lesquels ne l'ont pas ? Ou, plus simplement : quels types de processus matériels se trouvent directement associés à la conscience ?[569] »

Dans la clinique neurologique, il nous paraît fondamental de rappeler, qu'en l'absence de récits construits et rapportés par les patients eux-mêmes, il est vain de spéculer sur la présence ou l'absence d'une faculté de conscience de soi, si l'équipement matériel (le cerveau) nécessaire à l'expression de cette conscience, est « endommagé ». Nous connaissons l'esprit par ses manifestations et nous faisons le pari que l'esprit habite tout un chacun, indépendamment des possibilités dont nous disposons pour le prouver. Un patient anesthésié, aphasique, une personne endormie, sont privés temporairement de leurs capacités pour s'exprimer, pour témoigner. Cette privation d'un mode d'expression ne les soustrait pas pour autant du monde des personnes… Une conscience « discrète » dans son mode d'apparaître n'est pas une conscience disparue…

Il nous paraît absurde et dangereux de demander à des personnes malades de prouver qu'elles sont *encore* des personnes, ou qu'elles sont dignes de soins, ou qu'elles appartiennent à la communauté des hommes. Cette obligation de porter soin et assistance doit trouver son origine dans la démarche volontaire des soignants. L'analyse de cette démarche volontaire n'exclut pas les motivations

---

[569]. John C. Eccles, *Le mystère humain*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1979, pp. 16-17.

inconscientes mais les intègre. En dépit de la prise de position de Levinas, selon laquelle nous serions otages des patients, si nous ne voulons pas répondre à l'appel de ces derniers, nous continuerons de rester sourds (c'est-à-dire que nous continuerons d'entendre sans répondre), cela est d'autant plus aisé avec des patients privés de leurs capacités à s'exprimer...

Les patients déments ou hémiplégiques n'ont pas à nous convaincre, à faire la preuve de leur dépendance. Nous nous considérons comme otage dans un deuxième temps, parce que en amont, nous avons pris la décision de travailler au service des malades. Une prise en otage qui interviendrait en première instance nous rendrait irresponsable de nos actes. De la même façon, une promesse n'est valable que si elle préserve en elle la possibilité d'être rompue. Nous espérons avoir la clarté d'esprit et le courage nécessaires pour rompre une promesse, par exemple celle de soigner, que nous ne serions plus en état d'honorer. Mais nous savons aussi combien il est confortable de confondre le contrat et la promesse, le légal et l'éthique. Faire l'économie de l'inquiétude, de l'hésitation et du questionnement, c'est privilégier une position de savoir et de maîtrise, se reposer sur une apparence de morale là où il n'y a bien souvent qu'une obstination contractuelle.

Il nous apparaît important de considérer l'articulation dialectique du temps et de la mémoire, afin de soutenir l'obligation de prendre soin de ces personnes qui sont atteintes dans les manifestations de leur intelligence, le *logos* grec, mais pas dans leur esprit, lequel n'est pas réductible à ces manifestations. Si nous reprenons comme définition de la métaphysique celle donnée par Claude Bruaire :

> « la métaphysique c'est tout simplement l'étude, la recherche de ce qui n'est pas réductible à la physique. Et, dans les mots d'aujourd'hui, de ce qui, dans la réalité, est irréductible aux phénomènes sensibles que l'on peut étudier dans un laboratoire[570] »,

nous devons convenir que la relation au temps et à la mémoire tissée par ces patients, relève de la métaphysique. En effet, cette relation, dont l'expression met en scène les déficits mnésiques, ne peut s'apparenter à une étude de laboratoire visant à isoler la dimension temporelle de chaque personne. Si certains déficits peuvent être évalués (capacités d'apprentissage, de rappel, reconnaissance, etc.), cette exploration ne peut se substituer à l'approche plus holiste du patient et de

---

[570]. Claude Bruaire, *La force de l'esprit*, entretiens avec Emmanuel Hirsch, Desclée de Bouwer, Radio-France, 1986, p. 32.

son histoire. Nous ne pouvons pas extraire la personne de son temps personnel (qui n'est autre que celui de son existence), car nous ne pouvons couper, désolidariser une personne de ce qui la constitue, à savoir son rapport au temps et à ses souvenirs. Que ce rapport entre l'être et le temps soit difficile, douloureux, pour la personne et ses proches, ce fait s'avère incontestable.

Il existe des palliatifs multiples, des remèdes, des plus simples aux plus sophistiqués pour se repérer dans l'espace (boussoles, panneaux, cartes, GPS), il n'existe, à ce jour, pas d'autre remède qu'autrui, sorte de guide, de berger, de veilleur pour aider ceux qui sont perdus dans leur temporalité. Nous ne pouvons pas non plus isoler la personne malade, la couper du temps de la physique, du temps qui englobe celui de l'univers.

> « C'est la fuite du temps qui fait que les hommes ont si peur de penser. Le « divertissement » a pour but de faire oublier le cours du temps. On essaye de s'éterniser en laissant des choses après soi, mais ce ne sont que des choses[571]. »

Pour Jean Maisondieu[572], dont avons déjà évoqué les travaux, une fonction de la démence serait de protéger le malade de cette sensation de la fuite du temps et la crainte du dépérissement qui l'accompagne. Cette certitude absolue que nous sommes embarqués, que nous sommes livrés sans protection aux affres de l'angoisse face à l'irreprésentable de la mort conduit, paradoxalement, certaines personnes à précipiter l'advenue de la mort pour ne plus la penser. Selon Jean Maisondieu, la démence générée par la maladie d'Alzheimer évite la pensée de l'événement essentiel de notre vie : la mort. La démence nous délivrerait de notre condition d'être-dans-le-temps et pour-la-mort. Mais le temps constitue notre liberté, puisque l'avenir est le champ des possibles, de l'indéterminé, de l'espérance. Nous ne pouvons pas nous démettre, nous désolidariser des effets du temps. Cette liberté nous est, en quelque sorte, donnée. Nous sommes conçus pour vivre l'expérience de cette liberté. Pour certains, le suicide peut être une solution pour se dégager du temps. Cette question est débattue par Albert Camus dans *Le mythe de Sisyphe*. Face à l'absurde de l'homme sans Dieu, il choisit la révolte, la liberté et la passion[573].

---

[571]. Simone Weil, *Leçons de philosophie*, *op. cit*., p. 210.
[572]. Lire à ce propos *Le crépuscule de la raison,* Dr Jean Maisondieu, *op. cit*.
[573]. Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*, *op. cit*., p. 90.

Mais que choisit le dément ou le patient qui subit une attaque ? Nous préférons constater les effets de la démence, sans préjuger de l' « intentionnalité » à l'œuvre dans ce processus.

Un débat récurrent s'articule autour de ce dilemme : est-ce la personne qui génère et comment, la perte neuronale, l'accident vasculaire ? Subit-elle les effets d'une pathologie accidentelle ? Ce débat nous paraît finalement insoluble. Nous préférons accepter une position de non-savoir afin de laisser au patient la liberté, la possibilité d'en dire *quelque chose*, sans enfermer ce *quelque chose* dans le piège de nos interprétations.

De fait, nous sommes confrontée à l'impression subjective d'une régression, comme une sorte d'involution, chez certains patients qui paraissent retourner en enfance. Ce qui a pour conséquence de les priver, du moins consciemment, d'une interrogation anxieuse sur la fuite du temps. Cette involution est aussi l'effet de la levée des inhibitions imposées par l'éducation. Que la démence soit accidentelle ou pas, les personnes ne semblent plus concernées, du moins en apparence, par l'angoisse de mort. Il nous semble impossible, compte-tenu de la clinique, de décider si la démence a pour conséquence de soustraire le malade à la question de la mort, (encore faut-il que le processus pathologique soit bien avancé), ou si la démence est une maladie provoquée par la personne afin de l'affranchir de ce questionnement.

1. L'esprit : au cœur du temps et de la mémoire

Nous avons tenté au cours de ce travail de réfléchir sur les concepts du temps et de la mémoire, tels qu'ils peuvent être appréhendés dans leur complexité intime chez les patients atteints de pathologies neurologiques. Nous voudrions maintenant nous interroger sur ce que nous pensons être le mouvement dialectique qui les anime. Nous espérons avoir rendu compte de la difficulté fondamentale à circonscrire le temps, en raison de sa nature, tout à la fois concept *et* éprouvé subjectif, expérience. Le temps ne peut être rabattu sur le pôle conceptuel sans perdre son originalité fondamentale qui est d'être également éprouvé, ressenti. Cette double nature du temps, à la fois éprouvé et concept, lui confère un statut philosophique particulier. Si ces différentes acceptions peuvent être abordées sous

l'angle de la théorie, notre condition humaine nous immerge dans sa *poïesis*. La réflexion, aussi théorique soit-elle, ne nous affranchit jamais de notre temporalité. Nous devons donc trouver une méthode, de type dialectique, afin de poser clairement le problème et tenter de nous interroger sur l'articulation temps et mémoire.

La vie est, par essence, définie par les catégories du mouvement et du devenir, ainsi que toute l'œuvre de Bergson à laquelle ce travail se réfère souvent, en témoigne. Nous nous demandons à présent ce qui anime la relation intime tissée entre le temps et la mémoire. Nous envisagerons le nœud de cette relation comme une « force » ou une « puissance » qui s'oppose à l'inorganique, à la matière, à l'inanimé. Nous posons l'hypothèse que cette puissance est l'esprit, et qu'elle n'est pas réductible au mental. Sans l'esprit, nous serions une multitude complexe de molécules et de réseaux. Nous ne connaîtrions pas ce sentiment intime d'unité qui nous permet, dépassant le nombre prodigieux des activités neuronales, de nous éprouver conscients de nous-mêmes et uniques :

> « Cette unicité ne réside certainement pas dans l'infinité de connexions des 10 000 millions de cellules du cortex cérébral humain. Ces connexions changent constamment, sont remodelées et dégénèrent[574]. »

Nous devons tenir compte des acceptions différentes que recouvre le terme esprit. Ses modalités d'effectivité sont différentes, selon le cadre référentiel choisi. L'esprit peut être compris comme la puissance de l'agir psychique, spirituel, qui habite l'être humain. Il peut être compris comme condition du désir par les psychanalystes. Qu'il soit l'âme pour les croyants, l'élan vital, mental (mais dans ce cas le risque de confusion avec les catégories de la pensée est grand) pour certains philosophes, l'esprit n'est-il pas cette force qui est à l'œuvre et qui se manifeste indéfectiblement, quelles que soient les diverses pathologies dont nous pouvons être affectés ?

Pour Pascal-Henri Keller, une ligne de partage se fait entre les croyants et les non-croyants. Les premiers appelant âme ce que les seconds nomment esprit :

> « En somme et depuis toujours, il semble bien que nous admettions tous le déroulement de notre existence sur deux scènes distinctes : 1. une scène corporelle non seulement tangible et tout à fait concrète, mais bien visible, à nous comme à autrui ; 2. une scène mentale qui, bien qu'abstraite et immatérielle, nous donne pourtant la plupart du temps, le sentiment

---

[574]. John C. Eccles, *Evolution du cerveau et création de la conscience*, Champs Flammarion, 1994, p. 316

> d'une familiarité définitive. Adeptes ou non d'une religion, comment se fait-il que notre discours sur nous-mêmes accorde aussi « naturellement » sa place à chacune des deux dimensions ? Tout simplement en raison même de l'idée solidement établie qui nous a été transmise : pour les croyants, celle d'une « enveloppe charnelle » abritant une « âme » ; pour les tous les autres, celle d'un « corps » mêlé à un esprit qui l'accompagne[575]. »

L'esprit : objet des neurosciences?

Refusant la continuité entre le cérébral et le mental, et donc les thèses monistes, Jacques Hochmann et Marc Jeannerod prennent le parti de dissocier le mental (que nous nommons le spirituel) du cérébral. Dans un ouvrage précédent, le cérébral était même comparé à une machine[576]. C'est également l'appellation que retient Antonio R. Damasio quand il explique les relations entre l'esprit et le cerveau et qu'il fait référence à : « la machinerie neuronale chargée d'archiver en mémoire les configurations neuronales, soit le type de machinerie neuronale qui incarne les dispositions implicites innées et acquises[577] ». L'incarnation revisitée par Antonio R. Damasio serait-elle limitée aux neurones ? Dans son système explicatif des relations esprit/cerveau, le cerveau est conçu comme une structure où plusieurs niveaux sont emboîtés et en relation les uns avec les autres. En bas de la pyramide se situe la machinerie neuronale, tout en haut se tient la part consciente de notre esprit. Entre ces niveaux extrêmes se trouvent les images non traitées, les configurations neuronales et les relations entre ses différentes structures. Si le vocabulaire employé est de nature « scientifique », la description des relations cerveau/esprit n'en reste pas moins opaque. Chaque individu est renvoyé à la création d'un monde unique, puisque ce monde est élaboré par un cerveau unique. C'est en quelque sorte l'ère du relativisme neuronal…

Nous nous trouvons dans un type de modélisation de l'esprit qui relève d'un processus de matérialisation de l'esprit. Ce dernier, devenant *mind* en anglais, perd au passage la connotation du *Geist* allemand, qui lui se traduit *spirit*. L'esprit ainsi dévêtu devient l'objet de connaissances des « sciences cognitives », objet que l'on pourrait nommer « mental ». L'esprit selon les modèles cognitivistes est

---

575. Pascal-Henri Keller, *Le dialogue du corps et de l'esprit, op. cit.*, p. 21.
576. Tel est le titre d'un ouvrage précédent de Marc Jeannerod, *Le cerveau-machine*, Paris, Fayard, 1983.
577. *Le sentiment même de soi, corps, émotion, conscience*, Antonio R. Damasio, Paris, Odile Jacob, 1999, p. 317.

aliéné au biologique, comme si le rapport au biologique devenait réduction à celui-ci.

Selon le modèle de A. Damasio, « l'esprit, en sa qualité de *processus biologique* de haut niveau, requiert et mérite son propre niveau de description[578] » (c'est nous qui soulignons). Le tour est joué, l'esprit peut s'étudier, au même titre que les neurones, les axones ou les échanges synaptiques. Mais A. Damasio doit bien reconnaître que, pour « comprendre la relation entre les images mentales et le cerveau », il est nécessaire de faire appel à la notion d'un « espace dispositionnel » qui contient « le savoir de base et les mécanismes grâce auxquels les images sont reconstruites à partir de souvenirs ». Cependant, les contenus de cet espace restent implicites, « toujours inconscients et se présentent sous forme latente[579] ». Le flou s'accentue si nous nous penchons sur ce que représente l'image dans la théorie de Damasio :

> « par image, j'entends une configuration mentale, sous n'importe laquelle des modalités sensorielles, par exemple une image sonore, une image tactile, l'image d'un état de bien-être qui est véhiculé par des sens viscéraux[580]. »

Pour le moment, il nous semble que le retour à une explication « scientifique » ne clarifie en rien la question de l'esprit et de son « fonctionnement », et l'écran de fumée généré par cette approche nous laisse perplexe. À l'issue de la lecture de A. Damasio, et en dépit de son avertissement, nous ne savons toujours pas ce qui, dans le cerveau, relève de l'esprit, ou plutôt comment la cérébralité « construit » l'esprit. Et nous retournons vers Claude Bruaire et sa conception « non scientifique » de l'esprit. Comme la liberté ou l'autonomie, l'esprit relève de la métaphysique.

Nous devons donc tenir compte des manifestations de l'esprit, de la liberté, de l'autonomie, tant que les capacités d'expression ne sont pas empêchées, mais ces manifestations ne sont jamais que l'apparaître de l'esprit, sa substance dépasse ces manifestations. Nous sommes tout simplement dans des plans différents. C'est d'ailleurs à juste titre que le courant de pensée qui se rattache à la philosophie de l'esprit se réfère aux *qualia*, terme qui signifie étymologiquement « quelle sorte »

---

578. *Id.*, p. 321.
579. *Ibid.*, p. 329.
580. *Ibid.,* p. 19

ou « quel type », et qui renvoie à l'expérience privée, ineffable, immédiate de toutes nos expériences subjectives et conscientes.

À la différence des Idées platoniciennes dont la visée est au service de la construction d'un monde commun, c'est-à-dire intelligible pour tous les hommes, le monde des *qualia* reste non-communicable. Contrairement au monde élaboré grâce à la théorie des Idées, le monde compris à travers l'expérience des *qualia* s'appréhende dans un relativisme absolu. Comme le dit souvent le Pr. Dominique Folscheid, le monde des *qualia* suggère ce type d'analyse : « c'est mon expérience et je la partage avec moi-même ! ». Les *qualia* sont très individualistes, rétifs à toutes les formes de partage. La limite de la théorie des *qualia* réside dans l'impossibilité de construire un raisonnement abstrait, de type hégélien ou kantien, si nous nous référons à ces O.P.N.I.[581] À la différence des concepts qui permettent de dépasser l'entendement personnel, le recours à la notion de *qualia* s'avère incompatible avec l'universalisation des processus de pensée.

Est-il nécessaire de trouver une source biologique, neurologique, à l'origine de l'esprit ? D'autre part, limiter l'esprit à ses manifestations, n'est-ce pas prendre le risque d'établir une réduction délétère pour les soins portés aux malades ? Moins vous semblez penser, moins vous nécessitez d'attention, de présence, de temps… Pour qui connaît les centres de long séjour et le manque de personnel, ce risque n'est pas hypothétique.

De la même manière que Descartes, critiqué par A. Damasio dans *L'erreur de Descartes*, avait eu recours à une division artificielle de la *res cogitans* et la *res extensio*, ceci dans une visée pédagogique (il suffit de lire sa correspondance pour retrouver l'importance que Descartes attribuait aux passions et aux émotions), le neurobiologiste américain nous livre une construction en trois phases du « soi ». En premier lieu, le proto-soi qui est inconscient et qui harmonise les différentes informations issues du monde extérieur, il permet ainsi la création de l'identité. Sans ce proto-soi, nous serions bombardés d'informations sans cohérence, éparpillés dans une identité morcelée, éclatée. Ensuite, A. Damasio distingue la conscience-noyau et enfin le soi-autobiographique. À lire attentivement ces écrits, nous sommes contrainte de constater que ces constructions sont spéculatives. Ces

[581]. O.P.N.I. : nom que nous donnons à cet objet de pensée non identifié, l'identification étant sous le signe de l'altérité, c'est toujours l'autre qui me nomme, le *quale* ne pouvant être reconnu par autrui puisqu'il est condamné à errer dans une conscience fermée sur elle-même.

constructions sont à visée métaphorique, elles tentent de décrire notre psychisme. Mais nous restons toujours sans réponse devant « le mystère de ce phénomène qui, depuis toujours, taraude le monde scientifique – le surgissement du spirituel au cœur de la matière cérébrale[582] ».

De plus, A. Damasio qui, à l'opposé de Descartes, se réclame du courant moniste, est cependant conduit à établir une approche dualiste du psychisme en dissociant les émotions et les sentiments. Ainsi que le démontre Pascal-Henri Keller, c'est la reconnaissance du rôle dévolu au langage qui introduit cette séparation. Selon le neurobiologiste américain, les émotions seraient le versant biologique de notre comportement, alors que les sentiments, éprouvés, décrits et traduits en mots, constitueraient le versant psychologique[583].

Dans notre travail, nous considérons l'âme dans son union avec le corps, la pathologie de l'un étant indissociable des effets produits sur l'autre. La personne est inconcevable sous l'angle du clivage entre l'âme et le corps. Cette séparation psyché/soma, modélisée par Descartes, peut être rendue nécessaire à des fins « scientifiques », puisque la science se veut objective, mais elle reste artificielle car la médecine n'est pas une science « dure ». La réflexion éthique ne peut se bâtir à partir d'une approche réifiante et dénaturante de l'homme. Celui-ci doit être considéré dans toute sa complexité, au risque de buter sur l'énigme ou le mystère de son origine. Mais comment considérer l'âme ? Dans notre approche, nous utilisons souvent les termes âme, psychisme ou esprit l'un pour l'autre, ce qui nous semble le plus important, c'est de considérer leur union avec le corps, sans jamais oublier que certaines unions sont loin d'être harmonieuses ! Si nous assimilons âme et psychisme, dans une tradition hellénistique, nous considérons aussi l'apport du christianisme qui a revisité cette tradition.

Le corps animé, corps biologique ?

Le corps animé par l'âme devient la chair, ce qui explique l'impossibilité de ne soigner que l'organique. Occulter cette évidence : que le corps humain ne

---

[582]. Pascal-Henri Keller, *Le dialogue du corps et de l'esprit*, *op. cit*., p. 148.
[583]. Pour une explication complète, se référer au chapitre VII du livre de Pascal-Henri Keller*, Le dialogue du corps et de l'esprit, op. cit.*

puisse être considéré du seul point de vue biologique, c'est transformer la médecine en entreprise de soins vétérinaires. Les malades atteints de pathologies neurologiques (dont l'étiologie renvoie à des lésions ou des dégénérescences neuronales) nous somment de les considérer en tant qu'êtres de corps et d'esprit. Notre travail tente de l'expliciter, les malades de neurologie ne souffrent pas uniquement de leur cerveau, mais dans leur esprit. Les conséquences sont importantes pour penser les maladies neurologiques. Ce sont des pathologies de l'âme *et* du corps. Le cerveau serait la « composante » essentielle) de cette pathologie. Nous avons déjà abordé la question du corps que nous appréhendons dans sa dimension biologique et symbolique. Il convient de préciser à nouveau que le corps se fait chair, selon la tradition chrétienne, après l'insufflation divine, ou bien que le corps se fait chair lorsqu'il est investi par le désir et animé par les pulsions, selon l'approche psychanalytique. Selon les deux acceptions, ce corps est un corps parlé, imaginé, représenté, investi.

Ainsi, Mme J. « bousculée » (c'est elle qui emploie ce mot) par un accident vasculaire, est en pleurs avant de passer un examen réputé désagréable qui nécessite une prémédication : l'ETO[584]. L'agacement des médecins est patent, pourquoi les gens malades n'acceptent-ils pas « raisonnablement » leur maladie et les conséquences : examens en tout genre, immobilité, dépendance, paralysie, etc. ? Mme J. exprime sa crainte bien légitime de l'examen (qui peut se réjouir d'avaler un tuyau au bout duquel est arrimé un appareil échographique ?), renforcée par une autre souffrance : cet examen la renvoie à des maltraitances antérieures (parentales puis conjugales). Elle comprend, d'un point de vue théorique et raisonné, qu'elle doit subir cet examen qui permet d'affiner le diagnostic (découvrir un éventuel thrombus dans la cavité cardiaque, ou une malformation). Cependant elle redoute de ne pas supporter ce geste technique. Pour parachever le tout, elle a honte de réagir ainsi, ce qui amplifie ses réactions émotionnelles : larmes, anxiété. Le tensiomètre ne cesse d'indiquer une augmentation des chiffres sur l'écran de l'appareil auquel son bras est relié, indiquant une élévation manifeste de la pression artérielle au début de l'entretien

[584]. ETO : acronyme qui signifie échographie transœsophagienne : cet examen permet d'étudier les zones du cœur d'un accès difficile par l'échographie cardiaque classique. Pour réaliser cet examen d'imagerie par ultrasons, il faut faire passer une sonde par la bouche, le pharynx puis l'œsophage, afin d'examiner de l'intérieur les parois du cœur et des vaisseaux.

(« les docteurs ne vont pas être contents, ils n'arrivent pas à *m'équilibrer* » me confie-t-elle comme une petite fille prise en flagrant délit de bêtise en regardant les chiffres clignoter). Ces chiffres redescendront doucement au cours de l'entretien. Elle parviendra peu à peu à mettre des mots sur son mal-être et abordera certains souvenirs d'enfance très douloureux.

L'exemple de Mme J. démontre bien qu'il ne s'agit pas simplement de technique médicale (faire passer un tube dans un autre afin d'étudier d'autres tubes et un organe, à savoir des artères et le cœur), mais d'une situation où une personne est en souffrance. Mme J. redoute un examen évocateur d'une effraction antérieure dans un corps qui n'est pas réductible à une *res extensa*[585]. Alitée et dépendante des médecins, Mme J. se sent misérable et ridicule. Ne sommes-nous pas au cœur de la dialectique du *pharmakon*, poison et remède ? L'examen requis est administré afin de comprendre l'étiologie de l'AVC et donc de remédier, de soigner. Mais, dans ce contexte précis, particulier à Mme J., l'interprétation symbolique (ce que cette sonde représente) établie par la patiente, la renvoie à des souvenirs pénibles. Elle attribue ainsi une valence négative à cet examen nécessaire, néanmoins vécu comme un poison.

Ceci nous oblige à penser l'acte thérapeutique comme devant toujours être éthique. Négliger l'*ethos* de la patiente, en l'occurrence ses souvenirs douloureux, c'est prendre le risque de la violenter tout en réalisant un acte qui permet objectivement d'affiner le diagnostic. Deux réalités coexistent et nous devons les considérer toutes deux : la nécessité de rechercher les facteurs favorisant l'AVC afin de contrôler les risques de récidive, et la pénibilité de cette investigation pour la patiente. Prendre le temps d'écouter Mme J., la laisser évoquer son inquiétude, c'est comprendre qu'un examen n'est pas pratiqué sur un corps organique mais sur un corps investi d'une histoire. Les médecins sont préoccupés par l'aspect rationnel de la médecine et l'urgence de trouver la cause de l'accident vasculaire.

---

[585]. *Res extensa* : terme utilisé en référence à René Descartes. Dans la sixième Méditation, Descartes s'emploie à distinguer le corps et l'âme : « j'ai une idée distincte du corps en tant qu'il est seulement une chose étendue (*res extensa*) et qui ne pense point ». Descartes, *Méditations métaphysiques*, Paris, GF-Flammarion, 1997, p. 185. Dans la *deuxième* Méditation, Descartes évoquait à propos de son corps : « toute cette machine composée d'os et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre ». *Id.* p. 75. À la séparation de l'âme et du corps, le philosophe ajoute un nouveau clivage tout aussi radical, celui qui sépare le monde des morts de celui des vivants. Cependant, la référence au terme *chair,* chez un philosophe chrétien, renvoie à un corps qui n'est peut-être pas si inanimé qu'il n'y paraît…

Notre fonction est de proposer une ouverture à certains patients. La compétition entre ces deux savoir-faire serait néfaste, contre-productive. Nous devons favoriser les conditions d'un temps de parole. Ce temps est précieux, il peut dédramatiser une situation, désamorcer un conflit, diminuer l'angoisse. Dans ce cas précis, grâce au témoignage de Mme J., nous saisissons combien le corps biologique, celui qui doit subir l'examen complémentaire, ne coïncide pas avec le corps « phénoménal », le corps sexué de la patiente, habité de souvenirs douloureux. Dans notre pratique hospitalière, la confiance est fondée par l'acte de paroles, pourvoir parler et être entendu, cet acte ne relève pas d'un contrat légal (par exemple le devoir d'informations) mais d'une éthique : celle de la parole.

Le psychologue contribue aux soins en faisant appel à un autre savoir-faire, centré sur la connaissance que le patient détient à propos de son histoire personnelle. Cette connaissance ne doit pas être en compétition avec le savoir-faire médical. Elle doit être reconnue, entendue, quand le moment est favorable. C'est le fameux *kairos* aristotélicien que nous devons saisir afin de laisser les mots se frayer un chemin dans la brèche ouverte par l'accident vasculaire. Mme J. formulera très justement cette opportunité : « j'ai l'impression que cet AVC me fait un signe, il est temps que je m'occupe de moi, je pleure mais je n'ai plus envie de faire semblant ».

Un patient qui pleure n'est pas nécessairement un patient pénible, désagréable, caractériel ou opposant, c'est une personne qui interpelle. Cet appel signifie une demande de pause, cette demande suggère que nous nous arrêtions un moment afin de donner la parole. Le bien-fondé des examens complémentaires n'est pas à remettre en cause. Mais cela n'empêche pas que certaines investigations soient anticipées dans l'appréhension, avec anxiété, quand leur représentation rentre en résonance avec une expérience antérieure pour le moins désagréable. L'histoire personnelle de chaque personne confère un vécu singulier, une expérience unique à chaque hospitalisation.

Les réactions que nous jugeons hâtivement disproportionnées par rapport à l'inconfort de l'examen nous rappellent que nous soignons des êtres humains, pas des « corps-machines ». N'oublions pas qu'il n'y a de routine que pour les soignants… qui sont souvent dans l'obligation de se protéger des émotions. Combien de fois avons-nous entendu ces conseils inapplicables bien souvent : « il

ne faut pas se laisser toucher, émouvoir, envahir par les patients ». La neutralité est une forme pure, idéale, qui suppose un pur sujet (kantien ?), dépouillé de sa sensibilité, débarrassé de ses affects.

2. Une place pour l'âme et les affects en neurologie ?

Dans les dialogues platoniciens, notamment le *Cratyle,* Socrate s'interroge sur l'étymologie de l'âme qui « est cause du vivre pour le corps[586] ». Il rapproche les termes souffle et âme et évoque la respiration qui permet de rafraîchir le corps. Puis il rappelle que le corps est pour certains, « le "tombeau" (*sêma*) de l'âme, dans la mesure où elle y est présentement ensevelie[587] ». L'âme (que les Grecs anciens nommaient *psukhé*) est devenue notre psychisme actuel, vocable cher à la psychanalyse, psychisme que, dans notre travail et notre approche des malades, nous ne concevons pas clivé de l'organique. Pourtant, la conception actuelle de l'âme renvoie encore largement au platonisme, doctrine qui séparait l'âme du corps, les rendant l'une à l'autre étrangers. Dans le *Timée*, les âmes sont localisées dans des parties différentes du corps, chacune est spécifique dans sa fonction. Ainsi, selon Platon, notre âme se subdivise en trois fonctions réparties dans trois endroits du corps : l'âme irascible, l'âme nutritive et l'âme concupiscente. La *psukhé* platonicienne recouvre le *nous* (intellect) et le *thumos*. Avec Aristote, nous retrouvons une conception trifonctionnelle de l'âme : végétative, sensitive et intellectuelle, et la distinction de l'âme et du corps : « l'âme n'est pas un corps, en effet, mais quelque chose du corps[588] ».

Cette étrangeté réciproque de l'âme et du corps disparaît chez les chrétiens. Dans ses épîtres, saint Paul a rajouté en complexité en évoquant le *pneuma*, c'est-à-dire le souffle comme principe de vie, souvent traduit par esprit et distinct du psychisme. En effet, dans la première épître aux Corinthiens, saint Paul différencie l'homme psychique de l'homme spirituel, seul l'esprit peut connaître Dieu[589]. Selon la théologie chrétienne, le *pneuma* évangélique, c'est à la fois le

---

[586]. Platon, *le Cratyle*, Paris, GF-Flammarion, 2005, 399 e, p. 105.
[587]. *Id.,* 400c, p.106.
[588]. Aristote, *De l'âme*, *op. cit.*, II, 2, 414a [20], p. 146.
[589]. « L'homme psychique n'accueille pas ce qui est de l'Esprit de Dieu : c'est folie pour lui et il ne peut le connaître, car c'est spirituellement qu'on en juge ». Paul, Première épître aux Corinthiens, 2, verset 14, *La Bible de Jérusalem*, *op. cit*., p. 1702.

souffle et l'esprit de Dieu. Les hommes inspirés par Dieu sont invités à agir en chrétiens. Au commencement, Dieu s'est fait souffle (« un vent de Dieu[590] »), a crée le monde et donné vie au premier homme, Adam. Ensuite, Dieu se fera chair dans la personne du Christ, Dieu et homme tout à la fois[591]. Enfin, le Christ mort puis ressuscité donnera l'esprit à ses disciples le jour de la Pentecôte.

La Pentecôte célèbre le don du Saint-Esprit aux apôtres. Ceux-ci ont pour mission d'évangéliser la terre, c'est-à-dire de porter la parole et de témoigner de l'incarnation de Dieu dans le Christ. Le souffle du Dieu des Chrétiens est le principe de vie qui garantit la vie éternelle. Il est donné aux apôtres après la Résurrection, afin de leur servir de guide pour les aider à témoigner d'une vie nouvelle, en tant que disciples du Christ. Leur mission sera de porter la « bonne parole » : la croyance en la vie éternelle, la croyance en la résurrection en corps glorieux… Selon la conception chrétienne, l'esprit (saint en l'occurrence) est ce qui permet d'affirmer la croyance et la transmission du message divin. C'est également après qu'ils reçurent l'Esprit Saint que les apôtres se mirent à parler : « Tous furent alors remplis de l'Esprit Saint et commencèrent à parler en d'autres langues, selon que l'Esprit leur donnait de s'exprimer[592] ». Cette possibilité d'être compris dans toutes les langues confère à la parole divine son universalité et fait écho à la célèbre phrase du Credo : « Il a parlé par les prophètes[593] ». Ainsi, l'esprit selon la théologie catholique parle et fait parler, ce qui nous renvoie au prologue de saint Jean « au commencement était le Verbe […] et le Verbe s'est fait chair[594] ».

Mais qu'est devenu l'esprit à l'aune du XXIe siècle et de la philosophie de l'esprit ? Soit rabattu sur le *mind* anglo-saxon, en s'apparentant au mental, il se teinte de matérialisme et s'étudie via les sciences cognitives. Soit réduit à sa fonction psychique, il a également perdu au passage sa qualité première, qui consiste justement à ne pas se réduire à son objectivation. En effet, cette objectivation a pour conséquence une approche extérieure de la personne selon laquelle les patients déments sont peu dignes d'intérêt. Pour dépasser cet obstacle,

---

590. La Genèse, 1, verset 2, *La Bible de Jérusalem*, *op. cit.*, p. 17.
591. C'est sur la doctrine de la consubstantialité que s'est fondée la tradition apostolique au Concile de Nicée en 325.
592. Les Actes des Apôtres, 2, verset 4, *La Bible de Jérusalem*, *op. cit.*., p. 1636.
593. Phrase du Credo du Symbole de Nicée qui affirme la croyance en Dieu selon la foi chrétienne.
594. Jean, Prologue, 1, versets 1et 14, *La Bible de Jérusalem*, *op. cit.*, p. 1595.

pouvons-nous recourir à la démarche dialectique, qui permettrait d'articuler temps et mémoire ? La dialectique se différencie radicalement du bavardage, de l'échange d'opinions ou de la polémique, parce que ces modalités du discours (opinions et polémique) sont dénuées de raison logique. Or, il est intéressant de considérer ce paradoxe : les paroles et les actes des patients déments sont souvent hâtivement rangés, *a priori*, dans la catégorie des actions insensées, incompréhensibles et par là peu dignes d'intérêt.

Est-il opportun d'utiliser la démarche dialectique pour approfondir l'articulation temps/mémoire chez des personnes qui semblent par ailleurs dénuées de raison ? Car les paroles et le comportement des patients sont comme une fenêtre entrouverte sur leurs pensées, leur mémoire. Ces pensées, en tant qu'elles peuvent s'exprimer ou s'extérioriser par des actes, et parfois de façon très abrupte, ne peuvent être mises à l'écart. Cette « crudité » est à considérer sans doute comme une forme de dépouillement. Nous resterions confrontés à une impasse, dans la prise en considération de ce qui se donne à voir et à entendre, si nous faisions l'économie du pulsionnel, si nous considérions les affects comme un déchet, une donnée dépourvue de validité, dénuée d'intérêt. Ces modalités d'expression découlent d'une autre logique. Pulsionnel et affects constituent autant de façons d'exprimer l'indicible, quand les mots viennent à manquer ou quand l'éprouvé résiste et déborde le pouvoir du langage, qui souvent se délite (manque du mot, paraphasies, trouble syntaxique, etc.).

Ce hiatus entre les affects ressentis et le langage qui défaille et ne peut plus les dire, nous le retrouvons dans la création artistique. Ainsi le tableau d'Edvard Munch[595], qui offre une représentation de l'« angoisse » ou de l'« effroi », sans recours au langage. Certes, la démence n'est pas une œuvre d'art, et l'œuvre d'art ne pallie pas une défaillance du langage, elle relève d'une autre symbolique. Cependant, la démence, comme la création artistique, témoigne et fait partie intégrante de notre humanité. Nous retrouvons dans le phénomène de l'angoisse l'incompétence du langage à le saisir. L'angoisse ne peut s'expliquer parce qu'elle reste sans objet, sans représentation consciente. Nous pouvons toujours dire que nous nous sentons angoissés, nous ne parviendrons jamais à définir, à circonscrire

[595]. Edvard Munch (1863-1944), peintre norvégien, *Le Cri*, Tableau exposé dans le musée d'Oslo, volé le 22 août 2004 et retrouvé en août 2006 par la police norvégienne. Munch a réalisé plusieurs versions de cette scène.

l'objet de notre angoisse. Le propre de l'angoisse est qu'elle ne peut être contenue dans les mots. L'angoisse révéle ainsi l'impossibilité du langage à dire le réel de cette souffrance.

Cela nous oblige à considérer, à inventer parfois, d'autres méthodes de relation entre les hommes. La démence nécessite de repenser et revisiter les conditions du vivre ensemble, si nous voulons continuer de faire notre métier d'homme, c'est-à-dire ne pas limiter les conditions d'accueil de l'autre en tant qu'il nous ressemble, mais aussi en tant qu'il incarne une autre manière d'habiter le monde. Bien qu'il paraisse radicalement autre, irréductible à notre image, le dément est une figure d'un autre possible…

La façon d'être au monde de certains patients déments, qui mettent en scène, qui exhibent leur déréliction, faute de pouvoir l'organiser dans un discours, n'est-ce pas ce qui nous fait détourner le regard et quitter vite la maison de retraite, le long séjour, la chambre du patient, une fois la visite accomplie, que nous soyons des proches (au sens familial ou amical) ou des soignants ? Qui, mieux que le dément, nous fait sentir de façon plus crue, authentique, dévoilée, la précarité de notre condition ? En dépit des divertissements variés dont nous usons continûment afin de nous détourner de notre mortelle condition, le dément incarne un rappel à l'ordre, notre destin est tragique.

Ainsi, Annie Ernaux évoque sa mère qui : « ne se retrouvait pas entre les différentes pièces de la maison et elle [me] demandait souvent avec colère comment aller dans sa chambre[596] ». La colère, dans ce cas, est-elle inadaptée, dénuée de sens, ou bien l'affect qui exprime le mieux le sentiment d'impuissance, de désarroi, quand une personne se retrouve perdue dans son environnement ? Et si, bien au contraire, cette colère était appropriée, adaptée, saine dans le contexte de la maladie qui impose de nouvelles normes ? Les affects tels que la colère, la panique, sont de circonstance quand les mots font défaut pour dire l'indicible. Car c'est, à juste titre, une expérience tragique que celle d'être perdu, étranger, dans un endroit auparavant connu et familier, et qui devient inhospitalier. La colère, c'est un autre langage pour exprimer une émotion, c'est le corps qui parle, le ton qui monte, les gestes désordonnés et la rougeur aux joues, toute une palette de manifestations corporelles qui donnent à être vues, repérées. La colère exprimée

[596]. Annie Ernaux, *Une femme*, Paris, Gallimard, 1998, p. 89.

par la mère de l'écrivain est proche du désarroi, elle demande une réponse, une réassurance, « tu es perdue, tu te crois perdue, je vais te montrer le chemin, tu es seule dans ta souffrance mais je peux te servir de guide ». Combien de fois avons-nous fait cette expérience : simplement rentrer dans la chambre d'un patient confus, agité et criant du fond de son lit, lui parler, tenir sa main et sentir peu à peu l'apaisement succéder à l'angoisse.

Les affects illustrent la présence et les effets du corps dans la pensée, la liaison du psychique et de l'organique. Dans l'exemple donné par Annie Ernaux, le défaut de mémoire topographique et la perte de la reconnaissance visuelle, sont bien perçus comme une disparition de certains repères intimes. Cette perte vient signifier au malade l'impossibilité d'habiter sa maison. Sans l'aide d'un tiers, ce lieu connu devient inhospitalier. Ce fait est un scandale proprement insupportable. Mais c'est bien une intuition de la situation vécue comme « non reconnaissance » du lieu connu, qui déclenche la colère. Sans cette articulation savoir/oubli (je sais que je devrais me retrouver dans ces lieux familiers mais je n'y parviens pas), la mère de l'écrivain continuerait à errer sans but, sans même se souvenir qu'elle a une chambre, ni chercher à s'y rendre… D'une certaine façon, la mère de l'écrivain reste en puissance de savoir (puisqu'elle sait qu'elle oublie), mais elle est potentiellement (momentanément ou durablement) dans l'incapacité de se souvenir où est sa chambre.

Parce qu'une personne, même très démente, ne se réduit jamais à un *Körper* mais reste un *Leib* en puissance, les affects signent la présence de ce souffle de vie qui continue d'animer les plus séniles et les plus démunis. C'est la présence continuée de la vie affective, pulsionnelle qui montre la participation des déments à la communauté humaine. Les affects nous interpellent et nous rappellent qu'il existe un autre langage que celui du *logos* pour signifier la souffrance, la déception, le découragement. Ainsi Mme F. au chevet de sa mère très démente, aphasique et au fauteuil depuis des années, la nourrissant « comme un bébé » (ce sont les mots de sa fille) avec des purées, des bouillies et des compotes, avait remarqué la persistance de certains signes de plaisir chez sa mère. Celle-ci exprimait toujours des soupirs de bien-être quand elle savourait une crème au chocolat, et souriait, parfois, quand son chat se lovait sur ses genoux en

ronronnant, ou lorsque que son regard, souvent perdu dans des rêves mystérieux, agrippait une fleur juste éclose et posée devant elle.

Parce que le *logos* signifie tout à la fois logique et raison, nous faisons le pari du sens dans les mots des déments : « Le bruit peut changer, la multiplicité des langues est là pour en témoigner. Le sens, lui, reste. L'évidence de la traductibilité ne dit rien d'autre que la foi en l'être du sens[597] ». L'évidence de la traduction ne nous soustrait pas aux pièges de l'interprétation. Parler à la place de quelqu'un comporte toujours le risque de dire ce nous croyons avoir entendu, la tentation (pas toujours consciente) de plaquer notre désir et de le substituer ainsi au désir de l'autre. Nul besoin d'être en relation avec des malades pour faire l'expérience du malentendu ! Nous discernons bien plusieurs modalités à l'œuvre dans tout discours et restons vigilante à ne pas assimiler raison et intention. L'intention ou du moins la logique intérieure au discours (ce que ce discours tend à dire) permet un témoignage, un récit qui implique toujours une forme, même minimale, de recours à la mémoire : la mémoire des mots, mais aussi celle de la syntaxe, de la prosodie, (ce qui nous fait sentir que le ton sied bien au contenu, qu'il y a congruence entre ce qui est dit et la façon dont cela est dit). Nous devons aussi considérer la destination de ce récit, c'est-à-dire son orientation, son adresse. En effet, peut-il exister un récit sans destinataire ? Le récit dit toujours quelque chose (dans ce cas le malaise, la souffrance, l'errance) sur quelqu'un à quelqu'un d'autre, fût-il imaginaire.

Plutôt que de nous intéresser à l'exactitude de ce qui est dit, puisque nous savons bien que les personnes malades sont atteintes de troubles mnésiques et de troubles du jugement, il nous paraît plus judicieux de nous demander *pourquoi* et *à qui* est-ce dit ? Nous devons également considérer la forme du discours, en l'occurrence, le primat de la rationalité poétique dans les paroles des déments.

Être avec autrui, n'est-ce pas la condition fondatrice de notre existence ? Même dans une démarche volontaire de mise à l'écart du monde et de ses divertissements, chaque homme vit selon cette nécessité. Ainsi Jean-Paul Kauffmann écrira à propos de son exil volontaire dans les Landes, après sa détention au Liban : « Voilà finalement la retraite que j'appelais de mes vœux :

---

[597]. Jean-Bernard Liger-Belair, *L'ombre nécessaire, Phénoménologie du corps,* Paris, Editions du Félin, 1990, p. 31.

j'y suis seul mais pas isolé, relié à distance à l'activité et à l'énergie de ma famille et de mes amis[598] ». Dans le cas du journaliste, la solitude n'est pas l'exclusion, elle constitue une manière d'être seul avec les autres ou parmi les autres, ce qui consiste à prendre en considération le lien en tant qu'il nous relie à autrui. L'existence même de ce lien implique distance et séparation. Le lien reconnaît la distance entre les personnes, la création du lien rend compte de l'évitement de la fusion. Altérité et solitude s'articulent pour éprouver véritablement la présence de l'autre dans son absence ou son éloignement. Nous sommes loin de la désolation ou de la déréliction du patient dément qui n'est souvent même plus écouté, sous prétexte qu'il tient un discours dénué de sens, un discours déserté par la raison dans son acception restrictivement logique. L'exclusion des personnes atteintes de troubles neurologiques est subie, les patients sont mis à l'écart parce qu'ils dérangent, nous devons bien l'admettre. Ils bouleversent les représentations et les habitudes policées de nos relations sociales.

La rupture dans le cours ordonné et conventionnel de « ce qui se fait, ce qui se dit » est souvent vécue sur le mode du rejet, de la honte. Pourtant, la permanence de la personne subsiste. Cette permanence ouvre sur la reconnaissance d'une présence et, par là, permet la possibilité d'une rencontre. Mais cette rencontre brise le jeu de miroirs que nous entretenons avec « l'image » de l'autre. Accepter cette rencontre, c'est accepter la confrontation violente avec certains malades affectés dans leur souffrance à être, à vivre en dépit de certaines modifications profondes de leurs conditions d'existence. Il nous faut quitter le registre de la *mêmeté* pour prendre le risque de la relation et accepter d'être confronté, touché par l'étrangeté, le non-conventionnel…

---

[598]. Jean-Paul Kauffmann, *La maison du retour*, *op. cit.*, p. 277.

Chapitre II : Permanence et changement

Cette dialectique permanence/changement qui œuvre avec force au cours de certaines maladies est évoquée avec concision par Annie Ernaux. Auprès de sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer et qui vit en institution, elle est confrontée à ce paradoxe : « la voir, la toucher, si *différente* de ce qu'elle a été et pourtant "*elle*"[599] ». (souligné par nous). Puis, repensant à la jeunesse de sa mère, du moins aux souvenirs qu'elle en garde, elle saisit comment la permanence du souvenir, qui assure une autre forme de la continuité, est confrontée au changement : « je la "vois" dans ma tête, la force, la beauté, la chaleur […] les deux images ne peuvent pas coïncider[600] ».

S'il n'y a pas coïncidence, ou juxtaposition possible des images, il y a bien permanence de la personne à laquelle sont référées ces deux images… C'est la certitude d'avoir *malgré tout, en dépit des apparences,* affaire à la même personne, qui génère un malaise, un sentiment d'inquiétante étrangeté quand nous ne *la* reconnaissons pas. L'écrivain prend le soin de parler d'images, c'est-à-dire de ce qui apparaît, de ce qui se donne à voir, et non de ce qui est et qui relève du domaine de l'être. Cette distinction est cruciale. D'une certaine façon, Annie Ernaux est un écrivain dont l'intuition littéraire se rapproche des distinctions établies par le philosophe Claude Bruaire.

Nous ne ressentirions pas de malaise, si nous étions réellement confrontés à deux personnes différentes. Cette expérience incontournable du changement, voire de la métamorphose, est bien le signe du vieillissement, lequel, au-delà de la pathologie, est toujours un déclin. Ce déclin qui nous renvoie sans ménagement à la réalité de notre finitude, est vécu de façon dramatique avec les personnes démentes, justement parce qu'elles ne portent pas de masque. Elles abandonnent un par un les attributs sociaux pour se livrer à notre regard, dépouillées, en toute humilité. Mais ce déclin altère les formes de l'apparaître, pas celles de l'esprit. « L'animal décline mais il n'assiste pas à son déclin ; l'homme décline, et en même temps assiste à son propre déclin[601]. »

---

[599]. Annie Ernaux, *Je ne suis pas sortie de ma nuit*, *op. cit*., p. 76.
[600]. *Id.,* p. 99.
[601]. Vladimir Jankélévitch, *La mort*, Paris, Champs-Flammarion, coll. essais, 2008, p. 211.

Il n'est pas certain que le dément assiste à son propre déclin. Une des hypothèses, déjà citée en référence aux travaux de Jean Maisondieu, réside dans l'apparition du processus démentiel comme un processus de défense. La démence éviterait la pensée de la mort et du déclin par les patients. Nous avons déjà signifié notre impossibilité actuelle à infirmer ou confirmer cette hypothèse.

Ainsi, les « rôles » sociaux, les places attribuées à chacun au sein de la famille (en fonction de la génération, être fille de, mère de, fils de, père de) vacillent quand la maladie bouleverse et inverse les relations de dépendance. Annie Ernaux ressent avec violence cette inversion des relations mère/fille et tente de la rejeter : « Je ne voulais pas qu'elle devienne une petite fille, elle n'en avait pas le "droit "[602] ». Sans doute le devoir de prendre soin du parent déclinant est-il ressenti avec une intensité douloureuse quand nous savons que le processus est irréversible, que plus jamais nous ne pourrons nous « reposer » sur la force et la sécurité du lien protecteur parents/enfants. La fragilité de nos aînés, de ceux qui nous ont éduqués et initiés au métier d'homme, est parfois insupportable. Nous (les soignants) sommes confrontés à des situations où l'obligation morale de soigner est grevée de difficultés psychologiques auxquelles nous devons prêter attention.

Ainsi M. F. comprend, à l'issue de la consultation, que son père souffre de troubles mnésiques graves, évocateurs d'une maladie d'Alzheimer. Il s'effondre pendant que nous lui expliquons l'importance de ces troubles et, comprenant l'irréversibilité du processus, se demande (et nous demande) comment son père, « si brillant, intelligent et cultivé peut *me* faire cela ? » Dans un premier temps, il faudra écouter ce fils blessé et l'aider à concevoir, à défaut d'accepter, que la maladie de son père n'est pas un processus dirigé contre lui. Ce qui ne l'empêchera pas de se sentir abandonné par ce père tant admiré et maintenant atteint par un processus dégénératif qui altère ses capacités intellectuelles.

Si les modifications des relations parents/enfants ne sont pas imputables à l'intentionnalité du patient, elles sont souvent interprétées. Les conséquences de la maladie ne sont jamais limitées à une atteinte organique (la mort neuronale) affectant un cerveau. C'est toujours une personne, prise dans un réseau relationnel et familial spécifique, complexe, qui est malade. La maladie grave initie des

---

[602]. Annie Ernaux, *Une femme*, *op. cit*., p. 93.

changements dans l'ensemble de ce réseau, sa survenue entraîne presque toujours des modifications dans l'équilibre des relations familiales.

1. L'identité en question

Ainsi, la maladie d'Alzheimer et les perturbations comportementales indéniables qu'elle entraîne, nous plongent au cœur de la problématique de l'identique et de l'identité. À confondre ces deux termes, nous prenons le risque de rechercher en vain « le même » en dépit de la variabilité comportementale et des modes d'expression très fluctuants de la personne atteinte de cette maladie. Refuser de considérer la part de ce qui diffère comme faisant partie intégrante de ce qui constitue l'identité de la personne qui continue à être elle-même, en dépit du changement, c'est nier le changement en tant que processus inhérent à la vie. Au cours des maladies nommées à juste titre « évolutives », il n'y a pas de saut radical qui nous permettrait de dire : « hier, il ou elle allait très bien et aujourd'hui il ou elle est malade ». Nous avons affaire à un processus continu, parfois soumis à des mouvements d'accélération ou de ralentissement. Mais, nous l'avons déjà envisagé, c'est l'assimilation erronée du temps à une succession d'instants sécables qui brouille notre appréhension du temps comme flux, durée, continuité. C'est notre (in)adaptation, notre (in)tolérance à ces changements qui nous contraignent à trouver une borne, une limite entre le normal et le pathologique. Le plus tragique n'est pas l'occurrence de la maladie, mais l'absence de traitement curatif. La limite ainsi repérée permet de séparer ce qui est imputable aux processus du vieillissement normal et ce qui relève de la pathologie.

Pourtant, en Occident, la vieillesse s'apparente parfois à une maladie, puisqu'elle contraint à modifier certaines conditions de vie, comme le changement d'habitation, l'arrêt de certaines activités. La dépendance, tout du moins une certaine limitation des aptitudes physiques, est rangée au chapitre des pathologies, car vieillir c'est souffrir, avant d'être *la dernière étape de la croissance*[603]. L'homme moderne occidental n'est plus né sous le signe du lien. Détaché de Dieu, libéré de l'autoritarisme paternel, il se veut autonome, performant, sans attache. Il n'est pas préparé à affronter le vieillissement qui reste pourtant la

[603]. Nous paraphrasons en utilisant le titre d'un ouvrage d'Elizabeth Kübler-Ross : *La mort, dernière étape de la croissance,* Paris, Editions du Rocher, 1994.

dernière escale terrestre avant la mort. Dans un monde où Dieu s'est absenté, la mort devient néant. Et le néant, impensé parce que non représentable, est une source d'angoisse.

Une très brève incursion vers les sociétés africaines nous invite à découvrir un autre regard sur le vieillissement. Par exemple, chez les Bambaras, au Mali, « la vieillesse commence à 49 ans – 49 ans est un âge sacré, c'est le carré d'un chiffre sacré, le 7[604]. Chez les Bambaras, les cérémonies d'initiation ont lieu tous les sept ans[605]. » Vieillir en Afrique consiste en une longue préparation avant de mourir et retrouver le monde des ancêtres, qui n'est pas coupé de celui des vivants. L'anthropologie africaine nous immerge dans un monde de représentations différentes tant pour la notion de personne que pour celle de maladie. Ainsi :

> « Le vieillard africain, en principe, ne craint pas la mort. En aucun cas il ne doit se laisser surprendre par elle. C'est pourquoi il ne manque pas de mettre de côté les tissus qui lui serviront de linceul. […] Il entretient avec la mort et le mourir des rapports étroits. […] les vieillards sont censés et même *doivent* mourir dans la paix et dans la dignité[606]. »

L'accent mis sur l'obligation indique que cela ne va pas de soi, mais le vieillard est investi d'un rôle pédagogique jusqu'au terme de sa vie terrestre. En fait, il est plus juste de parler des aînés et du principe d'aînesse, principe fondateur des sociétés africaines traditionnelles, plutôt que d'évoquer l'âge. La place de l'individu est toujours à considérer dans la succession des générations et :

> « la mort n'est point pensée comme périssement du corps et libération de l'âme ; le monde des morts est "l'autre côté" de celui des vivants, les deux mondes restent solidaires, interfèrent l'un, l'autre, se complètent mutuellement et restent également enveloppés dans le temps. Ainsi, mourir, c'est tout simplement emprunter une filière méconnue du temps[607]. »

Il est remarquable de noter l'existence d'un temps commun qui enveloppe les vivants et les morts. Celui des vivants est connu, l'autre non, mais ce n'est pas une différence essentielle.

Pourquoi ce détour vers l'Afrique ? Parce que nous avons pu rencontrer au cours de leur hospitalisation des patients issus de divers pays africains (essentiellement du Mali, de la Côte d'Ivoire et du Sénégal). Les échanges avec

---

[604]. Il importe de rappeler que le chiffre 7 des Bambaras, c'est le chiffre de la fécondité : le garçon est pubère à 14 ans, la femme a un cycle de 28 jours, tous ces nombres sont des composés de 7. Le chiffre 7 est aussi celui des Pythagoriciens.
[605]. *Vieillir en Afrique*, Claudine Attias-Donfut et Léopold Rosenmayr, Paris, PUF, 1994, p.130.
[606]. *Id.*, p. 155.
[607]. *Ibid.,* p. 119

les familles et les malades nous ont convaincue qu'il est toujours « revigorant » de puiser à d'autres sources de connaissance. Chaque société, chaque culture se pose la question du vieillir et du mourir. Chacune propose, selon ses mythes, ses religions, tout ce qui constitue son socle symbolique et ses projections imaginaires, des réponses qui illustrent la richesse des représentations et des solutions apportées à ces étapes de la vie. Le culte de l'individualisme ambiant en Occident nous semble accentuer ce drame que constitue le vieillissement. Nos sociétés sont confrontées au déclin de la natalité et à l'augmentation de la durée de la vie. Faute d'être vraiment pensé, le vieillissement continue d'être vécu comme un pâtir, un échec, une fatalité. Nous l'avons déjà évoqué dans un précédent travail, pour que le vieux des sociétés industrialisées puisse rester un modèle, il doit être encore performant. Le vieux porté aux nues, c'est celui qui se comporte comme un jeune, finalement celui qui n'a pas l'apparence du vieux.

Nous empruntons à nouveau à la littérature ce regard porté sur le vieillissement en tant que dernière forme du pâtir. Ainsi, Pierrette Fleutiaux raconte l'installation de sa mère en maison de retraite. Elle fait le récit de la relation qui s'établit désormais entre cette femme déclinante dont la seule « maladie » est d'être vieille, et elle-même, sa fille :

> « Avec le parent âgé, on retrouve des comportements oubliés, ceux qu'on avait avec ses enfants, du temps où on les élevait. Patience, l'enfant grandira, le vieillard s'habituera. Cela fait peu de temps que ma mère est à la résidence de retraite, qu'elle est devenue vieille. Ne pas s'énerver, prendre ses dispositions et faire comme si[608]. »

ou encore :

> « On fait avec le vieux parent comme on fait avec ses enfants : on voudrait qu'il mène une vie saine, fasse du sport, ait de bons amis, se porte bien et ne vous colle pas aux basques. On fait ce qu'on sait faire. On devient tyrannique[609]. »

Ce constat est amer, il met en évidence la difficulté à inventer un type de relation qui ne reprendrait pas les schémas parent/enfant et qui accepterait les marques du temps. Un autre témoignage poignant : celui de cette patiente venue réaliser un bilan complet à l'issue duquel le « placement » en long séjour sera proposé. Un de ses enfants dira à son propos : « En l'amenant ici, j'ai eu l'impression d'amener mon chien se faire piquer ». Quelle violence dans cette réflexion dont le ton se voulait empathique et qui révèle une forme de métamorphose ultime : devenir vieux et dément, c'est devenir un animal…

---

[608]. Pierrette Fleutiaux, *Des phrases courtes, ma chérie*, Arles, Actes Sud/Leméac, 2001, p. 79.
[609]. Pierrette Fleutiaux, *id.*, p. 143.

Ainsi, cette inversion dans l'ordre des générations n'est pas le fait de la démence. Il est fréquent de rencontrer ce remaniement de la responsabilité qui s'inverse, change de direction en quelque sorte, quand les plus jeunes prennent soins des aînés. Ce bouleversement n'est pas forcément accepté, ni des enfants, ni des parents. Il faut concilier tout à la fois de rester l'enfant *et* de devenir le protecteur de ses parents, ce qui implique une réorganisation des investissements affectifs. Quitter le confort de la place de fils ou fille prodigue ou préféré et devenir le soutien du parent déclinant ne va pas de soi.

Ainsi, Mme V. est considérée par sa fratrie comme la fille favorite de sa mère. Sa situation professionnelle est confortable, elle a fait un mariage « bourgeois » qui lui a permis de s'extirper de son modeste contexte social d'origine. Elle représente la réussite du modèle éducatif prôné par ses parents, « l'ascenseur social » a été efficace. Mais Mme V. se fige en consultation quand elle apprend le diagnostic de la maladie dont souffre sa mère. Elle reviendra ultérieurement me parler de son incapacité à s'occuper de sa mère, de son dégoût parfois au cours des visites à la maison de retraite (qu'elle esquive volontiers) : « alors que mon frère et ma sœur sont si dévoués, *semblent* (souligné par moi) ne pas souffrir de la situation, je lui en veux d'être malade et de m'abandonner, à cause d'elle je me sens coupable, je m'en veux de ne pas être à la hauteur, d'être égoïste, mais c'est un peu de sa faute, c'est affreux, je ne peux pas... ». Sa culpabilité est renforcée par sa place dans la fratrie et par sa disponibilité. Elle est l'aînée et, de plus, retraitée. Son frère et sa sœur cadette, plus jeunes, travaillent encore et s'occupent, d'après elle, bien plus de sa mère. Au cours des entretiens, elle me confie sa crainte de lui ressembler un jour, de perdre tout ce qui constitue l'assurance d'une vie réussie. Elle se demande comment réagiront ses propres enfants si elle était atteinte de la même maladie… Et si la formule consacrée, si souvent entendue en consultation : « je ne veux pas être une charge pour mes enfants », masquait une crainte redoutable d'être abandonné par eux ?

Cette peur d'avoir la même pathologie que le parent malade est fréquente Dans sa formulation « rationnelle », elle s'exprime dans un discours « scientifique » qui interroge les lois de l'hérédité et les probabilités concernant la maladie. Les proches recherchent dans l'entourage familial lequel de ses membres a eu de tels symptômes, qui a fini sénile dans un hospice ? Il fût un temps, pas si

éloigné, où le terme de maladie d'Alzheimer n'existait pas pour le public, les mots disaient crûment la démence : « il est fou, il a perdu la tête, il est gâteux ». Dans sa version « émotionnelle », cette peur peut conduire au refus de rendre visite au parent dément, en raison même de l'impossibilité à admettre que ce parent, hagard, aphasique, si démuni dans sa façon d'être-au-monde, reste *malgré tout*, en dépit des apparences, le père ou la mère de… De la transmission à la contagion, il reste peu d'espace pour les processus de la pensée, et les campagnes actuelles en faveur d'un futur vaccin[610] qui protègerait de la maladie, entretiennent sans doute cette crainte.

Souvent, en consultation, la fille ou l'époux bouleversés diront : « je ne *la* reconnais plus », tout en évoquant bien la même personne, celle à qui le pronom personnel *la* renvoie. C'est bien elle, toujours elle, et cependant si différente. Déchirés entre l'insupportable de l'étrangeté et la conviction qu'il s'agit encore de leur époux(se), de leur père ou de leur mère, il faudra apprendre aux proches à affronter ce paradoxe. Car il s'agit bien du paradoxe de l'identité de la personne qui se constitue tout à la fois dans la permanence et le changement. Il nous faut donc nous arrêter sur cette notion cruciale d'identité et sur ses acceptions, afin d'éclaircir ce paradoxe.

L'identité est ce qui me permet de m'affirmer en tant que « je » face à autrui considéré en tant que « tu », c'est donc bien l'identité qui donne les conditions de possibilité de l'altérité. Dans le cas de la pathologie démentielle, nous sommes confrontés à différents « autres ». C'est bien « l'autre » au sens de l'étrange qui s'exprime chez le malade, et nous sommes tentés de reconnaître l'autre de la pulsion, cet autre en moi ou en lui qui constitue aussi notre personne, sa face cachée ou immergée. C'est bien le pulsionnel qui cohabite et agit en nous, souvent à notre insu et qui se révèle sans fard chez le dément. La permanence des pulsions, et par-dessus tout, la pulsion de vie, est bien ce qui nous anime, c'est pourquoi nous pouvons assimiler l'élan vital à la pulsion de vie. En quelque sorte, le dément persévère à vivre, mais il se manifeste d'une autre façon, inhabituelle, incongrue. Le risque, pour les soignants et les proches, consiste à enfermer le malade, et le limiter à ses manifestations. À l'appauvrissement indéniable de

---

[610]. Jean-Yves Nau, *Le Monde*, Reprise prochaine d'essais vaccinaux contre la maladie d'Alzheimer, 15 février 2007.

l'*expression* des capacités cognitives, s'ajoute souvent un florilège de comportements surprenants. Dans l'interview qu'il accorde aux journalistes à propos du Plan Alzheimer, l'expression du Président de la République qui évoque les « emmurés vivants[611] » traduit précisément la façon dont les patients atteints de la maladie sont perçus.

Comment penser ensemble la permanence et le changement, ou plutôt le changement dans la permanence ? Nous posons comme dialectique l'articulation entre l'être et les manières d'être, lesquelles sont forcément appréhendées par l'apparence manifeste. Auprès des déments, nous ressentons quelque chose que nous ne pouvons peut-être plus nommer, que nous ne savons plus nommer, et ce quelque chose dure, persiste, insiste. Cela peut-être un regard, une attitude, une expression, une silhouette qui nous fait savoir au plus profond de nous que c'est bien la même personne qui est là, devant nous, à côté de nous, hagarde, perdue, égarée, et pourtant si proche, si intime à nous-mêmes. C'est peut-être l'expérience de l'angoisse, telle qu'elle est évoquée par Kierkegaard, qui s'approche le plus de ce que ressentons dans ces moments-là.

Avant de répondre ou d'intervenir en prenant au pied de la lettre ce qui nous est adressé, il faut laisser dire, accepter d'écouter le scandale, l'injustice, l'insupportable de la maladie qui défigurent, transforment, altèrent. Ces phénomènes peuvent provoquer un sentiment de rejet, de dégoût. À ces seules conditions : accepter la révolte des proches, le rejet, l'aversion, le refus, peut-être parviendrons-nous peu à peu à permettre la création d'un espace ouvert à une relation vraie, dénuée d'intérêt autre que celui d'être avec. Pas de sermons, pas de leçons de pseudo-morale ni de faux espoirs, mais tenir bon et encaisser le découragement, l'incertitude quant à l'« intérêt » de continuer le lien.

Comment penser cette contradiction, permanence et changement, si ce n'est en adoptant la méthode dialectique qui est d'abord saisie intuitive de la réalité. Ainsi, Annie Ernaux commente : « Quelquefois, pourtant, tranquillité : c'est ma mère et ce n'est plus elle[612] ». Peut-être faut-il ressentir, éprouver cette évidente discordance afin de pouvoir accepter ces deux mouvements en apparence

---

[611]. *Le Figaro*, entretien donné par Nicolas Sarkozy à propos du Plan national Alzheimer 2007, 4 septembre 2007.
[612]. Annie Ernaux, *Je ne suis pas sortie de ma nuit, op. cit.*, p. 26

contradictoires. S'il est vrai que la maladie déforme, attaque, défigure, il n'empêche que c'est bien la même personne qui subit ces assauts.

Abordé restrictivement, le discours des malades serait invalidé, dénué d'une forme de logique et donc d'intérêt. Tout au long de ce travail, nous avons pris soin de garder à l'esprit l'étymologie du terme démence (*de mens*). Or, le délire, c'est-à-dire le discours de la folie, le discours qui dévie (du latin *delirare*, sortir du sillon, dévier) est :

> « ce qui atteint et peut bouleverser définitivement, déstructurer et restructurer différemment la personnalité : c'est le cas en particulier de la schizophrénie, mais aussi des états de détérioration, de démence, notamment de la démence sénile ou maladie d'Alzheimer[613]. »

La maladie d'Alzheimer était d'ailleurs classée parmi les psychoses organiques, avant d'être rapportée à la neurologie. La frontière psychiatrie/neurologie, trouble fonctionnel/organicité n'est pas étanche… mais la classification actuelle du DSM IV[614] met en rapport le syndrome démentiel (déficits cognitifs multiples) et des étiologies d'origines diverses, organique ou psychique (maladies neuro-vasculaires, dégénérescences neuronales).

Nous retrouvons une permanence également dans une manière d'investir certaines activités. Ainsi Mme F. continue de jouer au bridge, certes de façon moins brillante, mais avec un plaisir préservé. Là encore, nous constatons la résistance des affects qui continuent d'animer, d'insuffler leur dynamique en dépit des difficultés à pratiquer tel ou tel loisir.

Si nous suivons Claude Bruaire, « quand la pensée semble infirme et sans profit, les chances grandissent qu'elle se promeuve à la science dialectique[615] ». Est-ce à dire que la pensée des déments, mise au secret dans les cas d'aphasie et de mutisme, ou livrée parfois crûment et dans toute sa force pulsionnelle quand les propos sont incongrus ou inadaptés, conserve intacte sa légitimité ? Cette pensée « infirme » dans son apparaître, reste en puissance et se déploie, se révèle sous forme accidentelle.

Mais comment faire avec ceux qui, ne parlant plus, prostrés et alités, semblent ne plus manifester aucun désir ? Il nous faudrait questionner toute la

---

[613]. Maurice Porot, « La personnalité », in *Les objets de la psychiatrie*, *Dictionnaire de concepts*, sous la direction du Professeur Yves Pélicier, Editions l'Esprit du Temps, 1997, p. 422.
[614]. DSM IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Association psychiatrique américaine, Julien-Daniel Guelfi et Marc-Antoine Grocq (trad.), Paris, Masson, 2000.
[615]. Claude Bruaire, *La dialectique*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1993, p. 15.

clinique qui s'élabore autour des soins du corps, du toucher et des soins de présence. Cette clinique est élaborée dans la thèse d'Evelyne Delarue-Courju[616]. Nous ne savons pas, faute de témoignage, ce que les personnes démentes et très aphasiques éprouvent. L'obligation morale qui consiste à tenir bon et prodiguer les soins, sans tomber dans l'acharnement, prend tout son sens. Ainsi, les enfants de Mme T. sont parvenus, pendant des années, à mettre en place différents systèmes de soins à domicile. Leur mère avait précisé, à un moment de sa vie où elle pensait à sa vieillesse, qu'elle souhaitait rester à domicile le plus longtemps possible. Son vœu fut exaucé. Mme T. est décédée après plus de dix années de soins à domicile. Ses enfants passaient les fins de semaine auprès d'elle, alors même qu'elle ne manifestait plus de signe de reconnaissance et ne parlait plus depuis très longtemps.

S'il n'y a pas de langage sans pensée, car « la pensée est liée et incarnée dans le mot — et inversement elle est un phénomène du langage[617] », rien ne nous permet d'affirmer qu'il ne peut y voir de pensée sans langage. Or, cela même est souvent oublié, au profit de l'aspect utilitaire, positiviste de la pensée qui est souvent conçue comme à l'origine d'un discours considéré, restrictivement, dans sa dimension cohérente, rationnelle. Si nous insistons sur la pensée qui se manifeste et s'incarne dans les mots par le biais du langage (mais nous pourrions citer le rêve, la rêverie diurne, la création artistique), c'est parce que la mémoire, et l'acte de parole qui accompagne l'expression de cette mémoire, présuppose une pensée, c'est-à-dire un mouvement qui, partant d'une intériorité, s'ouvre à l'extériorité grâce au langage (sous différents aspects, c'est-à-dire également dans le récit, l'écriture). Cette extériorité peut revêtir différentes «destinations » : autrui, le soignant, le proche, ou le patient lui-même en cas de soliloque.

Dans l'expression : « je me souviens », nous avons bien un mouvement réflexif du sujet vers lui-même, mais le dialogue intérieur est toujours soutenu par un mouvement. À l'origine de tout acte de pensée qui prend forme dans les mots, s'associe conjointement un mouvement, une orientation. S'il n'y a pas de mémoire sans conscience, (telle est la thèse de Bergson), il n'y a pas non plus de

---

[616]. Evelyne Delarue-Courju, *Le Toucher, Premier et Ultime dialogue,* Thèse de Philosophie sous la direction du Professeur Dominique Folscheid, Université de Marne-La-Vallée, soutenue le 2 décembre 2004.

[617]. Lev Vygotski, *Pensée & Langage*, Paris, La Dispute, 1997, p. 418.

mémoire sans pensée. Nous nous demandons si ce mouvement n'est pas la forme que prend l'esprit quand il anime, c'est-à-dire quand il donne sa dynamique à l'acte de mémoire.

D'après Claude Bruaire qui étudie les diverses formes de la dialectique, c'est dans l'œuvre de Platon que l'exercice de la dialectique est requis comme moyen le plus adapté pour la recherche de la vérité. De quelle vérité s'agit-il dans le cas de la dialectique temps et mémoire ? S'agit-il d'une vérité raisonnable ou d'une vérité qui concerne un savoir que nous ne voulons pas entendre ? Nous conseillons aux lecteurs intéressés par le thème de la raison de se rapporter au travail d'Isabelle Bauters-Vendeuvre[618]. Pouvons-nous défendre l'idée que la vérité est du côté de l'esprit qui anime jusqu'au dernier souffle la vie de chacun, indépendamment des blessures pathologiques qui façonnent ou altèrent son mode d'être au monde ? La dialectique, prise au sens littéral du dialogue qui s'institue entre le temps et la mémoire, peut-elle être le lieu, le garant, ce qui « fait la demeure à l'être[619] » ?

L'analyse théologique du scandale de la Croix, « scandale pour les Juifs, folie pour les païens[620] » met en exergue une forme de déraison suprême qui n'est pas l'absence de raison, encore moins l'absence de sens. Ce qui donne un sens, confère une direction ou une orientation, c'est bien ce que signifie le sacrifice du Christ. La déraison, c'est cette figure absolue, idéale, de l'Amour qui se donne. Nous avons là un don véritable, c'est-à-dire sans demande de retour, sans contre-don. Il ne peut et ne veut rien obtenir en échange, aucune transaction n'est possible. Le sens ici déborde toutes les significations possibles. Nous sommes véritablement précipités dans un univers où toutes les « valeurs » s'effondrent et le mystère de cet acte est indissociablement lié à notre incompréhension absolue de ce qu'il signifie réellement. La « folie de la Croix », selon l'expression paulinienne, n'est pas la démence, mais elle exprime une autre forme de rationalité qui est l'amour inconditionnel de Dieu pour les hommes. Dieu le Père

---

[618]. Isabelle Bauters-Vendeuvre, *Dire la démence : contribution de la médecine et de la littérature à la compréhension de la maladie d'Alzheimer*, Thèse pour l'obtention du doctorat de Philosophie pratique, soutenue le 2 décembre 2004, http://pelleas.univ-mlv.fr/document/ULMV-2005-000278-HTM. Dans ce travail, l'approche de la raison, de la démence et de la folie (de l'âge classique à nos jours) est discutée. Cela permet de comprendre comment le discours médical intègre ces différentes rationalités et traite les patients déments.

[619]. Claude Bruaire, *La dialectique, op. cit.*, p. 9.

[620]. Paul, Première Epître aux Corinthiens, 1, verset 23, *La Bible de Jérusalem, op. cit.,* p. 1701.

donne son Fils, et les dernières heures du Christ, *la Passion*, rappellent la démesure, le caractère absolument unique de cet acte. Ce rappel nous semblait nécessaire afin de rappeler que la raison n'est pas un concept univoque, mais que la force du message chrétien confère à un acte jugé « fou », incompréhensible, une dimension qui dépasse le jugement des hommes. Les conséquences de ce message ont une portée universelle.

Chez les personnes démentes et jugées « folles » par l'entourage ou par elles-mêmes quand elles ont conscience de leurs troubles, ce n'est pas l'excès mais la perte des capacités, des compétences, etc., qui perturbe les relations, les échanges. Les relations sont brouillées car ces pertes entraînent, paradoxalement, des conduites « démesurées ». La démesure, c'est ce monsieur, atteint d'une maladie d'Alzheimer, persuadé que les voisins de l'immeuble lui volent régulièrement ses objets personnels (qu'il égare en fait dans de multiples cachettes dont il oublie l'emplacement) et qui appelle le serrurier en l'absence de sa femme, afin de faire installer trois nouvelles serrures. L'épouse devra faire intervenir les pompiers afin de pouvoir à nouveau rentrer chez elle, son mari ayant rapidement caché et égaré certaines clefs, après avoir pris la précaution de se barricader chez lui, en attendant le retour de sa femme.

2. Identité et identique : *idem/ipse*

Auprès de patients atteints de troubles neurologiques graves, quand nous doutons d'être en présence de la même personne, ce doute est imputable à l'étrangeté de leur conduite. Nous confondons la préservation de l'identique, compris comme une forme de la fixité, de la rigidité, avec l'identité (l'identité-*ipse* selon Paul Ricœur). Pour résumer très brièvement, nous confondons le quoi, le caractère de la personne, et le qui de la personne. Or, l'identité de la personne intègre tout à la fois changement et permanence, associés dans un mouvement commun. Le propre de la personne, qui a un sens différent du personnage, c'est d'être tout à la fois unique, insubstituable, permanent et cependant dynamique, affecté par certains changements.

Ainsi Ricœur pose deux formes constitutives de l'identité, à savoir l'identité-*idem* et l'identité-*ipse*. L'identité-*idem* est à comprendre comme

l'identité de la mêmeté, de la permanence, de ce qui en nous reste identique malgré le temps qui passe. Cette identité-*idem* suppose un sujet identique à lui-même dans l'hétérogénéité de tous ses états. Nous retrouvons ici, parmi bien d'autres, les catégories du code génétique, des empreintes digitales et du caractère. Mais le caractère lui-même est affecté par certains changements dans les pathologies neurologiques… L'identité-*ipse* correspond à ce qui admet, en moi, d'autres que moi, ce qui, dit autrement, ne se réduit pas au « moi ». Cette identité-*ipse* est dynamique, évolutive. Dès lors, Ricœur pose l'altérité comme constitutive de l'ipséité, ce qui revient à dire que l'autre est déjà mon hôte en quelque sorte. Est-ce à dire que je suis hospitalier à autrui comme à cet autre qui est en moi ? Ce n'est pas si simple quand cet autre, qu'il soit en moi ou hors de moi, me déconcerte. C'est pourquoi il nous semble nécessaire de prendre en compte la force des mécanismes de défense tels la dénégation, le déni ou l'annulation quand, par exemple, la personne ne peut soutenir ou maîtriser son désir : je lui ai dit que je l'aimais, mais je ne veux pas être bousculé dans ma vie, je vais donc tout mettre en œuvre pour l'aimer moins, c'est-à-dire ne plus l'aimer, ne plus souffrir de l'attente, du doute, etc. Cet autre en moi, cet autre que moi qui me dérange, s'éprouve par l'émergence d'une forme de dépendance suscitée par le sentiment amoureux. Or, il faut lâcher prise pour aimer, et le contrôle est une méthode pour préserver l'amour-propre des risques que comporte toute rencontre.

Une autre forme de déni consiste à isoler autrui dans la maladie et l'indifférence, afin de lui refuser ainsi la permanence d'un lien pourtant insécable. Cette attitude conduit certains proches à dire : « ce n'est plus mon père (ou ma mère) », il (elle) est tellement diminué(e). Mais l'évaluation quantitative (à laquelle le terme « diminué » renvoie) ne peut abolir le lien de parenté. Nous sommes en présence d'une identification à cet autre de l'autre qui est insupportable, et qui conduit ainsi à une tentative, nécessairement échouée, d'annulation de la parenté. Nous pouvons fuir, déménager, couper les ponts, disparaître, nous restons fils, fille, frère ou sœur de… Nous pouvons changer de conjoint, mais nous ne pouvons changer ni notre filiation, ni notre fratrie[621]…

[621]. Hegel rappelait à propos d'Antigone (tragédie de Sophocle) que nous évoquerons plus loin), qu'il est toujours possible de trouver un nouveau fiancé mais pas un frère !

Pour Ricœur, c'est le maintien de la promesse dans la parole donnée, qui affirme une forme de permanence du Soi. La promesse continuée dans la durée atteste la continuité du Soi. Mais cette primauté de l'obligation morale en dépit du changement, y compris quand les conditions initiales de la promesse disparaissent (par exemple quand le désir ou le sentiment amoureux cessent), ne se fait pas sans la mise à l'écart de ce qui, justement, nous façonne, à savoir l'épreuve du temps. La promesse, chez Ricœur, constitue un « défi au temps, un déni du changement[622] ». Cet engagement qui défie ainsi le temps, permet à l'identité-*ipse* d'assurer la cohérence morale. Ces deux identités *idem* et *ipse* sont à considérer dans leur rapport dialectique.

À ne considérer l'autre que sous l'angle du même (que Soi), il est plus aisé de saisir en quoi la relation devient insupportable quand elle ne peut plus être narcissique. Par exemple, si l'autre est malade, fragile, démuni, et ne livre dans ses manifestations que des supports identificatoires défaillants, il devient l'autre que moi auquel je ne veux surtout pas ressembler. Le paroxysme survient parfois quand il ne me reconnaît plus, ce qui est fréquent quand la démence évolue. Le comble de l'asymétrie étant atteint, les réactions de rejet peuvent survenir.

Mais il existe, d'après nous, un autre danger dans l'application à la lettre des injonctions de Ricœur. Ce danger consiste dans le maintien de la parole donnée pour rester fidèle à une « image » de soi, en dépit de l'autre. Le soi-disant respect de la promesse pouvant masquer une rigidité narcissique qui aliène l'autre à ma volonté de tenir une promesse vide de sens, quand les conditions initiales de l'engagement n'existent plus. Si « une chose est la continuation du caractère ; une autre la constance dans l'amitié[623] », que devient le maintien d'une promesse faite par amour ou par amitié, si l'un ou l'autre de ces sentiments a disparu ? Dans ce cas, le maintien de la promesse ne sert-il pas de garantie à celui qui la tient ? Cette garantie lui assure qu'il est bien un sujet moral et lui procure ainsi une « bonne conscience ». Dans ce cas, le respect du contrat masque l'engagement véritable. Ce déplacement permet de faire l'économie du sens véritable de la promesse. Cette confusion entre « contractualisme » et éthique est courante dans les pays anglo-saxons. Alors que les conditions de la promesse ont disparu, le lien n'est

---

[622]. Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, *op. cit.,* p. 149.
[623]. *Id.,* Paul Ricœur, p. 148.

maintenu que pour sauver l'amour-propre, l'amour de soi. Le maintien de la promesse, lorsqu'il ressemble à une coquille vide, garantit en effet la fidélité à la parole, mais pas nécesairement la fidélité des sentiments. Reste à interroger la nature et le motif du maintien de ce type d'engagement, dont nous voyons bien se profiler les bénéfices « personnels » (respect de l'image de soi), bien plus que le respect de l'altérité… or si Ricœur met l'accent sur la construction du Soi grâce à l'identité narrative, il fait l'impasse d'une réflexion sur le rôle de l'inconscient dans cette construction. Ce qui permet de clore le débat avant même de l'ouvrir.

Combien de promesses tenues par culpabilité, par crainte de ne pas faire coïncider ce que nous voudrions être et ce que nous sommes, plus que par amour authentique. Un engagement moral ne peut s'établir et durer uniquement sur le refus de se sentir coupable en le rompant. La culpabilité est, au mieux, au service du narcissisme, elle reste étrangère à l'altérité. Car il faut du courage et de l'honnêteté pour dire : « je ne peux plus faire ce travail », ou « je n'aime plus cette personne ».

3. Prendre soin : être présent, être à l'écoute

Toutes ces questions sont à interroger quand les familles se débattent entre une conduite idéale impossible à réaliser : le maintien à domicile par exemple, et une réalité : la nécessité de l'institutionnalisation. Cette décision de « placement » ne signifie pas un rejet, elle prend en compte les modifications des manières d'être. Ces manières d'être ne devraient pas être confondues avec l'être dont nous savons bien peu de choses... De notre place de soignant, nous devons veiller à ne pas confondre la personne prise dans la réalité de ses désirs parfois contradictoires, avec la personne idéalisée. La personne concrète peut s'épuiser dans son acharnement à correspondre à celle qu'elle voudrait être. Celle qui tient bon sans être travaillée par le questionnement éthique, puisqu'elle nie la force des pulsions au profit d'un engagement aveugle, en totale méconnaissance de ses déchirements intérieurs, n'est pas nécessairement la plus aimante. Elle peut être celle qui « donne des leçons », sans être vraiment touchée par le tragique de la situation. Nous savons que le conformisme et le respect des conventions ne sont pas toujours éthiques.

Si Antigone, et l'adaptation de Jean Anouilh met l'accent sur son engagement, se situe bien dans l'éthique, c'est parce qu'elle ose interroger les lois de la cité et tente de leur substituer une autre loi. Elle est habitée, mue par un questionnement qui la consume : « nous sommes de ceux qui posent les questions jusqu'au bout[624] », lance-t-elle à Créon qui lui reproche son orgueil et, en cela, d'être semblable à Œdipe, son père. Le roi de Thèbes, en tant qu'il ne fait qu'obéir aux lois, n'est pas dans la morale, ou du moins, il est dans la morale appliquée à la politique. Celui à qui Antigone reproche de « défendre [ton] bonheur comme un os[625] », est également celui qui tente de mettre de l'ordre dans le monde. En tant que roi, il a « autre chose à faire que du pathétique personnel[626] ».

La tragédie d'Antigone transposée par Anouilh illustre l'impossible recouvrement, l'impossible substitution de la morale par la loi. Cette confusion récurrente entre la morale et la loi est délétère au questionnement, il ne suffit pas d'appliquer la loi pour être un sujet moral, nous pouvons même affirmer que le respect aveugle des conventions, lois et autres règlements constitue la meilleure protection contre l'émergence du questionnement éthique. Si nous ne nous interrogeons pas sur ce qui fonde les lois, nous restons en deçà de la morale. Dans la tragédie d'Antigone, l'éthique surgit du questionnement, de l'affrontement entre les engagements respectifs d'Antigone et de Créon. Ces engagements se réfèrent à deux logiques, deux discours. À ce questionnement projeté chez les personnages dans la tragédie moderne, correspond le paradoxe incarné, accepté par l'héroïne de Sophocle qui se déclare : « saintement criminelle[627] ».

Oser poser ces questions ou permettre qu'elles soient entendues, c'est ouvrir une fenêtre de liberté. Par exemple, cela peut favoriser l'accueil en institution, en maison de retraite médicalisée, en centre de rééducation, plutôt que le maintien à domicile dans des conditions précaires et éventuellement risquées pour le malade qui reste seul la plupart du temps. Un exemple : les enfants de M. G. se présentent avec leur père à la consultation. La fratrie semble dominée par ce père toujours très autoritaire. À son égard (il s'est absenté le temps d'une prise de sang), les enfants évoquent sa forte personnalité, son « mauvais » caractère. Il tenait un

---

[624]. Jean Anouilh, *Antigone*, Les classiques contemporains, Paris, Bordas, 1968, p. 96.
[625]. *Id*., p. 94.
[626]. *Ibid*., p. 75
[627]. Sophocle, *Antigone*, Paris, Gallimard, Folio, classiques, 2001, p. 87.

poste à responsabilités, et faisait régner ce qu'il est convenu d'appeler une tyrannie domestique. Les enfants sont totalement désespérés, désemparés et incapables de prendre les mesures imposées par le bon sens face à leur père devenu sénile. Souffrant d'incurie, atteint de troubles de mémoire massifs et inquiétants, les traits les plus saillants de son caractère persistent. Colérique, refusant les soins, M. G. continue d'exercer son emprise sur ses enfants qui assistent, impuissants, à l'aggravation de son état de santé. La présence d'un tiers, dans ce cas les soignants, est indispensable pour tenter de remédier à la situation et, petit à petit, convaincre ce vieux monsieur malade d'accepter les aides à domicile dans un premier temps. La permanence du caractère persiste et atteste, dans ce cas, de l'identité de la personne.

Nous retrouvons chez Kant cette conception du « Je » qui signe l'autonomie de la personne et qui ne doit pas être remise en question par les difficultés liées à la dépendance :

> « Que l'homme puisse posséder le Je dans sa représentation, cela l'élève infiniment au-dessus de tous les autres êtres vivant sur la terre. C'est par là qu'il est une *personne*, et grâce à l'unité de la conscience *dans toutes les transformations* (c'est nous qui soulignons) qui peuvent lui advenir, il est une seule et même personne, c'est-à-dire un être entièrement différent, par le rang et par la dignité, de *choses* comme le sont les animaux dépourvus de raison, dont nous pouvons disposer selon notre bon plaisir ; et cette différence est présente même lorsqu'il ne peut pas encore prononcer le Je, parce que néanmoins il le possède déjà dans sa pensée [628]. »

Dans le texte de Kant, cette analyse concerne la conscience de soi référée aux enfants. En tant que construction idéale de l'autonomie, elle conserve sa validité pour tous les âges et les « états » de l'homme, c'est-à-dire à chaque fois que les conditions d'expression du « Je » sont empêchées par l'âge, la maladie, les différents modes de conscience, la dépendance, etc. De la formule « il ne peut pas encore prononcer le Je » à celle que nous lui substituons « il ne peut plus prononcer le Je », que s'est-il passé ? Le temps s'est écoulé, le moment de la maladie est survenu. Mais cet homme, cette femme devenus vieux et malades, ont vécu de façon ininterrompue. C'est bien la même vie, au sens où personne ne peut échanger sa vie avec celle d'un autre, qui se déroule continûment. Nous n'échangeons jamais notre vie pour celle d'un autre, tout au plus nous modifions

[628]. Emmanuel Kant, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Paris, GF-Flammarion, 1993, p. 51.

certains modes ou conditions de vie : mariage, divorce, métier, peu importe, il s'agit toujours de notre vie…

Ces transformations, ces changements, tout ce qui peut altérer ou modifier momentanément ou définitivement les modes d'expression de notre condition humaine, ne peuvent changer le fait que nous naissions humains et que nous le restions tout au long de notre existence. S'il existe différents âges de l'homme, il n'existe pas de degrés différents dans l'humanité de l'homme. Que nos comportements soient moraux ou immoraux, dignes ou abjects, et nous ne les jugeons ainsi que parce qu'ils émanent d'une personne digne, cette dignité reste inaliénable, non contingente aux différents états. Vouloir trouver absolument chez l'animal un comportement moral ne reviendra pas à « humaniser » l'animal, mais plutôt à « animaliser » l'homme. S'obstiner à découvrir une moralité chez l'animal, c'est oublier simplement la condition nécessaire à la morale. La morale émane d'une *personne* (c'est nous qui soulignons), en tant qu'elle peut dire « Je » et, quand cela devient nécessaire, endosser la lourde responsabilité de substituer son « Je » au « Je » de l'autre empêché par la maladie, l'aphasie, la démence, etc.

Cet impératif de dignité est, d'une certaine façon, substitué par Simone Weil par celui de l'obligation, au premier rang des besoins de l'âme.

> « L'objet de l'obligation, dans le domaine des choses humaines, est toujours l'être humain comme tel. Il y a obligation envers tout être humain, du fait qu'il est un être humain, sans qu'*aucune autre condition* ait à intervenir, et quand même lui n'en reconnaîtrait aucune[629]. » (souligné par nous)

Les caractéristiques classiques de l'obligation morale : son inconditionnalité et son universalité, sont inhérentes au fait même que l'obligation s'applique à tout être humain. Simone Weil a recours à un syllogisme pour lier obligation et éternité. Le point fort de cet impératif réside dans l'absolue nécessité d'être l'obligé de l'autre, quand bien même l'autre ne reconnaîtrait pas cette obligation. Nous sommes dans la position inverse de l'obligation envisagée par Levinas où c'est le visage de l'autre qui m'appelle et auquel je ne peux que répondre. Selon Levinas, je suis « l'otage de l'autre ». L'obligation de Simone Weil émane de ma personne et « vaut » même si l'autre la refuse. Cette divergence dans la direction de l'intention est fondamentale. Selon Levinas, je dois être l'obligé de l'autre. Dès lors, mon engagement risque d'être vécu sur le mode la contrainte. Pour Simone

---

[629]. Simone Weil, *L'enracinement*, *op. cit.*, p. 11.

Weil, l'obligation prévaut, et peu importe d'où elle émane, puisqu'elle fonde la vie sociale, je m'y conforme par nécessité. Je suis celui qui reconnaît la primauté de l'obligation, elle constitue la loi morale, elle précède la réponse à autrui. Il convient de rappeler, dans la philosophie de Simone Weil, la figure de l'esclave. Cettte figure est élevée au premier plan. Il s'agit de l'esclave pris au sens du serviteur, celui qui consent librement à obéir. Selon elle, nous devons nous mettre volontairement, de façon totalement consentie, au service des autres. Le modèle de référence pour la philosophe est celui du Christ, qui consent à être pure obéissance à Dieu. Cette démarche procède d'une « connaissance surnaturelle[630] ». Chez Levinas, nous sommes pris en otage, c'est donc l'autre qui nous impose de répondre à son appel.

Nous retrouvons chez Claude Bruaire une visée de l'être qui dépasse toujours et absolument les manières d'être, avec lesquelles il ne peut être confondu. L'homme ne peut être confondu avec « le paquet de chair et d'os[631] » (sans nier pour autant qu'il le constitue). Il ne peut non plus être confondu avec ses manifestations, sans quoi l'étape suivante et logique consisterait à établir une échelle qui évaluerait l'humanité de la personne, en fonction de ce qu'elle manifeste. Hors-jeu les « va-nu-pieds », les gueux, les vilains, les difformes, les déments, etc. ! Et toujours la question adjacente : qui déciderait, pour le bien (?) de l'humanité, des critères discriminatifs entre les manifestations positives et négatives ?

Ce double refus : refus d'enfermer l'être dans une visée strictement organique, ou biologique (en référence au paquet de chair et d'os) et refus de l'enfermer dans une visée psychologisante (en référence aux manifestations comportementales), conduit Claude Bruaire à critiquer l'approche de l'homme réduit à ses manifestations :

> « Nous ne connaissons de l'individu que des apparences biologiques ou des mécanismes psychologiques, négligeant l'essentiel, la manifestation expressive de l'âme pourtant immédiate[632]. »

En effet, selon la conception kantienne de l'autonomie, l'être est responsable de son action, mais il n'est pas sa propre origine. Si esprit et pensée sont

---

[630]. Simone Weil, *La connaissance surnaturelle, op. cit.*, p. 37. Cette citation a été retenue par Albert Camus pour donner le titre final à l'ensemble des notes rassemblées par A. Camus.
[631]. Claude Bruaire, *L'être et l'esprit, op. cit.*, p. 36.
[632]. *Id.,* p. 45.

intimement liés, l'un (l'esprit) n'est pas réductible à la manifestation de l'autre. Si la pensée s'exprime par la voie du langage, elle ne peut être confondue avec lui. Cette différence est fondamentale pour la clinique neurologique. L'esprit « n'est pas ce qu'il fait, pas ce qu'il œuvre, ni le langage communiqué ni l'exposition de l'idée […] n'est pas ce qu'il fait paraître[633] ».

L'exemple du langage nous paraît relever de la même métaphysique, nous sommes des êtres de langage, « faits-pour-le-langage », le langage nous précède et nous succède inlassablement :

> « Le langage humain, mystérieusement pour nous, ne commence pas. Il faut qu'il y ait déjà du langage pour qu'il y ait du langage, qu'il y ait déjà des êtres parlants pour qu'il y ait un être parlant ; tous les savants, je crois, en conviennent. De même dans l'histoire d'un individu humain, lorsque sa parole à lui arrive, elle ne commence pas. Elle est tout à coup aperçue, petite, certes, mais déjà existante. Il y a déjà un parlant qui la tient contre lui[634]. »

Ce décalage saisissant entre ce que nous sommes (des êtres en puissance de langage), et ce que nous croyons être (à l'origine du langage), nous permet de revisiter notre conception de l'être humain et d'aborder avec un autre angle de vue ceux qui ne sont plus capables de manifester leurs possibilités langagières et l'expression de leur esprit. En parlant avec eux, en parlant d'eux, nous (les proches, les soignants) continuons à les respecter en tant qu'êtres d'esprit, nous reconnaissons leur dignité inaliénable. Cette dignité resterait pure idéologie ou vaine abstraction sans notre volonté de les soigner. C'est précisément parce que leur esprit peine à se manifester que nous devons témoigner, par nos paroles et nos actes, du respect qui leur est dû, de façon inconditionnelle.

« Nous prenons l'habitude de vivre avant celle de penser. Dans cette course qui nous précipite tous les jours un peu plus vers la mort, le corps garde cette avance irréparable[635]. » Ce primat du corps sur la pensée est parfois prépondérant chez les patients atteints de troubles neurologiques, le regard appelle ou supplie, la main se crispe, le dément peut fuguer, crier, se débattre d'autant plus qu'il est contenu, attaché (ces pratiques existent toujours). La pensée est tenue au secret, qui peut affirmer qu'elle a disparu, si ce n'est dans son expressivité ? Ce constat si souvent oublié mérite d'être rappelé afin de nous éviter la tentation de décider quelle vie mérite d'être vécue, et selon quelles conditions ? Le recours aux

---

[633]. Ibid., *L'être et l'esprit, op. cit.* p. 30.
[634]. Marie Balmary, *La divine origine, Dieu n'a pas créé l'homme*, Paris, Le Livre de Poche, 1998, p. 31.
[635]. Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*, *op. cit*., p. 23.

échelles de qualité de vie est un leurre, puiqu'elles sont construites à partir de critères écrits, donc incompréhensibles par des personnes qui n'ont plus accès à ces modes d'appréhension. Devons-nous décider qu'en deçà de tel score au QI ou au QM[636], le droit de vie est à questionner ? Personne ne répondra par l'affirmative, mais alors que faire, et pourquoi est-ce si difficile ? À quel titre déciderions-nous pour autrui si sa vie vaut d'être vécue ? Au nom de l'amour, du respect, de la dignité, de l'altérité, ou de notre capacité à tolérer, supporter, endurer certaines transformations ? Car autrui, dans le cas des formes sévères de démence, ne peut plus se prononcer. Si une décision doit être prise en se mettant « à sa place », nous devons être conscients de cette supercherie : nous ne pouvons qu'imaginer « sa place » et accepter d'endosser cette responsabilité. Décider « à la place de », sans préjuger de ce qu'il ou elle aurait fait ou dit, c'est décider parce que les conditions de grande dépendance ne doivent pas être un laissez-passer pour ne plus soigner. Nous savons bien que la plupart des dispositions prises au sujet de l'euthanasie par les personnes (la plupart du temps en bonne santé) peuvent évoluer en fonction des péripéties de la vie. Être à la place d'autrui, précisément quand nous ne savons même pas ce qu'est l'existence, comprise de l'intérieur, par un sujet dément, c'est impossible. Cette impossibilité absolue du point de vue de la réalité : nous ne sommes jamais à la place de personne, ne doit pas masquer une autre volonté. En effet, d'un point de vue fantasmatique, il existe une autre volonté : celle de ne surtout pas être à la place d'autrui, de ne pas vouloir être atteint par la même pathologie.

Cette double impossibilité (réelle et imaginaire) accentue le fossé entre les patients et les bien-portants. La tentation totalitaire, qui n'hésite pas à se parer des attributs « sociaux », est une des formes modernes de la barbarie. Elle procède toujours d'une volonté politique. Cette volonté politique utilise le recours à des « experts » pour justifier et entériner ses décisions.

« Ce n'était plus la femme que j'avais toujours connue au-dessus de ma vie, et pourtant, sous sa figure inhumaine, par sa voix, ses gestes, son rire, *c'était ma mère, plus que jamais*[637]. » (souligné par nous)

---

[636]. QI et QM : acronymes qui désignent le quotient intellectuel et le quotient mémoire, ces quotients sont obtenus à partir de la passation de tests standardisés.
[637]. Annie Ernaux, *Je ne suis pas sortie de ma nuit*, *op. cit.*, p. 13.

Comment répondre et que répondre à cette souffrance si souvent exprimée par les proches en consultation, à savoir l'impossibilité, peut-être le refus d'accepter l'autre dans son changement, ce que l'écrivain n'hésite pas à nommer successivement métamorphose, dégradation, déchéance tout au long de ce livre. Il nous incombe la tâche difficile de les aider à concevoir l'articulation entre la permanence et le changement, cette expérience inédite que, pourtant, Annie Ernaux relate avec tant de délicatesse. Son témoignage illustre bien la primauté du versant prosodique du langage, la primauté de l'expression du corps : le rire, la voix, les gestes. Sa mère est présente dans tout cela, peu importe les mots, le sens existe, il faut savoir l'accueillir « ailleurs », sous une autre forme. Ce sens n'est autre que celui de l'amour porté par une fille pour sa mère.

« Le vieillissement est en effet à longueur d'années, la forme que prend dans l'en-deçà, un devenir inévitablement borné par la mort[638]. » Or le devenir, même « normal » (appelé dans ce cas sénescence) s'effectue selon l'écoulement du temps. Cet écoulement fait passer d'un état (être jeune) à un autre (être vieux), ce passage n'implique aucune brutalité. Plusieurs termes recouvrent les phénomènes du vieillissement : altération, déclin, décroissance, involution, décadence, sénescence ; tous présupposent la permanence, la continuité de l'objet (dans ce cas la personne) auquel ces phénomènes s'appliquent.

Nous devons également tenir compte du concept psychanalytique d'identification. L'identification est le nom donné à un mécanisme psychique. Le processus d'identification consiste à rechercher dans l'autre le même que nous. Quand nous dépassons (mais jamais complètement) cette forme de relation identificatoire, nous parvenons à nous orienter vers une relation d'altérité. L'altérité requiert l'acceptation du tout autre, lequel est irréductiblement différent de nous. Elle permet la possibilité de l'accueil d'autrui en dépit de nos différences. Dans le cas de l'altérité, et nous savons bien comment c'est difficile, la relation spéculaire, narcissique, imaginaire à un même que soi est abandonnée au profit d'une relation entre deux êtres qui sont destinés à se comprendre, ou à ne pas se comprendre, en évitant autant que possible le désir de captation, de maîtrise de l'un par l'autre. C'est le contraire de la relation fusionnelle. Une relation fusionnelle est repérable quand la tentation de posséder, de dominer, d'être

[638]. Vladimir Jankélévitch, *La mort*, *op. cit.*, p. 186.

propriétaire de… prend le pas sur l'accueil de l'autre dans sa différence et son irréductibilité à soi.

Une relation est dominée par la captation narcissique, quand les expressions consacrées : « c'est *mon* mari » ou « c'est *ma* fille », désignent une relation où le possessif *mon* ou *ma* qui indique un lien de parenté ou de proximité affective, devient le « tout » de la relation. À l'extrême, l'autre est enfermé dans sa fonction sociale et/ou affective : être le mari ou la fille de… et contraint à n'être que cela. Cela se complique si ces relations sont instaurées et maintenues sous prétexte d'aimer. Elles conduisent à annexer autrui, le mari, la femme, l'enfant, l'ami, à la toute-puissance de la volonté de propriété, de domination ou de contrôle. Aliéner l'autre à son désir, c'est la tentation ou du moins le fantasme qui nous permet de nous croire le tout de l'autre. Par un renversement bien souvent inconscient, ce fantasme nous fait croire que le bonheur de cet autre passe nécessairement par nous. Combien de fois avons-nous entendu : « je suis son fils, sa femme, son mari, etc., et je sais bien ce qu'il veut ! Je le connais mieux que vous »… Connaître n'est pas prédire, de nombreux enfants et conjoints se dispensent de laisser la moindre autonomie, le moindre choix, en brandissant l'alibi imparable des sentiments. Si les enfants savaient ce que parfois les parents nous confient… Ainsi, M. S. qui ne supportait plus, en raison de la fatigue et du surcroît d'efforts qu'il devait déployer, les repas dominicaux imposés par sa fille. Il aspirait au calme mais n'oser s'oposer.

Entre l'amour et l'amour-propre, la frontière est bien mince, et les déceptions les plus cruelles nous renvoient toujours à la perte de ce que nous avons projeté de nous sur autrui. C'est sur nous, sur notre abandon, que nous pleurons quand nous sommes quittés. Et c'est parfois l'idée insupportable que l'autre pourrait bien se passer de nous qui nous incite à rester… À défaut d'être véritablement aimables et aimants, nous nous voulons indispensables ! Seuls les grands mystiques parviennent à construire une relation avec le grand Autre, Dieu. Dans cette relation, le manque, la distance, la séparation et l'attente ne se parent pas des figures de la frustration, de la possession ou de la jalousie, mais, tout au contraire, constituent la substance même de la relation.

C'est justement quand les proches restent dans une logique de l'échange et de la mesure que les problèmes deviennent cruciaux. En attendant du dément ce

qu'il n'est plus capable de donner ou de montrer, nous prenons le risque d'accumuler les déceptions. Un sentiment d'échec croît, de manière asymptotique à l'avancée de la maladie, qui, ne l'oublions jamais, est évolutive et irréversible. Dans l'exemple précédent, nous avons été touchée par la patience et la sollicitude de l'épouse qui excusait totalement le comportement de son mari.

Si, pour Platon, la contemplation des Idées et de la Vérité nécessite un long cheminement, un parcours initiatique rigoureux, un déplacement d'angle de vue qui entraîne un changement de repères et d'optique, nous devons également nous demander dans quelle mesure l'affirmation de la vie de l'esprit chez les personnes démentes ne relève pas également d'une approche décalée par rapport au regard médical habituel. À nous référer à une approche strictement neurologique (version organique et interne) ou à une approche cognitiviste (version comportementale et externe), nous prenons le risque d'appréhender le dément sous l'angle des déficits qui marquent sa conduite ou ses comportements, et de le dépouiller hâtivement de sa vie psychique ou spirituelle, de réduire la personne à sa personnalité, à ce qui se donne à voir, comme le *prosôpon* qui est tout à la fois masque de théâtre et rôle. Le dément n'est d'ailleurs qu'un cas particulier : si on ne jugeait de l'humanité d'une personne qu'à ses apparences, nombre de personnes n'en seraient plus !

Mais nous pouvons aussi envisager le dément comme l'expression dénudée et fragile de l'esprit incarné dans un corps qui dérive et chemine douloureusement entre des moments d'apparentes accalmies, et des moments d'errance entre passé et présent, sans linéarité possible. Si nous abandonnons notre poste de gardien ou de veilleur, il se pourrait bien que la dérive ne devienne rapidement mortelle. La question n'est pas tant de l'évidence de porter assistance que de savoir au nom de quoi ou plutôt de qui ? Si « il n'y a d'état mental qu'imaginaire. Seul l'état neurologique est réel[639] », nous devons tout de même nous poser la question de la réalité de l'imaginaire, ou du moins des effets de l'imaginaire sur la réalité. Le malade imaginaire est bien malade, il consulte, et son *pathos* est à comprendre comme une relation difficile entre son imaginaire et la réalité ! Ce raccourci

[639]. Jacques Hochmann, Marc Jeannerod, *Esprit, où es-tu ? Psychanalyse et neurosciences*, Paris, Odile Jacob, 1991, p. 64.

devenu fameux depuis Molière sert à illustrer la force et les effets que l'imaginaire peut exercer sur la réalité.

Dans un usage commun de la langue, il n'y a souvent qu'un pas à franchir entre l'imaginaire et le fictif. Or, c'est bien la poussée du désir en tant que moteur, puissance, qui préside à chacun de nos actes, y compris ceux que nous nommons moraux ou obligatoires. Cette force du désir nous permet de considérer la dialectique temps et mémoire.

Chez les patients atteints dans les manifestations de leur mémoire, le désir de rencontrer le conjoint, l'ami ou le fils décédé, le désir de continuer à se croire au travail, de retrouver son ancien appartement, signifient bien autre chose qu'un simple trouble de mémoire. Sous un désordre apparent, ces paroles ne témoignent-elles pas d'un vouloir-vivre, une volonté de ressentir encore les émotions passées, comme si, justement, elles ne passaient pas ?

Un exemple récent nous confirme l'importance du désir et de sa résistance dans les pathologies démentielles. M. G. vient de perdre un de ses enfants, il participe à une soirée de prières organisée à la chambre mortuaire de l'hôpital. Devant ses autres enfants, petits-enfants, neveux, nièces et cousins interloqués, il évoque sa fille (celle qui vient de décéder) « encore en retard ». Discrètement (certains savent que M. G. souffre de la maladie d'Alzheimer, d'autres non), un neveu lui rappelle que sa fille est morte et que les proches sont réunis pour une veillée de prières. M. G. s'effondre, pleure quelques minutes puis recommence à attendre sa fille… Un ami, présent à cette cérémonie, me dira : « finalement, c'est incroyable cette maladie, il croit que sa fille est toujours en vie, c'est une façon de ne pas la perdre ».

Comment ne pas nous interroger sur le sens des oublis et des réminiscences, comment les imputer au seul fait du hasard ? La maladie qui atteint tragiquement les personnes n'abolit pas la quête de sens, la tentative de reconstruction d'une vie spirituelle et psychique qui élabore une autre réalité. C'est un des signes forts de la démence : nier le présent et laisser le passé envahir l'espace psychique. Dans l'exemple précédent, au-delà de l'incongruité et du malaise ressenti par les proches, nous pouvons faire l'hypothèse que la mort insupportable de cette fille avait été oubliée, refoulée, déniée (peu importe le terme) au profit d'une réalité

psychique : le souvenir de son enfant lui rendait vie dans la scène psychique de M. G.

Cet aménagement, cette substitution d'un présent inhospitalier, douloureux, par un passé moins désespérant, n'est sans doute pas le *télos* de la démence, (selon la thèse de Jean Maisondieu), mais indique plutôt comment la vie psychique continue et propose de remédier aux dégâts provoqués par la maladie sur l'appréhension du temps biographique. Les patients se construisent des scenarii de vie, certes inexacts (du point de vue de l'extériorité des faits) mais « vrais » du point de vie de la continuité de leurs sentiments et de leur vie affective. Nul doute que ce monsieur aime sa fille et la croit vivante, nul doute que chaque évocation de sa mort le plonge dans un chagrin sincère et néanmoins oublié peu après. Il faut admettre une autre logique à ces remaniements, c'est peut-être ce que Claude Bruaire appelle « l'ordre même du pneumatique, avec ce symbole fondamental, la respiration de la vie[640] ».

Revenant sur les pas de Napoléon exilé à Sainte Hélène, Jean-Paul Kauffmann, lui-même ancien otage au Liban (il fut enlevé à Beyrouth, puis détenu de mai 1985 à mai 1988 avec quatre autres journalistes), séjournera à Longwood en 1993 dans la maison qui abrita les dernières années de l'empereur déchu, du 15 octobre 1815 au 5 mai 1821, date de son décès. À propos de cette demeure, l'écrivain évoquera : « Le passé n'y est pas aboli. On le sent accompagné d'idées fixes, de manies. La démence rôde dans ce décor absurde[641] ». Est-ce la persistance du passé dans le moment présent qui confère à ce lieu pour le moins chargé de symboles et de traces, un statut si particulier ? Les marques vives du passé, ce qui fait dire au journaliste : « ce temps accompli, disparu, je l'ai touché[642] », n'est-ce pas ce qu'il nomme « démence » ? La démence serait-elle la rencontre entre un passé révolu et sa résurgence, au moment où l'émergence du souvenir envahit l'espace psychique et abolit les frontières du temps ? Il ne s'agit pas d'une démence dénuée de sens, de significations.

Bien au contraire, ce lieu est habité de souvenirs eux-mêmes rattachés à l'histoire d'un homme au destin particulier. La démence serait-elle l'intrusion du

---

[640]. Claude Bruaire, *La force de l'esprit*, *op. cit.*, p. 44.
[641]. Jean-Paul Kauffmann, *La chambre noire de Longwood*, Gallimard, Collection Folio, 1998, p. 23.
[642]. *Id.,* p. 24

passé dans le présent et qui génère l'annexion du présent ? La démence, c'est peut-être la rencontre incongrue, impossible et pourtant éprouvée comme telle, effective du point de vue du ressenti, la fusion du passé *et* du présent, comme si le passé non aboli, en envahissant le temps présent, ouvrait sur une autre rationalité que nous appelons démence.

L'expérience de J.-P. Kauffmann nous montre l'absolue nécessité de nous dégager d'une chronologie stricte si nous voulons nous laisser toucher par le passé représenté dans les paroles des patients. La démence est peut-être cette expérience si particulière qu'éprouve le journaliste à Longwood : « les murs recèlent le mystère de la relation qui nous unit au passé[643] ». Le journaliste peut faire le récit de cette expérience, les déments l'éprouvent, la vivent pleinement, sans distanciation, sans parvenir à la nommer.

Il est difficile, à la lecture du témoignage de J.-P. Kauffmann, de pas penser à ce dont témoignent quotidiennement les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il est opportun de nous demander ce qui préside à un tel mouvement, à savoir comment le passé, dans l'acte du souvenir, envahit le présent, le submerge et peut même se substituer à la réalité du moment. Comment ne pas évoquer la force de l'esprit qui initierait un tel mouvement, ou la force du désir diront certains, qui se fraie un chemin en dépit de la pathologie dont nous ne nions pas la réalité organique ? Refuge ou prison, la primauté du passé dans le présent bouscule notre appréhension linéaire du temps. Accrochés à cette linéarité, nous enfermons la parole des patients dans une forme morte, desséchée, vidée de toute rationalité poétique.

Dans le cas de l'écrivain, nous pouvons faire cette hypothèse : en amont de cette rencontre dans les lieux du souvenir, le travail d'imagination et la préparation qui ont présidé à la création littéraire ont favorisé, provoqué cette rencontre. La fusion entre le passé et le présent est sans doute le fruit d'une maturation et d'une recherche qui a guidé le narrateur. D'autant que J.-P. Kauffmann, débarquant à St Hélène, est déjà animé d'une volonté de saisir « la révélation de l'homme désarmé au milieu d'un décor immuable[644] ». D'une certaine façon, même si les causes en sont différentes, il a subi au Liban les

---

[643]. *Ibid.,* p. 24
[644]. *Ibid*., p. 23

tourments de l'enfermement. Or, la révélation, phénomène d'inspiration mystique, défie les lois de la temporalité envisagée selon les lois de la physique. Si la démarche de l'écrivain est volontaire, la question de la volonté ne se pose sans doute pas en ces termes chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Il n'empêche que la loi du désir, sa force, défie tout autant la logique classique qui régit notre relation au temps calendaire. Et si la personne dite sénile est perdue dans le temps, « déboussolée » diront certains, elle reste animée de cette force pulsionnelle, que nous nommons désir quand elle est portée par le langage. Cette force n'est pas éradiquée par la mort neuronale. « Le désir est, en moi, ce qui n'est ni par moi ni de moi et qui me constitue vivant.[645] »

La puissance du désir, sa vivacité l'apparente à l'esprit ; elle s'exprime sans fard et sans prestance chez les malades. La parole, délestée de l'apparat et des mondanités, détachée du rôle social que nous jouons souvent malgré les revendications de notre moi intime, surgit souvent avec vigueur et pertinence. Ainsi Monsieur S. dira à propos de l'annonce de la visite d'un de ses enfants : « je le connais pas celui-là, qu'est-ce qui veut *encore* ? » Nous apprendrons ultérieurement par une personne de la famille qu'un conflit très ancien perturbait les relations entre ce père et ce fils. L'apparente méconnaissance du père vis-à-vis de son fils cachait peut-être le savoir intuitif, le souvenir actif d'une relation désagréable. Nous réitérons ce constat : il existe une prégnance de la mémoire affective par rapport à la mémoire des acquisitions didactiques chez les déments.

Dans un article récent à propos de la maladie chronique conçue comme un mode d'être au monde et envisagée sous l'angle du « métier de patient », les auteurs proposent d' :

> « encourager les désirs qui sont réalisables et compatibles avec la pathologie, éviter ceux qui ne le sont pas et trouver des conditions afin que la vie puisse vraiment rester vécue et inclure la recherche du bonheur. C'est seulement par un dialogue qu'il devient possible de connaître ces désirs et ainsi d'aménager le traitement et il relève du métier de patient d'y tenir son rôle[646]. »

Si nous ne pouvons que souscrire, avec les auteurs, à l'évidente nécessité, tel l'impératif kantien, de tisser et maintenir aussi longtemps que possible un

---

[645]. Claude Bruaire, *Philosophie du corps*, *op. cit.*, pp. 42-43.

[646]. Birmelé B., Lemoine M., Le Christ A.-M., Choutet P., « Malade : un métier ? À propos de la maladie chronique », Revue Ethique et santé, Édition Elsevier Masson, Dossier thématique, Ce corps qui oblige, Vol. 5-N°2, juin 2008, pp. 103-109.

dialogue avec les patients, et ceci quelle que soit la diversité des troubles du langage (manque du mot, trouble de la syntaxe, paraphasies, etc.), nous nous demandons comment agir, dans la fidélité au fameux *primum non nocere* hippocratique, quand les désirs émanent d'une personne qui méconnaît la réalité du moment. Par exemple, que répondre à un malade qui veut retourner sur son lieu de travail, partir seul à l'étranger ou continuer à conduire ? Quand ils sont exprimés, ces désirs signifient peut-être une forme de « recherche de bonheur », une compensation. Au présent devenu inhospitalier à cause de la maladie, le désir substitue un passé révolu.

Quand le passé imaginé prend la place des conditions du présent, que faire ? Déjà, écouter sans railler, et tenir compte du « vouloir-vivre » à l'œuvre dans ces demandes. Les patients déments ne sont pas des mourants, sens où l'entend Roger William Higgins. La maladie d'Alzheimer est un processus pathologique qui s'inscrit dans la durée. La plupart des déments sont très actifs au cours des premières années de la maladie. Quand le présent, compte tenu des multiples pertes engendrées par la maladie, devient invivable, le refuge dans le passé est peut-être un moyen de résister au travail de déliaison à l'œuvre dans les processus morbides.

Continuer à désirer, c'est peut-être une forme de résistance. Nous pensons que ces paroles, même si elles mettent en scène une forme de négation, d'abolition du temps présent, doivent être prises, c'est-à-dire entendues, avec sérieux. Le désir est une affaire trop importante pour être uniquement entendu sous l'angle de la raison et du possible. La fin du désir n'est peut-être rien d'autre que la mort, ou la fin de l'espérance, équivalent théologal de la vie psychique… Nous devons écouter au-delà de l'impossibilité de la réalisation concrète de ces demandes, au-delà de l'irrationalité apparente du discours (quand le conjoint mort est évoqué comme s'il était toujours en vie) et considérer toute l'importance des émotions, des sentiments, de la *vie* affective qui accompagnent ces paroles.

Dans ce cas, ce n'est pas l'exactitude des propos qui doit nous préoccuper, mais la vérité envisagée sous l'angle des affects. La personne est véritablement affectée, touchée par la pensée de son fils, son mari, etc. Le souvenir de ces personnes a laissé une trace indélébile. Leur évocation, « comme si » elles étaient en vie, signifie sans doute un désir de les retrouver, ou de revivre sur un mode

imaginaire ces moments précieux. Nous ne le savons pas, mais nous faisons l'hypothèse que l'esprit, la dynamique psychique du « vouloir désirer » est à l'œuvre… Cette force du désir ou de l'esprit, nous la retrouvons à tous les âges. Elle revêt la forme de l'âme sous la plume poétique de Jean-Paul Kauffmann qui évoque le vieillissement et la joie impérissable qu'il ressent dans *La maison du retour* :

> « Maintenant la course des jours s'accélère, la carcasse geint, l'esprit se dégrise, la parole rabâche, mais l'âme garde intacts son ardeur et son élan vital. Rien ne peut résister à une telle alacrité[647]. »

Est-il possible de discerner ce qui fait référence à la composante psychique, spirituelle ou mentale dans ce qui anime la dialectique temps et mémoire ? Que nous le voulions ou non, nous sommes dans le temps, notre vie est encadrée par deux événements, deux repères absolus, deux limites (les dates de notre naissance et celle de notre mort) qui sanctionnent un délai, une durée incompressible. Entre ces deux repères advient notre existence terrestre. Notre appropriation personnelle du temps confère un caractère unique à chacune de nos destinées, mais pour que cette appropriation soit possible, deux conditions sont nécessaires : la présence d'un temps universel qui sert de cadre à l'appréhension personnelle du temps, et une mémoire qui tisse la trame de ce cadre.

Pour accompagner les malades, nous pouvons peut-être nous poser la question d'une mémoire en quelque sorte subsidiaire ? C'est ainsi qu'Annie Ernaux envisage le travail d'écriture à la suite de la maladie de sa mère :

> « Son histoire s'arrête, celle où elle avait sa place dans le monde. Elle perdait la tête. Cela s'appelle la maladie d'Alzheimer, nom donné par les médecins à une forme de démence sénile […] Pourtant, je sais que je ne peux pas vivre sans unir par l'écriture la femme démente qu'elle est devenue, à celle forte et lumineuse qu'elle avait été[648]. »

Ce travail de liaison, de continuité entre le passé et le présent, en dépit de la structure chaotique de l'éprouvé temporel chez certains patients, peut s'effectuer grâce à la permanence du lien et de l'attention des proches ou des soignants, de tous ceux qui attestent que la personne vit au sens d'exister. Cela s'appelle l'attachement.

---

[647]. Jean-Paul Kauffmann, *La maison du retour*, *op. cit.*, p. 270.
[648]. Annie Ernaux, *Une femme*, *op. cit.*, p. 89.

La clinique des enfants atteints d'hospitalisme[649] a mis l'accent sur ce lien absolument vital, au sens d'initiateur et de ferment de la vie psychique et somatique. Ce lien dépasse le nourrissage et les soins d'hygiène, il dépasse également l'investissement psychologique, il est à comprendre comme l'hospitalité, l'accueil de l'enfant encore immature. Parce que le vieux dément est, lui aussi, très dépendant, l'attachement peut servir de modèle aux soins requis par ces personnes.

Nous nous demandons si un des signes pathognomoniques de la maladie d'Alzheimer n'est pas la conséquence d'un travail de désappropriation du temps, consécutif à un trouble de la mémoire. C'est bien au croisement de la mémoire et du temps que notre incarnation prend tout son sens. Si notre mémoire défaille, notre seul « salut » réside dans l'attention que nous porteront nos proches (famille, institution, etc.). L'homme sans mémoire n'est pas nu, dans ce cas il pourrait toujours se vêtir, il est absolument fragile et sans défense, comparable sous ces aspects au nouveau-né, au comateux. Que la cause de l'amnésie soit accidentelle (dans le cas des malades atteints de lésions cérébrales) ou substantielle (immaturité physiologique dans le cas des petits)… il n'en demeure pas moins vrai que le devoir de porter assistance, de prendre soin, garantit non pas l'humanité des malades ou des nourrissons qui est inaliénable, mais *notre* humanité.

Nul besoin de décréter qu'un comateux ou un dément mutique et incapable du moindre mouvement sont inhumains et donc légitimement supprimables. Il faut avoir le courage de nommer crime ou assassinat selon le cas, la suppression de ces vies humaines. Mais le législateur préfère dériver sur la pente de la dignité. Réévaluée par des échelles de qualité de vie (sorte de « dignitomètre »), la dignité devient une valeur mesurable, quantifiable, adaptable en fonction de critères mouvants et élastiques. Certaines vies sont plus dignes que d'autres… Un malade, une personne handicapée, ont-ils plus ou moins de dignité en fonction de leur pathologie, de leur souffrance, de leur âge ou de leur capacité à faire entendre leur

---

[649]. Hospitalisme : état dépressif décrit par le médecin et psychanalyste René Spitz (1887-1974). Ce trouble psychique touche les enfants séparés précocement de leur mère (dans le cadre d'une hospitalisation prolongée par exemple). Les travaux de Spitz ont permis de mettre en évidence l'importance du lien mère/enfant dès le plus jeune âge et d'améliorer les conditions d'accueil des nourrissons en orphelinat, en pouponnière, etc. Pour une approche plus complète, lire *De la naissance à la parole,* René Spitz, Paris, PUF, 1997.

plainte, leurs droits, relayés par telle ou telle association ou, mieux, par les médias ? Nous constatons continûment les conséquences d'une « solidarité » éphémère, dictée par les émotions, qui conditionne des réactions de type mimétique : « celui-ci souffre vraiment et mérite toute ma compassion, je l'ai vu à la télé ».

Une fois de plus, *La société du spectacle*[650], telle qu'elle est analysée de façon prophétique par Guy Debord, remplace le travail de la pensée et conditionne nos réponses. En effet, si « le spectacle est le moment où la marchandise est parvenue à *l'occupation totale* de la vie sociale[651] », les médias vendent du malheur, de la souffrance. L'audimat garantit la valeur économique des émissions. Nous sommes à une époque où la comparaison des marchandises annule le débat : au déballage indécent des malheurs d'autrui répondent l'expression des « bons » sentiments et des émotions viscérales. Le travail de la pensée et la distance qu'elle suppose deviennent un luxe.

Livré sans protection aux affres du temps, perdu sans guide, sans sextant ni boussole, le malade « neurologique » serait voué à la mort sans l'assistance des proches. L'impératif de soigner, s'il est évident d'un point de vue théorique, devient vite insupportable s'il n'est pas soutenu par la conviction que nous avons affaire à des personnes. Et le langage, les paroles dont nous accompagnons les gestes quotidiens, garantissent que les soins ne sont pas vétérinaires ! L'hospitalité des institutions (longs séjours, maisons de retraite, etc.) gardera tout son sens si elle tient compte des atteintes de la mémoire, des distorsions de la temporalité, en préservant l'œuvre du désir et de l'esprit qui continue d'animer ces existences douloureuses. Si la dialectique, ainsi que nous l'enseignent les dialogues platoniciens, est une recherche de la vérité, nous devons admettre qu'une démarche dialectique repose sur un aveu d'ignorance. Seul ce constat permet l'échange sous la forme d'un dialogue où chacun vise le Bien, le Vrai en tant qu'Idées universelles. Dans un tel dialogue, chacun ne défend pas « ses » idées, mais essaie de se détacher peu à peu de ses opinions, présupposés, stéréotypes, de toutes ces figures du discours qui comblent le vide.

---

650. Guy Debord, *La société du spectacle*, Paris, Gallimard, Folio, 1997.
651. *Id.*, p. 39.

Ce vide, cette béance dans le discours sont pourtant nécessaires si nous voulons non pas les remplir, mais laisser la place au mouvement dialectique. Sans ce vide, cette place qui permet au dialogue de rechercher la vérité, il n'y aurait pas de liberté pour le travail de la pensée, pas non plus d'inventivité. Les idées toutes faites, conventionnelles, mimeraient la réflexion et tairaient le désir de connaître. C'est ce que nous appelons parler pour ne rien dire. Mais, à moins de la confondre avec la méthode des sophistes, la philosophie n'est pas le bavardage et la dialectique « est la recherche de la raison pure, exprimant ce qui est vrai[652] ».

Comment analyser le rapport dialectique qui permet l'articulation de deux concepts tels que temps et mémoire ? Quel est le vrai, la raison pure à découvrir au terme de cette recherche ? Dans le cadre des maladies neurologiques, la dialectique mémoire et temps s'articule autour d'une place souvent vacante. Cette vacance peut tout aussi bien apparaître dans la béance consécutive à la disparition des souvenirs (versus mémoire) et à la disparition des repères temporels (versus temps). Comment alors maintenir l'existence d'une articulation entre deux formes déjà altérées par l'avancée de la maladie ? En nous rappelant toujours que la confusion esprit et manifestation est aussi délétère que la réduction d'une personne à une image (scanner, IRM), aussi « techniquement » sophistiquée soit-elle.

Nous avons tenté de montrer, grâce à quelques exemples cliniques, la permanence de l'élan vital et du travail de l'esprit, même quand il peine à se manifester. C'est l'expérience du temps ressenti dans sa subjectivité et du travail de la mémoire soumis aux aléas des déficits qui constituent les marqueurs principaux de la maladie et déterminent l'orientation dialectique du questionnement issu de leur possible articulation en dépit de la maladie. Claude Bruaire reconnaît que le terreau de la dialectique n'est pas le domaine du vrai, de l'univoque, car dans ce cas l'exercice de la dialectique serait dénué d'intérêt, superflu, mais que la dialectique s'épanouit, se nourrit de l'improbable et de l'incertain :

> « Ainsi, lorsqu'il s'agit de l'art de la médecine, où l'individu fait toujours question pour la science, quand il s'agit d'anticiper l'avenir, avec la contingence du futur, où le vraisemblable gouverne le probable dans le choix des contraires, et plus généralement, en toute controverse où s'affrontent les argumentations[653]. »

---

[652]. Claude Bruaire, *La dialectique, op. cit*, p. 5.
[653]. *Id.,* p. 33.

Nous revenons à nouveau sur le thème de l'intuition, cher à Bergson et fondamental dans la pratique médicale. Si l'esprit nous paraît constituer ce qui anime l'articulation temps et mémoire, nous devons convenir que cette hypothèse s'est forgée de façon intuitive d'après notre pratique et notre écoute des patients atteints de troubles neurologiques. Ainsi que le rappelle Jean-François Mattéi, la pensée ne peut se passer de l'intuition car elle ne peut se passer de l'expérience et « l'aventure humaine n'est jamais sensée tant qu'elle n'est pas pensée[654] ». Il est nécessaire de penser, légitimer les paroles des personnes atteintes de déficits mnésiques, aussi sévères soient-ils.

Le jugement en forme de *doxa*, quand justement la pensée s'arrête, consisterait à affirmer : les patients atteints de troubles mnésiques sévères n'ont plus de pensée, plus de désir, donc plus d'esprit et ne méritent pas d'autres soins, pas d'autre attention que les soins concernant les besoins du corps. Comme si un être humain n'était pas irréductiblement constitué d'une union entre l'âme et le corps, union qui permet l'émergence du désir et de la parole, qui, nous l'avons vu, est divisée.

Or, Claude Bruaire nous le rappelle : « l'intuition intellectuelle, comme saisie immédiate d'un sens conceptuel, est le propre du discours qui, sans elle, s'ignorerait lui-même[655] ». L'intuition, en tant que « saisie compréhensive du sens[656] », est articulée à une pensée indissociable du langage. La pensée est bien liée au langage, et ce que nous dit le patient en proie à ses déficits de mémoire ne pourrait être dévalorisé au prétexte que l'expression (la parole) ou le cadre temporel (le souvenir du passé pris comme effet du présent) sont perturbés. Nous devons prendre en considération ce qui nous est dit, au-delà des conditions, de l'*habillage*, de ce qui est dit. Les déficits servent à établir une nosographie et un diagnostic, mais l'être résiste à cette réduction en termes de performances.

C'est bien ce qui pose problème : à trop chercher du côté du scientifique les réponses qui sont à espérer du côté de l'éthique, nous ne savons plus comment considérer ces personnes. Heidegger nous l'a rappelé, la science ne pense pas, elle ne produit donc pas de morale, toute occupée qu'elle est à appréhender la

---

654. Jean-François Mattéi, *L'énigme de la pensée*, *op. cit.* p. 34.
655. Claude Bruaire, *L'être et l'esprit*, *op. cit.,* note de bas de la page p. 64.
656. *Id.*, p. 64.

connaissance en catégories du savoir. Nous ne pouvons donc pas trouver du côté de l'approche physiologique ou neuro-anatomique, aussi pointue soit-elle, une réponse à ce qui constitue encore une énigme. Nous devons accepter d'être déroutés, nous le reconnaissons volontiers, par le comportement des patients. Nous espérons, au terme de ce travail, être parvenue à démentir la pseudo-équivalence qui prévaut entre ce qui relève du cérébral et ce qui relève de l'esprit.

Il existe bien une différence de nature entre l'esprit et le cerveau. L'esprit appartient bien à la catégorie des concepts, certes difficiles à analyser. Le cerveau est un objet de connaissance, objet qui sert la pensée mais ne saurait se confondre avec elle. C'est peut-être dans ce hiatus, cette béance qui ne peut être comblée, qu'apparaît le manque, donc le désir et le langage. Nous l'avions souligné dans un travail antérieur, qui oserait affirmer qu'un jeune enfant est dénué de spiritualité et donc d'humanité ou de dignité, sous prétexte qu'il ne parle pas encore ? Le cerveau, bien que nécessaire à l'activité mentale et à la pensée, ne pense pas. Ce serait confondre la cause et l'effet. Seul l'homme pense, est cause de sa pensée et cette pensée produit des effets sur le cerveau. Nous pensons que l'articulation pensée/cerveau est à saisir dans ce sens.

Être touché, aller vers l'autre

Même Catherine Malabou, qui se présente comme chercheur rattachée au courant matérialiste, évoque « la naissance d'une nouvelle personne, *méconnaissable*[657] », qui advient après que des lésions cérébrales aient mis la « psyché en lambeaux[658] ». Ne soyons pas trop affectée par ces propos radicaux, arrêtons-nous plutôt au terme « personne » qui garantit l'appartenance à la communauté humaine, quelle que soit la façon d'habiter le monde. Il est d'ailleurs important de rappeler le contexte qui présida à sa réflexion. Témoin attentive de la maladie d'Alzheimer qui a touché sa grand-mère, elle confie dès le préambule de son livre : « J'ai compris bien trop tard que la tendresse aurait été la seule réponse[659] ».

---

[657]. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés*, *De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains, op. cit.*, p. 94.
[658]. *Ibid.,* p. 94.
[659]. *Ibid.,* p. 13.

Délaissant l'étiologie sexuelle des névroses pour s'intéresser à la cérébralité comme étiologie des nouveaux traumatismes, C. Malabou préconise la tendresse comme soin. Est-ce vraiment une réponse « matérialiste » à une maladie ? Qu'est-ce que la tendresse si ce n'est une manière d'être avec, d'être auprès de ? Cette marque d'attention est bien éloignée des conventions sociales et des masques de circonstance, des soins réduits à la distribution des médicaments, des repas ou d'hygiène. La tendresse, c'est une manière de regarder, d'être attentif à l'autre. Cela peut advenir dans un regard qui enveloppe, qui protége et qui rassure. La tendresse a davantage à voir avec le toucher, puisque nous sommes touchés par la tendresse. Elle ne saurait être protocolisée, ni normée, ni quantifiable, et pourtant ces effets sont incontestables.

Si les mots peuvent parfois trahir, tricher, traduire avec difficulté un ressenti intime, les gestes de tendresse gardent une authenticité particulière. La tendresse ne se commande pas, elle se donne sans attendre de retour, ni d'échange. Reconsidérant la pulsion de mort qui, d'après elle, est à l'œuvre dans les pathologies neurologiques, C. Malabou reconnaît que seule une réponse affective peut avoir un effet thérapeutique. Nous ne pouvons qu'acquiescer avec le remède, même si nous ne partageons pas l'idée qu'il existe une identité stricte entre les états du cerveau et les états de conscience. La modification de la personne est une question récurrente en psychiatrie et depuis un siècle environ en neurologie (date de son apparition). Nous préférons évoquer des modifications comportementales plutôt que des changements de personne.

Reprenant les travaux de Goldstein qui avait étudié les conséquences des blessures cérébrales au cours de la guerre de 1914-18, Canguilhem rappelle : « il faut toujours avoir présent à l'esprit la transformation de la personnalité du malade[660] ».

Il y a bien un avant et un après l'accident vasculaire cérébral, comme il y a un avant et un après l'annonce d'un cancer ou d'une maladie d'Alzheimer. Nous savons bien comment certaines souffrances ou épreuves affectent et modifient l'orientation de notre vie. D'autres événements, externes ceux-là, nous permettent de parler d'un avant ou d'un après : un mariage, un divorce, une naissance ou un deuil. Ces propos ne sont pas provocateurs, ils servent avant tout à rappeler que

[660]. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.,* p. 129.

notre parcours terrestre est parsemé d'embûches mais aussi de joies qui nous affectent, c'est-à-dire qui laissent une trace mémorielle, indélébile. Comment la perte de mémoire, et nous avons compris à quel point cette capacité était fondamentale pour forger notre sentiment de continuité, pourrait ne pas nous affecter et ne pas modifier notre rapport au monde ?

C'est bien la tendresse ou l'amour qui fait écrire à Annie Ernaux, regardant sa maman malade et qui vit désormais auprès d'elle :

> « Un soir d'avril, elle dormait déjà, à six heures et demie, allongée par-dessus les draps, en combinaison ; les jambes relevées, montrant son sexe. Il faisait très chaud dans sa chambre. Je me suis mise à pleurer parce que c'était ma mère, la même femme que celle de mon enfance. Sa poitrine était couverte de petites veines bleues[661]. »

Comme une mère (ou un père) regarde, émue, son enfant endormi, comme un amant regarde la femme qu'il aime et qui est abandonnée dans son sommeil, pourquoi ne pas oser porter un regard attendri sur ces personnes démunies mais tellement humaines dans leur fragilité ? Ces scènes nous renvoient à des relations de confiance, telles que celles instaurées par l'amour et l'amitié véritables. C'est cette confiance qui s'incarne dans l'abandon (celui du sommeil, de la jouissance), ces moments intimes où nous nous livrons en quittant nos rôles sociaux, ces masques qui nous protègent tant. Cet abandon, cet extrême dénuement, est ce qui nous paraît si poignant et qui modifie profondément les relations avec les personnes atteintes de troubles neurologiques. Nous sommes rarement dignes d'une telle confiance, nous doutons, en tant que soignant (comme nous doutons en tant que parent, amant ou ami) et nous évitons parfois les situations qui nous renvoient à notre crainte de ne savoir comment répondre à cette demande. Le don du temps, sans autre espoir que la présence à l'autre, constitue une des réponses essentielle.

Si l'autonomie reste un idéal kantien, la question de l'autonomie reste fondamentale et ne doit pas être confondue avec les problèmes liés à la dépendance. Nous restons donnés à nous-mêmes, et ce don de l'être suffit à nous préserver : aucune aliénation ne peut nous priver du statut de personne. Mais nous devons accepter la dépendance cruciale de certains malades. Cette dépendance nous somme de veiller sur eux. Reste à envisager les conditions qui précèdent cette mission de soins. Agir par culpabilité, par crainte que le même sort ne nous

---

[661]. Annie Ernaux, *Une femme*, *op. cit.*, pp. 95-96.

soit réservé si nous étions à notre tour frappé de sénilité ou de handicap intellectuel, relève d'un choix peu autonome, d'un choix dicté par la contrainte. Il convient d'agir en choisissant de suivre une obligation morale que nous avons décidé de respecter. De même que nous ne sommes pas à l'origine de notre vie, nous ne décidons pas toujours des conditions de notre existence : maladies, accidents, épreuves en tous genres. Ces conditions ne nous empêchent pas d'avoir une destinée unique et insubstituable. Pourquoi est-il si facile, évident, d'accepter que le petit d'homme naisse dépendant, immature, en attente de nos soins bienveillants et de notre éducation et pourquoi sommes-nous tant malmenés par la dépendance et les soins requis par nos aînés déments ou dépendants ? Cette énigme ne cesse de nous tourmenter depuis que nous travaillons en neurologie. Il faudrait peut-être interroger les conséquences du mythe du progrès, produit des Lumières, relayé par la révolution industrielle et la confusion désastreuse qui conduit à identifier le progrès technique (certes réel) et le progrès moral (illusoire, il n'est que de constater l'augmentation des conflits à travers le monde). Le mythe du progrès moral se nourrit de la réalité de la croissance économique (du moins pour les sociétés occidentales). Mais l'homme ne peut réduire ses aspirations à une quête qui s'oriente vers plus de consommation, plus de possession.

À propos de l'être et de ses manifestations, la clinique des patients « *locked-in syndrome* » s'avère riche d'enseignement pour les soignants. Sans l'ingéniosité de certains soignants et la volonté des patients à rester en relation avec leurs proches, nous pourrions continuer à croire que ces personnes sont privées de toutes leurs capacités cognitives et, ainsi que Philippe Vigand l'expose crûment dès l'introduction de son livre, nous continuerions sans doute à traiter ces patients « comme des légumes ». Privés de parole, incapables d'effectuer le moindre geste, à part un clignement de paupière, ces personnes incarnent l'expérience tragique qui consiste à être prisonnier dans son corps. Ce qui nous oblige à revisiter complètement notre appréhension de l'être qui ne peut se confondre avec ces manifestations. Son autonomie ne peut se réduire à ses capacités à se mouvoir. L'être persiste à être, y compris dans des conditions d'extrême dépendance.

Si nous commençons à découvrir les phénomènes de plasticité neuronale, nous devons reconnaître la force de l'esprit, sans chercher à l'enfermer dans les

catégories de la mesure ou de l'évaluation. Nous avons tenté de le montrer, l'esprit n'est pas mesurable, ni quantifiable, mais l'espérance de sa présence nous guide dans nos pratiques quotidiennes.

Nous devons apprendre à écouter d'une autre façon, avec amplitude, ouverture et tempérance, sans quoi nous renverrions les déments dans les limbes de l'humain, au prétexte que leurs propos sont inadaptés, inadéquats, déraisonnables. Nous ne devons jamais oublier que si le temps humain est durée, les rythmes qui animent cette durée sont propres à chacun. Nous devons apprendre à côtoyer ces durées, sans doute plus accidentées, qui constituent le temps de la démence et le temps de toutes les maladies évolutives.

Conclusion

Au moment où j'écris, Mme D. « s'est éteinte doucement, comme une bougie » (tels sont les mots rapportés par sa fille) dans la maison familiale qu'elle n'a jamais quittée. Mme L. est toujours en maison de retraite à l'étranger. Une amie est allée lui rendre visite et m'a donné ce témoignage : « elle ne parle plus, ses yeux clairs sont perdus dans le vague mais elle a toujours les mêmes gestes avec ses mains ». Mme L., de culture méditerranéenne, « parlait avec les mains ». Ainsi, sa vivacité perdure, même si elle est désormais limitée aux gestes de ses mains. Nous retrouvons ici sans doute un témoignage de la mémoire du corps. Peut-être est-ce la dernière mémoire, celle des gestes et des mimiques, qui continue de s'exprimer ? Nous ne savons rien des pensées, des émotions intérieures qui habitent Mme L. ou tant d'autres personnes que nous avons accompagnées.

La mémoire du corps, celle d'avant les mots et le langage (avant qu'ils ne puissent être exprimés) est sans doute la première et l'ultime. C'est d'abord avec son corps que le tout-petit nous signifie sa présence au monde, demande nos soins, sollicite notre attention, notre amour. Il est possible que cette mémoire du corps, des gestes d'appel, des mimiques, soit la plus vivace, la plus résistante. Cela confirmerait l'importance de la référence au concept de l'incarnation dans la démarche de soin. Parce que : « Il reste qu'il faut, pour exister, la chair et la vie d'un corps. Telle est la prescription de notre finitude[662] ». C'est à nous, en tant que soignant, qu'incombe la responsabilité de prendre soin de ces personnes qui nous livrent leur nudité et leur fragilité. Mme L., comme beaucoup d'autres, a cessé de prononcer le moindre mot depuis des années. « C'est le cœur qui tient », commente son amie. De quel cœur parle-t-elle ?

À l'issue de ce travail, notre conclusion se veut ouverture et espoir, en nous gardant cependant des tentations de l'angélisme, de la simplification ou de l'hypocrisie. Tenir bon, c'est veiller sans s'acharner, espérer que l'accompagnement, la présence, l'attention, l'écoute, atténuent la souffrance des personnes perdues dans ce nouveau continent, celui de la démence, de la dé-raison

[662]. Claude Bruaire, *Philosophie du corps, op. cit*., p. 266.

et parfois, du silence. Notre rôle, en tant que soignants, n'est-il pas d'accepter les modes de vie parfois précaires de certains malades ? Notre difficulté à accompagner nous révèle la présence continuelle d'un double mouvement qui nous habite, celui de protéger mais aussi de rejeter quand la charge est trop lourde et la finalité incertaine.

Mieux vaut accepter notre part d'agressivité, notre tentation de rejet, de mise à l'écart, plutôt que de prôner une attitude idéale intenable. Nous souscrivons à la thèse de J.-F. Mattéi, telle qu'il l'expose dans *La barbarie intérieure* : « la barbarie suit les pas de l'humanité comme l'ombre accompagne l'homme qui marche en direction du soleil[663] », et nous savons bien comment le soin peut être difficile et le parcours accidenté... Seule l'éthique peut nous aider à penser et reconnaître ce double mouvement, le dépasser sans le nier, ni l'occulter.

Si « Tout progrès humain consiste à transformer une contrainte en obstacle[664] », nous pouvons écrire que la pratique des soins en neurologie ne manque ni d'obstacles ni de difficultés à surmonter.

Le découragement, la lassitude, le doute, la fatigue, nous connaissons ces états d'âme. Nous avons dû, parfois dans la douleur, la tristesse et le découragement, apprendre à donner sans recevoir… Mais nous avons aussi appris à recevoir sans attendre, nous savons savourer un moment de joie partagée, une complicité imprévue, un sourire, sans compter les marques de gratitude des malades, des familles ou des proches. Accepter l'asymétrie, l'inégalité, l'absence de réciprocité, les tensions suscitées par la pratique des soins, tout cela fait partie de notre travail.

Comme le rappelle Isabelle Vendeuvre-Bauteurs dans la conclusion de son livre, le débat actuel qui infiltre la bio-éthique laisse émerger un risque de « hiérarchisation de l'humain à partir de ses caractéristiques physiques et psychiques[665] ». Nous gardons tous en mémoire les débats houleux qui ont accompagné « l'affaire Perruche », débats qui ont abouti à la promulgation de cet

---

[663]. Jean-François Mattéi, *La barbarie intérieure, Essai sur l'immonde moderne*, Paris, PUF, 1999, p. 19.
[664]. Simone Weil, *Leçons de philosophie*, *op. cit*., p. 82.
[665]. Isabelle Vendeuvre-Bauteurs, *À l'écoute de la démence, Expression d'une crise existentielle*, *op. cit*., p. 217.

article : « Nul, fût-il né handicapé, ne peut se prévaloir d'un préjudice du fait de sa naissance[666] ». Il en est de même pour la vieillesse et toutes les étapes de la vie.

Déconsidérer, délaisser, humilier une personne, au prétexte qu'elle ne partage plus certaines « valeurs », qu'elle n'est plus apte à accomplir certaines performances, c'est d'une certaine façon se laisser conforter dans l'idée qu'il existe des hommes et des sous-hommes. Certes, les vieux déments ne sont pas soumis à l'esclavage, ni au travail forcé, et la majorité des soignants et des proches fait part de disponibilité et de patience.

Mais il reste encore beaucoup à inventer afin de proposer un accompagnement humain. Car il existe « bien une barbarie plus douce, ou plus sournoise, dont les tourments sont moins de brutalité que de langueur, de violence que d'abandon[667] ». Cette attitude de déconsidération, cet oubli de la personne, est fréquente et ne touche pas que les vieux déments ou les personnes souffrant de pathologies graves. « La barbarie plus douce » peut tout simplement consister à ne plus écouter, ne plus parler, ne plus regarder, à ne plus oser, ni même penser, un geste apaisant, tendre ou respectueux (comme par exemple, recouvrir d'un drap une personne dévêtue sur un lit d'hôpital). Or, sans ce pari qui s'apparente à un acte de foi : la personne humaine est, et ceci sous toutes ses formes, dans tous ses états et dans toutes ses possibilités de manifestations, nous prenons le risque de nous livrer à des missions de gardiennage ou de surveillance médicale. Nous risquons également de décourager les soignants qui ne trouvent pas de sens à leurs actes.

C'est bien la perte du sens qui rend nos actions auprès des personnes démentes ou dépendantes, vaines et vaniteuses, « car nous ne souffrons pas tant d'un manque de moyens que d'une pénurie de sens[668] ». À quoi servirait de passer tout ce temps auprès de personnes tellement démunies, si nous n'étions pas convaincue qu'elles appartiennent de façon inconditionnelle à la communauté humaine ?

Peut-être faudrait-il repenser les missions pédagogiques qui nous incombent en tant qu'acteurs de soins ? Il faudrait apprendre aux jeunes soignants, encore

---

666. Loi du 10 janvier 2002, article 1.
667. Jean-François Mattéi, *La barbarie intérieure, op. cit.*, p. 25.
668. Dominique Folscheid : « Notre médecine est-elle malade ? », revue *Ethique, La vie en question*, *La médecine en question*, N°19, 1996/1, Paris, Editions Universitaires, p. 16.

enthousiastes et pleins de bonne volonté, que l'homme n'est pas réductible à ses performances. C'est la thèse défendue par Claude Bruaire et que nous avons souvent rappelée au cours de ce travail. Les soins, aussi perfectionnés et indispensables soient-ils, ne sont pas réductibles à leur qualité technique.

Nous avons conscience, dans nos hôpitaux modernes, que la cadence des examens, la réduction de la DMS[669], le respect des contraintes économiques, tous ces impératifs, laissent peu de temps à la *skholé.* Or, c'est bien dans le temps de la *skholé*, qui n'est autre que le temps libéré des contraintes du travail, que peut advenir un autre temps, celui de la pensée. Soumis à l'exécution de tâches de plus en plus sophistiquées, contraints à l'observance des protocoles, à la réduction des effectifs, les soignants finissent parfois par oublier que leur mission première est de servir l'homme et non la technique médicale.

Nous espérons que ce travail traversé par les tourments de la temporalité et de la mémoire, permettra de mieux comprendre comment la suspension du temps permet d'avoir accès à l'autre, à le penser au-delà de ce qu'il donne à voir ou à entendre.

> « Pour parvenir à la pensée, ou pour laisser à la pensée le soin de venir à nous, il faut poser comme principe absolu que la présent doit être suspendu, hors des opacités de la subjectivité et des tensions de la vie quotidienne, au profit d'une fin à venir[670]. »

Perdre du temps, c'est paradoxalement en prendre, c'est-à-dire décider de faire une pause, pour donner une présence, tisser un lien et assurer ainsi le maintien de la personne malade au sein de la communauté humaine. Nous laissons la parole à Aristote qui a si bien loué les vertus de l'amitié :

> « aux vieillards, elle vient en aide pour les soins que demande leur état et elle supplée à la capacité d'agir à laquelle les condamne leur faiblesse ; quant au hommes dans la force de l'âge, elle les stimule aux belles actions[671]. »

Nous nous garderons donc de donner des leçons mais nous faisons le vœu de rester attentive, disponible, à celles que les malades et leurs proches nous prodiguent.

---

[669]. DMS : acronyme qui signifie : durée moyenne de séjour. C'est le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapporté au nombre de séjours (pour cette pathologie). La durée moyenne de séjour est calculée en excluant les hospitalisations inférieures à 24h programmées.
Source : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/morbid/aide.htm
[670]. Jean-François Mattéi, *La barbarie intérieure, op. cit*., p. 167.
[671]. Aristote, *Ethique de Nicomaque*, Paris, GF-Flammarion, 1994, p. 229.

Bibliographie

Andrieu, Bernard, *La neurophilosophie*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2007.

Anouilh, Jean, *Antigone*, Les classiques contemporains, Bordas, 1968.

Arendt, Hannah*, La crise de la culture*, Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1994.

Aristote, *La Métaphysique*, Paris, Les classiques Pocket, Agora, 1995.
Aristote, *De l'âme*, Paris, GF-Flammarion, 1993.
Aristote, *Ethique de Nicomaque*, Paris, GF-Flammarion, 1994.
Aristote, *Physique*, Paris, GF-Flammarion, 2008.

Association psychiatrique américaine, Julien-Daniel Guelfi et Marc-Antoine Grocq (trad.), *DSM IV*, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 2000.

Assoun, Paul-Laurent, *Freud, la philosophie et les philosophes*, Paris, PUF, 2005.
Assoun, Paul-Laurent, *Le vocabulaire de Freud*, Paris, Editions Ellipses, 2007.

Attias-Donfut Claudine et Léopold Rosenmayr, *Vieillir en Afrique*, Paris, PUF, 1994.

Augustin, Saint, *Les Confessions*, Paris, Gallimard, bibl. « La Pléiade », 2000.
Augustin, Saint, *Les aveux*, traduit du latin par Frédéric Boyer, Paris, P.O.L., 2008.

Balmary, Marie, *La divine origine, Dieu n'a pas créé l'homme*, Paris, Le Livre de Poche, 1998.

Barreau, Hervé, *Le temps*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1996.

Baudelaire, Charles, Œuvres complètes, Tome I, Paris, Gallimard, coll. « Bibl. de La Pléiade », 2006.

Baudy, Jean-Dominique, *Le Scaphandre et le Papillon*, Paris, Robert Laffont, 1997.

Béjot Y. Touzé E., Ossby G.-V., Giroud M, « Epidémiologie descriptive », Accidents vasculaires cérébraux, Traité de Neurologie, Bousser M.-G. Mas J.-L. (dir.), Doin, 2009.

Bergson, Henri, *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, PUF Quadrige, 1997.
Bergson, Henri, *La pensée et le mouvant*, Paris, PUF, Quadrige, 2006.
Bergson, Henri, *L'énergie spirituelle*, Paris, PUF, Quadrige, 2006.
Bergson, Henri, *Durée et simultanéité*, Paris, PUF, Quadrige, 1992.
Bergson, Henri, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, Paris, PUF, Quadrige, 1997.
Bergson, Henri, *Matière et mémoire,* Paris, PUF, Quadrige, 1997.
Bergson, Henri, *L'évolution créatrice*, sous la direction de F. Worms, Paris, PUF, Quadrige, 2007.

Blondiaux, Isabelle, *Pour une éthique de la parole en psychiatrie*, thèse de Philosophie Pratique, soutenue à l'Université de Marne-la-Vallée le 17 décembre 2007, sous la direction du Professeur Dominique Folscheid.

Boèce, *Traités théologiques*, Paris, GF-Flammarion, 2000.

Bolte Taylor, Dr Jill, *Voyage au-delà de mon cerveau*, Paris, JC-Lattès, 2009.

Borges, *Fictions*, Paris, Gallimard, Folio, 1993.

Boukhrief Nicolas sur le site : http://www.premiere.fr/Cinema/Exclus-cinema/Interview-cinema/Cortex-I-intervew-du-realisateur-Nicolas-Boukhrief/(gid)/1120668.

Bruaire, Claude, *L'être et l'esprit*, Paris, PUF, Coll. « Épiméthée », 1983.
Bruaire, Claude, *La dialectique*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1993.
Bruaire, Claude, *La force de l'esprit*, *entretiens avec Emmanuel Hirsch*, Desclée de Brouwer, Radio-France, 1986.
Bruaire, Claude, *Philosophie du corps*, Paris, Seuil, 1968.

Bruckner, Pascal, *Le divin enfant*, Paris, Seuil « Points », 1995

Camus, Albert, *Discours de Suède*, Paris, Gallimard, Folio, 1997.
Camus, Albert, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1997.
Camus, Albert, L'Homme révolté, Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1995.

Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, « Quadrige », 1988.

Changeux, Jean-Pierre, *L'homme neuronal,* Paris, Fayard, coll. « Pluriel », 1987.
Changeux, Jean-Pierre et Paul Ricœur, *Ce qui nous fait penser, La nature et la règle*, Paris, Odile Jacob, 1998.
Changeux, Jean-Pierre, *Du vrai, du beau, du bien, Une nouvelle approche neuronale*, Paris, Odile Jacob, 2009.
Changeux, Jean-Pierre, *Fondements naturels de l'éthique*, Paris, Odile Jacob, 1993.

Chahine, Osman E., *La durée chez Bergson*, Paris, Structures nouvelles, Huguette Boucher diffusion, 1970.

Chapouthier, Georges, *Biologie de la mémoire*, Paris, Odile Jacob, 2006.

Chateaubriand, René, *Mémoires d'outre-tombe*, Tome 1, Le livre de Poche, 1973.

Churchland, Patricia, Paris, PUF, *Neurophilosophie*, *L'esprit cerveau*, 1999.

Crubellier, Michel, « Le temps dans la philosophie d'Aristote », in *Penser le temps,* Ouvrage coordonné par Martine Méheut, Paris, Ellipses, 1996.

Cyrulnik, Boris*, La naissance du sens*, Paris, Hachette Littératures, Collection Pluriel, 2003.
Cyrulnik, Boris, *De chair et d'âme*, Edition Odile Jacob, 2006.
Cyrulnik, Boris, *Je me souviens…*, Le Bouscat, diffusion PUF, L'esprit du temps, Textes essentiels, 2009.

Damasio, Antonio R., *L'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob, Coll. « Poches », 2000.
Damasio, Antonio R. *Le sentiment même de soi, corps, émotion, conscience*, Paris, Odile Jacob, 1999.

Debord, Guy, *La société du spectacle*, Paris, Gallimard, Folio, 1997.

De Koninck, Thomas, *De la Dignité Humaine,* Paris, PUF, 1995.

Delarue-Courju, Evelyne, *Le Toucher, Premier et Ultime dialogue,* Thèse de Philosophie sous la direction du Professeur Dominique Folscheid, Université de Marne-La-Vallée, soutenue le 2 décembre 2004.

Delsol, Chantal, *Éloge de la singularité, Essai sur la modernité tardive*, Paris, La Table Ronde, 2000.

Descartes, René, *Le Discours de la Méthode*, Texte et commentaire par Étienne Gilson, Paris, Vrin, 1939.
Descartes, René, *Correspondance avec Élisabeth et autres lettres*, Paris, GF-Flammarion, 1997.
Descartes, René, *Méditations métaphysiques*, Paris, GF-Flammarion, 1997.

Dolto, Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, Coll. « Points essais », 1992.

Dolto, Françoise, *L'Évangile au risque de la psychanalyse, Tome I,* Paris, Seuil, coll. « Points essais », 1980.

Durrell Lawrence, *Le quatuor d'Alexandrie*, Paris, Le Livre de Poche, Justine, n°5618, Balthazar, n°5619, Mountolive, n°5620, Cléa, n° 5621, 1991.

Eccles, John C., *Le mystère humain*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1979.
Eccles, John C., *Evolution du cerveau et création de la conscience*, Paris, Champs Flammarion, 1994.

Eliade, Mircea, *Le mythe de l'éternel retour*, Paris, Gallimard, coll. « Folio/Essais », 1991.
Eliade, Mircea, *Aspects du mythe*, Paris, Gallimard, coll. « Folio/Essais », 1988.

Ernaux, Annie, *Une femme*, Paris, Gallimard, 1998.
Ernaux, Annie, *Les années*, Paris, Gallimard, 2008.
Ernaux, Annie, *Je ne suis pas sortie de ma nuit*, Paris, Gallimard, Coll. Folio, 1999.

Ewald F., Gollier C., Sadeleer de N., *Le principe de précaution*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2001.

Fleutiaux, Pierrette, *Des phrases courtes, ma chérie*, Arles, Actes Sud, 2001.

Folscheid, Dominique, *Les grandes dates de la philosophie classique, moderne et contemporaine,* Paris, PUF, coll. « Que sais-je *?* », 1996.
Folscheid Dominique, Brigitte Feuillet-Le Mintier, Jean-François Mattei, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, PUF, Coll. « Thémis », 1997.
Folscheid, Dominique : « Notre médecine est-elle malade ? », Revue *Ethique, La vie en question*, N°19, 1996/1, Paris, Editions Universitaires, pp. 9-16.

Freud, Sigmund, *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, Folio/essais, 2006.
Freud, Sigmund, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1975.
Freud, Sigmund, *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1981.
Freud, Sigmund, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, coll. « Idées », 1983.
Freud, Sigmund, *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. « Idées », 1983.
Freud, Sigmund, *Résultats, idées, problèmes* II, Paris, PUF, 2005.
Freud, Sigmund, *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, Folio/Essais, Gallimard, 2006.

Gary, Romain, *Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1978.

Geoffroy, Michel, *La patience et l'inquiétude*, *Pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004.

Graftieaux, Jean-Pierre, *Les deux consciences*, Thèse de Philosophie, Université de Paris-Est, Direction Dominique Folscheid, soutenue le 2 juin 2009.

Grimaldi, Nicolas, *Ontologie du temps, l'attente et la rupture*, Paris, PUF, 1993.
Grimaldi, Nicolas, *Traité des solitudes*, Paris, PUF, 2003.

Heidegger, Martin, *La Lettre sur l'humanisme,* Questions III et IV, Paris, Gallimard, Coll. « Tel *»,* 1996.
Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, Coll. « Tel », 1999.
Heidegger, Martin, *De l'essence de la liberté humaine, Introduction à la philosophie*, Paris, Gallimard, 1996.

Henry, Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000.

Héraclite, *Les Penseurs grecs avant Socrate*, Paris, GF-Flammarion, 1975.

Hochmann Jacques, Marc Jeannerod, *Esprit, où es-tu ? Psychanalyse et neurosciences*, Paris, Odile Jacob, 1991,

Hoffmann, Christian, *Des cerveaux et des hommes*, *Nouvelles recherches psychanalytiques*, coll. « Actualité de la psychanalyse », Ramonville Saint Agne, Érès, 2007.

Jankélévitch, Vladimir, *Penser la mort ?*, Paris, Éditions Liana Levi, 1994.
Jankélévitch, Vladimir, *La mort*, Champs-Flammarion, 1977.

Jeannerod Marc, *Le cerveau-machine*, Paris, Fayard, 1983.

Kant, Emmanuel, *Critique de la raison pure*, Paris, PUF, « Quadrige », 2004.
Kant, Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Paris, GF-Flammarion, 1993.

Kauffmann, Jean-Paul, *La maison du retour*, Paris, Gallimard, Folio, 1998.
Kauffmann, Jean-Paul, *La chambre noire de Longwood*, Paris, Gallimard, Folio, 1998.

Keller, Pascal-Henri, *Le dialogue du corps et de l'esprit*, Paris, Odile Jacob, 2006.

Kierkegaard, Søren, *Les stades immédiats de l'éros ou l'éros et la musique*, Paris, Robert Laffont, coll. « Bouquins »,1993.
Kierkegaard, Sören, *Traité du désespoir*, Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1996.

Kristeva, Julia, *Soleil noir, Dépression et mélancolie*, Paris, Gallimard, Folio/ Essais, 1990.

Lacan, Jacques, *Le Séminaire. Livre I. Les écrits techniques de Freud*, Paris, Seuil, 1975.
Lalau Jean-Daniel, *Le Métabolè : le changement dans la relation de soin en nutrition,* Thèse pour le doctorat de Philosophie, Université de Marne-La-Vallée, soutenue le 17 décembre 2007.

Le Poulichet Sylvie, *L'œuvre du temps en psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006.

Levinas, Emmanuel, *Le temps et l'autre,* Paris, PUF « Quadrige », 1992.
Levinas, Emmanuel, *Totalité et Infini,* Paris, Le Livre de Poche, « biblio essais », 1996.

Liger-Belair, Jean-Bernard, *L'ombre nécessaire, Phénoménologie du corps,* Paris, Editions du Félin, 1990.

Luria, Alexandre, *Une prodigieuse mémoire* in *L'homme dont le monde volait en éclats*, Paris, PUF, coll. « La couleur des idées », 1995.

Maisondieu, Jean, *Le Crépuscule de la raison*, Paris, Bayard, 1996.

Malabou, Catherine, *Les nouveaux blessés, De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*, Paris, Bayard, 2007.
Malabou, Catherine*, Que faire de notre cerveau ?*, Paris, Bayard, Coll. « Le temps d'une question », 2004.

Malson, Lucien, *Les enfants sauvages : mythe et réalité, suivi de Jean Itard, Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron*, Paris, 10/18, 2003.

Marin, Claire, *Hors de moi,* Paris, Editions Allia, 2008.

Mattéi, Jean-François, *L'énigme de la pensée*, Nice, Les éditions Ovadia, 2006.
Mattéi, Jean-François, *La barbarie intérieure, Essai sur l'immonde moderne*, Paris, PUF, 1999.

Meyer, Catherine (dir.), Borch-Jacobsen, M., Cottraux, J., Pleux, D., Van Rillaer, J., *Le Livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud*, Paris, Les Arènes, 2005.

Molière, *Les femmes savantes*, Paris, Le Livre de Poche, 1986.

Naccache, Lionel, *Le nouvel inconscient*, *Freud, Christophe Colomb des neurosciences* Paris, Odile Jacob, 2006.
Nancy, Jean-Luc, *L'Intrus*, Paris, Galilée, 2000.

Nicolescu, Basarab, *La vallée de l'étonnement, Le monde Quantique*, par Michel Camus, France-Culture, http://www.caravancafe-des-arts.com/Basarab-Nicolescu-Le-Monde-quantique.htm

Orwell, George, *1984*, Paris, Gallimard, Coll. « Folio », 2000.

Pascal, Blaise, *Les Pensées*, Paris, GF-Flammarion, 1976.

Platon, *Sophiste, Politique, Philèbe, Timée, Critias*, Paris, GF-Flammarion, 1996.
Platon, *La République*, Paris, GF-Flammarion, 1997.
Platon, *Le Banquet*, *Phèdre*, Paris, GF-Flammarion, 1997.
Platon*, Phédon*, Paris, GF-Flammarion, 1997.
Platon, *Théétète*, *Parménide*, Paris, G-Flammarion, 1995.
Platon, *Le Ménon*, Nathan, Paris, 1991.
Platon, *Cratyle*, Paris, GF-Flammarion, 2005.

Pommier, Gérard, *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Paris, Flammarion, 2004.

Porot, Maurice, « Personnalité » in *Les objets de la psychiatrie*, Dictionnaire de concepts sous la direction du Professeur Yves Pélicier, Paris, l'Esprit du Temps, 1997.

Proust, Marcel, *Le temps retrouvé*, Paris, Gallimard, Folio classique, 1999.

Quéré, France, *Conscience et neurosciences*, Paris, Bayard, 2001.

Ricœur, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, Points, coll. « Essais », 1990.
Ricœur, Paul, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Paris, Seuil, L'ordre philosophique, Collection dirigée par Alain Badiou et Barbara Cassin, 2000.
Ricœur, Paul, *Temps et récit, 3. Le temps raconté*, Paris, Seuil, Points, coll. « Essais », 1991.

Rosenfield, Israel, *L'invention de la mémoire*, *le cerveau, nouvelles donnes*, Paris, Eshel, 1989.

Schilder, Paul, *L'Image du corps,* Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1980.

Schmitt, Éric-Emmanuel, *Oscar et la dame en rose,* Paris, Albin Michel, 2002.

Schneider, Michel, *Big Mother, Psychopathologie de la vie politique*, Paris, Odile Jacob, coll. « Poches », 2005.

Sénanque, Antoine, *Blouse*, Paris, Grasset, 2004.

Siffre, Michel, *Hors du temps*, Paris, Editions René Julliard, 1963.

Smith-Churchland, Patricia, *Neurophilosophie*, *L'esprit cerveau*, Paris, PUF, coll. « Psychopathologie ». 1999.

Sophocle, *Tragédies*, Préface de Pierre Vidal-Naquet, Paris, Folio classique, 2001.

Spitz, René, *De la naissance à la parole,* Paris, PUF, 1997.

Stendhal, *De l'amour*, Paris, Gallimard, Folio, 1980, 1994.

Tadié Jean-Marc et Yves, *Le sens de la mémoire*, Paris, Gallimard, 1999.

Touré Amadou et Mariko Ntji Idriss, *Amadou Hampâté Bâ, Homme de science et de sagesse*, Bamako, Nouvelles éditions maliennes, Paris, Karthala, 2005.

Vacquin, Monette, « Le gel du temps », Revue *Autrement*, Série Mutations, N°141, L'attente, et si demain…, janvier 1994, pp.189-199.

Vasse, Denis, *Le temps du désir*, *Essai sur le corps et la parole*, Paris, Seuil, coll. « points », 1997.
Vasse, Denis, *Le poids du réel, la souffrance*, Paris, Seuil, 1983.

Vendeuvre-Bauteurs, Isabelle, *Dire la démence : contribution de la médecine et de la littérature à la compréhension de la maladie d'Alzheimer*, Thèse pour l'obtention du doctorat de Philosophie pratique, soutenue le 2 décembre 2004.
Vendeuvre-Bauters, Isabelle, *À l'écoute des mots de la démence, Expression d'une crise existentielle*, Lyon, Chronique sociale, 2007.

Vernant, Jean-Pierre, *Mythe et pensée chez les Grecs*, *Études de psychologie historique*, Paris, La Découverte/Poche, 2006.

Vigand Philippe et Stéphane Vigand, *Putain de silence*, Edition Anne Carrière, Paris, 1997.

Vincent, Jean-Didier, *Biologie des passions*, Paris, Odile Jacob, Coll. « Points », 1988.

Vygotski, Lev, *Pensée & Langage*, Paris, La Dispute, 1997.

Weil, Simone, *L'enracinement*, Paris, Gallimard, Folio, Essais, 1997.
Weil, Simone, *La pesanteur et la grâce*, Paris, Plon, coll. « Pocket Agora », 1991.
Weil, Simone, *Leçons de philosophie*, Paris, Plon, 1989.
Weil, Simone, *La connaissance surnaturelle*, Paris, Gallimard, 1950.

Worms, Frédéric, « La conception bergsonienne du temps », *Le temps,* sous la direction d'Alexander Schnell, Paris, Vrin, 2007.
Worms, Frédéric, « La théorie bergsonienne des plans de conscience », *Bergson et les neurosciences*, Les empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson, 1997.

Ouvrages collectifs

La Bible de Jérusalem, Paris, Desclée de Brouwer, 1975.

Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, sous la direction de Monique Canto-Sperber, Paris, PUF, 1996.

Philosophie, éthique et droit de la médecine, Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-Le Mintier, Jean-François Mattèi, PUF, coll. Thémis, 1997.

Vocabulaire européen des Philosophies, Dictionnaire des intraduisibles, sous la direction de Barbara Cassin, Seuil, Le Robert, 2004.

Vocabulaire de la psychanalyse, Daniel Lagache (dir.), Laplanche J. et Pontalis J.-B., Paris, PUF, 1981.

Revues

La société, l'hôpital et les pauvres, I, le passé entre discours et pratiques, Petit journal de l'exposition, AP-HP, 1997.

Birmelé B., Lemoine M., Le Christ A-M., Choutet P., « Malade : un métier ? À propos de la maladie chronique », *Revue éthique et santé*, Édition Elsevier Masson, Dossier thématique, Ce corps qui oblige, Vol. 5- N°2, juin 2008, pp. 103-109.

Christen Yves, « Vivre l'Alzheimer », *Alzheimer Actualités*, Lettre d'informations sur les désordres cognitifs liés à l'âge, Bimestriel, Janvier-Février 2008, N°196.

Christen Yves, « Épigen-Éthique », *Alzheimer Actualités*, Lettre d'informations sur les désordres cognitifs liés à l'âge, Bimestriel, Janvier-Février 2009, n°202.

Gzil Fabrice, « Une affection particulière du cortex cérébral : Alzheimer (Munich »*), Alzheimer Actualités*, Lettre d'informations sur les désordres cognitifs liés à l'âge, Bimestriel Novembre-Décembre 2006, N°189, pp. 6-7.

Higgins R.W., « La mort ? Une exception », *Revue éthique et santé*, Vol.3 – N°1, Février 2006, pp. 35-42.

Pierron J.-P., « approche anthropologique du médicament : un objet symbolique », Revue *Ethique et santé*, Vol. 6- N°1, mars 2009, pp. 43-49.

Shalden M.-F. ; Larson E.B. ; Yukawa M., « The epidemiology of Alzheimer's disease and vascular dementia in Japanese and African-American populations : the search for etiological clues », *Neurobiology of aging*, 2000, vol. 21, n°2, pp. 171-181.

Trouillet R., Gély-Nargeot M.-C., Derouesné C., « La méconnaissance des troubles dans la maladie d'Alzheimer : nécessité d'une approche multidimensionnelle », In *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement,* Volume 1, Numéro 2, Juin 2003, pp. 99-11O.

Quotidiens

Nau Jean-Yves, *Le Monde*, « Reprise prochaine d'essais vaccinaux contre la maladie d'Alzheimer », 15 février 2007.

Prieur Cécile*, Le Monde,* Cécile Prieur, « L'état commence à prendre la mesure de l'immensité de la tâche », 21 septembre 2005.

Siffre Michel*, L'humanité,* « Paroles, Histoire d'un autre temps », propos recueillis par Jeanne Labres, 14 mars 2000.

Taubira Christiane, « Esclavage, quelle place dans la mémoire collective ? » LEMONDE.FR, 06.05.05, Mis à jour le 09.05.05. http://www.lemonde.fr/web.

Zarifian Edouard*, Le Monde*, « Voir le cerveau penser n'est qu'un métaphore poétique », entretien avec Jean-Yves Nau, 14 avril 2004.

Le Figaro, entretien donné par Nicolas Sarkozy à propos du Plan national Alzheimer 2007, 4 septembre 2007.

Libération, 6 mai 1997, « La deuxième vie des embryons ».

Oeuvres cinématographiques, Séries télévisuelles, Théâtre

Boukhrief Nicolas, *Cortex,* distribué par Wild Bunch, sorti le 30 janvier 2008.

Burton Tim*, Mars Attacks!*, film réalisé en 1996, distribué par Warner-Bros.

Desplechin Arnaud, *Comment je me suis disputé… (ma vie sexuelle*), distribué par Arte Video, 1996.

Levinson Richard et William Link, *Inspecteur Colombo*, série policière télévisée américaine, créée en 1968 et diffusée à l'origine sur N.B.C.

Thompson Danièle, *Fauteuils d'orchestre*, Thelma Films-Studio Canal, 2006, TF1 Films Production.

Schnabel Julian, *Le scaphandre et le papillon*, Pathé Renn Productions, sorti le 23 mai 2007.

Verhoeven Paul, *RoboCop*, film américain, sorti en France le 20 janvier 1988, distribué par Orion Pictures.

Wong Kar-Wai*, In the mood for love,* film hong-kongais, sorti en France le 8 novembre 2000, produit par Block 2 Picture et Paradis Film, distribué par Océan Films.

Inspecteur Colombo, série policière télévisée américaine, créée en 1968 par Richard Levinson et William Link et diffusée à l'origine sur N.B.C.

Peter Brook metteur en scène de, *Je suis un phénomène*, théâtre des Bouffes du Nord, mars-avril 1998, Paris.

Congrès et Colloques

Jeannerod, Marc, *Neurosciences et psychanalyse, une rencontre autour de l'émergence de la singularité*, Collège de France, 27 mai 2008.

Poncet Michel P^{r}. Neuropsychiatre, « *La maladie d'Alzheimer : une maladie du cerveau et une maladie de l'être* », colloque organisé par l'association « Dire », « *Le temps, le malade d'Alzheimer-La validation Naomi Feil* », Vaison-La-Romaine, les 31 Mai et 1er Juin 2007.

Rey Olivier, *Le socle mythique de la logique*, Séminaire du département d'éthique bio-médicale, Le Collège des Bernardins, le 26 novembre 2008.

Winckler Martin, Colloque « Regards croisés sur la médecine. Image, imagerie, imaginaire » organisé par la faculté de Philosophie, Université Jean Moulin, Lyon 3, Paris, les 5, 6 et 7 juillet 2007.

Index

A

accident, 8, 17, 20, 21, 32, 35, 38, 41, 87, 88, 124, 161, 210, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 246, 258, 274, 275, 283, 284, 285, 348, 355, 356, 357, 404
accident vasculaire cérébral, 8, 35, 38, 274, 404
accompagnement, 3, 4, 9, 12, 13, 34, 46, 52, 66, 71, 73, 92, 93, 97, 141, 148, 149, 156, 170, 186, 188, 196, 197, 201, 221, 254, 255, 260, 274, 301, 312, 319, 327, 328, 329, 330, 333, 340, 408, 409
Alzheimer, 3, 9, 11, 26, 35, 57, 61, 71, 74, 75, 84, 86, 117, 118, 134, 135, 139, 140, 141, 147, 154, 169, 170, 175, 176, 181, 188, 189, 191, 193, 199, 210, 211, 212, 217, 219, 222, 225, 228, 246, 247, 251, 252, 298, 344, 347, 366, 367, 368, 372, 373, 374, 375, 377, 378, 392, 394, 396, 397, 398, 403, 404, 418, 420, 421
âme, 6, 36, 38, 46, 50, 51, 52, 54, 59, 60, 62, 63, 69, 70, 72, 73, 82, 89, 94, 97, 98, 102, 105, 109, 114, 115, 119, 130, 131, 138, 153, 159, 169, 172, 175, 195, 196, 220, 221, 252, 271, 288, 290, 306, 314, 315, 317, 322, 323, 325, 326, 328, 329, 333, 345, 350, 354, 356, 358, 370, 384, 386, 396, 397, 401, 408, 412, 414
angoisse, 56, 62, 70, 73, 83, 109, 128, 134, 171, 175, 211, 222, 230, 235, 241, 279, 281, 284, 297, 331, 338, 339, 347, 348, 357, 361, 362, 369, 374
anima, 138
ANOUILH, 382, 412
aphasie, 155, 177, 178, 217, 222, 228, 235, 258, 275, 278, 344, 375, 384
ARENDT, 87, 92, 412
ARISTOTE, 13, 25, 47, 54, 61, 62, 65, 69, 72, 100, 172, 173, 203, 234, 276, 295, 317, 331, 332, 358, 411, 412, 413
ASSOUN, 261, 303, 412
attente, 9, 10, 30, 32, 46, 47, 50, 60, 63, 64, 68, 124, 132, 147, 184, 207, 222, 234, 239, 258, 274, 275, 277, 279, 280, 281, 283, 285, 287, 289, 321, 329, 337, 379, 390, 405, 415, 418
attention, 63, 79, 84, 88, 99, 133, 138, 150, 165, 180, 181, 182, 235, 256, 260, 281, 303, 329, 337, 353, 367, 397, 398, 401, 403, 407, 408
ATTIAS-DONFUT, 369, 412
AUGUSTIN (SAINT), 1, 13, 14, 22, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 121, 122, 124, 149, 150, 158, 160, 167, 295, 298, 299, 329, 412;
AVC, 8, 10, 18, 21, 31, 95, 146, 158, 216, 225, 226, 227, 232, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 246, 257, 258, 259, 272, 275, 278, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 356, 357

B

BALMARY, 386, 412
barbarie, 301, 336, 337, 339, 388, 408, 409, 410, 416
BARREAU, 22, 23, 66, 412
BAUDELAIRE, 23, 412
BAUDY, 228, 412
BERGSON, 5, 6, 12, 13, 17, 18, 19, 24, 25, 28, 36, 60, 63, 64, 69, 72, 74, 79, 82, 93, 94, 97, 98, 101, 102, 105, 114, 115, 126, 127, 135, 136, 145, 147, 151, 153, 161, 162, 167, 168, 170, 171, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 188, 189, 190, 192, 193, 195, 196, 198, 200, 202, 203, 204, 206, 211, 215, 216, 224, 228, 234, 244, 245, 269, 288, 289, 290, 292, 295, 297, 299, 300, 302, 303, 305, 306, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 320, 323, 324, 327, 328, 330, 332, 340, 342, 349, 376, 401, 412, 413, 418
bilan, 11, 111, 128, 150, 153, 154, 155, 156, 159, 197, 263, 371
BIRMELE, 420
BLONDIAUX, 68, 120, 299, 328, 333, 413
BOECE, 16, 86, 96, 413
BOLTE TAYLOR, 257, 258, 259, 270, 413
BORGES, 124, 413
BOUKHRIEF, 176, 193, 413, 421
BROCA, 177
BROOK, 123, 421
BRUAIRE, 5, 6, 86, 87, 93, 158, 162, 172, 207, 221, 223, 252, 346, 352, 366, 375, 376, 377, 385, 386, 393, 395, 400, 401, 407, 410, 413
BRUCKNER, 15, 413
BURTON, 91, 421

C

CAMUS, 18, 147, 168, 323, 348, 385, 387, 413, 417
CANGUILHEM, 216, 217, 231, 232, 404, 413
cerveau, 3, 35, 40, 41, 82, 98, 105, 109, 110, 111, 112, 114, 122, 141, 151, 161, 162, 168, 169, 170, 171, 177, 178, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 212, 219, 220, 226, 227, 228, 235, 256, 257, 269, 270, 271, 278, 345, 349, 350, 351, 352, 354, 368, 402, 403, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 420, 421
CHAHINE, 327, 413
chair, 3, 17, 38, 52, 53, 56, 57, 58, 108, 153, 214, 223, 252, 256, 317, 318, 354, 356, 359, 385, 407, 414, 415
CHANGEUX, 107, 152, 167, 169, 170, 413
CHAPOUTHIER, 104, 194, 195, 196, 198, 314, 413
CHATEAUBRIAND, 316, 413
CHRISTEN, 169, 170, 247, 248, 420
CHURCHLAND, 35, 105, 413
corps, 10, 25, 30, 31, 36, 37, 39, 56, 58, 59, 69, 73, 82, 102, 105, 107, 108, 112, 145, 146, 151, 153, 155, 169, 170, 173, 176, 177, 196, 200, 204, 207, 208, 209, 210, 212, 214, 216, 219, 221, 222, 223, 235, 241, 242, 244, 252, 253, 256, 267, 269, 270, 272, 288, 290, 293, 297, 313, 314, 317, 318, 350, 351, 353, 354,

356, 357, 358, 359, 362, 363, 370, 375, 386, 388, 391, 395, 401, 406, 407, 413, 414, 416, 417, 418, 420
cristallisation, 292, 293, 294, 326
CRUBELLIER, 72, 413
CYRULNIK, 6, 7, 19, 252, 414

D

DAMASIO, 112, 113, 350, 351, 352, 353, 414
DE KONINCK, 4, 76, 100, 414
DEBORD, 399, 414
déficit, 70, 139, 142, 143, 159, 181, 344
DELSOL, 109, 414
démence, 3, 7, 9, 26, 41, 42, 59, 61, 75, 117, 118, 125, 126, 136, 139, 141, 155, 158, 160, 166, 171, 188, 190, 194, 211, 212, 224, 247, 248, 264, 344, 347, 348, 361, 367, 371, 372, 374, 377, 380, 384, 387, 392, 393, 397, 406, 408, 409, 418
DESCARTES, 14, 112, 146, 221, 255, 288, 309, 314, 353, 354, 356, 414
désir, 6, 9, 11, 23, 45, 49, 53, 54, 58, 66, 71, 73, 77, 86, 99, 105, 108, 109, 114, 115, 118, 125, 129, 130, 132, 148, 167, 173, 176, 182, 185, 187, 191, 207, 208, 221, 223, 230, 237, 242, 243, 247, 250, 251, 253, 264, 267, 273, 285, 305, 311, 321, 323, 328, 331, 339, 350, 355, 363, 375, 379, 380, 389, 391, 394, 396, 399, 400, 401, 402, 418
DESPLECHIN, 147, 251, 421
dialectique, 23, 37, 70, 79, 84, 94, 112, 138, 152, 153, 203, 207, 223, 308, 316, 326, 338, 342, 346, 349, 356, 360, 366, 373, 374, 375, 376, 377, 380, 391, 397, 399, 400, 413
Dieu, 4, 21, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 64, 308, 321, 348, 359, 369, 377, 385, 386, 390, 412
DMS, 32, 410
DOLTO, 145, 245, 414
durée, 6, 8, 10, 16, 17, 19, 20, 24, 25, 32, 38, 41, 43, 47, 48, 60, 62, 63, 64, 65, 69, 72, 79, 81, 82, 98, 115, 116, 126, 127, 128, 131, 132, 135, 136, 137, 138, 147, 156, 172, 175, 180, 182, 183, 187, 189, 192, 194, 196, 197, 198, 199, 201, 206, 208, 213, 216, 224, 227, 228, 233, 234, 235, 242, 243, 244, 245, 249, 255, 258, 267, 268, 269, 272, 274, 275, 277, 281, 283, 285, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 295, 297, 302, 305, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 320, 321, 324, 326, 327, 328, 329, 330, 340, 368, 370, 380, 396, 397, 406, 410, 413
DURRELL, 10, 414

E

EBM, 255, 276
ECCLES, 230, 345, 349, 414
écoute, 7, 34, 38, 58, 62, 74, 81, 90, 117, 118, 135, 148, 175, 185, 197, 208, 210, 220, 229, 237, 241, 243, 244, 264, 277, 290, 291, 298, 308, 318, 324, 327, 332, 334, 336, 381, 401, 408, 409, 418
élan vital, 25, 44, 172, 318, 350, 373, 397, 400
ELIADE, 15, 16, 17, 21, 43, 45, 206, 207, 414
éprouvé temporel, 8, 34, 38, 39, 41, 65, 80, 135, 194, 200, 209, 224, 246, 302, 344, 397
ERNAUX, 133, 166, 182, 344, 361, 362, 366, 367, 374, 388, 397, 404, 414
esprit, 5, 6, 7, 11, 14, 17, 25, 26, 27, 28, 35, 37, 43, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 85, 86, 89, 91, 93, 94, 98, 105, 107, 109, 113, 114, 115, 117, 124, 129, 130, 131, 135, 137, 138, 142, 143, 145, 146, 150, 151, 152, 158, 159, 160, 162, 163, 167, 169, 170, 172, 177, 178, 179, 180, 183, 187, 188, 198, 199, 200, 220, 228, 235, 247, 256, 263, 267, 270, 271, 290, 293, 295, 299, 300, 313, 314, 315, 317, 329, 340, 341, 342, 345, 346, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 358, 359, 366, 374, 376, 377, 385, 386, 390, 391, 393, 394, 395, 396, 397, 399, 400, 401, 402, 404, 406, 413, 414, 416, 418
éthique, 54, 65, 68, 92, 96, 107, 120, 133, 164, 165, 185, 186, 191, 230, 257, 265, 271, 275, 287, 288, 299, 306, 310, 321, 328, 336, 339, 346, 354, 356, 381, 382, 402, 408, 413, 415, 419, 420, 421
étrangeté, 67, 92, 239, 336, 337, 338, 358, 365, 366, 372, 378, 415
évaluation, 66, 67, 79, 85, 110, 148, 158, 185, 232, 245, 249, 379, 406
EWALD, 232, 414

F

FLEUTIAUX, 370, 371, 414
folie, 3, 7, 90, 117, 118, 176, 191, 359, 374, 377
FOLSCHEID, 15, 68, 96, 108, 133, 171, 185, 189, 352, 375, 409, 413, 414, 415, 419
FREUD, 9, 71, 161, 167, 177, 191, 211, 254, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 292, 296, 303, 306, 307, 308, 309, 333, 335, 336, 337, 338, 339, 403, 412, 415, 416, 417

G

GARY, 49, 415
GEOFFROY, 288, 291, 293, 294, 296, 303, 304, 306, 308, 310, 311, 314, 319, 321, 324, 328, 329, 330, 333, 336, 415
GRAFTIEAUX, 257, 415
GRIMALDI, 184, 234, 239, 295, 415
GZIL, 118, 420

H

HEIDEGGER, 222
HEIDEGGER, 90, 163, 164, 165, 166, 167, 202, 203
HEIDEGGER, 254
HEIDEGGER, 254
HEIDEGGER, 402
HEIDEGGER, 415
HEIDEGGER, 415
HEIDEGGER, 415
HENRY, 56, 92, 108, 153, 252, 415
HERACLITE, 24, 25, 291, 415
HIGGINS, 286, 287, 396, 420
HOCHMANN, 350, 391, 415

I

inconscient, 20, 52, 99, 133, 159, 213, 219, 220, 260, 261, 262, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 293, 294, 297, 298, 300, 307, 333, 334, 346, 353, 381, 389, 417
instant, 16, 24, 25, 44, 65, 179, 215, 234, 240, 243, 247, 248, 249, 258, 274, 285, 288, 291, 292, 293, 295, 299, 303, 304, 306, 308, 309, 310, 311, 314, 317, 319, 324, 325, 326, 327, 328, 340
instantification, 288, 308, 310, 311, 312, 319, 322, 324, 326, 329
intuition, 25, 56, 69, 92, 93, 98, 162, 176, 177, 186, 187, 205, 244, 245, 308, 309, 310, 314, 330, 362, 366, 401
isolement, 31, 44, 100

J

JANKELEVITCH, 172, 367, 388, 415
JEANNEROD, 229, 350, 391, 415, 421

K

KANT, 89, 93, 94, 96, 134, 142, 143, 202, 205, 383, 416
KAUFFMANN, 137, 364, 393, 394, 397, 416
KELLER, 36, 37, 146, 176, 256, 267, 290, 317, 350, 353, 354, 416
KIERKEGAARD, 166, 187, 243, 285, 328, 374, 416
Körper, 269, 318, 363
KRISTEVA, 218, 416

L

LACAN, 262, 307, 416
LALAU, 299, 416
LE POULICHET, 307, 416
Leib, 269, 318, 363
LEVINAS, 74, 92, 99, 100, 319, 346, 385, 416
LEVINSON, 285, 421
LIGER-BELAIR, 363, 416
LURIA, 123, 416

M

MAISONDIEU, 211, 347, 367, 392, 416
MALABOU, 40, 71, 85, 86, 87, 88, 93, 95, 96, 97, 113, 211, 212, 219, 220, 402, 403, 416
maladie, 3, 5, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 30, 32, 34, 35, 38, 39, 45, 50, 52, 53, 56, 57, 58, 61, 67, 71, 74, 75, 84, 86, 88, 90, 94, 97, 109, 117, 118, 125, 128, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 147, 149, 151, 154, 155, 156, 158, 161, 170, 172, 175, 176, 181, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 193, 194, 196, 199, 202, 203, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 222, 225, 226, 227, 231, 232, 233, 236, 237, 238, 239, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 252, 256, 257, 262, 263, 278, 279, 280, 281, 297, 298, 331, 338, 344, 347, 348, 355, 362, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 377, 378, 379, 383, 384, 390, 392, 394, 395, 396, 397, 398, 400, 403, 404, 418, 420, 421
MALSON, 246, 416
MARIN, 256, 278, 416
MATTEI, 92, 187, 290, 336, 401, 408, 409, 410, 416
mémoire, 4, 5, 7, 8, 11, 16, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 48, 50, 51, 52, 60, 61, 64, 67, 71, 79, 80, 84, 91, 95, 98, 102, 103, 104, 105, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 148, 150, 151, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 211, 212, 228, 234, 235, 247, 249, 251, 252, 263, 294, 296, 297, 298, 299, 301, 302, 305, 310, 311, 312, 313, 314, 317, 329, 332, 340, 342, 343, 344, 346, 347, 348, 349, 350, 360, 362, 363, 376, 377, 383, 387, 391, 395, 397, 398, 399, 400, 401, 404, 407, 409, 410, 412, 413, 416, 417, 418, 420
mémoire-habitude, 189, 192, 193
mémoire-souvenir, 189, 192, 193
mental, 114, 117, 269, 349, 350, 351, 360, 391
mesure, 5, 8, 14, 18, 25, 50, 52, 60, 62, 64, 65, 66, 67, 72, 74, 76, 79, 81, 122, 131, 135, 136, 156, 181, 189, 190, 191, 193, 194, 197, 231, 247, 249, 254, 260, 303, 310, 358, 390, 406, 420
MOLIERE, 216, 391, 417
mort, 9, 14, 20, 32, 56, 63, 74, 75, 76, 77, 132, 133, 140, 147, 171, 172, 174, 191, 205, 206, 207, 211, 212, 224, 225, 234, 241, 244, 246, 279, 281, 285, 286, 287, 289, 297, 299, 300, 305, 330, 337, 338, 347, 348, 359, 367, 368, 369, 370, 386, 388, 392, 395, 396, 397, 399, 403, 415, 420
MUNCH, 361
musique, 81, 82, 91, 220, 225, 291, 298, 312, 327, 328, 416
mythe, 15, 17, 18, 20, 21, 28, 43, 91, 132, 140, 206, 207, 246, 247, 265, 318, 335, 348, 387, 405, 413, 414, 416
mythologie, 14, 91, 103, 208, 265

N

NACCACHE, 261, 262, 263, 264, 267, 268, 269, 270, 271, 273, 417
NANCY, 287, 417
NAU, 199, 372, 420
négligence, 272
neurologie, 4, 12, 13, 23, 36, 38, 40, 50, 71, 83, 94, 105, 117, 118, 140, 150, 155, 163, 165, 167, 177, 185, 190, 201, 203, 208, 209, 211, 215, 225, 228, 259, 280, 343, 354, 358, 375, 403, 404, 405, 408, 416
neurophilosophie, 35, 105, 200, 412
neuropsychologie, 11, 116, 121, 123, 177, 180, 181, 268
NICOLESCU, 168, 417
nostalgie, 4, 18, 23, 24, 129, 130, 131, 132, 217, 219, 301

O

ORWELL, 27, 28, 29, 417
oubli, 5, 26, 33, 69, 70, 97, 100, 103, 104, 111, 116, 119, 121, 122, 124, 130, 142, 150, 157, 165, 166, 174, 181, 191, 193, 194, 195, 197, 198, 249, 252, 298, 301, 344, 362, 409, 417

P

PASCAL, 15, 36, 37, 146, 149, 267, 290, 317, 350, 353, 354, 413, 416, 417
PIERRON, 31, 420
PLATON, 9, 13, 69, 72, 73, 119, 120, 130, 132, 138, 150, 168, 169, 195, 203, 251, 314, 317, 323, 325, 335, 358, 376, 390, 417
POMMIER, 317, 417
PONCET, 141, 421
POROT, 374, 417
présence, 3, 5, 6, 10, 19, 34, 37, 46, 51, 59, 67, 85, 92, 100, 113, 120, 125, 139, 141, 156, 158, 161, 162, 179, 184, 197, 199, 212, 220, 248, 258, 263, 270, 281, 290, 291, 295, 307, 320, 337, 345, 353, 362, 363, 364, 365, 375, 378, 379, 383, 397, 405, 406, 407, 408, 410
PRIEUR, 189, 420
PROUST, 118, 417
psychanalyse, 105, 111, 113, 139, 145, 191, 229, 245, 254, 257, 259, 261, 262, 263, 265, 266, 288, 296, 298, 307, 310, 312, 317, 318, 319, 322, 328, 330, 331, 332, 334, 336, 358, 414, 415, 416, 417, 419, 421
psyché, 36, 82, 95, 96, 305, 317, 329, 331, 333, 334, 354, 403
psychothérapie, 229, 230, 289, 290, 292, 302

Q

QUERE, 231, 417

R

raison, 3, 7, 17, 18, 46, 50, 53, 75, 89, 93, 94, 113, 121, 139, 142, 149, 165, 166, 167, 168, 173, 176, 177, 184, 185, 199, 203, 205, 211, 212, 231, 235, 247, 248, 250, 259, 284, 286, 316, 324, 332, 347, 349, 350, 360, 363, 364, 372, 377, 383, 389, 396, 400, 408, 416
rappel, 42, 104, 113, 116, 121, 129, 148, 157, 158, 159, 167, 184, 200, 217, 263, 347, 361, 377
regret, 8, 23, 129
REY, 65, 421
RIBOT, 157
RICŒUR, 86, 119, 143, 152, 167, 228, 263, 336, 378, 380, 413, 417
ROSENFIELD, 114, 122, 200, 417

S

SCHILDER, 145, 417
SCHMITT, 172, 417
SCHNABEL, 228, 421
SCHNEIDER, 233, 417
SENANQUE, 140, 141, 276, 279, 417
SIFFRE, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 417, 420
skholé, 325, 334, 410
SMITH-CHURCHLAND, 200, 418
soignant, 5, 9, 44, 92, 134, 156, 159, 186, 210, 215, 217, 236, 256, 257, 259, 260, 262, 270, 283, 331, 334, 376, 381, 405, 407
soin, 5, 11, 55, 58, 59, 88, 89, 90, 101, 125, 158, 164, 166, 212, 216, 228, 233, 242, 247, 250, 259, 279, 280, 287, 288, 290, 338, 346, 366, 367, 374, 381, 398, 403, 407, 408, 410, 415, 416
SOPHOCLE, 108, 379, 382, 418
souffrance, 7, 10, 17, 19, 21, 24, 30, 33, 41, 45, 52, 53, 58, 64, 71, 74, 94, 109, 111, 113, 115, 128, 131, 134, 135, 140, 148, 154, 156, 159, 160, 171, 172, 175, 186, 193, 200, 207, 209, 210, 213, 215, 216, 218, 225, 231, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 264, 267, 284, 286, 288, 330, 355, 356, 361, 362, 363, 364, 365, 388, 399, 408, 418
souvenir, 6, 7, 24, 25, 26, 27, 42, 43, 63, 70, 72, 84, 98, 112, 114, 116, 119, 120, 121, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 156, 157, 160, 162, 174, 178, 179, 180, 184, 189, 190, 192, 195, 196, 197, 198, 200, 251, 268, 284, 292, 297, 298, 299, 300, 302, 308, 316, 325, 333, 344, 362, 366, 392, 393, 394, 395, 396, 402
SPITZ, 398, 418
STENDHAL, 293, 418

T

TADIE, 111, 125, 129, 199, 418
TAUBIRA, 33, 34, 420
technique, 91, 122, 125, 163, 164, 165, 192, 244, 255, 280, 281, 287, 290, 292, 296, 309, 326, 328, 329, 331, 334, 335, 336, 355, 356, 405, 410, 415
temps, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 89, 90, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 104, 108, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 121, 122, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 141, 155, 160, 166, 171, 174, 179, 181, 183, 184, 185, 187, 190, 192, 194, 198, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 252, 253, 254, 257, 259, 260, 265, 266, 267, 268, 272, 274, 275, 277, 279, 280, 281, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 299, 300, 302, 303, 304, 305, 307, 308, 309, 311, 312, 313, 315, 316, 318, 319, 320, 321, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 333, 334, 337, 339, 340, 342, 343, 344, 346, 347, 348, 349, 350, 353, 356, 357, 360, 367, 368, 370, 371, 372, 377, 378, 380, 383, 387, 388, 391, 392, 393, 394, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 405, 406, 410, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 420, 421

test, 34, 122, 148, 263
THOMPSON, 48, 421
TOURE, 136, 418
TROUILLET, 140, 420

U

Unheimlich, 337, 339

V

VACQUIN, 132, 418
VASSE, 71, 77, 208, 209, 210, 235, 241, 242, 243, 305, 418
VENDEUVRE-BAUTEURS, 408, 409, 418
VERHOEVEN, 300, 421
VERNANT, 91, 103, 418
VIGAND, 228, 406, 418
VINCENT, 108, 418
VYGOTSKI, 123, 376, 418

W

WEIL, 39, 46, 126, 136, 137, 342, 347, 384, 385, 408, 418
WINCKLER, 140, 421
WONG, 320, 421
WORMS, 36, 215, 299, 311, 315, 412, 418

Z

ZARIFIAN, 199, 420

Résumé :

Le temps et la mémoire chez la personne « cérébrolésée »

Le temps et la mémoire participent au fondement de notre humanité. Les personnes atteintes de pathologies neurologiques interrogent de façon particulière les liens que les hommes tissent avec leur temporalité et leur mémoire.

Au cours de ce travail, nous avons tenté de dégager ce qui était spécifique du temps vécu et de l'atteinte mémorielle dans la clinique neurologique.

Temps disloqué des patients « déments », temps déchiré des patients atteints d'un accident vasculaire, ces deux modalités temporelles seront étudiées sous l'angle de l'*éprouvé temporel*.

Nous avons également tenté de réfléchir autour des questions de la durée et du changement. Que devient l'identité de ces personnes touchées au cœur de leur être ? En précisant ce qui anime le rapport dialectique qui s'articule entre le temps et la mémoire, et qui est l'œuvre de l'esprit, nous évoquons ce qui atteste de la continuité de la vie psychique, au-delà de l'apparaître et des potentialités « rationnelles ».

L'accompagnement de ces patients requiert une présence, un don du temps.

Mots-clés : St Augustin, Bergson, temps, durée, neurologie, mémoire, esprit, démence, accident vasculaire cérébral (*stroke*).