



Traitement de l'angoisse du sujet dément : Exorde pour une métapsychologie de la démence au stade sévère

Ianis Guentcheff

► To cite this version:

Ianis Guentcheff. Traitement de l'angoisse du sujet dément : Exorde pour une métapsychologie de la démence au stade sévère. Psychologie. Université Nice Sophia Antipolis, 2014. Français. ⟨NNT : 2014NICE2055⟩. ⟨tel-01154443⟩

HAL Id: tel-01154443

<https://theses.hal.science/tel-01154443v1>

Submitted on 22 May 2015

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.



HAL Authorization



UNIVERSITÉ NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

UFR LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES



ÉCOLE DOCTORALE LETTRES, ARTS, SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (ED 86)

LABORATOIRE D'ANTHROPOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE COGNITIVES ET
SOCIALES (LAPCOS/EA 7278)

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
DISCIPLINE : PSYCHOLOGIE

THÈSE DE DOCTORAT PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT PAR
Ianis GUENTCHEFF

Le traitement de l'angoisse du sujet dément

Exorde pour une métapsychologie de la démence au stade sévère

sous la direction de
Professeur André QUADERI

soutenue le 20 décembre 2014

membres du jury :

Professeur Agnès BONNET
Professeur Hervé CASTANET
Professeur Serge LESOURD

« «Separere», séparer, ici se termine en «se parere», s'engendrer soi-même. (...) Qu'on sache seulement que ce glissement est fondé dans leur commun appariement à la fonction de la «pars». La partie n'est pas le tout (...) Elle n'a avec le tout rien à faire (...) Ici, c'est de sa partition que le sujet procède à sa parturition. »
Jacques Lacan

REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de thèse, monsieur le Professeur André QUADERI, pour le goût qu'il m'a donné à la clinique dont je fais état dans ce travail, pour la direction qu'il a su donner à mes recherches ainsi que pour la confiance qu'il m'a fait. J'espère que nos échanges se prolongeront au-delà de ce travail.

Je remercie également les membres du jury, madame le professeur Agnès BONNET, monsieur le professeur Hervé CASTANET ainsi que monsieur le professeur Serge LESOURD, d'avoir bien voulu lire et juger mon travail. Votre contribution m'honore.

Je remercie enfin toutes les personnes qui ont fait mon parcours professionnel riche de rencontres. Votre engagement et votre préoccupation des patients ont donnés son sens à ma pratique.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
1. Problématique	11
2. Hypothèse	13
3. Annonce du plan	15
PREMIERE PARTIE	
<u>Etat des lieux et situation épistémologique</u>	17
I. LIMINAIRES	18
1. La iatrogénie	18
2. La question du diagnostic	22
3. La démence est-elle une maladie ?	26
4. Les Traitements Non-Médicamenteux	31
II. LES MANIFESTATIONS DEMENTIELLES	34
1. Les troubles du comportement	34
2. Les troubles du comportement perturbateurs	36
3. Les «SCPD»	38
4. Les «SPCD»	40
5. Les symptômes «dans» la démence	41
III. LE PARI DU SUJET	42
1. Etre dément ou avoir une démence	42
2. Fonction du discours et discours de la fonction	44
3. Le sujet de la clinique	46
4. L'au-delà de la clinique	49
DEUXIEME PARTIE	
<u>Le sujet en démence</u>	52
I. DE LA CONSCIENCE DU SUJET...	53
1. La psychologie et sa méthode	53
2. L'objectivité de la connaissance	55
3. Le fantasme d'auto-détermination	57
4. La passion de méconnaissance	58
5. L'adéquation du sujet	60
6. L'être et son expression	62
7. Le sujet de l'entrave	65
8. D'un autre déterminisme	66
II. ... AU SUJET DE LA CONSCIENCE	67
1. Le «sujet de la connaissance»	67
2. Duplicité du sujet de la connaissance	68

3. Réflexivité et apperzeption kantienne	69
4. Le cogito préréflexif sartrien	70
5. La conscience réfléchie divise le sujet	74
III. L'ANOSOGNOSIE ET L'OUBLI	75
1. L'anosognosie	75
2. Oubli et identité : l'échec de l'autonoèse	78
3. Représentations et identité	80
4. Anosognosie et destruction du moi	82
5. Du rabattement de la pensée sur le savoir	83
6. L'anosognosie et l'aphasie	85
IV. L'ANGOISSE ET LA PENSÉE	88
1. L'angoisse dans la démence débutante et modérée	88
2. L'angoisse chez Freud	90
3. Le refoulement secondaire	92
4. Le refoulement originel	92
5. Les processus primaires et secondaires	93
6. Le traumatisme	95
7. Angoisse de pulsion et angoisse de réel	96
8. L'angoisse et la connaissance	97
V. L'ANGOISSE DANS LA DÉMENCE SÉVÈRE	98
1. Angoisse et affect	98
2. L'affect et la représentation	99
3. L'angoisse et la «mémoire affective»	100
4. La démence détruit le refoulement	101
5. L'angoisse et le symptôme démentiel	104
6. La désorganisation traumatique généralisée	105
7. Genèse de l'angoisse : le point de vue lacanien	106
8. L'angoisse est angoisse d'être non-causé	109

TROISIEME PARTIE

La démence : maladie du langage 112

I. L'EXISTENCE SE PREND DU LANGAGE	113
1. Le trouble du langage	113
2. Le sens et la structure du langage	113
3. Le graphe du désir	115
4. Le langage démentiel	118
II. LE LANGAGE SE PREND DE L'AUTRE	121
1. La situation d'énonciation est la réalité	121
2. La démence est un trouble de l'énoncé	123
3. Le manque réel du mot	124
4. Inférence subjective	124
5. L'être et la causalité chez Winnicott	127

III. LA DÉMENCE : MALADIE DE LA RELATION	130
1. La cause du sujet	130
2. Primauté de l'autre et cause du désir	131
3. La relation est coupure	133
4. Manque à être et trou dans l'Autre	134
IV. LE TROP PLEIN DE LA DÉMENCE	136
1. Topique du sujet et prise dans le discours	136
2. Le bouchon de la démence et le trou de l'Autre	141
3. Le dément sévère est ininterprété	142
4. Le manque (du mot) dans l'Autre	143
5. Le manque (du manque) dans l'Autre	145
V. LE RÉEL DANS LA DÉMENCE	148
1. L'être dément et le réel	148
2. Le dément est joui	152
3. Les SPCD et l'Autre	153
4. D'une tentative d'injection du manque	159

QUATRIÈME PARTIE

Les traitements par le symptôme 163

I. LE REGISTRE DES SPCD	164
1. Des traitements de l'angoisse	164
2. Les spcd actifs	166
3. Les SPCD passifs	169
II. LES SPCD ACTIFS BIEN MENTALISÉS	171
1. L'hallucination chez Freud et Lacan	172
2. L'hallucination paranoïde	174
3. L'hallucination mnésique et le manque	177
4. L'inassimilé et l'inassimilable	180
5. La perte comme mise en scène du manque	183
6. L'hallucination négative	186
7. Le manque de manque et le trou du réel	190
8. Le travail du négatif	192
9. La possibilité d'une ouverture	196
III. LES SPCD ACTIFS MAL MENTALISÉS	198
1. Un au-delà de la régression	198
2. La démentalisation	199
3. Monsieur Z : L'immobilité dépersonnalisante	202
4. La désorganisation pulsionnelle	203
IV. LES SPCD PASSIFS : VERS UNE DÉMENTALISATION ?	204
1. D'une angoisse non-perçue	204
2. L'analogie avec la douleur	206
3. Le sur-investissement des bords	209

4. La poussée pulsionnelle	211
5. Les SPCD passifs et la sollicitation de l'autre	215
6. Le deuil et l'aphanisis du désir	216
7. Identification primaire et aphanisis du sujet	218
V. UN SYNDROME DE GLISSEMENT ?	219
1. Un en-deçà de l'identification primaire	219
2. La zone objet complémentaire	221
3. Il n'y a pas de désir de mort démentiel	224
4. Les traitements de l'angoisse et leurs objets	225

CINQUIEME PARTIE

Les traitements des symptômes 227

I. BALISES POUR DES TRAITEMENTS DE L'ANGOISSE	228
1. Traitement de l'angoisse par le langage	228
2. Division subjective et mémoire de l'oubli	229
3. La mise en scène du soin : Coupez !	231
4. S'orienter du patient	234
II. UNE CLINIQUE DES TROUVAILLES SINGULIÈRES	235
1. Monsieur C : la norme contre le singulier	235
2. Les lunettes de Madame M	238
3. Le dentier de Madame O	239
4. La psychothérapie contre l'orthopédie	241
III. UN TRAVAIL ÉCONOMIQUE	242
1. La baisse du coût	242
2. La hausse de l'efficacité	244
3. Le détour par l'autre	246
4. Monsieur V : Du collage à l'éloignement de l'Autre	247
IV. LA NOMINATION : UNE CLINIQUE TERNAIRE	252
1. De l'usage du nom	253
2. Nomination et tierciarité	255
3. Collage et détour par l'objet	257
4. La main dans l'objet	260
5. Rendre le savoir à qui il n'appartient pas	261
6. Un cheminement vers l'objet	263
CONCLUSION	266
LIMITES ET OUVERTURES	274
BIBLIOGRAPHIE	278

INTRODUCTION

A l'heure où nous terminons ce travail d'écriture, l'ARS (Agence Régionale de Santé) se propose d'offrir aux professionnels les moyens de répondre à la souffrance singulière de chaque patient dément en produisant un outil associant à chaque type de comportement une réponse thérapeutique standard. Une des institutions où nous travaillons s'est vue choisie, avec d'autres, pour la phase test de ce projet. Cet outil, prenant modèle d'un autre, produit avant lui et visant à traiter le problème de la gale en institution, est régie par une logique hypothético-déductive et s'appuie sur les signes cliniques, c'est-à-dire sur la part observable des manifestations démentielles. Cet outil de standardisation des approches non-médicamenteuses se veut a-théorique et pragmatique. Il nous semble que cet axe de pensée et de travail, expression d'un désir de chiffrage, de réduction au sens (de l'Autre), manque ce que le malade a de plus singulier, dans ses déterminants réels comme dans ses expressions. Bien que cet outil mette en jeu des techniques qui s'appuient sur des théories très différentes les unes des autres, faisant parfois place à d'autres déterminants que les seuls observables, il nous semble qu'un écueil est irréductible : le standard comporte un risque pour la pensée des professionnels comme des patients. Le présent travail peut être considéré comme une réponse à un tel projet. Ce travail s'inscrit donc dans le cadre d'une réflexion sur «l'approche non-médicamenteuse» de la démence neuro-dégénérative de type Alzheimer. D'une part, il vise à apporter quelques repérages pour une telle pratique (dans le cadre de la démence à ses stades les plus avancés), d'autre part, il vise à questionner le fait que la pathologie des sujets atteints de démence ne puisse se dire qu'au regard de son évidente organicité.

Un tel projet est d'abord né naïvement, lorsqu'il s'est agi pour nous de prendre nos fonctions de psychologue en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). La mission était claire : soutenir et porter aux oreilles des équipes de soins la dimension psychique et subjective des patients. Les moyens se sont avérés d'emblée plus obscurs. Que soutenir de cette vie psychoaffective puisque les patients les plus malades n'en disent rien ? De quelle subjectivité devons nous nous faire le relai, ou le simple témoin ? Le discours institutionnel ne manque pourtant pas de laisser entendre au psychologue qu'un tel projet s'inscrit dans l'urgence. Le discours commun, encore usuel en EHPAD, semble souvent émerger du postulat d'une existence non-distincte du dément, voir d'une existence non-subjective. «*Il ne sait pas ce qu'il fait*» ; «*C'est pas lui, c'est la maladie*» ; «*Il est dans son monde, il faut le réorienter*». Nous avons alors tenté de prendre appui sur les formations et méthodes qui promettent la bientraitance, le prendre soin, l'humanité et la dignité aux sujets singuliers résidant en «unités protégées». Nous y avons entendu : «*Il ne sait pas ce qu'il fait*» ; «*Ce n'est pas lui,*

c'est la maladie» ; «*Il n'a plus de repère, il faut le réorienter*». Le déficit cognitif, l'organicité et les méthodes en «re» (ré-orientation, ré-habilitation, re-adaptation, etc.) disaient avec d'autres mots ce même discours et nous semblaient témoigner d'un glissement, sur fond de pragmatisme et de pédagogie, du concept à la notion, de la complexité clinique à la simplicité, de la praxis à la méthode, du cas par cas au sens commun. Cette tentative nous est alors apparue être une tentation. Il nous fallait trouver appui ailleurs. Le temps passant, nous avons ainsi réaffirmé notre désir d'écrire quelque chose qui permette un autre discours. Le travail de thèse commençait. Ce travail se devait donc de traiter cette question première : ce dément, comment et de quoi est-il sujet ? La psychanalyse lacanienne, dont nous nous orientons dans ce travail, nous permettait une première intuition : ce que le sujet a de plus singulier, c'est son symptôme. Il nous faudrait donc, avant que de traiter le symptôme comme un trouble indifférencié et sans rapport avec l'expérience que le dément fait de sa propre subjectivité, traiter le sujet lui-même. Au fil du travail, il nous est apparu que l'émergence de l'angoisse, révélant le sujet dans son vacillement, est l'indicateur le plus fiable de la vie psychique. Nous avons donc choisi de suivre le fil de l'angoisse pour interroger les constructions subjectives aux temps les plus avancés de la démence, que nous regroupons sous le terme «démence sévère». Ce stade, nous ne le qualifions pas ainsi à partir d'une quelconque invalidation de la vie sociale (telle que Reisberg l'indique sous la forme d'une échelle à sept stades), mais d'une destruction plus radicale du lien social (au sens de la possibilité pour le sujet d'occuper une place dans le discours). Ce travail se centre donc sur l'angoisse dans la démence sévère, sur ce qu'elle est, ce qu'elle dit du sujet, ce qu'elle lui permet et ce qu'elle indique et permet à ceux qui souhaitent lui porter aide.

La clinique en EHPAD nous a donné à voir une extraordinaire hétérogénéité des manifestations démentielles. Chaque sujet déployant un «être au monde» incommensurable à chaque autre. En effet, alors que certains patients tiennent à l'autre soignant de manière impérative, d'autres semble faire sans lui. Certains sont constamment agités, délirants, dissociés, tandis que d'autres semblent athymormiques. Certains sont très affectés par certaines situations, tandis que d'autres, athymiques, y semblent insensible. Etc. Cette hétérogénéité, nous la mettons au compte de la singularité de chacun (y compris au plan lésionnel). Nous visons dans ce travail à rendre compte de quelques points de croisement, de quelques traits structuraux pour nous aider à penser, à partir du particulier, le général. Nous tenterons de dresser différents tableaux et de les ordonner selon une progression logique. Chaque trait, tableau ou mécanisme que nous avons choisi d'inclure dans notre réflexion nous a semblé permettre d'éclairer ce qui s'est joué avec un patient en particulier. L'ensemble de notre discours est traversé d'une logique qui tient ensemble chacune de ces parties pour en faire une fiction théorique. Elle n'est qu'un modèle ne recouvrant aucune réalité clinique mais dont

nous espérons qu'il offre aux professionnels qui nous liront des outils pour penser la singularité de leurs patients. Si un professionnel qui aurait lu ce travail s'y adosse pour repérer comment son patient en infléchit les conclusions, nous considérerons alors que ce discours n'est pas vain et qu'il a permis, avec ses petits moyens, de rendre son éclat au singulier de chacun. Nous souhaitons simplement que la logique de notre discours puisse rendre saillant ce qui, pour différentes raisons, ne se laisse pas ou plus voir.

Nous apporterons, à partir du discours de la psychanalyse, une théorisation des mécanismes psychiques de la démence sévère qui en souligne la spécificité et qui se démarque radicalement du discours qui fonde les théories de la démence aux stades débutants et modérés. Constatant que les travaux sur la démence laissent largement à leur marge les personnes les plus malades, nous souhaitons ici leur rendre place. Ainsi, nous ne contestons pas les théories actuelles de la démence, mais nous proposons un autre discours à partir de l'hypothèse de départ qu'il s'articule autour d'un autre objet. Il nous semble que les apports de la psychanalyse sont directement applicables à la prise en charge de patients déments légers et modérés. La singularité de leurs symptômes trouve, et gagne, à être mise au travail à partir de ses outils. Comment l'un traite sa pulsion orale par les mots-croisés, comment tel autre se sent soulagé de l'angoisse depuis sa dernière chute, comment encore un sujet dément modéré peut-il dénier les troubles de mémoire qui l'assiègent pour la raison qu'ils ont pris fonctions dans le lien mère/fille, sont autant de mise en jeu de l'approche classique auxquelles nous ne trouvons pas de raisons d'objecter. Pour autant, il nous semble que leur application au champ de la démence sévère relève d'un autre pari et nécessite un bain nouveau où tremper ces outils.

Nous supposerons donc un saut radical entre les stades démentiels et une spécificité, marquée d'une rupture logique, de la démence sévère. Ainsi, bien que le terme de «démence sévère» soit impropre à décrire la rupture radicale dont nous faisons l'hypothèse, nous continuerons à employer le terme pour décrire les stades très avancés et terminaux de la maladie afin de n'avoir pas à surajouter à celles usitées des notions qui n'ont pas la prétention d'être élevées au rang de concept. Nous ferons dans ce travail l'usage de la notion de démence, sitôt qu'elle n'est pas qualifiée de débutante ou de modérée, pour désigner la démence sévère (de type Alzheimer). Cette contraction nous semble à même d'appuyer sur le fait que «l'être dément» ne commence pas avec la neuro-dégénérescence qui, aussi marquée de symptômes invalidants soit-elle, n'engage pas les modifications de l'être que nous décrivons. (Les phases débutantes et modérées engagent à un vécu d'angoisse plus élaboré et donc à un traitement de l'angoisse du côté de l'avoir, autrement dit : de la castration.) Pour des raisons que nous aurons à développer, ce modèle ne recouvre pas l'étendue des manifestations cliniques qu'il prend pour objet. Pour autant, nous le pensons nécessaire à une heuristique de la démence sévère. Ce faisant, nous souhaitons simplement éviter l'écueil qui consiste à forger dans la connaissance que

nous avons de la souffrance des phases débutantes de la maladie, la compréhension des mécanismes qui régissent ses stades terminaux.

La démence neuro-dégénérative de type Alzheimer se donne communément à voir et à entendre à la représentation générale comme «maladie de la mémoire». Plus précisément, l'approche cognitive de la démence indique une perte de la mémoire immédiate¹. De même, la phase débutante est souvent diagnostiquée du fait d'une plainte mnésique touchant à la sphère de cette mémoire (également dite de «travail») nécessaire aux opérations complexes et à l'organisation de la pensée (discrimination, inhibition, concentration, attention, etc.). A ces déficits fonctionnels s'adjoignent des troubles de la mémoire à court-terme (des événements récents) qui semblent concourir à l'installation insidieuse d'une amnésie antérograde partielle. Ces atteintes des fonctions supérieures intègrent au fil de l'évolution de la maladie un tableau démentiel qui se caractérise d'une destruction progressive des mémoires sémantiques et épisodiques. Cette désorganisation massive du déroulé de l'histoire subjective semble éroder la personnalité, lieu des identifications puisées dans l'expérience historique. Ainsi, le temps passant et l'expression symptomatique de la maladie s'aggravant (troubles phasiques, gnosiques, praxiques, exécutifs et élémentaires), des «troubles du comportement» viennent fréquemment surdéterminer les atteintes cognitives et donner sa forme achevée au «tableau démentiel». C'est à partir de ce carrefour existentiel que notre réflexion s'amorce.

1. Problématique

Les troubles cognitifs peuvent être appréhendés comme la conséquence de la destruction neuronale. Les troubles du comportement quant à eux sont la conséquence d'un retentissement des atteintes cognitives. Mais l'interaction complexe des différentes fonctions cognitives brouille les pistes et ne permet pas de trouver la source précise des troubles du comportement dans l'organe du cerveau. Au deux sens du terme, ces troubles ne sont pas compris, c'est-à-dire que, dans une perspective organiciste, ne répondant pas aux critères d'inclusion, ils sont la part énigmatique d'un tableau démentiel dans lequel ils ne trouvent pas à strictement s'insérer. On les dits donc «associés».

Par ailleurs, aucune étude valide ne permet d'établir une causalité suffisante

1 CLEMENT, F ; BELLEVILLE, S ; GAUTHIER, S. *Cognitive complaint in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease*, Journal of the International Neuropsychological Society, mars 2008, 14/2, p 222-232.

et

BADDELEY, Alan D ; THOMSON, Neil ; BUCHANAN Mary. (1975) *Word length and the structure of short-term memory*. Verbal Learning Verbal Behavior, Vol 14, 1975, p 575-589.

entre neuro-dégénérescence et troubles du comportement. Ces derniers trouvent pourtant une de leur cause nécessaire dans les atteintes cognitives : ils y sont corrélés. Ainsi, s'il est clair que la cause de la démence s'enracine dans la souffrance cérébrale, le discours de la science ne peut établir de causalité directe entre les lésions histologiques, leurs conséquences fonctionnelles et les manifestations démentielles, qui restent donc hors champ.

Les troubles du comportement sont, par définition, incompris et en premier lieu, incompris du sujet lui-même. Nous soutiendrons que c'est là leur ressort essentiel. C'est dans la mesure où ils en appellent à l'ordre subjectif que la neurologie et l'anatomopathologie rencontrent à leur propos quelques-unes de leurs propres limites. Ainsi, cette incompréhension à priori n'est, selon nous, pas uniquement le fait de l'interaction et de la complexité des fonctions en jeu, mais dépasse radicalement ce registre de causalité. Nous en appellerons donc, écartant de notre réflexion la clause somatique, au registre de la causalité psychique. Cette dimension, emportant sa propre nécessité, implique que «trouble» et «perception du trouble» soient essentiellement indissociables.

Nous tenterons de démontrer, au regard de la démence sévère, que lesdits «troubles du comportement» apparaissent lorsque l'illusoire permanence subjective se rompt et que le sujet n'a plus seulement affaire, dans la colère, la peur ou l'angoisse, à ce qui se perd de ses qualités, mais à la transformation de ce qu'il est et du rapport qu'il entretient à lui-même. Il ne s'agit plus pour la personne devenue démente d'avoir ou de ne pas avoir, il ne s'agit pas pour elle de subir la transformation de ce qu'elle perçoit, mais de subir une distorsion de l'endroit d'où elle perçoit. Cette mutation radicale, dépourvue de tout point de référence qui puisse la faire connaître au sujet, marque donc de ses effets le «voir», «l'entendre», le «penser» et l'«être» en général. De ce point de vue, la notion de sujet nécessite d'une part d'être maintenue comme dimension et d'autre part d'être soudée à son existence sensible. Ainsi, le sujet comme tel ne peut pas être considéré à partir de son échec à être ou à faire, mais doit l'être à partir des métamorphoses qui viennent à le définir. Il nous semble donc, toute référence idéale à une norme exogène ainsi évacuée, que le discours déficitaire, se fondant d'une logique de l'adéquation et de la quantité, qui trouve sa légitimité dans la science dure, est impropre à qualifier la vie subjective. C'est donc de ce hiatus que nous nous proposons de repartir.

Considérant l'impossibilité d'interroger l'identité du sujet comme substance, nous devons donc questionner la place d'où se supporte l'illusion de l'unité moi-même. A cette condition, nous pourrions saisir ce que l'illusion nécessite, en quoi elle est nécessaire et enfin comment elle doit nécessairement être insérée, à une place particulière, dans la série des objets qui «causent» ce que le comportement manifeste. Nous entendons donc qu'à ne pas confondre le Réel Lacanien avec le corps de la médecine nous évitons l'écueil de l'objectivation. De même qu'à ne pas

prendre la fonction pour un outil, ce qu'elle n'est pas, nous évitons d'avoir à penser que le sujet perd lorsqu'il change, ce qui est autrement tragique. Enfin, ces considérations théoriques nous éviterons d'avoir à nous fonder d'un moralisme ou d'en appeler à l'humanisme pour considérer que le soin psychique de la démence sévère n'est ni un palliatif, ni une orthèse normative, mais un accompagnement de la «persistance d'être» d'un sujet.

Notre hypothèse de départ est que ces comportements nouveaux (dits troublés) s'expliquent, pour une large part, des rapports complexes qu'entretient le sujet à sa mémoire, c'est-à-dire à ce qui peut faire fonction de croyance identitaire. En ce sens, il sera question pour nous d'envisager une métapsychologie de la démence avancée afin de proposer un traitement qui sache prendre appuie, non pas sur les «capacités restantes» du patient (qui ne nous semblent avoir de sens pour le sujet qu'en amont du stade que nous décrivons), mais sur les solutions singulières que le sujet a trouvées à mettre en place pour continuer d'être.

2. Hypothèse

C'est à partir de constructions signifiantes que la mémoire d'un individu se fait histoire. Le langage organise, par la liaison des représentations entre elles, l'étendue du monde objectal et moiïque. Par leur liaison à l'affect il permet leur investissement, il leur donne du relief. La neurodégénérescence démentielle induit des modifications dans le rapport du sujet aux représentations qui lui permettent de se voir évoluer sur la scène du monde et d'y jouer sa tragédie. Le Moi, et par là le sentiment de sa propre identité, vacille donc par à-coups dans un oubli de soi, de ses objets et dans une distorsion de la perception-conscience de l'environnement. Le langage n'a pas pour fonction première de rendre la réalité partageable, mais de la rendre supportable. Il est l'outil d'une division qui, mettant à distance le monde, organise les relations du sujet à ses objets. Le sujet soutient donc son désir de manquer à le satisfaire. Cette incommensurabilité du sujet et de l'objet est la condition de son existence séparée. Ainsi, le sujet manquant, pallie l'angoisse qui l'avertit d'un retour au bouillon originel en s'habillant de représentations qui échouent à le dire tout. Les manifestations démentielles (SPCD), de plus en plus prégnantes à mesure que la neuro-dégénérescence réalise son œuvre de destruction des fonctions supérieures, sont motivées d'une angoisse, non pas nouvelle, mais d'une angoisse avec laquelle l'appareil psychique avait appris à faire, en se structurant du langage. «... les microtraumas répétés chaque jours, en isolant et en empêchant la parole, finissent par faire acquérir une vulnérabilité à laquelle ont avait échappé.»² Ainsi, le sujet dément est non seulement privé de ces armes, mais il

² CYRULNIK, Boris. *Sauve-toi, la vie t'appelle*, Odile Jacob, 2014, p 63.

est aussi radicalement transformé par leur perte puisqu'elles sont sa texture première. Le sujet non seulement se représentait le monde avec elles, mais par elles, il se représentait au monde. Le procès démentiel sévère se définit donc de réaliser la destruction, réelle, de la possibilité pour le sujet d'être représenté pour un Autre (symbolique) et par un autre (imaginaire). Nous prendrons le parti d'aborder cette déstructuration de l'intersubjectivité sous l'angle d'un défaut du «manque», en tant qu'il est un opérateur essentiel de la vie psychique. Nous soutiendrons donc que de ce défaut réel, le sujet n'est pas comptable, sans que pour autant le corps en recèle la «cause». Nous pourrions dès lors faire l'hypothèse d'un «sujet dément», dont nous reconstruisons la présence à partir de ce qu'il disparaît dans sa rencontre avec l'angoisse. Les «symptômes psychologiques et comportementaux de la démence» (SPCD), qui ne peuvent dès lors plus être appelés «troubles du comportement», auront dans cette perspective à être appréhendés comme ce qui représente le sujet ; soit dans ce qu'il est joui, soit dans ce qu'il coupe dans cette jouissance. Alors que l'angoisse nous semble être le seul marqueur fiable qui puisse signer «l'être» du sujet, les SPCD manifestent une tentative vers une division nécessaire à «l'ex-sistence». Cette division nous apparaît, cliniquement, pouvoir être restaurée dans et par le commerce avec un autre dès lors que ce dernier reconnaît les SPCD en tant qu'ils sont des «tentatives», qui trouveront, par cette opération, à se subjectiver comme coupure de ce qui, en son fond, n'est que jouissance a-subjective. Ramassant nos hypothèses, nous soutiendrons que :

La démence sévère réalise un fading du sujet devant l'angoisse qu'actualise le manque réel du manque dans l'Autre. Les symptômes psycho-comportementaux de la démence sont des tentatives d'injection du manque.

Afin de restituer la clinique qui nous a conduits à faire de telles hypothèses, nous indiquerons par vignettes quelques-unes des rencontres qui ont orienté ce travail. Dans la mesure où notre hypothèse clinique cardinale indique qu'il est possible au sujet dément sévère de prendre prise au langage qui lui échappe, nous travaillons par la parole. Nous avons donc été amenés à rencontrer les patients en entretiens cliniques «non-dirigé» et «semi-dirigé». Autrement dit, n'usant d'aucun test, ni d'aucune échelle, nous avons suivi le fil d'une parole se déterminant de trouver une situation d'adresse. Pour des raisons tenant à notre objet de recherche, nombre de patient ne parlant pas ou très peu, nous avons complété ces temps d'entretien par d'autres d'observation clinique. L'ensemble de ces temps de rencontre peut donc se définir «d'observation relationnelle», c'est-à-dire d'être non-objectivé et visant à saisir le fait subjectif qui se manifeste à l'observation. Il ne s'agit

pas de produire une sémiotique universalisante, mais une sémantique singulière³, dans l'espoir d'en extraire quelques éléments de repérage théorique qui permettent de mieux entrevoir la singularité de chaque cas. Ces rencontres n'ont jamais été déterminées par notre travail de recherche. Elles sont le fruit de l'accompagnement proposé aux patients par le psychologue. Les nécessités de notre clinique ont produit le présent travail, jamais l'inverse. Aucun patient n'a été soumis à une méthodologie de recherche, chaque essai thérapeutique tirant sa légitimité de l'espoir nourrit par le psychologue et l'équipe de soin d'un gain, sinon immédiat, du moins direct, pour chaque patient. Certains patients ont donc été suivis en entretiens réguliers, d'autres de manière ponctuelle, d'autres enfin ont été rencontrés dans les «espaces interstitiels». Chaque patient a toutefois été reçu au moins une fois en entretien.

3. Annonce du plan

Nous avons articulé notre recherche selon quatre axes progressifs. Nos notes liminaires sont nécessitées par l'expérience institutionnelle et visent à discuter l'incompatibilité foncière de différents paradigmes sans les opposer. Nous souhaitons cheminer avec le lecteur vers le constat que l'opposition à un discours n'a aucune valeur de découverte si les notions ne sont pas subverties dans leur définition même. Autrement dit, chaque sortie de paradigme produit de nouvelles oppositions non superposables aux premières. L'épreuve clinique seule (sans faire preuve) peut trancher quant à l'efficacité d'une théorie, c'est-à-dire quant à sa capacité de couverture du champ clinique. Au delà même du fait que chaque approche crée son objet, non superposable aux autres, il nous semble qu'elles sont chacune dans l'impossibilité de dire le «réel» et que par conséquent elles s'organisent en discours, clos et incommensurables aux autres. L'établissement d'une problématique clinique en passe donc par la clarification de notre champ épistémologique et l'établissement d'un vocabulaire. A l'issue de cette partie, nous tranchons en faveur du discours de la psychanalyse qui nous semble prendre à lui les phénomènes qui nous intéressent et permettre d'éclairer un champ plus vaste de la clinique, comparativement aux approches qui font l'économie du «sujet».

Nous traitons dans le premier axe de la notion de «sujet» à partir de la phénoménologie et avec la psychanalyse. Il s'agira d'une part de donner une définition du sujet, à partir du champ scientifique ainsi que dans le vécu démentiel, et d'en indiquer la division à partir de la phénoménologie sartrienne. Dans un second temps, conforté par l'approche phénoménologique, nous donnerons à

³ Au sens où, d'une part, le primat est donné au langage verbal et où, d'autre part, à l'instar des travaux de Barthes, l'accent est mis d'avantage sur le singulier de l'agencement de sens que sur la production «d'un bon sens» commun. Ainsi, la norme que suppose la logique déficitaire est écartée au profit d'une logique de «l'inadéquation de fait» et de «la trouvaille singulière».

l'anosognosie valeur de saut radical dans le vécu subjectif démentiel. Ce saut nous permettra enfin de rendre sa valeur et sa centralité au concept d'angoisse et d'en préciser la définition en l'articulant à la notion de causalité. Nous ouvrons cette partie en indiquant que le sujet dément sévère est, comme tel, non-causé.

L'axe second, précisant la définition du sujet à partir des outils de la linguistique, est consacré aux réaménagements qu'impose à l'intersubjectivité la démence sévère. L'introduction de l'Autre comme logos, savoir et discours, nous permettra d'indiquer comment la démence réalise une résorption du «manque à être» de n'articuler plus le sujet au Che Vuoi lui revenant d'un Autre, dès lors bouché. Nous proposons donc une théorie du sujet comme «effet», non comptable d'un manque réel dans le langage. Cette approche du réel nous permettra de proposer un discours du trop plein, s'opposant de fait à une vision déficitaire de la démence. Nous ouvrons cette partie sur la fonction que dès lors, nous pourrions supposer être celle des SPCD.

Nous tenterons dans le troisième axe de départir différentes manifestations démentielles en fonctions qu'elles soient des tentatives mentalisées de pare-exciter l'environnement, qu'elles prennent la forme d'une apathie stuporeuse ou encore d'un agir démentalisé. Ces registres symptomatiques seront envisagés comme des tentatives de faire avec l'angoisse. Notre hypothèse sera donc que le sujet dément sévère se manifeste par la tentative de couper dans une jouissance unifiante et morbide. Plusieurs vignettes cliniques viendront à l'appui de cette approche.

Le dernier axe enfin, se veut mettre au service de la pratique clinique. Fort des conséquences tirées des développements précédant, nous engagerons un discours sur le singulier de chaque mode de traitement de l'angoisse. Nous aurons à dire comment le positionnement soignant peut réaliser un peu plus un collage pathologique ou au contraire, dès lors qu'il s'outille de paroles, être un ressort essentiel à la coupure que le «symptôme» tente. Notre pari clinique reposera donc sur l'idée que le praticien peut, par une opération de nomination, maintenir l'écart nécessaire à la division subjective. La technique consistera alors à trouver le patient là où il se tient afin de lui proposer des solutions moins couteuses que celles qu'il a mis en place. La clinique devra donc être envisagée, non pas comme une recette non-médicamenteuse, mais comme une construction singulière qui prend appui sur les trouvailles du sujet.

PREMIERE PARTIE

Etat des lieux et situation épistémologique

I. LIMINAIRES

1. La iatrogénie

La démence de type neuro-dégénérative se définit d'une aggravation inexorable des troubles induits par la pathologie. Non seulement les personnes malades éprouvent des difficultés croissantes dans la réalisation de tâches plus ou moins complexes, mais encore elles souffrent de symptômes dits psycho-comportementaux. La prise en charge de patients atteints de démence conduit à faire un premier constat clinique : ce sont les manifestations démentielles qui ressortissent à la sphère psycho-comportementale qui mettent le plus en difficultés les acteurs du soin. Elles échappent tant au savoir qu'à la maîtrise. La politique de santé s'oriente donc largement d'avoir à trouver des «solutions», non pas seulement à la maladie, mais à ses manifestations dites psycho-comportementales.

Ces symptômes sont traités directement, à défaut de pouvoir l'être à leur source, afin de limiter leur nuisance. Dans la mesure où aucune molécule dédiée n'est à disposition des prescripteurs, ces symptômes, parfois dits psychiatriques, trouvent leurs remèdes dans une batterie d'antipsychotiques non-spécifiques. Cela ne va pas sans poser certains problèmes à la «Haute Autorité de Santé»⁴ qui se positionne contre la banalisation de leur usage. Selon la HAS⁵ qui s'appuie sur les résultats de l'Afssaps⁶ *«Leur usage (antipsychotiques atypiques et classiques) est déconseillé chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.»* Ainsi, dans le cadre du plan «Alzheimer 2008-2012», la HAS a mis en place le programme AMI-Alzheimer (Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques dans la Maladie d'Alzheimer) regroupant nombre de directives et dispositifs visant à : *«Limiter (par 3) la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer»*.

En effets, outre la question de son efficacité, cette thérapeutique pose celle des effets secondaires dus à la non-spécificité de ses cibles, ainsi qu'à l'interaction chimique induite par les tableaux poly-pathologiques. Il est par exemple courant de voir un neuroleptique classique se potentialiser avec la L-dopa d'un traitement anti-parkinsonien (Modopar®, etc.) et produire des hallucinations visuelles. Ce «risque hallucinatoire» fait parti des effets indésirables majeurs qui induisent des

4 HAS (Haute autorité de santé). Recommandation de bonne pratique HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles, Décembre 2011.

5 HAS (Haute autorité de santé). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* dans Recommandations de bonne pratique, synthèse de Mai 2009.

6 AFSSAPS. *Communiqué de presse du 9 décembre 2008 sur la sécurité d'emploi des antipsychotiques classiques chez les patients âgés déments*. (ANESM)

symptômes psychotiques en même temps qu'ils traitent une manifestation psycho-comportementale. L'origine iatrogène de ces symptômes doit être impérativement identifiée afin de remettre en cause la prescription. A l'inverse, la prescription de neuroleptiques, lorsqu'elle se chronicise, peut induire des effets neurologiques extrapyramidaux tels qu'un syndrome parkinsonien, des dyskinésies tardives ou encore une akathisie qui s'accompagne d'un sentiment de grande angoisse. L'arrêt du traitement ne favorise pas toujours la rémission de l'activité motrice involontaire et les «troubles parkinsoniens induits» peuvent nécessiter l'introduction secondaire d'un traitement dopaminergique. Ainsi, la volonté de soulager le patient grâce à des prescriptions complexes, visant différents troubles démentiels ou visant à amortir les effets indésirables d'une prescription princeps qui apporte un mieux être incontestable, ne va pas sans multiplier les risques iatrogènes. Ils peuvent être dangereux pour la santé du patient traité, diminuer son confort de vie et/ou son autonomie. Ils peuvent, dans un rapport causal moins direct, précipiter un accident (telle une chute induite par l'abaissement de la vigilance) qui sera lui-même source de désagréments plus ou moins lourds. Enfin, la iatrogénie peut entamer les possibilités de relations si indispensables à la santé psychique. En règle générale, ces risques se surdéterminent et agissent conjointement sur ces trois aspects que sont la santé physique, le comportement moteur et la conscience de la relation à soi et à l'autre. Ils concernent de manière non exhaustive les troubles métaboliques, l'hypotension orthostatique, les troubles du rythme, de la conduction cardiaque, des éventuels effets anticholinergiques (risque de troubles cognitifs, de constipation, de rétention urinaire), les risques de chutes, la déshydratation (induisant en retour une intolérance à la pharmacopée et des épisodes délirants ou hallucinatoires), les fausses routes alimentaires et la sédation excessive qui abaisse considérablement le niveau de conscience et les possibilités d'échange avec l'environnement.

Ces pathologies induites peuvent être mises en balance avec les bénéfices retirés de la prescription ou bien totalement contrevenir à ladite prescription. Il convient donc d'interroger (et c'est largement le cas), à partir d'une éthique qui manque encore aujourd'hui de références, le rapport du bénéfice au risque. Pour ces raisons, de nombreuses études sont menées par les médecins qui pratiquent très largement un «soin global», pour déterminer les «moins mauvaises» thérapeutiques. Ainsi, dans le cadre des recherches portant sur la molécule la plus appropriée au traitement symptomatique des SPCD, nombres d'études qui font références pour les «bonnes recommandations», convergent vers une supériorité des neuroleptiques atypiques. Il semble donc que les antipsychotiques classiques sont plus dangereux que les atypiques (olanzapine©, mais surtout

rispéridone⁷) qui sont plus largement prescrit du fait même de leur effets secondaires moindres (demi-vie plus courte, etc.). En effet, ces études démontrent que les neuroleptiques atypiques ne sont pas plus opérants à court terme sur les symptômes positifs (agitation, déambulation, délire, agressivité, etc.) que les autres, mais qu'ils sont responsables de moins de symptômes négatifs (apathie, etc.) que les typiques. Autrement dit, ils sont moins sédatifs. On observe donc moins de chutes sous neuroleptique atypique que sous neuroleptique typique. Par ailleurs, les mêmes études prouvent qu'ils n'ont aucun avantage à moyen (12 semaines) et long terme (même sur la composante psychotique des SPCD).

Dans le même temps, il est observé une mortalité 1,5 fois supérieures chez des patients traités avec des neuroleptiques (toutes classes confondues) comparativement aux groupes témoins qui n'en prennent pas⁸. Ces chiffres viennent à nouveau poser la question du cadre éthique dans lequel s'inscrit la réflexion sur la prise en charge médicamenteuse. Dans ce cas précis, il nous est possible de trouver des lignes de convergence avec le discours et la loi (Leonetti) relatifs aux soins palliatifs. Plus largement, nous pouvons trouver un appui éthique dans les recommandations de l'OMS relatives aux droits des usagés et à la «prise en soin» de leur fin de vie. Ce discours est celui du «double effet» (Thomas d'Aquin⁹) et permet de mettre en balance le confort de vie avec le raccourcissement possible de cette dernière. Il oppose qualité et quantité de vie. Sans entrer dans ce débat, nous souhaitons remarquer que les études susmentionnées indiquent que la chimiothérapie n'améliore pas les SPCD. Remarquons pour conclure, que les recommandations de la HAS ne vont aucunement dans le sens d'une proscription, mais d'une prescription minimale. Cette logique de prescription, pour des questions métaboliques, est d'ordinaire la règle en gériatrie qui, pour une large part, est un art de la gestion de l'interaction, de la posologie et de la galénique des molécules. Ainsi, plutôt que d'être spécifiquement encadrée, la prescription de neuroleptiques tombe sous le coup de la logique prescriptive générale.

Une question liminaire à notre travail se pose, qui prend justement sa valeur

⁷ MC CRACKEN, Peter N ; M.D ; FRCPC ; KAGAN, Leon ; M.D. et PARMAR, Jasneet ; MBBS. *Reconnaître et traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, dans La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, Septembre 2009, vol 12, n°1, en ligne <http://www.stacommunications.com>, P 4 à 8.

⁸ SCHNEIDER, Lon S ; TARIOT, Pierre N ; DAGERMAN, Karen S et coll. *Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease*, New England Journal of Medicine, 12 octobre 2006; n°355, p 1525-1538.

⁹ Saint Thomas d'Aquin, (1256-1285) *La morale particulière*, dans «Somme théologique», secunda secundæ, (IIa IIæ), site Grand portail philosophique. (Thomas d'Aquin aborde en conclusion de son article 7 de la question 64: L'homicide, P 446: «*Est-il permis de tuer un homme pour se défendre?*», la notion de légitime défense en la légitimant par la théorie du double effet. Ainsi, au nom du bien, un mal peut être fait à la condition qu'il ne soit voulu ni comme fin ni comme moyen. Il est un effet secondaire non désiré, dont la morale, qui se fonde de la volonté, ne saurait trouver sa visée.)

éthique d'être posée quelles que soient les réponses qu'elle trouve et dont les prescripteurs savent combien elles sont toujours conditionnées à des éléments singuliers : au nom de quoi intervient-on chimiquement, alors même qu'aucun traitement spécifique n'a prouvé son efficacité? Que fait-on quand nous faisons cela? Que soigne-t-on et qui soigne-t-on ? Finalement, quelle réussite se cache derrière cet échec apparent? La traversée de ces questions, qui doivent s'ajouter à celles qui font les poids et contrepoids de la balance bénéfices/risques, permet non seulement d'asseoir plus solidement la prescription, quelle qu'elle soit, mais encore elle permet d'ouvrir la voie à d'autres propositions de soin.

Nous ne comptons plus les patients dits «opposants» ou «agressifs», traités par antipsychotique, dont l'ataxie proprioceptive iatrogène a précipité une chute induisant ou produisant de nouveaux troubles (lésions, fractures, etc.). Ces nouveaux troubles ainsi que leur nécessaire prise en charge (hôpital, alitement, etc.) précipitant à leur tour le déclin général de l'individu. Dans le même temps, les équipes soignantes rapportent souvent que les manifestations pathologiques visées par la chimiothérapie n'ont pas diminuées. Le patient, bien que très ralenti, était, selon elles, toujours aussi agressif et opposant.¹⁰ Le cadre éthique est donc mis à la question par les médecins et aides-soignants qui s'alarment de ce constat récurant. La prescription semble se légitimer de la santé psychique du patient. Or, soit nous considérons que l'agressivité est pathologique, soit nous considérons qu'elle est la manifestation d'un fait pathologique. Comme pathologie du psychisme elle doit être traitée, comme manifestation elle doit alerter en vue d'un traitement. Dans les deux cas, la prescription médicamenteuse insatisfait le prescripteur pour la raison qu'elle induit, par l'abaissement de la conscience et de la sensibilité, un fonctionnement qui ne peut se légitimer d'une conception physiologique de la santé (puisque le fonctionnement général est plutôt moins bon) et, faisant taire (lorsqu'elle y parvient) l'expression symptomatique, ne soigne rien de ce qui cause le trouble.

Il nous semble que l'appréhension des manifestations démentielles en termes de troubles contribue largement à donner une assise aux prescriptions médicamenteuses de ce type, en même temps qu'elle contribue à effacer l'idée même de ce que peut être la santé et la pathologie. Face à cette difficulté dans le traitement des symptômes, les médecins gériatres et les médecins coordonnateurs, rompus au soin relationnel, se tournent massivement vers le courant des «thérapies non-médicamenteuses», en même temps qu'ils continuent d'œuvrer pour la découverte d'un traitement de la maladie en s'investissant dans la recherche. L'intrication de ces deux discours, que sont ceux du traitement symptomatique et du diagnostic, ne vont pas sans poser problème. Nous voudrions indiquer en liminaire de ce travail portant sur la cause des symptômes psycho-comportementaux combien le rabattement de leur champ sur la fonction ou sur l'organe nous prive d'éléments de compréhension.

¹⁰ La NPI-ES peut aider à objectiver ces résultats.

Nous aborderons la question diagnostique du point de vue médical, du discours qui s'en dégage et qui vient se précipiter dans un vocabulaire du fonctionnement cognitif et du trouble comportemental. Nous évoquerons donc secondairement, non pas ces approches qui échappent à notre champ, mais leur sémantique afin d'y situer le présent travail et de dégager le symptôme de son identification au trouble pour en faire la manifestation structurante d'un trouble.

Conscient que les médicaments, y compris antipsychotique, permet souvent d'offrir un mieux être aux patients, nous les pensons, de notre place profane, tout à fait nécessaire. Le discours qui est le nôtre vise donc à faciliter l'intégration de ce modèle d'action thérapeutique à la réflexion des équipes de soin qui, débordant l'expression symptomatique isolée, prend en charge la personne globale et sa prise dans son environnement. A la manière de la psychiatrie du vieux continent, nous appelons de nos vœux une logique de la prescription (médicamenteuse et non-médicamenteuse) qui s'oriente du discours du patient avant que de s'en référer aux catégories prescriptives qui leur donnent, sans en passer par le sujet, leurs cibles.

2. La question du diagnostic

Le diagnostic est le «discours» médical. Il construit un ensemble de signes qui dit l'objet en produisant un «ceci est cela». A l'heure actuelle la démence objecte à cet étiquetage. Il est impossible aux chercheurs de se mettre d'accord sur les critères qui devraient leur permettre de la nommer. Ainsi, des glissements sémiologiques font discorde. Pour certains, la démence de type Alzheimer est un syndrome démentiel qui doit s'étendre à une large proportion desdites démences. Pour d'autres la démence Alzheimer reste un syndrome dégénératif du sujet jeune. Est-ce donc une démence sénile ? La question est de savoir s'il est repérable des affections, mais aussi une étiopathogénie, différenciées. De même, la démence mixte est pour certains une catégorie éclairante, c'est-à-dire vraie, dans la mesure où elle dit la nécessaire comorbidité dans l'étiologie démentielle¹¹, tandis que pour d'autres cette catégorie n'a, dans trop de cas, d'autres nécessité que pratique et peuvent être déconstruite ou subdivisée.¹² Ainsi, les débats actuels, renvoyant les données épidémiologiques à la spéculation, semblent s'en référer plus au nom qu'à la chose.

Une porte de sortie qui nous semble être une virtuelle ligne de fuite est la recherche neurologique. En effet, le diagnostic de la maladie est actuellement basé sur des critères symptomatiques. Pour plusieurs raisons, en premier lieu budgétaires

¹¹ En règle générale, ce dénominatif insiste sur le terrain d'atteintes vasculaires coexistant avec, ou favorisant, la neurodégénérescence.

¹² ZEKRY, D ; DUYCKAERTS, C ; HAW, J. *Les démences mixtes : point de vue neuropathologique*, dans «Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement», 2005, n°3, p 251-259.

mais également techniques, il n'est pas possible d'administrer une preuve scientifique à partir des outils de la médecine (ponction, IRM) sans connaître précisément le syndrome démentiel (sauf pour quelques exceptions à prédispositions génétiques (au premier rang desquels l'Apo E4¹³) à probabilité élevée). Ainsi, la recherche persévère dans la voie diagnostique pour dépister la maladie sur des critères médicaux et non à partir des tests neurocognitifs qui présentent beaucoup de désavantages.¹⁴ L'étiopathogénie somatique doit être isolée et mieux comprise et les difficultés rencontrées ne doivent pas entraver la recherche. Pourtant, selon nous, cette voie fondamentale pour la production de traitements efficaces contre la maladie ne doit pas se superposer strictement à la question diagnostique au risque de résorber la cause des manifestations psycho-comportementales dans le corps.

En effet, de nombreuses recherches visent à affiner les critères d'inclusion et d'exclusion dans les groupes de démences afin de trouver une réponse somatique à leur hypothétique cohérence. Les nouvelles techniques d'imagerie (P.E.T.-scan)¹⁵, nouveaux radioligands de l'amyloïde, ponction lombaire (dosage en bêta-amyloïde et en protéine Tau), etc.) le permettent peut-être bientôt avec plus d'assurance. Qu'il y ait, par exemple, une forme non-génétique de la démence de type Alzheimer qui soit une bêta-amyloïdopathie¹⁶, d'une part n'est pas prouvé et d'autre part ne saurait répondre à toutes les questions relatives à la notion de causalité¹⁷. Ainsi pour certains, l'échec du bapineuzumab[®]¹⁸ est dû au fait que la démence de type Alzheimer n'est pas une amyloïdopathie, pour d'autres il a été testé sur des patients trop atteints et pourraient avoir une efficacité clinique (comme d'autres molécules (ex: solanezumab[®])) s'il est administré au stade prodromique. La recherche, qui se centre actuellement sur les effets d'interventions pharmacologiques ciblant la voie amyloïde (immunothérapie antibêta-amyloïde ou inhibiteurs de la gamma

¹³ Apolipoprotéine avec un allèle E4.

¹⁴ A l'heure actuelle, le diagnostic précoce n'affirme avec certitude que la «démence probable». Pour le cas spécifique de la démence vasculaire, son lien avec un accident vasculaire et le différentiel d'avec la maladie d'Alzheimer (diagnostique post-mortem) voir : KNOPMAN, DS ; PARISI, JE ; BOEVE, BF ; CHA, RH ; APAYDIN, H ; SALVIATI, A ; EDLAND, SD ; ROCCA, WA. *Vascular dementia in a population-based autopsy study*. Archives of Neurology Journal, 2003, n°60, p 569-575.

¹⁵ Tomographie par émission de positons

¹⁶ PONCET, Michel. *Les maladies d'Alzheimer: de quoi s'agit-il ?*, en ligne sur www.larevuedupraticien.fr, vol 61, 2011.

¹⁷ SAINT-AUBERT, L ; PUEL, M ; CHOLLET, F ; PARIENTE, J. *Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer*, dans «revue neurologique», n°168, 2012, p 825-832.

¹⁸ Anticorps monoclonaux attaquant les plaques de peptides bêta-amyloïdes

sécrétase)¹⁹, doit avancer sur ces pistes et n'en négliger aucune. Toutefois, le rabattement du diagnostic sur les tests cliniques comportent plusieurs risques aux rangs desquels la biologisation ou la désobjectivation du discours sur la maladie et la «dé-psychiatisation» des symptômes qui seraient, mécaniquement, associés à une aire cérébrale (ou autre clause somatique) sans que le jeu des principes qui régissent l'appareil psychique ne puisse être perçu comme «dimension symbolique de la cause». Remarquons que ce risque semble, à l'heure actuelle, d'avantage induit par la retenue des neurologues que par leur empressement à considérer que le cerveau renferme une cartographie précise des manifestations psycho-comportementales. Il nous semble en effet que le caractère d'inachevé d'une science si jeune a de fait laissé la place au diagnostic comportemental qui, traçant des correspondances entre manifestation et atteinte somatique, semble livrer un rapport causal là où les neurologues préfèrent évoquer l'existence de différents «syndromes» (qui par définition n'ont qu'un rapport très lâche à la cause). Ainsi, là où la médecine travaille à discriminer les démences, l'intérêt pour leur manifestation psycho-comportementale a produit l'unité de La Démence. Ainsi, un glissement délétère s'opère dans la clinique quotidienne, qui prend sa source du caractère exclusivement symptomatique de la majorité des diagnostics actuellement posés. Ce glissement donne la primauté aux catégories langagières sur la chose qu'elles désignent. Ainsi, par exemple, une personne qui aurait un comportement outrancier échappant aux règles sociales sera considérée, sur ce fait, comme étant atteinte d'une démence fronto-temporale et ce, en court-circuitant totalement le diagnostic médical. Si ce type de position vient à poser problème, ce n'est pas tant parce que le diagnostic sauvage prend le pas sur celui, précis et légitime, des imageurs, mais parce qu'elle en vient à poser le savoir sur la chose comme chose en soi. Cette subversion diagnostique introduit un discours nouveau qui clos sur elle-même, l'interdisant, toute réflexion sur la cause du phénomène. La personne est-elle désinhibée du fait des lésions ou bien est-elle démente fronto-temporale parce que désinhibée ? Il nous semble que cette façon de court-circuiter la question de la cause d'une maladie et de rabattre la maladie (au sens de l'atteinte somatique) et ses manifestations sur le même plan causal, indique de manière saisissante le risque avec lequel chacun flirt quotidiennement de confondre et le mot et la chose. Il nous semble également que cette torsion de la logique déductive marque, pour qui veut le reconnaître, que la cause a plus affaire avec l'ordre symbolique qu'avec les lois naturelles. Ainsi la qualification, existentielle s'il en est, d'une chose, implique toujours le risque tautologique de trouver une suffisance interne à se dire et, pour cette raison d'autonomie, de ne rien pouvoir dire de ce qui la cause. Autrement dit, non seulement situer la cause dans l'organe semble problématique, mais encore lui donner origine dans le langage ne préserve de rien si l'opération est méconnue de

¹⁹ PONCET, Michel. *Les maladies d'Alzheimer: de quoi s'agit-il ?*, en ligne sur www.larevuedupraticien.fr, vol 61, 2011.

celui qui l'opère.

Ainsi, la centralité que nous donnons et l'usage particulier que nous faisons de la «cause» ne se définissent en aucun cas d'un renversement de la logique matérialiste au profit d'une «psychogenèse». Sans les contester plus que nous ne contestons les tenants de la causalité somatique, nous n'adhérons pas au discours de Maisondieu qui indique que *«Quand bien même la démence ne pourrait advenir sans lésions organiques, celles-ci n'en seraient pas pour autant nécessairement la cause, mais peut être seulement les signes ou les conséquences»*²⁰, ni non plus au discours de Platon lorsqu'il soutient qu'*«une lésion peut tout aussi bien être la cause que la conséquence d'un dysfonctionnement»*²¹. Quand bien même de récents travaux tendent à démontrer l'impact du fonctionnement mental et affectif sur le développement, le maintien, la plasticité et le déclin neural, il apparaît que ce jeu d'interaction renvoi toujours plus en avant la notion de causalité et ne dit rien de la cause première. Semblant introduire le primat du fait mental sur le soma, il exclut définitivement l'idée même de causalité psychique. En effet, à considérer que telle lésion est le fait d'une aptitude ou difficulté psychique ou émotionnelle, le pas est vite franchi de situer ces dernières comme conséquences d'un autre fait somatique, etc. Ainsi, la surdétermination propre à la vie psychique cède sa place à la notion de «multifactorialité», voilant à peine le primat accordé à l'organe. Notre discours (adossé à la psychanalyse) vise à décrire les rapports du fait subjectif à la causalité et ne saurait être ramassé dans ce type d'hypothèses opérationnelles dans lesquelles le sujet ne trouve jamais à être représenté. Pour l'heure, les passions «ciconscriptionnistes» se déchargent avant tout dans le champ du diagnostic, que l'on souhaiterait précoce, et qui, dans l'attente d'un diagnostic neurologique (ante mortem) fiable et discriminant, doivent se satisfaire à regret d'un diagnostic comportemental. Bien que la recherche diagnostique soit fondamentale et qu'elle puisse devenir une porte d'entrée vers une thérapeutique future, elle ne nous dit rien, si discriminante soit-elle, de ce qu'est l'expérience démentielle. Elle ne saurait donc permettre de fonder des catégories psychiatriques cohérentes à leur substrat (somatique).

Selon M. Peruchon : *((...)) La dégradation des neurones et des synapses casse l'interrelation entre neurones et donc la communication – ce qui correspondrait, sur le plan psychique, à cette rupture du lien qui détruit la mémoire(...))*.²² Il nous semble au contraire qu'il n'est nul besoin d'aller chercher dans le corps l'équivalent

²⁰ MAISONDIEU, Jean. (1989) *Le crépuscule de la raison* : La maladie d'Alzheimer en question, Bayard, 2001, p 68.

²¹ PLOTON, Louis. *Maladie d'Alzheimer: A l'écoute d'un langage*, dans «Chronique Sociale», 2009, p.57.

²² PERUCHON, Marion. *La maladie d'Alzheimer perspectives*, Martin Média, dans Le Journal des psychologues, 2012/4 - n° 297, p 28 à 32.

ou la correspondance logique des structures de pensée telle que le fait M. Péruchon. Pire encore, un tel rabattement du langage sur la fonction de communication nous semble impliquer un rapport continuiste et harmonique entre corps et psychisme excluant toute référence au fait subjectif. Ainsi, bien que des ponts existent indubitablement entre organisation psychique et somatique, la notion de «correspondance» nous semble en appeler à une logique imaginaire avec laquelle nous pensons devoir garder distance. L. Ploton introduit une nuance en indiquant qu'«*il n'y a pas entre les processus qui concernent les registres psychologique et neurologique de liens de cause à effet, ni même de liens d'interaction systémique, mais un lien de traduction, de représentation de l'un par l'autre.*»²³ Nous sommes prêt à aller dans son sens si la «traduction» à laquelle il fait référence n'est pas envisagée comme une traduction terme à terme, une correspondance, mais qu'il indique une analogie de principe entre deux langages qui ne possèdent aucun lieu de recouvrement, aucun référent externe objectivable et partagé. En ce sens, L. Ploton assume par ailleurs une position subversive qui nous semble riche d'enseignements pour une nouvelle heuristique de la démence qui consiste à faire du soma un «artifice» de l'activité psychique. Il note: «(qu')*il n'y a pas d'information possible sans support, tandis que le support d'une information n'a de valeur que comme moyen d'être de celle-ci, comme artifice destiné à en permettre la matérialisation et le traitement.*»²⁴ A condition d'entendre «l'artifice» de Ploton à la manière dont Sartre désigne le corps en tant qu'il «*est ma facticité d'être «au-milieu-du-monde» en tant que je la dépasse vers mon être-dans-le-monde*»²⁵, nous souscrivons tout à fait à son parti pris. De ce point de vue, toute opération visant l'activité psychique qui soit faite sur le corps, si légitime et bienfaisante soit-elle, doit être considérée comme un court-circuit.

3. La démence est-elle une maladie ?

La démence pose des problèmes dans sa définition en termes de maladie. Problèmes généraux lorsqu'il s'agit de constater que les lésions peuvent être installées depuis longtemps avant que le patient n'en ressente les effets. «*La maladie se joue (alors) au niveau des tissus et, en ce sens, il peut y avoir une maladie sans malade.*»²⁶ Au stade paucisymptomatique (ou prédémentiel) lorsque «*le malade est conscient de ses troubles et de leurs conséquences dans sa vie*

²³ PLOTON, Louis. *À propos de la maladie d'Alzheimer*, Fond. Nationale de Gériatrie, Gériatrie et société, 2009/1 - n° 128-129, p 89 à 89.

²⁴ PLOTON, Louis. *ibid.*

²⁵ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 399.

²⁶ CANGUILHEM, Georges. (1966) *Le normal et le pathologique*, puf, 2010, p 53.

personnelle (...) Il a probablement une maladie qualifiée de démence, mais il n'est pas dément»²⁷. La question du diagnostic précoce est ici directement impliquée. Problèmes généraux encore lorsqu'il s'agit de constater qu'il n'y a nulle équivalence (quantitative et qualitative) entre la localisation et l'étendue des lésions et leur expression clinique. Problèmes spécifiques enfin lorsqu'il s'agit de définir la démence sévère comme maladie. D'une part elle ne peut être définie du point de vue du malade. Le patient anosognosique ne s'en plaint pas ou plus. D'autre part, bien que l'anatomopathologie possède des repères clairs quant à la souffrance cérébrale, elle ne suffit pas à trancher entre l'état sain et celui pathologique. «*La lésion ne suffit peut-être pas à faire la maladie clinique, la maladie du malade. Celle-ci est autre chose que la maladie de l'anatomopathologiste*».²⁸ Il faut donc se rabattre sur les signes cliniques que le patient donne à voir, mais qui sont absents de son discours et de sa pensée. À considérer avec Leriche que «*La maladie c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et de leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir*»²⁹ nous sommes contraints de constater que la gêne et la souffrance peuvent sembler absentes, à différents temps et pour différentes raisons, du tableau démentiel sévère et qu'à ce titre, elles ne peuvent être des marqueurs satisfaisants. La démence sévère se définirait donc à partir de la subjectivité d'un autre normatif. Or, cette normativisation trouve très vite ses limites de ne pouvoir s'étayer qu'à partir du changement, de la référence à l'état précédant ou partagé, dont on ne sait pas s'il est la santé (sauf à définir la santé comme norme et la norme comme santé). Le malade, par l'opération même que la maladie imprime sur le corps, est exclu de la maladie.

La «maladie d'Alzheimer» appartient à son découvreur, elle est sa maladie, mais qu'en est-il de la maladie du malade ? Certainement les Amériques existaient-elles avant leur découverte sérendipiteuse, pour autant leur radicale transformation par l'opération même de les découvrir offre un objet inédit à de nouveaux regards. La question, impliquant de fait les subjectivités, semble donc plus complexe qu'elle n'y paraît. À ce titre, il nous semble qu'à définir la démence sévère comme «maladie sans malade» nous prendrions la voie intuitive qui a largement conditionnée la médicalisation de la démence alors même qu'est avérée l'immensité de son impuissance à soigner ou à soulager. Ainsi, l'anatomopathologie semble être le dernier recours à l'établissement d'une nomenclature qui nécessite une «déshumanisation» dans la mesure où dans cette approche de la maladie «*ce qu'il y a de moins important au fond c'est l'homme*».³⁰ L'évidente conséquence de localiser

²⁷ PONCET, Michel. *Les maladies d'Alzheimer: de quoi s'agit-il ?*, en ligne sur www.larevuedupraticien.fr, vol 61, 2011.

²⁸ CANGUILHEM, Georges. (1966) *Le normal et le pathologique*, puf, 2010, p 54.

²⁹ CANGUILHEM, Georges. op. cit. p 52.

³⁰ CANGUILHEM, Georges. op. cit. p 56-57.

la maladie à l'endroit unique des lésions en est que ses effets sur l'homme ne peuvent plus être intégrés à la réflexion. Les réintégrer à partir de ce référentiel nous paraît tout à fait vain. En effet, une telle position nous conduit inmanquablement à considérer la manifestation déviante comme effet de la lésion des tissus, c'est-à-dire comme symptôme direct, et non comme manifestation symptomatique. Il n'est dès lors plus permis de penser la démence vécue, la maladie du malade, comme portant elle-même la cause de son expression.

La démence sévère implique donc un double problème : ni le corps ni le sujet ne sont en mesure d'établir clairement le franchissement d'un cap pathologique. D'une part nous ne savons ce qu'est la maladie en question, mais encore nous ne pouvons y affilier directement des symptômes. S'organise donc un syndrome dont chacun des troubles compose un ensemble qui ne peut revendiquer de cause première et univoque. Ainsi par exemple, un dérèglement dans les fonctions exécutives peut induire une agressivité. La lésion expliquerait l'impossibilité dans laquelle se tient le sujet de réaliser une tâche simple, mais l'agressivité à l'encontre de l'aidant qui réclame une telle exécution n'est pas directement causée par la lésion.

Au niveau du corps nous voyons donc une destruction progressive qu'il est difficile de départir de l'altération normale due au vieillissement. Au niveau du sujet, il semble également que seule la norme statistique soit en mesure de constituer la démence en unité. Nous pouvons donc poser une question fondamentale, à laquelle il ne s'agit pas de répondre définitivement, mais qui semble être le socle nécessaire à toute construction logique : La démence est-elle une maladie ? Une démence dégénérative fraîchement diagnostiquée l'est sans aucun doute. Mais à ne pas trop vite constituer la démence comme unité en soi prise dans le bloc discriminant du mot qui la désigne, nous pouvons poser la question au titre de la démence avancée. En effet, il ne va pas de soi, à nous appuyer sur les définitions du pathologique de Leriche et de Canguilhem, que la démence sévère soit une maladie. Dans un tel état d'être, de quoi le sujet est-il malade, et quel sujet l'est donc ? Tout porte à croire que s'opère dans le procès démentiel sévère un changement continu et radical dans «l'état d'être» qui ne peut ni s'articuler comme coupure, ni être caractérisé par l'accroissement de la souffrance d'un sujet immuable. Quelle comparaison est-il possible de faire pour définir le pathologique d'avec un état antérieur dont il semble qu'il ait subi une lente déviation, mais non une rupture, et que le sujet lui-même ne peut avoir un discours sur son état antérieur, distinguant ainsi un avant et un après «l'être malade» ? De même, quels arguments, autres que normatifs, pouvons-nous avancer en faveur de cet «être malade» ?

Lorsque Leriche indique que la douleur n'est pas un signal mais une maladie en soi³¹, il nous permet de penser que la suppression de la douleur, morale et physique, est une libération de la maladie (si ce n'est une santé recouvrée). Or, la

³¹ CANGUILHEM, Georges. (1966) *Le normal et le pathologique*, puf, 2010, p 56.

démence sévère réalise pour partie cette abstraction (la plainte s'éteint et la douleur physique elle-même semble continuer d'exister sans pour autant être assumée consciemment par le sujet). La phénoménologie sartrienne, conditionnant l'essence à l'existence, nous conduit à penser en ce point que le sujet s'abstrait largement des souffrances qui étaient les siennes lorsqu'il en prenait conscience, ou plus exactement par le fait qu'il en prenait conscience. « *Pour qu'il y ait une essence du plaisir, il faut qu'il y ait d'abord le fait d'une conscience (de) plaisir.* »³² Il n'est pas trop aventureux que de considérer qu'il en va de même, selon Sartre, pour le déplaisir. « *... une douleur ne saurait exister que comme conscience immédiate (d')elle-même.* »³³ Sartre, qualifiant ici la conscience non-thétique³⁴, indique d'une part que la douleur ne saurait atteindre la conscience sans réflexivité, et d'autre part qu'elle ne saurait être dépendante d'un champ de causalité qui lui soit exogène, média.³⁵ Lorsque, dans un autre champ, Lacan indique que « *la parole est un parasite* »³⁶, il nous conduit à penser que sa destruction peut être, virtuellement, si ce n'est une libération, du moins une sortie de cet état pathologique d'être affublé du langage. Or, la démence déconstruit cet appareil au plus profond de son enracinement dans le corps. A considérer, comme Descartes, les passions comme les maladies de l'âme, nous pouvons considérer que cette dernière a tout à gagner de n'être plus soumise passivement aux émanations sensibles qui lui remonte du corps. Or, la démence ravage largement la sensibilité et l'affectivité. Enfin, cette même démonstration peut s'appliquer tant à la mémoire qu'à la conscience dans la mesure où la démence libère par l'amnésie l'homme qui souffre de réminiscence et par l'anosognosie l'homme qui souffre de se savoir malade.

Les quelques objections qui peuvent être faites à un tel développement semblent très fragiles et ne ressortissent en derniers termes qu'à la norme et aux valeurs qu'elle véhicule. L'on pourra dire que le dément sévère est diminué dans ses possibles, mais il semble l'être également dans ses attentes. L'on pourra dire également que son fonctionnement déviant l'oblige à la dépendance, mais tout homme dit sain vit dans une nécessaire dépendance. L'on pourra dire encore que son fonctionnement lui interdit d'appréhender efficacement les objets de son monde, mais l'homme sain n'y parvient qu'imparfaitement. L'on pourra dire enfin que la démence limite grandement la plasticité et l'adaptabilité aux situations nouvelles. La santé de ce point de vue ne serait pas un état statique mais marquerait

³² SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011. p 21.

³³ SARTRE, Jean-Paul. (1943) op. cit. p 20.

³⁴ Opération qui lui impose non sans raison la mise entre parenthèse du génitif «de».

³⁵ Nous ne pouvons que renvoyer ici à la lecture de «*L'être et le néant*».

³⁶ LACAN, Jacques (1975-1976). Le Séminaire, Livre XXIII, *Le sinthome*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2005, p 95.

la possibilité d'affronter sans dommages la diversité des exigences de l'environnement. Pour autant, nous n'avons aucune preuve que le fonctionnement démentiel ne soit pas un mode extraordinairement complexe d'adaptation à la configuration nouvelle du corps à laquelle l'individu sain ne pourrait opposer aucun fonctionnement supérieurement adaptatif. De ce point de vue, la maladie resterait encore à définir et, bien qu'elle puisse qualifier l'inflammation et les lésions des tissus cérébraux, elle ne dit rien du fonctionnement global de l'individu. Nous pourrions donc penser que *«la maladie est une nouvelle allure de la vie»*³⁷ plutôt qu'une rupture dans son ordre de fonctionnement. De ce point de vue, à considérer la démence comme une transformation dans le mode d'être, elle peut être pensée, selon le point de vue que l'on emprunte, soit comme une pathologie, soit comme une libération³⁸ de toute atteinte possible de l'homme par le pathos. Et cela, quand bien même le sujet, l'être ou l'âme en paieraient le prix de leur disparition. Il nous semble pourtant que la psychanalyse, pour la raison qu'elle n'accorde aucun primat à la conscience réflexive, peut nous orienter autrement qu'en direction de cet écueil insoluble à l'unique aune de la raison.³⁹

La démence sévère non seulement se signe mais également se détermine d'une rupture dans ce que la psychanalyse repère comme «appareil psychique». Nous aurons à définir ce qu'est ce champ singulier du psychisme à partir de son rapport particulier à la causalité comme telle. Nous tenterons donc, à partir de cette rupture, non pas dans le vécu mais, du vécu de sujet, de soutenir que la démence est

³⁷CANGUILHEM, Georges. (1966) *Le normal et le pathologique*, puf, 2010, p 59.

³⁸ Certains auteurs, au premier rang desquels Maisondieu et Ploton, insistent même sur le caractère activement défensif de la démence, voir sur sa psychogenèse.

«A l'insu des regards qui l'évitent, faute de pouvoir échanger, faute d'un double complaisant, le sénescant isolé sous ses fards se vide progressivement l'esprit en même temps que mentalement il vide les lieux.»(MAISONDIEU, Jean. (1989) *Le crépuscule de la raison : La maladie d'Alzheimer en question*, Bayard, 2001.)

«Peut-être, la démence représente t-elle la tentative de synthèse, le point d'équilibre impossible, le compromis paradoxal, qui permettra de vivre biologiquement (c'est-à-dire au sens propre) tout en mourant socialement (c'est-à-dire au sens figuré).» (PLOTON, Louis. *Le compromis démentiel*, dans *Psychologie médicale*, tome 23, n°8, 1991.)

³⁹ Ce dualisme imaginaire, qui semble ne se légitimer que d'un réalisme du mal où *«la santé et la maladie se disputent l'Homme, comme le bien et le mal»*, nous paraît être à l'origine de bien des écueils qui gèlent la pensée et interdisent le renversement de certains paradigmes au premier rang desquels la iatrogénie prise comme effet secondaire. En effet, à penser le médicament comme double bénéfique de la maladie et de ses maux, nous avons tendance à considérer ses effets indésirables comme excroissances importunes et contingentes portant leur ombre sur les bienfaits du remède. Il nous semble qu'en premier lieu, avant que de considérer quelques effets comme indésirables au regard de la visée de la prescription, il nous faudrait savoir de qui ils sont désirés ou non, et d'en organiser, au singulier, l'échelle de valeur. Nous pensons à ce propos qu'à prendre le ralentissement psychomoteur comme un effet indésirable d'un traitement antipsychotique, alors qu'il est le soin lui-même, il devient malaisé de trouver des points de repères fiables à l'action thérapeutique, tant pour la morale éthérée du soin en général que pour l'éthique concrète d'un acte de soin en particulier.

une maladie dont les manifestations psycho-comportementales sont les tentatives de guérison.

4. Les Traitements Non-Médicamenteux

L'étude ETNA 3 (*E*valuation de 3 thérapies non-médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer)⁴⁰, portant sur les traitements non-médicamenteux de la démence, vient sanctionner notre travail et nous semble en valider largement les hypothèses. Les «approches non médicamenteuses» font réponse à la difficulté de prendre en charge la souffrance des personnes atteintes de démence dont, pour l'heure, aucun traitement médicamenteux symptomatique ne donne satisfaction. Ces approches balayent un spectre très large et ont de commun de n'avoir pu se soumettre à une validation scientifique (petits échantillons, absence de groupe contrôle, absence d'évaluation en double aveugle, rares mesures de l'efficacité à long terme, peu d'études randomisées). Ainsi, bien que l'enjeu soit de première importance et que le champ soit libéré pour les tenants de ce type d'approche, rien ne vient valider scientifiquement leur efficacité. La HAS indique en 2011 que *«du fait de difficultés méthodologiques, aucune de ces interventions n'a apporté la preuve de son efficacité»*. L'étude ETNA 3 semble être la seule à s'être dotée des outils nécessaires à une telle validation. Portant en premier lieu sur un ensemble de méta-analyses, cette étude porte sur l'évaluation à long terme (2 ans) de deux approches non médicamenteuses (stimulation cognitive et thérapie par reminiscence) administrées en groupe ou en séances individuelles. L'enjeu est la randomisation de résultats (groupes contrôles et échantillons larges) portant sur le moment d'entrée dans la phase sévère de la démence auprès de patients atteints légèrement à modérément (MMS : 16 à 26 et stades 3 à 5 de la GDS). Une fois admis le fait que de telles «thérapeutiques» sont tout à fait inapplicables à un public de déments sévères, il nous est tout de même permis d'en tirer quelques conclusions.

Les résultats sont multiples et riches d'enseignements, mais l'étude insiste en premier lieu sur l'enseignement tiré du croisement de ces résultats : quelle que soit l'approche utilisée, les bénéfices thérapeutiques sont peu sensibles, toutefois, indépendamment de l'approche, ces mêmes résultats sont supérieurs lors d'une approche individuelle comparativement à l'approche groupale. (Bien sûr, le travail de groupe introduit des variables supplémentaires à la relation duelle qui peuvent être perturbatrices. Pour autant, cet argument est insuffisant à dire positivement ce qui opère dans la relation.) Ainsi, les deux approches sont contestées dans leurs

⁴⁰ DARTIGUES, Jean-François ; AMIEVA, Hélène ; ROBERT, Philippe ; LUTZ, Oriana. ETNA 3, Université Victor Segalen, CHU Hôpitaux de Bordeaux, INSERM, coordination CMRR Bordeaux, 2012.

différences au profit de leur point commun : elles mettent en jeu la relation (duelle). Cette étude a donc l'immense intérêt de redéfinir les termes de la question posée et de l'enjeu thérapeutique. En effet, les définitions mêmes que se donnent lesdites approches sont contestées par l'étude qui indique, selon nous, non seulement qu'elles sont irréductibles les unes aux autres, et donc, du fait qu'elles se soutiennent de champs conceptuels radicalement différents, incommensurables, mais encore que les discours qui les soutiennent ignorent tout de ce qu'elles sont. Les termes dans lesquels ces approches se définissent d'être différentes les unes des autres, c'est-à-dire les termes qui les catégorisent, se voient balayés par cette étude qui indique que ce qui opère échappe à leurs champs notionnels. Notons tout de même que le choix méthodologique de laisser libre choix au praticien de la thérapie utilisée dans le strict cadre de l'approche individuelle (alors qu'il est imposé pour les approches groupales) indique en soi combien le singulier de la relation est reconnu par les expérimentateurs eux-mêmes.

Le constat que nous faisons, et que cette étude permet, est donc de l'ordre d'un déplacement dans la découpe même de ces approches non-médicamenteuses. Ce qui les sépare verticalement, chacune se définissant de n'être pas l'autre, peut l'être longitudinalement. La question devient donc celle de leur point commun. L'étude ETNA 3 les a rassemblées empiriquement dans le registre des Traitements non médicamenteux, les définissant ainsi comme ensemble formé négativement de n'être pas de l'ordre de la chimiothérapie. Nous souhaitons dire un mot de ce qui peut les rassembler théoriquement. Ces approches se définissent, selon nous, d'être des thérapies médiatisées. Qu'est-ce à dire ?

Dès lors que nous faisons d'un quelconque objet un média, nous indiquons qu'il est là pour articuler ce qui ne fait pas rapport entre un sujet et un objet (qui peut être un autre sujet). Ainsi, l'expression subjective se soutient du média, ou s'en révèle, mais ne s'y révèle pas. Pour exemple, le dessin d'enfant, dans la clinique psychanalytique, n'est en aucun cas un média. Bien qu'il puisse permettre à l'enfant d'entrer en relation avec son thérapeute, la facilitant en quelque sorte, l'interprétation qui en est l'objet ne se soutient aucunement d'une théorie du média. Au contraire, le dessin est, en soi, interprétation (et nécessite donc qu'un discours en émerge). Le dessin n'est pas un support à la parole, il est parole dans sa forme énigmatique, chiffrée. Il est condition nécessaire au déchiffrement, à l'interprétation. Le dessin se tient donc sur le même plan que la parole qui n'est pas un média de la relation thérapeutique. La parole est la modalité de déchiffrement de ce qui s'est chiffré de la pulsion. Nous reviendrons sur ce point dans le déroulement du présent travail.

Ainsi, cette étude révèle la fonction de médiation des approches non-médicamenteuses qui prennent peut-être leur nom d'être un mode d'administration, non plus d'une molécule, mais d'un objet subtil. La symétrie de cette définition en négatif donne ici à réfléchir. Le problème sur lequel les approches non-

médicamenteuses achoppent est donc de l'ordre du refus d'une définition du sujet. Ce problème se révèle simplement lorsque nous soulignons que le média qui est mis en jeu dans la relation ne dit rien de ce qu'il médiatise. Autrement dit, nous ne savons pas à priori au service duquel des deux sujets en présence il est introduit. Il nous semble que c'est strictement en ce point que la méthode scientifique résiste à prendre à elle ces thérapeutiques, et non pas du fait d'un quelconque biais ou d'une quelconque mollesse méthodologique. Cela devrait, plutôt que de tenter un forçage, nous alerter sur le caractère singulier de ce qui est mis en jeu. Si les approches médicamenteuses n'entrent pas dans les canons de la science, c'est peut-être que, radicalement, elles y échappent⁴¹. Le média a-t-il fonction dans le patient, est-il la pièce d'amorçage ou de suppléance qui manque au «fonctionnement» du sujet malade, ou-bien n'est-il là que pour permettre au soignant d'introduire autre chose, qu'en l'occurrence il ignore, et qui a à voir avec sa présence. Autrement dit, la question à laquelle la science, parce qu'elle rate son point de réel, ne peut répondre, est la suivante : Qu'est-ce qui fonctionne dans ce dispositif ? La question à laquelle il nous faudrait donc nous confronter est d'un autre ordre et fait intervenir le sujet comme tel : Pourquoi donc la science ne parvient-elle pas à répondre (à partir du croisement qui la fonde du modèle hypothético-déductif et de la preuve par l'absurde) à la question de savoir ce qui est réellement en jeu dans ces approches ? Pourquoi le réel qui s'en démontre, ne s'en déduit pourtant pas ?

Il nous semble que l'étude ETNA 3 en donne un élément de compréhension lorsqu'elle indique que le média n'est qu'un objet interchangeable (puisque les méthodes ne semblent pas se distinguer par leurs résultats dont pourtant, à partir de l'éthique de l'efficacité d'où elles parlent, elles trouvent validation) et qu'il est, à l'instar de l'objet freudien, ce qu'il y a de plus contingent à la relation. Nous trouvons donc, dans la relation duelle à l'autre, une définition du média plus essentielle : l'autre est le média par lequel le sujet en passe pour accéder à lui-même. C'est là la condition de son aliénation⁴². Nous tenterons donc d'indiquer que c'est justement le média, comme fonction, qui fait défaut au dément sévère. De ce fait, la médiatisation a toute sa valeur, à la stricte condition de la situer là où elle doit être, c'est-à-dire dans le sujet (dans son rapport à «l'autre de lui-même»), et non pas entre deux individus. Ainsi, la théorie comme la pratique prennent des voies différentes selon que l'on fasse usage de la notion d'individu ou du concept de sujet.

⁴¹ Le Pr Blanchard, neurologue et tenant français de l'approche de la «Validation», affirmait lors de sa conférence du 06 juin 2014 à l'Espace Ethique Méditerranéen que la non scientificité de ces approches était suspendue à la contingence du manque de moyens financiers dans cette branche de la recherche. Nous ne le pensons pas.

⁴² L'aliénation est à entendre ici non pas comme notion mais comme concept, comme étant le temps 1 d'une opération d'identification structurellement incomplète dont résulte un «manque-à-être», condition nécessaire de l'entrée en désirance.

II. LES MANIFESTATIONS DEMENTIELLES

«Les troubles ont remplacés les symptômes».⁴³

«Quand on a l'étiquette, on peut se passer de l'éthique.
On peut dire aussi que l'éthique, c'est la recherche d'une étiquette.»⁴⁴

Différents termes sont employés pour catégoriser et tenter de créer un ensemble homogène de manifestations pathologiques symptomatiques de la démence. Comme l'usage d'un signifiant n'est jamais sans effets sur la chose qu'il désigne, il est intéressant de se pencher sur les différentes appellations utilisées et sur leurs hypothétiques conséquences sur la pensée du phénomène. Immanquablement, l'emploi de tel ou tel terme implique sa définition et son paradigme. De fait, l'usage implique le choix, lui-même impliquant nécessairement le parti pris politique. Le terme le plus usité pour parler les manifestations pathologiques de la démence de type Alzheimer est «trouble du comportement». On retrouve ce terme dans la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) qui est la classification de référence publiée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). C'est donc largement à partir du comportement⁴⁵ que sont pensées les manifestations démentielles.

1. Les troubles du comportement

Ces comportements peuvent être perturbés, on les dira «troublés». Voici une liste non-exhaustive de ce qui peut être qualifié, dans le cadre de la démence, de «trouble du comportement» :

Le délire (généralement délire de persécution ou d'indignité), la peur de l'abandon, la fabulation, les hallucination, l'humeur labile (dépression, anxiété, dysthymie, athymie), les troubles du sommeil (angoisse nocturne, dyssomnie de l'endormissement ou du réveil, hypersomnie, clinophilie), l'agressivité verbale et non verbale, l'agitation (tasikinésie), les cris, l'opposition aux soins, l'errance immotivée et la déambulation (comportement de recherche, désorientation), syndrome de Diogène, accumulation d'objets, la désinhibition sexuelle, les compulsions, l'apathie, les troubles de l'appétit (hyper ou hypophagie), l'incontinence urinaire et/ou fécale, l'isolement, les Soliloques, les chutes, etc.

⁴³ GORI, Roland. *La fabrique des imposteurs*, LLL, 2013, p62.

⁴⁴ MILLER, J-A. *Le réel dans l'expérience analytique*, cours du 18 novembre 1998, p 3. (google drive)

⁴⁵ Le comportement est la partie observable qui constitue la réponse d'un être vivant à un stimulus.

De ce point de vue, la démence cause une perte de mémoire, une difficulté à concentrer son attention, une apathie, des chutes, de l'opposition, l'impossibilité de faire des opérations complexes, des cris, etc. Nous voyons que cet ensemble n'est pas homogène. Il peut rassembler dans la même catégorie une salivation excessive (trouble fonctionnel de la déglutition) et la peur d'être volé par un inconnu. Ainsi, le trouble du comportement n'a pas de cohérence interne et n'existe que d'être observable de l'extérieur. D'une part, le comportementalisme localise la «cause» à l'extérieur, d'autre part il ne reconnaît aucune existence à la notion d'intérieur. Le modèle comportemental est un modèle empirique qui ne traite que de la part observable de processus complexes (le comportement), non pas par incapacité de faire autrement, mais par principe. En effet, bien que Skinner et Watson aient une «approche périphériste» par impuissance, assumée comme transitoire, de faire autrement, quelque chose c'est construit là d'un discours qui a rendu impossible l'ouverture conjointe de cette «boîte noire» et la conservation de ce référentiel. Ainsi, lorsque Hull et Torman cherchent à définir des «variables intermédiaires» au schéma «stimulus-réponse», ils ne peuvent le faire qu'à considérer ces processus internes en tant qu'ils sont «psychophysiologiques». Le comportement ou la fonction, par essence cohérents à leur finalité, sont donc envisagés à partir de leur caractère d'adéquation ou de déviance. De ce point de vue, envisager une adéquation du comportement à la personnalité du sujet qui ne soit pas une adéquation à la réalité partageable est un non sens. La conséquence en est que la notion de trouble du comportement engage à une théorie du déficit et de la performance qui se déploie dans une réalité une et partagée (fusse-t-elle une réalité de signes). Il découle de cette bipolarité une idée de la norme qui est déterminante de la façon d'envisager le comportement. La rupture brutale ou insidieuse dans les manifestations comportementales vient signer une rupture d'avec l'usage qui s'était auparavant établi comme personnalité. En effet, un trouble du comportement se définit de rompre d'avec la norme que le patient avait fait sienne, et par extension, d'avec la norme des comportements que l'on a l'habitude d'observer chez les autres (par exemple, dans la perspective développementale, le groupe des enfants qui n'ont pas encore forgés leur identité sont comparés les uns aux autres).

Ainsi, le «trouble» est un facteur additionnel ou second à l'ordre qu'il perturbe. Il suppose donc l'ordre (ce que nous retrouvons dans le terme anglo-saxon «desorder») et l'interroge en tant qu'il est imposé de l'extérieur. Dès lors que l'ordre est établi, il est aisé de définir à quel moment le trouble s'y installe. Il n'est pas besoin d'interroger à quoi ce dernier est relatif, à quelles contraintes et exigences nouvelles il répond, quel type de réorganisation il nécessite, puisque l'ordre ancien fait référence. Il est pourtant possible de questionner l'organisation elle-même, sa structure et la possibilité qu'elle a d'être changeante, de trouver différents points d'équilibre dans le jeu des principes qui l'animent. Ce raisonnement est permis, entre autre, par la psychologie cognitive qui pour autant ne contrevient aucunement

à la notion de norme. C'est donc de cette philosophie normative que la notion de «troubles du comportement perturbateurs» semblent sourdre.

2. Les troubles du comportement perturbateurs

La HAS préfère aux autres la notion de «troubles du comportement perturbateurs». Selon elle, les troubles du comportement perturbateurs peuvent être déterminés par «*des facteurs écologiques et des facteurs propres à la personne ou à la maladie*»⁴⁶. Le discours sur la multi-factorialité ne va pas sans poser question et la HAS elle-même indique que les catégories dont elle se sert relèvent d'une «*distinction artificielle*»⁴⁷. D'une part, il est troublant de lire dans ce rapport d'experts qu'un comportement peut être le fait d'une personne ou d'une maladie. Constituer l'une et l'autre en unités distinctes pour y loger la cause déclenchante d'un comportement comme si elles étaient exclusives l'une de l'autre, avec des existences indépendantes, relève de la construction artificielle. De son propre aveu, la HAS indique qu'une telle découpe est insuffisante à comprendre, mais qu'elle permet de décrire. Il nous semble quant à nous que ce discours est déformant et qu'il comporte par delà son illusoire a-théorisme, nombre de présupposés qui, bien qu'ils s'ignorent parfois, ne sont pas sans conséquences pour la clinique. D'autre part et de la même manière, reconnaître les facteurs environnementaux, pondérant les «causes internes», en tant qu'ils seraient prédisposants ou déclenchants, ne nous dit rien des rapports qu'entretient une personne démente à son environnement. Ainsi, situer les déterminants des troubles du comportement dans «l'écologie» ou dans la «personne» du malade relève également d'une découpe abstraite qui constitue en unités autonomes ce qui se développe pourtant dans une nécessaire dépendance. Bien que, comme l'établit Aulagnier⁴⁸, cette séparation artificielle entre dedans et dehors nous permet de produire un discours sur l'objet de recherche, elle laisse nécessairement de côté tout un pan de l'expérience subjective par définition intransmissible. Cet enseignement, qui nous vient de Winnicott, dit comme la vie psychique du nourrisson est en prise directe avec celle de l'autre et que cette séparation en deux unités distinctes n'a de sens que pour l'observateur. Ainsi, A. Quaderi nous apprend, suivant cet enseignement, que le dément Alzheimer est un «individu-environnement» et nous permet de questionner autrement ce qu'est l'écologie d'un dément. Nous aurons à revenir sur le fait que l'environnement, dans

⁴⁶ HAS (Haute autorité de santé). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* dans Recommandations de bonne pratique, synthèse de Mai 2009.

⁴⁷ HAS, *ibid.*

⁴⁸ AULAGNIER, PIERA. (1975) *La violence de l'interprétation*, Le fil rouge, puf, 2010, introduction.

sa nécessité, ne peut être pensé qu'à partir de son instauration comme Autre. Alors, peut-on questionner les processus à l'œuvre dans un phénomène à partir de catégories qui n'ont pas d'existence en soi? Assurément, ce n'est pas un problème en science dure, pour laquelle c'est même un principe fondamental⁴⁹, pour autant le risque est grand, en science molle, d'y projeter sa propre esthétique transcendante.⁵⁰

Un autre problème est de comprendre de quelle logique l'ajout du mot «perturbateurs» se justifie-t-il. Selon la HAS, *«il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui»*⁵¹. Cette nomination insiste sur ce qui, du comportement, perturbe la personne ou autrui. En quoi sont-ils perturbés ? Le terme de «comportement perturbateur» ne le laisse pas entendre. Il est étonnant que cette conception ne fasse pas cas de savoir qui, du patient ou de son entourage, est perturbé. Il nous semble que cet entre-deux s'explique d'une référence tierce à un «ordre», voir à l'«ordre social» et défini le trouble en tant qu'il perturbe l'ordre. La situation du trouble chez le sujet ou chez l'autre qui fait son environnement, jouant de la forme active et passive du terme (est un trouble ce qui est troublé comme ce qui est troublant), présuppose inévitablement la notion d'une continuité naturelle entre individu et environnement, l'adéquation de l'un à l'autre et de fait, la possibilité de discriminer la déviance d'avec la norme. Cela nous l'avons déjà indiqué et nous aurons à définir en quels points une telle conception est insatisfaisante.

Pour commencer de faire un pas de côté, nous pouvons subvertir les termes de cette définition afin de l'amener à indiquer une confusion entre le patient et son entourage. Nous pouvons tirer le fil de deux acceptions différentes aux «troubles du comportement perturbateurs». Ils indiquent ainsi :

- Soit que les «troubles du comportement» sont perturbateurs
- Soit que les «troubles» sont perturbateurs du comportement

Il n'est pas inintéressant de subvertir l'emploi de cette notion en prenant parti pour la seconde définition que nous viendrions faire s'équivaloir à un «trouble perturbateur du comportement». En effet, l'usage du pluriel laisse ouverte la possibilité, dont nous nous saisissons, que l'adjectif «perturbateurs» soit relatif aux

⁴⁹ Le modèle ne fait émerger une vérité (analytique) qu'à l'intérieur d'une axiomatique définie. *«c'est cette dépendance du modèle vis-à-vis des hypothèses sur lesquelles il repose qui constitue sa principale « limite » et qui définit ses conditions de validité.»* (GZIL, Fabrice. *Problèmes philosophiques soulevés par la maladie d'Alzheimer*, thèse doctorale, 2007, p 217.)

⁵⁰ Au sens où Kant fait de l'espace et du temps deux principes a priori de la sensibilité. (KANT, Emmanuel. (1781) *Critique de la raison pure*, puf, 2012.)

⁵¹ HAS (Haute autorité de santé). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* dans Recommandations de bonne pratique, synthèse de Mai 2009.

troubles et non au comportement. Outre qu'il est redondant, ce choix sémiologique indique que le comportement est «perturbé» et non «perturbant». Le comportement serait donc entravé dans sa fonction communicationnelle de liaison entre espace interne et externe par les troubles. Il est possible de penser, à partir de ce postulat, que le «trouble du comportement perturbateur» perturbe l'espace qui lie le patient à l'autre et qui est l'espace de la relation. Ainsi, nous comprenons que ce sont les possibilités de relations qui sont compromises par les troubles du comportement perturbateurs. Ce serait, de ce point de vue, la relation qui serait perturbée et non pas l'individu. Un pas serait alors franchi en direction d'une idée de la relation qui, ne faisant pas rapport (naturel), se conjuguerait au singulier des contingences. Cette acception, si on laisse de côté le risque qu'elle représente de sous-estimer les comportements négatifs, (apathie, etc.) qui sont les plus courants et ne perturbent personne, nous semble donc faire une place intéressante à la notion de sujet.

3. Les «SCPD»

On trouvera dans la littérature différentes acceptions au terme de SCPD. Il est l'acronyme de «symptômes comportementaux et psychologiques de la démence» ainsi que de «symptômes comportementaux et psychiatriques de la démence». Il a le double intérêt d'introduire dans les deux cas le terme de symptôme et la notion de psychisme. Toutefois, ce terme distingue les symptômes de types comportementaux de ceux qui relèvent du champ psychologique ou psychiatrique. Il y aurait donc d'une part les symptômes comportementaux tels que l'agressivité physique, les cris, l'agitation, l'errance, les comportements inappropriés, la désinhibition sexuelle, l'accumulation d'objets, les jurons, ou encore l'apathie. Il y aurait d'autre part les symptômes psychiatriques tels que l'anxiété, l'humeur dépressive, les hallucinations et les idées délirantes. Ce distinguo semble être le produit d'une opposition artificielle entre deux notions issues de deux champs théoriques hétérogènes l'un à l'autre. En effet, d'un côté la bipartition entre symptôme comportemental et symptôme psychiatrique/psychologique semble indiquer une complémentarité interne. D'un autre côté, cet ensemble semble s'opposer aux troubles cognitifs. Or, les théories comportementales et cognitives trouvent elles-mêmes à se rejoindre dans l'éviction de la détermination psychique.

Nous pouvons dépasser cette opposition à considérer le terme psychiatrique comme indiquant une nomenclature plus qu'une théorie du psychisme. L'apparente opposition ne serait alors qu'une apposition observationnelle. Ainsi, l'agressivité (résistance agressive, agressivité verbale ou physique) ; l'agitation (marcher sans but, faire les cent pas, errer, être agité, refaire sans cesse les mêmes gestes, se vêtir/ se dévêtir et souffrir de troubles du sommeil) ; la psychose (Hallucinations, délire,

mésidentification) ; la dépression (Tristesse, pleurs, sentiment d'impuissance, faible estime de soi, anxiété, culpabilité) ; l'apathie (Repli sur soi, absence de motivation, perte d'intérêt)⁵² ne seraient que des entités observables. L'usage du mot «psychologique» à la place de celui de «psychiatrique» a donc une connotation toute différente puisqu'il ne renvoie pas à une nomenclature empirique mais directement à la notion de psychisme. Il sort le terme de SPCD de l'ambiguïté dans laquelle il est du fait qu'il désigne parfois la même chose sous deux angles différents (ex : apathie observée et dépression supposée), en même temps qu'il souligne d'autant plus l'incompatibilité foncière, territoriale, entre théorie du comportement et théorie du psychisme, c'est-à-dire en dernière analyse, entre somato et psycho-genèse. Ainsi, bien que tout à fait insatisfaisante, cette notion a la vertu de poser la question du déterminisme avec plus de tranchant que celle de trouble. Elle nous semble en effet permettre de fonder le déterminisme ailleurs que dans le corps, désavouant le finalisme qui faisait l'horizon de la pensée classique avant les Lumières et qui devait trouver son contrepoids chez certains commentateurs du «libre arbitre de la volonté» augustinien⁵³.

Avançant par petits pas vers un traitement psychanalytique de la notion de déterminisme, nous ne faisons pas de la libre détermination la caution, la «formation réactionnelle», du déterminisme (divin comme matérialiste). Ainsi, Ricœur indique au sujet de la psychanalyse que : *«Cette conviction que le psychisme n'est pas un chaos, mais présente un ordre caché, en même temps qu'elle a suscité la méthode d'interprétation, a renforcé l'explication déterministe ; comme le dit Jones au début de son livre, «jamais Freud ne devait abandonner le déterminisme pour la téléologie»*^{54, 55}.

⁵² MC CRACKEN, Peter N ; M,D ; FRCPC ; KAGAN, Leon ; M.D. et PARMAR, Jasneet ; MBBS. *Reconnaître et traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, dans La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, Septembre 2009, vol 12, n°1, en ligne <http://www.stacommunications.com>, p 4.

⁵³ Voir «*De libero arbitrio*»

⁵⁴ RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006, p 97.

⁵⁵ Telos = cause finale

4. Les «SPCD»

L'IPA⁵⁶ retient en 1996 le terme de SPCD («signes et symptômes psychologiques et comportementaux de la démence»⁵⁷) pour désigner les symptômes non cognitifs. Ils se définissent d'être *«les signes et symptômes d'un dérangement de perception, du contenu de la pensée, de sentiments ou de comportements fréquemment retrouvés chez les patients atteints de démence»*⁵⁸. Ces signes et symptômes peuvent, selon l'IPA, être regroupés en différentes catégories non-exclusives les unes des autres selon le but recherché :

- Soit par les symptômes psychopathologiques (les syndromes psychotiques ou dépressifs, etc.)
- soit par les fonctions affectées (troubles du sommeil, trouble de la conduite alimentaire, etc.)
- soit par les comportements altérés (la déambulation, l'agressivité, etc.)

Cet anagramme, proposant une inversion de ses termes (relativement aux SCPD), et bien qu'il donne la primauté à celui de «psychologique», ne prétend qu'à un usage descriptif et ne semble pas apporter de valeur ajoutée.

Nous trouvons dans la littérature une autre lecture, sous la forme de «symptômes psycho-comportementaux de la démence», qui signe par la présence d'un trait d'union une intrication étroite de ses termes. Ainsi, le «SPCD» crée une pseudo-unité du psychisme et du comportement. De fait, elle ne semble plus s'inscrire, au contraire des «SCPD», que dans une seule et unique opposition : celle d'avec les troubles somatiques et apparentés, c'est-à-dire neurologiques et cognitifs. Les manifestations symptomatiques seraient, de ce point de vue, soit d'ordre neuro-cognitif, soit d'ordre psycho-comportemental. Relativisons cependant ce que ce terme permet de raffermissement de l'opposition qui le fonde en indiquant qu'il reste, selon nous, assez insuffisant à porter une théorisation claire. En effet, si nous rapprochons les modèles cognitifs et comportementaux l'un de l'autre, l'illusoire opposition cède sa place à l'empirisme psycho-physiologique que nous décrivions dans le chapitre précédent.

Ainsi, c'est au même titre que les notions de SCPD et de SPCD introduisent le terme de «symptôme» qui se définit, dans son acception classique ou médicale, de

⁵⁶ International Psychogeriatric Association

⁵⁷ FINKEL, S.I ; COSTA, E ; SILVA, J ; COHEN, G ; MILLER, S ; SARTORIUS, N. *Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment*, International Psychogeriatrics, 8, suppl 3, 1996, p 497.

⁵⁸ FINKEL, S.I ; COSTA, E ; SILVA, J ; COHEN, G ; MILLER, S ; SARTORIUS, N. *Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment*, International Psychogeriatrics, 8, suppl 3, 1996, p 497.

s'opposer à l'objectivité du «signe clinique». Le symptôme est ce dont le patient, subjectivement, se plaint. Or, nous savons que les SPCD qui interviennent dans la phase sévère de la démence ne sont pas l'objet des plaintes des patients. Nous n'y avons pas pour autant un accès objectif. De fait, la subjectivité du signe ne semble appartenir qu'à l'observateur qui a un discours sur ce qu'il perçoit du malade. Cette subjectivité du percevant peut tout à fait être conditionnée à un manque d'objectivation et espérer trouver les moyens d'y insérer à terme ce qui pour l'heure échappe et donne l'illusion du fait subjectif. Toutefois, quand bien même le SPCD n'est pas un symptôme au sens psychanalytique, un signal (donné à voir) ou un symbole (donné à voir autre chose que ce que le signe préfigure par sa présence), mais seulement un signe, il a l'avantage de laisser vacante la possibilité d'une intériorité inaccessible à l'observateur. C'est en ce sens un symptôme. Ainsi, bien que l'usage du terme SPCD restreigne, peut-être à raison, la valeur du dit symptôme et qu'il ne ferme pas définitivement la voie aux tentatives d'objectivation, il permet tout de même de penser le comportement à partir d'un déterminisme qui ne se laisse pas trop vite saisir.

5. Les symptômes «dans» la démence

J. Pelissier propose une variation intéressante au terme de SPCD en substituant à la préposition «de» qui définit la démence comme étant la source du symptôme, la préposition «dans» qui indique une inclusion, sans rien dire de la causalité. Ainsi, la notion de «symptômes psycho-comportementaux dans la démence», bien qu'il risque de créer le sentiment d'une juxtaposition purement corrélative entre les termes, permet d'éviter l'écueil de la subjectivation de la maladie. La formulation «symptômes psycho-comportementaux de la démence» laisse en effet ouverte une voie de glissement, d'incertitude quant au sujet de la proposition. La question se pose alors de savoir si c'est le dément ou bien la démence qui est affublée de ces symptômes ? Quelle sens donner à la préposition «de» ? Qu'implique le génitif ? Si nous posons la démence comme sujet de la proposition, lui laissant résorber à elle seule le champ de la cause du comportement, nous évacuons de fait toute considération ayant trait à la vie psychique de la personne malade. Au contraire remarquons que la préposition «dans», en plus de limiter le risque de subjectiver la maladie en la faisant «cause» du comportement, introduit l'idée d'une topologie qui invite à penser une topique de la démence. Nous retrouvons cette notion topologique dans la phrase d'Esquirol : *«Ceux qui sont en démence ont perdu la mémoire»*.

Dans la mesure où ces vastes registres de manifestations nous semblent faire réponse à une dynamique psychique qu'il reste à définir, nous prenons le parti de les nommer a priori «symptômes psycho-comportementaux dans la démence» (SPCD).

Bien que nous aurons à nous démarquer d'une telle conception, il nous semble qu'elle est le point de départ le plus sain que ne puissions trouver. Nous pourrions également utiliser à certains endroits le terme de «manifestation» qui nous semble également approprié à insister sur ce fait que le comportement est la part expressive d'un jeu complexe, que ce dernier soit adressé ou non. De fait, l'extériorité comportementale, commune à plusieurs sujets, ne dit rien de leur intériorité et des radicales différences qui les caractérisent. Si la notion de trouble ne dit rien du sujet, celle de symptôme, même si nous n'en faisons pas dans ce cadre un concept, insiste sur ce qui se manifeste du singulier.

Pour cette raison, nous maintenons dans ce travail le terme de démence, bien qu'il ait disparu du DSM pour être remplacé dans la version 5 dudit DSM par le terme : «trouble neurocognitif majeur». Du reste, le signifiant «démence», ayant eu à recouvrir différentes notions, a l'avantage de donner à entendre sa filiation d'avec la psychiatrie classique, dont l'ouverture nous semble plus fertile de pensées en mouvement que la photographie objectivée du DSM (même si notre idée de la démence sévère ne s'inscrit en aucun cas dans aucune des acceptions de «l'aliénation mentale» sous le chapeau de laquelle P. Pinel a pu en son temps penser la démence aux côtés de la manie, de la mélancolie et de l'idiotisme).

III. LE PARI DU SUJET

1. Etre dément ou avoir une démence

Afin de poser les termes de la réflexion, il convient dès maintenant d'affirmer que la maladie «démence» ne dit rien de l'être dément qui porte en lui ses propres déterminismes. Pour Michel Poncet *«Les critères diagnostiques de démence utilisés aujourd'hui ne tiennent pas compte de ce qu'est le dément mais de ce qu'il a comme déficits.»*⁵⁹ Toujours selon lui *«Un patient victime d'une affection cérébrale, habituellement irréversible, qui présente des troubles cognitifs responsables d'une altération de son autonomie (...) est qualifié de dément. Cette définition en extension certes très utile dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques ou d'essais thérapeutiques (...) ne peut suffire pour la prise en charge de ces patients.»*⁶⁰

⁵⁹ PONCET, Michel. *L'Être Dément: L'approche phénoménologique comme accès à "l'essence de la façon de vivre" de la personne démente*, Université d'été Alzheimer, en ligne <http://www.espace-ethique-alzheimer.org>, 2012.

⁶⁰ PONCET, Michel. *ibid.*

Le fait de penser «être malade» ou au contraire de penser «avoir une maladie» indique quelque chose de la position subjective du malade. Dans la mesure où le sujet ne construit pas ces positions seul, il est admis que le choix du vocabulaire se fait également, peut-être prioritairement, en fonction de ses effets sur l'autre. Ce que l'autre en pense détermine la déontologie et la pratique. Celui qui est malade est soigné, inversement celui qui a une maladie se voit proposer un remède contre la maladie. De même, celui qui est malade est identifié à cette qualité, tandis que celui qui a une maladie reste relativement préservé de cette identification. Ces différents rapports, qu'ils en passent par l'être ou l'avoir, ont des effets différents sur chacun pour la raison que chacun se détermine très différemment quant à l'être et l'avoir. Or, le discours de la psychiatrie moderne, insiste sur le caractère de «l'avoir». Il est possible de dire «il a une démence», comme de dire «personne avec démence» ou «démence avec troubles apparentés». Cette volonté d'écarter l'être au profit de l'avoir culmine avec la dernière mouture du DSM qui écarte le terme de démence lui-même pour l'organiser en faisceau syndromique. Sans plus discuter les bienfaits ou les méfaits de cette entrave à l'identification, il nous semble que l'usage du verbe «avoir» nie le fait que la démence sévère est une affection qui participe intégralement de «l'être». Cette distorsion de l'être engage le sujet à ne plus pouvoir se dire malade. Ainsi, le verbe «avoir» est utile à qualifier la maladie neuro-dégénérative, du point de vue du dire de l'autre, mais ne dit rien de l'être qui est par elle changé et qui ne peut «se dire». L'usage du verbe «être», plutôt que d'interroger la maladie, nous permet de rencontrer le patient au point exact où il est malade. La démence est de telle nature qu'à son stade le plus avancé elle ne permet pas de considérer que la maladie s'adjoint à l'être de manière purement additionnelle ou soustractionnelle. Considérer au contraire un «être dément» équivaut donc à considérer que «l'être au monde» puisse prendre des formes multiples, plus ou moins permissives ou douloureuses, mais jamais synchroniques de l'ordre du monde. C'est-à-dire que la notion «d'être dément», comme telle, révoque l'idée même d'un être au monde qui, délesté des constructions pathologiques adjuvantes, s'emboîterait parfaitement à l'objet qui le satisfait.

Si pour un large spectre de la psychopathologie «*les diagnostics sont très précieux parce qu'ils donnent une cause*»⁶¹, il n'en va pas ainsi dans le champ de la démence sévère. En effet, il nous faut considérer que le dément sévère se tient en deçà des identifications secondaires. Ce dernier semble donc ne pas pouvoir se fabriquer un symptôme autour de ce qui se donnerait à lui comme cause (au contraire des sujets traversant les stades débutants et modérés de la maladie).

Que dit-on lorsque l'on dit de quelqu'un qu'il a une démence ? Au nom de quoi et pour qui le disons-nous ? Le sujet en démence sévère se tient dans une

⁶¹ LAURENT, Eric. *Nouveaux appareillages du corps*, MENTAL, Revue internationale de psychanalyse, Octobre 2013, p 202.

immédiatisation du rapport qui implique qu'il ne puisse répugner à l'idée d'être identifié à une pathologie qu'il aurait. Son être au monde ne s'articule pas en ces termes. Alors, dire d'une personne sévèrement atteinte qu'elle a une démence ne semble pas pouvoir rendre compte de son expérience subjective dans la mesure où elle ne peut pas se sentir autre que la maladie qui la caractérise. La notion d'atteinte démentielle n'a de prise sur le sujet qu'à ce que puisse se constituer un extérieur comme espace différencié de l'être et que de cette opération de perte primordiale émerge un lieu, qu'il soit intériorité ou pure surface sensible, qui soit, d'être topologiquement caractérisé, virtuellement atteignable. C'est selon nous le défaut de différenciation qui rend impropre l'expression «atteinte démentielle» à définir l'expérience démentielle aux stades les plus sévères. Nous dirions donc que la catégorie de l'avoir, en sus d'empêcher la saisie du comportement en tant qu'il est une manifestation de l'être dément, est en l'occurrence une abstraction déraisonnable eu égard à l'expérience démentielle sévère. Nous nous proposons donc de resserrer notre approche pour questionner les effets de changement, voir de dissolution de l'être dans la démence.

2. Fonction du discours et discours de la fonction

Les troubles d'ordre cognitifs s'expliquent de la défaillance somatique. Ainsi, trouve à se constituer une cohérence interne au discours sur la fonction cognitive qui semble s'attacher à expliquer, à créer un discours de l'outil cerveau. Il y a là une cohérence interne à faire de l'organe un outil qui sert une fonction, laquelle, dans un jeu d'interrelation, fonctionne ou non. Ce modèle ne produit pas seulement un discours ; il en est un. De ce point de vue, la fonction est le discours de l'organe⁶². Il nous semble d'ailleurs trouver au fondement de cette pensée rationaliste la certitude éprouvée d'un «rapport» sans reste de la forme à la fonction (dans son essentialité). La «fonction cognitive», qui nécessite un substratum et dont l'usage a des effets sur ce dernier, serait ce rapport. Il est donc possible de créer une dimension, fonctionnelle, qui semble posséder, du fait de cette cohérence interne du discours qu'elle produit, une certaine autonomie au regard de la vie psychique.

La fonction faisant, par définition, partie du tout y est par essence adéquate. Cet empirisme matérialiste pose ainsi la question de l'unicité des déterminants causaux et donc de l'adaptation à l'environnement. Ainsi, aux vues de ce que la

⁶² Le discours se définit d'être l'émanation d'un sujet pris dans une adresse. Ainsi, «le fonction serait le discours de l'organe» au sens où la manifestation fonctionnelle, produisant un «Je» (je pense, je vois, je comprend, etc.) dans un dit implicite, implique l'organe au pôle subjectif dans son adresse à l'environnement dont il n'est pas découplé. La fonction cognitive, traduisant terme à terme «l'appareil corps» pour en dégager de nouvelles lois d'articulations et d'interrelations, nous semble ainsi n'en appeler à aucun ailleurs. Ce discours se définit donc d'une détermination bouclée, fermée.

clinique quotidienne accueille «d'inadaptation» évidente de l'Homme à son monde, il n'est possible, à se revendiquer de ce causalisme, que de penser en terme d'adéquation et de déficit, de bon programme et de bonne réponse. Qu'il soit matérialiste ou non, neurologique ou cognitiviste, ce causalisme exclut le psychisme au profit de la chimie qui le véhicule ou bien des interrelations fonctionnelles qui s'en dégagent. De ce point de vue, les progrès de l'imagerie, imaginarisant toujours plus ce qui trouve à se marquer sur nos écrans, tendent à faire passer la trace pour la cause. Ainsi, comme le relève M. J Del Volgo: *«En extrapolant à l'extrême et dans une nécessité de diagnostique, les partisans du roc biologique originaire pourraient concevoir que toute pathologie pourra un jour s'expliquer en ces termes. Au jeu du diagnostic différentiel, la théorie de l'inconscient ne peut qu'être perdante.»*⁶³

Dès lors que nous adhérons à ce matérialisme, il est bien difficile d'y intégrer toutes les manifestations d'ordre subjectif. L'angoisse, la colère, la joie, l'intérêt et le désintérêt, le goût esthétique ou encore la douleur morale n'y trouvent pas leur place et s'y constituent comme reste, déchet. Dès lors, il faut les réintégrer dans l'ordre de causalité qui fait la cohérence du système de pensée fonctionnaliste et les réduire à leur qualité de comportement. Ainsi, il est possible de le ramener dans les raies des déterminants causaux des fonctions cognitives et d'épingler le comportement comme étant une continuité mécanique d'un mouvement nécessaire⁶⁴. Ce discours sur le comportement exclut donc par principe, non seulement la «causalité psychique», mais par extension logique, le psychisme comme tel⁶⁵. Il nous intéresse donc de souligner que ce qui lie la forme et la fonction ne va pas de soi et que peut être la «fonction» a-t-elle d'autres visées que de fonctionner. La mémoire est-elle faite pour se souvenir ? Le langage est-il fait pour communiquer l'information ? Rien de moins sûr !⁶⁶ Peut-être que quelque chose, incidemment, parce que la cause matérielle n'est pas cause finale⁶⁷, a pu en détourner l'usage.

La psychanalyse lacanienne subvertit le discours de la fonction en inversant les termes. Ce qui se constitue comme déchet, ce «reste» produit dans le non-rapport, est le noyau insu du discours. C'est à partir de cette non-congruence que la fonction prend valeur d'articuler après-coup ce qui ne fonctionne pas. Le langage n'a pas fonction (de réussite ou de saisie de l'objet coextensif), il est fonction (de ratage).

⁶³ DEL VOLGO, Marie-José. (1997) *L'instant de dire*, érès, 2012, p 113.

⁶⁴ A la manière dont Hobbes a pu le poser. Voir le chapitre premier du Léviathan.

⁶⁵ Voir ici la notion de «boite noire» qui caractérisa (après-coup) le modèle béhavioriste.

⁶⁶ Remarquons que la théorie classique de l'évolutionnisme, qui fait encore référence aujourd'hui, nie toute relation causale, au sens de la cause finale, de la forme à la fonction.

⁶⁷ Dans l'*Ethique à Nicomaque*, Aristote identifie quatre causes dont la plus importante serait la «cause finale» qui implique que toute chose se fonde et se motive de son but. La psychanalyse, produisant un déterminisme autre, s'inscrit en contre de ce Telos.

C'est à partir de la coupure d'avec l'organe que ce dernier est récupéré dans le discours. «L'objet a» fait donc fonctionner sa délégation dans le discours. Il n'y a donc pas discours de l'organe, mais discours par l'organe. Au delà du rapport imaginaire ou de l'imaginaire du rapport, un «réel» chute pour se faire cause de la dimension symbolique. La fonction ne prend donc pas sens dans l'organe. C'est l'organe qui prend fonction dans le discours (symbolique). (Autrement dit, la fonction phallique, comme champ de fonctionnement du discours, supplée au réel du non-rapport.)

3. Le sujet de la clinique

Ce travail de recherche vise à amorcer une réflexion sur la démence à ses stades les plus avancés à partir des outils de la psychanalyse. Cette démarche naît d'un constat qui est avant tout un constat institutionnel : la démence objecte à la prise en charge à partir de ses symptômes dits «associés» ou «troubles du comportement», que nous épinglons ici de SPCD. Pour ce que nous en observons, les difficultés de vivre, qui se déclinent en difficultés à faire, mais aussi à faire avec les autres, à être et à être avec les autres, sont traitées comme autant d'obstacles à la prise en charge qu'il faut résorber, attendrir, ou encore, à défaut, avec lesquels il faut composer. La question de l'objet de la prise en charge reste cependant relativement opaque, en règle générale définie par une place idéale, non questionnée, délimitée négativement par ce qu'il n'est pas possible de faire. L'éthique qui se dégage de «l'objet soin» est donc une éthique du rapport soignant/soigné, du sujet du soin à l'objet du soin. Que ce rapport rate, au lieu où pourrait émerger la question de savoir ce qui dans l'objet fait ratage, permet de maintenir l'idéal d'une réussite. De ce point de vue, les «troubles associés» à la démence ainsi que les troubles cognitifs sont ce par quoi la prise en charge rate. Il arrive également qu'ils deviennent eux-mêmes «objet du soin». Ainsi, les deux principaux discours que nous avons rencontrés sur le terrain institutionnel sont, pour prendre l'exemple fréquent d'une-dite «opposition» : soit que le «trouble» est considéré comme tel d'entraver le soin, soit qu'il est l'objet, direct et univoque, que le soin devra faire céder. Soit «l'objet du soin» est masqué derrière ce qui entrave le soin, soit il est cette entrave elle-même. Ainsi, en appelant à leurs corollaires, bien que la réalité vienne systématiquement faire démenti et peut-être pour cette raison là même, soit l'idéal soignant (sujet du soin) est maintenu, soit le soin comme idéal est maintenu. Quelque chose s'oppose au rapport soignant/soigné qui le maintient, en filigrane, dans l'entier bloc de son idéalité. De ce point de vue, «l'opposition» n'est jamais perçue comme étant une modalité du rapport, une déclinaison partielle, position prise face à la contingence de la rencontre. Nous pensons que cette exigence de rapport peut être à l'origine d'une grande agressivité institutionnelle à l'encontre de tout ce qui viendrait faire

séparation, coupure, c'est-à-dire rencontre (tuché), au sens de son caractère d'inattendu, hasardeux, voir traumatique. Ainsi, tant la pensée des équipes soignantes que les constructions singulières des patients sont étouffées par un discours insu du «rapport» qui semble ne se donner à voir que dans ses formes corrompues d'opposition, d'agressivité, de conduites et d'humeurs immotivées, de comportements aberrants, perturbateurs, etc. Autant de déclinaisons de l'automaton Aristotélicien où se voile et se répète la tuché et sa pointe de jouissance.

La pratique de soin en unité spécialisée dans la prise en charge de patients déments, en particulier Alzheimer, s'accommode relativement bien de la perte de mémoire des patients. Non seulement l'architecture et le soin lui-même sont pensés en termes de palliatifs à cette fonction déficitaire, mais encore il semble que la perte de mémoire comme telle ne fasse pas obstacle au travail. Elle est le travail. Les équipes déploient donc leur savoir-faire pour prendre à eux la fonction mémoire, pour la supporter. Que le patient ne puisse maintenir dans le temps son vécu expérientiel ne pose, en règle générale, pas problème. Que les objets quotidiens, dans lesquels un sujet peut venir à se reconnaître et à partir desquels il peut parler, voir désirer, ne viennent plus enrichir le Moi de leurs traces n'enraye en rien la mécanique du soin. Ce ballet se déploie sans anicroche dans la mesure où ce que l'un ne peut plus soutenir est supporté par l'autre. Autrement dit, dans une telle clinique, il est proprement impossible de faire de l'un et de l'autre des objets différents, que leur relation, en premier lieu par l'opérateur du langage, séparerait. Ce qui est appréhendé par le discours commun du côté de la notion triviale de «maltraitance» est souvent le résultat de cette non séparation. Ainsi, l'écriture à deux mains de la relation de soin ne s'écrit-elle plus, s'effaçant derrière les conduites quotidiennes qui consiste pour le sujet soignant à employer le «on» indifférencié «On va prendre la douche» (Mais qui donc ?), à supposer un savoir partagé «Venez avec moi, on y va!» (Mais où donc ? Comment le sujet soigné pourra-t-il le savoir autrement que par une opération magique ?), à pousser un fauteuil roulant sans avertir de sa présence, etc. Opération engageant le sujet soigné à n'être qu'une extension du corps d'un autre, d'un savoir et d'une volonté eux-mêmes aliénés aux soignants qui fonctionnent sans plus subjectiver leur fonctionnement. L'objectalisation de l'autre est le chemin le plus court vers sa propre réification. Certainement la perte de mémoire du patient détermine-t-elle très largement ce type de relation. Ainsi, dans certaines conditions extrêmes, mais néanmoins quotidiennes, la perte de mémoire du soigné devient-elle le principal levier de l'acte soignant. La question qui conviendra à celui qui veut saisir la logique d'une telle relation en son mobile sera alors : au nom de quelle jouissance des sujets que tout sépare se rencontrent-ils en cette extrême pointe de fusion où ils s'annulent ?⁶⁸

⁶⁸ Il y a, pensons nous, beaucoup à comprendre des enjeux soignants, bien que ce ne soit pas notre propos ici, à appliquer aux professionnels du soin l'hypothèse que nous proposons dans ce travail de l'absence délétère de coupure, de séparation dans le vécu des patients.

Au contraire des «troubles de la mémoire», certaines manifestations objectent à la synchronie morbide que nous observons sur le terrain institutionnel. Même lorsque ces dernières sont motivées par le dit trouble lui-même, elles sont pourtant considérées comme autre, ressortissant d'un autre champ ; celui des «troubles associés». Il nous semble, c'est une hypothèse de travail, que cette séparation empirique ne peut trouver son fondement ailleurs que dans le champ de la subjectivité, de ce qu'il marque la différence ou la ressemblance, le rapport ou la fusion, l'objection ou l'objectalisation. C'est à ce niveau d'opposition, de résistance, que nous souhaitons appréhender ces phénomènes et enraciner notre discours. Nous souhaitons déployer quelques conséquences logiques de l'usage de la notion de sujet, en suivre quelques-unes des incidences, pour saisir ce qui de la pratique pourrait s'en préciser.

Nous sommes confrontés à un double mouvement du discours moderne sur la démence. D'abord, la démence est abordée par son versant somatique, neuro-dégénératif. Ce premier axe de pensée permet une classification rigoureuse de la «souffrance du système nerveux central» et de ses effets d'expression comportementale. Ensuite, sur ce même modèle, une psychopathologie peut être dépliée visant également la classification. A suivre ces méthodes cliniques, certains postulats théoriques se dégagent immanquablement qui ne sont pas sans conséquences dans la pratique, loin s'en faut. Nous tenterons donc de démontrer comment les difficultés dans la prise en charge ne peuvent être pensées, à faire l'économie du sujet, qu'en terme d'échec et de réussite sans jamais pouvoir indiquer ce qui, dans cette opposition, est l'objet de la réussite ou du ratage. Ce voile nous semble être la transposition dans la pratique de ce qui du fonctionnement démentiel est recouvert du «binarisme» de l'échec et de la réussite. Ainsi, théorie et pratique clinique sont intimement liées. D'une part une théorie implique toujours une position clinique, d'autre part la position clinique qu'il est supportable à un sujet d'emprunter (au regard de son mode de jouir) déterminera ses choix théoriques, les échos qu'il souhaite y retrouver, les découvertes, les nouveautés dont il est prêt qu'elles ébranlent ses défenses, démasquent l'objet de ses mises en jeu, le colonisent, enfin le transforment.

Nous pensons que la pratique clinique dans le champ particulièrement violent de la démence nécessite pour le supporter une accroche ferme, voir un transfert à la théorie. Il convient de savoir si le «sujet», comme concept, a sa place dans la théorie, afin d'en mesurer les effets sur la technique clinique. Il nous intéresse donc de poser la question de la subjectivité dans l'expérience démentielle sévère à différents titres. En effet, l'introduction, à partir du champ de la psychanalyse, d'une réflexion sur le «sujet» dans la démence se motive de deux grandes nécessités :

- produire une théorie intégrative qui puisse rendre compte du fonctionnement de ce qui est largement pensé à sa marge, comme dysfonctionnement.

- produire une clinique qui soit en mesure d'intégrer ses effets de présence, c'est-à-dire d'avoir affaire avec un objet subjectivé.

Si nous cherchons à définir le sujet, nous n'avons pas d'autre accès que de poser qu'il est ce qui objecte à sa définition. Il est, tel que Lacan le décrit, «*celui qui fiche le bazar dans tout protocole antérieur à sa rencontre avec lui*⁶⁹». Ainsi, une clinique qui prenne en compte le sujet n'est pas une clinique qui doive composer avec, pallier à ses effets en les contrebalançant, mais une clinique qui comprenne le sujet comme élément intrinsèque. Le sujet ne peut se définir en dehors de son actualisation dans la rencontre. La clinique doit donc considérer que le sujet est pris dans le mouvement même qui l'appréhende et inclure les effets de rencontre avec le sujet au sein même de son approche. Cette inclusion, elle ne peut l'opérer qu'à considérer le sujet lui-même comme effet (et non comme cause qu'on a le choix d'inclure ou d'exclure du champ de recherche). Ainsi, une clinique qui ignore les effets du sujet s'engage d'une part à faire avec de nombreux points aveugles, incompréhensibles, et d'autre part, quand bien même elle trouverait une résonance, voir une résonance thérapeutique chez ledit sujet, à ignorer les coordonnées de ses opérateurs. «*Nous appelons sujet ce qui, par définition, se rit de tout classement*»⁷⁰ et de fait se rit de la clinique au sens médical, classificatoire. La démence neuro-dégénérative en est un parfait exemple au titre où elle échappe très largement aux tentatives de classification. Il nous semble donc que ce qui rate dans la prise en soin ne doit pas être considéré comme un supplément de problème faisant incursion de l'extérieur dans l'appareillage relationnel, mais comme étant cet appareillage lui-même, qu'il faudra problématiser pour entrer, enfin, dans le champ de la thérapeutique comme telle. Quelque chose de la démence, voir de «l'être dément», résiste à la classification. Nous faisons l'hypothèse que c'est le «sujet» lui-même.

4. L'au-delà de la clinique

Ainsi, il y aurait une autre clinique, une «clinique du sujet». La «*clinique du sujet*»⁷¹ pour F. Leguil est «*la clinique d'une impossible certitude quant à la validité de cette clinique*». Cet impossible relève intrinsèquement de la clinique et n'est déterminé par aucun effet d'incapacité qui pourrait trouver à se résoudre par une trouvaille future, par une nouvelle classification. L'incertitude est fonction et fonctionnement de la clinique du sujet. «*«L'au-delà de la clinique» indique qu'il n'est possible de réfléchir à la pratique qu'à la condition de se tenir en un point qui*

⁶⁹ LEGUIL, François. *Quelle clinique pour quel traitement ?*, Retranscription audio de la conférence «Psychopharmacologie et psychanalyse» à Lausanne le 01.02.2014, Blog «Lectures Freudiennes».

⁷⁰ LEGUIL, François. *ibid.*

⁷¹ LEGUIL, François. *ibid.*

n'est pas celui qui permettrait de classer.»⁷² C'est au titre où la clinique elle-même s'en déduit, que nous ne pouvons pas faire l'économie du sujet, et non pas simplement au titre d'une éthique de la responsabilité ou de la valeur universelle du sujet. Le pari pascalien qu'A. Quaderi fait sien dans la clinique de la démence n'est pas à situer au commencement de la pratique, comme postulat humaniste. Au contraire, A. Quaderi le situe au centre de sa praxis. Il fait de ce pari, bien qu'il le situe «*devant le néant qu'inspire la présence du dément*»⁷³, un élément qui va «*faire jouer une interlocution entre le dément et le clinicien*»⁷⁴ (soulignés par nous). Ce pari de la persistance du sujet dans la démence est nécessité par la clinique elle-même. Il est l'organisateur nécessaire sans lequel le clinicien se voit contraint de laisser une frange importante des manifestations démentielles à la marge, non seulement de sa compréhension, mais également de son champ d'action. Nous aurons à démontrer que le pari du sujet n'est pas à situer unilatéralement chez celui qui le prend, comme supposition contre-transférentielle prudente. Il ne s'agit pas d'un «au cas où» ; c'est de faire ce pari que le sujet advient d'en être causé (par l'Autre). A écarter le Sujet des lois probabilistes dans lesquelles la modernité le prend et le contient, et à poser (ce qui dans notre champ n'est pas irraisonnable) que «la foi précède le miracle»⁷⁵, il est alors possible de rendre à «la dimension psychique» sa valeur germinale. A substituer comme nous le faisons la valeur performative de l'existence à l'essentialisme béat, Blaise Pascal ne nous semble pouvoir, du cynisme mathématique où il a trop souvent été réduit⁷⁶, trouver à nous contredire. Nous souhaitons donc, dans cet écrit, donner place au sujet pour la raison que le sens des manifestations démentielles sévères ne nous semble pouvoir s'appréhender qu'à partir de lui. Esquirol écrivait en 1805 : «*Que de leçons précieuses celui-ci (le médecin) ne reçoit-il point ! (...) dans leurs (les aliénés)*

⁷² LEGUIL, François. *Quelle clinique pour quel traitement ?*, Retranscription audio de la conférence «Psychopharmacologie et psychanalyse» à Lausanne le 01.02.2014, Blog «Lectures Freudiennes».

⁷³ QUADERI, André. *La psychanalyse au risque de la démence*, Cliniques méditerranéennes, n°67, 2003, p 33.

⁷⁴ QUADERI, André. *ibid.*

⁷⁵ Voir L'évangile selon Saint Jean, dialogue sur l'eucharistie, «La parole et le pain», chapitre 6, versets 51 à 58. A la question «comment croire en Jesus si l'on a pas vu de ses yeux ses miracles ?», Jean répond que certains qui ont vu, n'ont pas pour autant crus en Jesus. Il nous semble qu'une même logique puisse être appliquée à la question de l'existence de l'inconscient, ou du moins, à celle des effets (thérapeutiques) de la «cure par la parole». «Croire» en l'inconscient serait donc un prérequis, non pas à l'existence de l'inconscient, mais à la reconnaissance de ses effets, cette reconnaissance ayant elle-même des effets (inconscients). Autrement dit, l'inconscient ne serait inconscient freudien qu'à partir d'un certain discours pris dans une époque et dans un nécessaire mouvement. Le Sujet (hystérique) marquerait ici son échappée d'objecter sans cesse à la théorie et d'en nécessiter la refonte.

⁷⁶ La foi dont Pascal dit qu'elle ouvrira les portes du paradis n'est pas une «mauvaise foi», elle est foi authentique et en ce sens transforme radicalement l'être de celui qui la choisit.

*gestes, dans leurs mouvements, dans leurs regards, dans leurs propos, souvent dans des nuances imperceptibles à tout autre, il puise la première pensée du traitement qui convient à chacun.»*⁷⁷ Ainsi, la «solution thérapeutique» ne peut pas se déduire en dehors de la relation singulière. Dans ce cadre de pensée, la preuve de l'existence subjective ne s'obtient qu'à partir de ce que les prévisions ratent. Les équipes soignantes ne s'y trompent pas et doivent être écoutées avec attention lorsqu'elles indiquent : *«Il a ses jours, des fois ça marche, des fois ça marche pas»*. Cette fonction du ratage appartient au sujet tel que nous l'envisageons. C'est-à-dire, in fine, qu'il est impossible de systématiser un traitement du sujet dément⁷⁸ pour la raison *«qu'on appelle sujet ce qui explique que ça ne marche pas»*⁷⁹. Le sujet, actualisé par sa parole, est celui dont on ne peut décider de ce qu'il est («décider, étymologiquement, c'est couper en tranchant, couper court»⁸⁰). C'est là le non (nom) du sujet : Quelque chose résiste qui est le sujet lui-même. A la question : qu'est-ce qui se manifeste dans la démence ? Nous répondrons : le sujet ! Nous restons à en donner une définition. Cela nous semble pouvoir mettre à la question le statut de l'éviction du sujet dans le champ des réflexions sur la démence. Consécutivement, il nous faudra saisir ce que les manifestations démentielles mettent en jeu, ce qu'elles sont comme mode de traitement, et enfin, ce qui les traite.

⁷⁷ ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. (1805) *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Thèse de médecine, p 7.

⁷⁸ Nous verrons que cette systématisation devient possible, opérante, à mesure que le sujet s'éteint.

⁷⁹ LEGUIL, F. *Quelle clinique pour quel traitement ?*, Retranscription audio de la conférence «Psychopharmacologie et psychanalyse» à Lausanne le 01.02.2014, Blog «Lectures Freudiennes».

⁸⁰ LE COZ, Pierre. *Petit traité de la décision médicale*, Seuil, 2007, p 182.

DEUXIEME PARTIE

Le sujet en démence

I. DE LA CONSCIENCE DU SUJET...

*«La chaîne des causes et des effets remonte toujours plus haut.
Chaque nouvelle découverte passe pour le moteur de la machine.
Puis elle apparaît à son tour comme un effet, lui aussi en quête
de sa cause (qui apparaîtra, elle aussi, comme un effet, etc.).
L'organisme est démonté sans que se pose la question du sujet
qui l'anime.»⁸¹*

«Il n'y a pas de remède qui soit écrit dans une ordonnance.»⁸²

*«Les moyens pharmaceutiques ont été livrés à l'empirisme (et)
le traitement moral a été presque entièrement perdu de vue...»⁸³*

Esquirol (1805)

1. La psychologie et sa méthode

Nous partons d'un fait psychologique : l'observateur naïf d'un comportement humain infère que ce dernier est la manifestation d'un «sujet» (au sens commun du terme). Intuitivement, la cause du comportement se situe donc du côté d'un isolat, d'un individu, certes en interaction, mais qui est la source de production, la cause de ce qu'il manifeste au monde. De fait, le comportement humain n'est pas que signes à interpréter, mais signification. C'est-à-dire que l'observateur suppose l'existence du sujet lorsqu'il a affaire au comportement. Notre observateur naïf inférera l'existence dudit «sujet» qu'il s'y manifeste activement, ou bien qu'il n'en ait aucune connaissance. Ainsi, le comportement traduit ou trahit quelque chose de «l'être», que le sujet s'y implique consciemment ou non. Pour autant, la psychologie se fonde-t-elle nécessairement de saisir «l'être» dont le comportement serait la manifestation ? En effet, la psychologie ne peut-elle pas se maintenir dans la dimension unique de l'observable, quitte à ne pouvoir accéder à certains déterminants, pour produire un plan de compréhension qui emporte ses règles propres et ses réseaux de correspondances ? En effet, n'avoir affaire qu'à l'observable, systématiser ces observations, puis inférer sur les chances statistiques d'associer telle réponse à tel stimulus, permet de construire un modèle scientifique prévisionniste et inductiviste. A priori, nul besoin de comprendre d'où le phénomène émerge et de quoi il s'oriente pour le prévoir. De ce point de vue, que l'usage de

⁸¹ POMMIER, Gérard. (2004) *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, 2010, p 385.

⁸² Miller, Judith. Interview pour ADN CULTURA, 8 décembre 2009, dans «Tout autre».

⁸³ ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. (1805) *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Thèse de médecine, p 8.

l'introspection soit «aussi peu utile à la psychologie qu'elle l'est à la chimie ou la physique», comme l'affirme Watson (inventeur du béhaviorisme), ne nous semble pas contestable. «Le phénomène peut être étudié et décrit en tant que tel, car il est absolument indicatif de lui-même.»⁸⁴ Ainsi, un tel discours qui rabat l'être du phénomène, raison transcendante et nominaliste, sur le seul plan d'une traduction phénoménale, n'a que faire de «l'être» qui n'est pas articulé de manière causale aux étants qui apparaissent. Il convient donc de savoir si le comportement est la traduction d'un fait psychique, auquel cas sa lecture peut se jouer au plan unique de sa manifestation phénoménale, jusqu'à sécréter un ordre de compréhension à partir duquel la réalité du psychisme comme concept puisse même être déniée ou réfutée, ou bien si le psychisme s'articule de manière plus lâche d'avec ses manifestations, auquel cas il faudra tenir un discours sur ce plan de causalité qui échappe à toute réduction de l'être à l'étant. Ainsi, le psychisme comme «lieu de la cause» peut être envisagé de différentes façons qui auront des effets radicalement différents sur l'acte et le discours du connaître :

- Soit la causalité psychique est le dernier bastion d'un «animisme» dont la science ne reconnaît pas la légitimité.
- Soit elle est irréductible au comportement.

Selon Ricœur, délinéant la spécificité et le point de vue du Behaviorisme à partir de son exigence opérationnaliste : «la théorie psychanalytique ne marque pas, au point de vue épistémologique, un progrès décisif sur l'animisme et ses succédanés (démon, esprit, homoncules, personnalité)».⁸⁵ Skinner⁸⁶, que Ricœur reprend, indiquera à ce sujet que «Le schème explicatif de Freud suit le modèle traditionnel qui invite à chercher une cause du comportement humain à l'intérieur de l'organisme» induisant une «fiction traditionnelle d'une vie mentale». Autrement dit, la question que nous posons du sens du comportement démentiel sévère se fait inévitablement soit sur fond et position épistémologique de la considération d'une intériorité psychique comme lieu de la cause, dont il convient donc de questionner, quant à la démence sévère, les modalités de réalisation, soit sur la croyance que la causalité subjective des manifestations individuelles n'aurait pas d'autres assises que la croyance en la causalité subjective des manifestations naturelles (vent, jour, nuit, etc.) dont elle serait coextensive, auquel cas elle doit être révoquée par le discours et la méthode scientifique. Nous ne voyons à priori pas d'objection à la critique de Ricœur puisqu'il concédera lui-même que Skinner, en

⁸⁴ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 12.

⁸⁵ RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006, p 372.

⁸⁶ SKINNER, Burrhus Frederic. (1954) *The foundations of science and the concepts of psychology and psychoanalysis*, dans «Minnesota studies», vol 1, éd par Herbert Feigl et Michael Scriven, Univ of Minnesota Press, 1956, p 79-80.

rabattant terme à terme la psychanalyse sur une définition opérationnelle, passe à côté de ce que l'interprétation analytique a d'essentiellement différent dans ses présupposés, sa méthode et ses effets. Ainsi, Ricœur indique que : «*pour l'opérationnalisme, seuls entrent en considération des changements de l'organisme rapportés à des variables de l'environnement*». ⁸⁷ De ce point de vue, la cause est reléguée à l'extérieur. Le risque éthique direct en est que «*pour la vision médicale dominante, la maladie (soit) pensée comme exogène: elle frappe de l'extérieur le malade, sans que les singularités de celui-ci n'aient à être prises en compte*» ⁸⁸. La psychanalyse quant à elle, faisant du corps un avoir non réductible à l'organisme, engage à penser que la ligne de démarcation entre intérieur et extérieur ne ressort d'aucun «donné naturel». «*Le corps c'est le langage qui le décerne*». ⁸⁹

Ainsi, d'une part la génération spontanée est irrecevable scientifiquement, d'autre part la relégation de la cause à l'extérieur, bien qu'elle permette de modéliser le comportement, laisse à sa marge le champ du psychisme. Le paradigme classique «intérieur/extérieur» semble donc trouver ses limites générales dans la notion d'interrelation et ses limites spécifiques dans le fait que cette bipartition est violemment mise en cause par la démence. A ne pas questionner le rapport subjectif à l'un et à l'autre de ces espaces exclusifs, une part du phénomène reste donc inexplicée. Cet inexplicable, en sus de garder sa part d'ombre à l'objet, risque de corrompre tout examen qui ignorerait ses effets dans sa méthode même (volontairement ou non). Ce jeu de positionnement théorique questionne de fait les modalités projectives de la connaissance, leur implication dans le fait psychique et la possibilité pour la science de les soustraire à l'opération de savoir ou non. Il nous faut donc déterminer le lieu d'où les spcd nous enseignent sur le sujet afin de moduler ces positions générales, de les subvertir ou de les renforcer. Ainsi, avant de questionner les manifestations démentielles, nous tenterons de débrouiller l'épistémé dans lequel nous sommes amenés à penser le comportement des déments sévères. Il conviendra donc de savoir si ces derniers ont une cause qui en appelle à l'ordre subjectif.

2. L'objectivité de la connaissance

Il n'est pas sans effet, ni sans fondement, que la notion de «psychologie» soit polysémique et désigne à la fois le fonctionnement psychique et la science du psychisme. Cette notion est le lieu d'une confusion entre «traduction psychique de

⁸⁷ RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006, p 372.

⁸⁸ RIGAUX, Nathalie. *Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer*, dans «Etudes», 2012/6 tome 416, §

⁸⁹ LACAN, Jacques (2001), *Radiophonie*, dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2004, p 409.

l'expérience» qui est un savoir subjectif et «traduction de l'expérience psychique», qui est un savoir scientifique, ou magistral, c'est-à-dire que le terme même de «psychologie» implique une confusion entre le chiffage de la jouissance dans le signifiant et le déchiffage par le discours du maître.⁹⁰ Cette plurivocité semble donc indiquer un redoublement de l'expérience du «discours intérieur» par le «discours sur le psychisme», dont il nous faut déterminer si elle est intrinsèque à l'objet ou contingente. Autrement dit, il convient de savoir si le sujet et l'objet de la «science psychologique» sont confondus afin de savoir ce que la science saisie et comment doit-elle le saisir ? Se pose ainsi la question de la scientificité de la méthode (psychologique).

L'avènement de la psychologie scientifique répond à la nécessité d'éviter les biais expérimentaux dus à des variables aléatoires au premier rang desquels, l'inévitable idiosyncrasie individuelles, voir la subjectivité de l'observateur. La visée de la psychologie scientifique, à l'instar de la science dure, est donc d'éviter les phénomènes d'interprétation subjective. Ce positionnement conditionne non pas seulement la vision que l'observateur a de l'objet, il conditionne également toute la technique. C'est-à-dire qu'il faut non seulement dépouiller les principes d'inférence (dont l'induction critiquée par Popper) et d'interprétation de la subjectivité supposée de l'objet, mais également de celle de l'observateur. Il existe des modèles qui permettent de retrancher la subjectivité des processus objectivement en jeu. La méthode d'observation passive, les statistiques, les groupes contrôles, le double aveugle, peuvent évacuer ces «variables indépendantes». Ainsi, la falsifiabilité⁹¹ devient, avec Popper, le fondement d'un rationalisme nécessaire à l'édifice scientifique. Popper en reconnaît cependant les limites lorsqu'il s'agit d'appliquer ces méthodes aux sciences dites humaines⁹².

Il s'agit donc pour la psychologie scientifique de ne pas retrouver dans son objet le sujet qui observe, ni non plus dans le sujet, l'objet observé. Il convient de comprendre ce refus d'identification comme la nécessité de retrancher l'expérience subjective à la connaissance. A ce titre *«la science est une idéologie de la*

⁹⁰ Le «Discours de l'analyste» est l'alternative lacanienne à ce paradigme. Toutefois, la psychanalyse, mise à l'épreuve de la démence, trouve également sa limite dans ce quelle n'opère qu'à partir de la parole. Nous y reviendrons.

⁹¹ ou réfutabilité, dont la traduction française est moins juste mais plus «parlante».

⁹² Remarquons que l'exigence exorbitante de la méthode scientifique transposée au soin à la personne confine à l'absurde lorsqu'elle prescrit au soignant, selon la méthode du double aveugle, d'ignorer la thérapeutique qu'il engage. Cette méthode, pourtant nécessaire à la validité scientifique, est parfaitement inapplicable à des fins thérapeutiques (sitôt qu'elles engagent la parole). Plutôt qu'à trouver des aménagements plus ou moins mous, il nous semble impératif de saisir et de questionner pourquoi la relation de soin, ou plus justement, la relation comme soin, met un point d'arrêt définitif à toute scientification de la psycho-thérapeutique.

suppression du sujet.»⁹³ Pour Francois Leguil «*Le sujet qu'il s'agit de chasser, c'est-à-dire de forclure, c'est le sujet de la clinique, autrement dit le clinicien (puisque le malade est l'objet de la clinique).*»⁹⁴ Une certaine posture scientifique indiquerait donc qu'il faille enrayer en soi ce qui doit être trouvé chez l'autre pour le mieux voir.

3. Le fantasme d'auto-détermination

Ainsi, toute la construction théorique classique du sujet, bien qu'elle en appelle en filigrane à l'autonomie créatrice du sujet, ne la nécessite pas ou plutôt la produit en négatif, la révoque après l'avoir supposée. C'est-à-dire que l'attention, le choix, le souvenir catégoriel que le «sujet» met en place dans l'acte de connaître, n'implique pas qu'il se soit soustrait à la «nécessité». Alors, au regard de cette thèse, la démence n'aurait-elle pas fonction de démonstration dans la mesure même où, en la suspendant à la contingence de la neuro-dégénérescence, elle en infirme l'universalité ? Cette identité de la subjectivité à la liberté que chéri l'homme moderne serait donc si précaire qu'il lui faudrait trouver, dans la réalité, quelques confirmations ?

Ainsi, la démence, révoquant in vivo la thèse de l'indétermination (psycho-comportementale), se ferait lieu négativé du maintien du fantasme d'autodétermination. Cette vision du déterminisme impliquerait donc la non-nécessité de définir le sujet que le comportement révèle ou, peut-être plus encore, la nécessité impérieuse de n'avoir pas à le définir, c'est-à-dire l'évitement d'avoir à le définir comme assujetti. La psychologie scientifique ne révoquerait donc pas, comme nous l'affirmions premièrement, l'existence subjective du dément, mais elle écarterait la notion de «sujet» elle-même de sa prise au champ du discours scientifique, pour la mieux maintenir dans «l'idéal». Selon nous, son application à la démence permettrait, en refusant à priori l'existence d'un sujet dément sévère, de maintenir ensemble à la fois la «nécessaire détermination de l'être» et de préserver sans trop de risque (c'est-à-dire sans trop d'angoisse) le fantasme (naïf) de la «libre détermination subjective».

Selon N. Rigaux, élève de Platon, «*Les altérations neuropathologiques*», loin de causer de manière linéaire les manifestations démentielles «*font fonction de cause*», alors même que «*la corrélation statistique entre ces altérations et les signes*

⁹³ LACAN, Jacques (2001), *Radiophonie*, dans «Autres écrits», Paris, Seuil, 2004, p 437.

⁹⁴ Retranscription audio de la conférence «Psychopharmacologie et psychanalyse» à Lausanne le 01.02.2014. F. Leguil «Quelle clinique pour quel traitement ?» Blog «Lectures Freudiennes».

cliniques de la maladie», dans un sens comme dans l'autre, «*n'est pas parfaite*»⁹⁵. Elle insiste également sur le fait reconnu que «*chez un même individu, une fluctuation temporelle des symptômes est aisément repérable*»⁹⁶. Si, selon elle, les chercheurs ont des difficultés à remettre en question leur intérêt quasi exclusif pour la neuropathologie des troubles, c'est au titre qu'«*un vieil idéal de la connaissance scientifique les en retient*»⁹⁷. «*Pour ceux-ci, les faits doivent être contrôlables pour être connaissables : n'importe quel chercheur doit voir de la même façon n'importe quel fait du même type. Être contrôlable, c'est être visible, marquant le corps, d'où un privilège de l'organique à «causer». Et cette cause, toujours conformément à ce même idéal, doit être unique, affectant de façon linéaire son effet*».⁹⁸

4. La passion de méconnaissance

La passion de méconnaissance, pour reprendre Lacan, qui fait une certaine catégorie de l'intuition immédiate lorsqu'elle est motivée par la défense, en même temps qu'elle est un ressort de la science du fait même que celle-ci progresse de s'adosser à ce qu'elle tente de méconnaître⁹⁹, tendant à situer la «cause première» dans la réalité, n'est pas étrangère à ce «vieil idéal». En résulte une éviction du «sujet de l'inconscient» au profit d'un autre déterminisme qui situe «la cause» du côté de la loi naturelle, faisant ainsi de l'Homme une marionnette continuiste des lois universelles, de ses causes et de ses effets. Il en résulte, dans l'histoire de la science, le rabattement du désir et du caractère de contingence de ce qui le cause sur la nécessité naturelle (c'est-à-dire instinctuelle). Le modèle de «l'animal machine» sécrète ici une «psychologie mécaniste»¹⁰⁰. Du reste, comme le souligne A. Vanier s'attachant à la «passion de l'ignorance» chez Lacan, le discours scientifique daté s'articule toujours à un mode de jouir par lui méconnu. «*La cause surgit toujours en corrélation du fait que quelque chose est omis dans la considération de la connaissance, que quelque chose est précisément le désir qui anime la fonction de la*

⁹⁵ RIGAUX, Nathalie. *Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer*, dans «Etudes», 2012/6 tome 416.

⁹⁶ RIGAUX, Nathalie. *ibid.*

⁹⁷ RIGAUX, Nathalie. *ibid.*

⁹⁸ RIGAUX, Nathalie. *ibid.*

⁹⁹ Il est intéressant d'aller lire avec cet éclairage le livre de Foucault «*Histoire de la folie à l'âge classique*» qui donne à voir la succession des paradigmes qui s'enchaînent les un après les autres dans le déplacement de ses oppositions dialectiques, formant une modulation de discours qui jamais ne s'articulent au réel.

¹⁰⁰ FOUCAULT, Michel. (1972) *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, coll TELL, Liège, 2010, P 201.

connaissance.»¹⁰¹ Ainsi, si l'on souhaite attraper quelque chose d'une vérité du discours scientifique qui lui soit englobante, une méta-épistémologie, «*Il reste sans doute à écrire une histoire de l'ignorance*».¹⁰² Il nous semble donc qu'il n'est pas d'autre moyen pour saisir la démence sévère que de mettre à mal l'idée même d'une «libido sciendi» pour la raison que l'observateur n'est jamais totalement dégagé de sa propre subjectivité. C'est parce que le discours de la science vise, par essence, à réduire ce qui résiste, «*visant à écrire un savoir dans le réel*»¹⁰³ qu'il ne peut rien savoir de ce qui le motive. Autrement dit, le «refoulement Freudien» qui conditionne le «sujet de l'inconscient» est refoulé par la science qui, de fait, n'en veut rien savoir. Cette mise hors jeu du fait subjectif est «*exactement ce que Lacan appelait la forclusion du sujet en tant qu'articulé au langage, comme effet du discours de la science*».¹⁰⁴ La pensée d'un sujet déficitaire dans son incarnation serait donc le revers du maintien des attributs idéaux d'un sujet essentiel. Ainsi, le matérialisme moderne semble avoir préservé «l'essence» là où il vise sa réduction.

Cette tendance contradictoire, congruente au matérialisme de la modernité, expliquerait en partie que la démence soit si peu abordée en tant que psychopathologie, c'est-à-dire en tant qu'elle serait possiblement capable d'éclairer de l'intérieur la psychologie humaine (d'en donner une définition en compréhension), mais qu'elle l'est au contraire largement en tant que lieu où cette psychologie s'efface, produisant ainsi et ne nécessitant plus qu'une définition «en extension» de cette dernière. «*Dans ces conditions, la démence est contribution pour penser la mort. Penser la mort du patient, c'est penser sa propre mort et l'inévitable déclin.*»¹⁰⁵ De fait, le manque que le dément semble présenter renvoie au «manque à être» de chacun. Il sera parfois possible à l'accompagnant de s'en aider pour ouvrir les yeux sur sa propre condition, parfois, la violence extraordinaire de se dévoilement le conduira au déni, voire à l'agression. «*La démence est, d'une certaine façon, une occasion idéale pour éprouver toutes les formes de finitude avec lesquelles l'individu doit composer. Envisagée avec paisibilité et suffisamment d'humanité, elle devient contributive pour penser en général et pour penser la mort en particulier.*»¹⁰⁶

¹⁰¹ LACAN, Jacques (1962-1963). Le Séminaire, Livre X, *L'angoisse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2004, p 251.

¹⁰² VANIER, Alain. *Passion de l'ignorance*, dans «Cliniques méditerranéennes», 70-2004.

¹⁰³ LAURENT, Dominique. Préface au «*Choix du partenaire*» par PASCO, Dominique, Lussaud, 2014, p 14.

¹⁰⁴ LAURENT, Dominique. *ibid.*

¹⁰⁵ PELLERIN, Jérôme. *La démence, obstacle ou contribution pour penser la mort ?*, Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer, EREMA, janvier 2011, p 1-8.

¹⁰⁶ PELLERIN, Jérôme. *ibid.*

5. L'adéquation du sujet

La notion de «trouble du comportement» organise la catégorisation de manifestations symptomatiques au titre de leur effets et non de leur déterminants. Ainsi, il est pensable, à partir de ce discours, que les comportements inadéquats puissent être la réponse adéquate à une mauvaise perception du monde. L'appréhension du monde étant biaisée, la réponse comportementale ne peut être adéquate à l'environnement. A aller voir ce qui se passe dans la «boîte noire», il est possible d'identifier et d'isoler les processus à l'œuvre dans le traitement de ces informations. Nous sommes rendus ici au niveau d'une théorie de la fonction. Cette position implique d'envisager le psychopathologique comme comportement adéquat à une fonction déficitaire. Ce qui ne peut plus être envisagé comme essentiellement inadéquat, l'est fonctionnellement. L'être serait inchangé, tandis que le déficit des fonctions cognitives lui rendrait l'accès au monde difficile. Ce discours, qui pense l'organisme à partir de son efficace, participe donc de l'émergence du champ notionnel des « troubles d'ordre cognitifs ». L'approche cognitive redoublerait, à ce niveau, celle comportementale sans en subvertir le discours. Le constructivisme du discours sur la multifactorialité et sur les facteurs déclenchant ou favorisant de l'environnement, qui ont été arrachés à la neurologie où ils avaient légitimité scientifique, nous semble n'y rien changer. Ainsi, il nous semble que c'est à deux titres forts différents (qu'il nous faut départir l'un de l'autre) que la science se passe de la notion de subjectivité dans un très large spectre des recherches sur la démence. En effet, il doit continuer de nous paraître étonnant que la notion de subjectivité soit évacuée du champ démentiel par les méthodes elles-mêmes, qui ne prennent pas en charge la notion de subjectivité (non cohérente à leur champ), en même temps que l'étiologie ou la disparition du fait subjectif est imputé à la maladie et son potentiel de destruction. Cette convergence discursive se révèle paradoxale dès lors que nous examinons la question au-delà de sa réalité empirique. Soit, la notion de sujet n'a pas d'existence, soit le sujet est atteint dans la démence. Dans tous les cas, ces deux hypothèses ne peuvent coexister. C'est pour la raison même que les modèles (scientifique s'il en est) ne sont pas des objets de la réalité et ne peuvent être validés par cette dernière que la réalité de la maladie ne peut en aucun cas valider un quelconque discours scientifique. Les modèles ne trouvent jamais, même au plus haut degré de leur construction, qu'une cohérence interne. Nous retrouvons là l'échec du projet Russelien de produire l'équation des équations, de mettre dans un sac le sac qui contient tous les sacs. Nous voyons donc logiquement avec le discours Lacanien, indiquant que l'Autre n'a pas d'Autre et se tient dans l'impossibilité structurale d'avoir le dernier mot sur la vérité, qu'un réel est soustrait au savoir. Ainsi, il ne va pas de soi que de penser que la démence présentifie ce que le discours scientifique avance : le sujet n'existe pas. En tout cas, cette convergence, plutôt d'ordre intuitive, doit prendre fonction quelque part. Il ne nous semble pas opérant,

nous venons de l'indiquer logiquement, qu'elle valide ou révèle la réalité. Elle doit donc valider quelque chose qui participe d'une autre dimension, qui est la «vérité»¹⁰⁷ et qui, contrairement à la première, a à voir avec le fait subjectif qu'elle désavoue. Elle semble donc produire une contradiction au sein même de cette dimension, c'est-à-dire totalement déconnectée de celle dont elle se réclame qui est le champ de la réalité objective et qui, à prendre valeur discursive, peut être épinglée comme «démenti»¹⁰⁸. Voilà peut-être la source, la cohérence logique, trouvée ailleurs que là où elle prêtant être et tirant son énergie d'une autre nécessité, non pas naturelle, mais subjective. Nous faisons donc l'hypothèse qu'en plus d'être coextensive d'une atteinte cérébrale, la démence implique chez l'observateur la nécessité de penser (à tort ou à raison) que le «sujet» y est altéré ou radicalement détruit. Ainsi, la neurologie, pour laquelle la notion de subjectivité n'est introduite que dans certains travaux très marginaux¹⁰⁹, est un discours, valide, sur le corps et la maladie du corps. Or, le modèle neurobiologique s'applique particulièrement bien à la démence dans la mesure où ce qui échappe à son champ semble être révoqué par l'atteinte démentielle. Mais l'exportation de ce modèle hors de son champ d'analyse ne peut pas prétendre entraîner avec elle la légitimité qui la fonde. Le fait que la démence soit toute indiquée pour ouvrir son vaste champ aux conquêtes de la psychologie scientifique doit être mis à la question. Que la notion de «sujet» ne puisse être saisie comme «objet scientifique» n'en invalide pas l'existence, mais seulement l'existence scientifique. Le placage de ce discours sur la «réalité objective», comme inexistence du sujet, masquant ainsi sa qualité discursive en même temps qu'il invalide l'idée selon laquelle le discours est réalité, produit un énoncé qui ne se fonde que d'un déplacement. Ce discours nous pouvons le condenser : «Si le dément n'est pas sujet, c'est qu'il n'en a plus les moyens», puis en déplier la part préconsciente (voir inconsciente) : «Si le dément n'est pas sujet, c'est qu'il n'en a, au contraire de tous les autres, plus les moyens». Mais alors, «*que devient celui qui «perd la tête» aux yeux de ceux qui définissent leur humanité par leur performances cognitives ?*»¹¹⁰.

Nous postulons que la démence sévère semble démentir l'intuition selon laquelle la subjectivité équivaldrait à la conscience réflexive. C'est en ce point qu'elle impact, très généralement, l'autre qui s'y mire et nécessite, pour contrer l'angoisse, de produire une parade qui sera de l'ordre, lorsque la fuite n'est ni préférée ni

¹⁰⁷ Le vrai ne prend fonction que dans l'opposition paradigmatique au faux. Il est, par essence, discursif.

¹⁰⁸ Au sens Freudien de négation d'un savoir inassumé.

¹⁰⁹ Sur ce point voir : POMMIER, Gérard. (2004) *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, 2010, p 385-391.

¹¹⁰ RIGAUX, Nathalie. *Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer*, dans «Etudes», 2012/6 tome 416.

possible, d'une construction intellectuelle. Celle-ci peut s'attacher à dénier complètement les qualités particulières de la vie psychique démentielle, en prêtant ses propres idées ou ses propres sentiments à l'autre dément, ou bien au contraire à retirer à ce dernier la qualité de «sujet». Deux positions réactionnelles à la rencontre d'une personne lourdement atteinte semblent se dégager. La première, naïve, consiste en la projection de ses propres idées et sentiments en la personne démente, c'est-à-dire en la retrouvaille, chez l'autre, des traits de sa propre subjectivité. L'autre, se fondant de refuser ce biais éminemment subjectif, se définit d'être scientifique et consiste dans l'idée que la personne démente sévère n'est pas «sujet». Ces deux positions, celle naïve ainsi que celle scientifique, ne nous conviennent pas pour la raison qu'elles nous semblent toutes deux sourdre d'une même définition du «sujet» qui résulte de ce que nous nommerions volontiers un biais classique (c'est-à-dire porté par la philosophie classique et repris par la psychologie scientifique). Nous avançons également que ce biais, loin de résulter d'une erreur de jugement, nous paraît servir les intérêts inconscients retirés de la promotion d'une communauté «infra-subjective».

6. L'être et son expression

De fait, une telle position épistémologique invalide formellement la désignation des manifestations démentielles par la notion de symptôme dans son acception «d'expression pathologique de l'être». En effet, de ce point de vue, le «déficit» se loge dans le défaut ou le biais d'outillage d'un être indivisible et inaltérable. L'être, en tant qu'il fonctionne et s'adapte, se cacherait donc toujours derrière un défaut d'expression. Le symptôme dans une telle conception n'est que le signe d'un déficit. Il est formellement impensable, de ce point de vue, que l'être s'y exprime. L'être y serait quantitativement, plus ou moins exprimé, mais ne s'y exprimerait pas. Ainsi, à part à supposer un simple feed-back, une prise de conscience du sujet de ce qu'il manifeste ou de ce qu'il ne parvient pas à manifester, il n'y a pas de raison que le trouble change la qualité de l'être du sujet. Comme le sujet dément sévère n'est plus crédité de cette «capacité» réflexive, il n'y a aucune raison que le trouble cognitif dise quelque chose de l'être. Ainsi, la gêne, voir l'angoisse, que suscite le commerce avec des sujets en démence sévère ne serait pas dû au fait qu'en eux l'observateur ne peut retrouver la commune humanité, mais que, bien au contraire, c'est la vérité de l'humaine condition (d'aliéné) qui fait retour sur l'observateur qui le contraint à l'évitement et la méconnaissance. Seraient ainsi mises en place des modalités diverses de défenses face au risque d'identification, au sens d'identification d'une altérité qui, ne pouvant être soutenue, est rapportée au même ou bien radicalement niée. *«La disqualification du discours du dément risque toujours de disqualifier notre propre parole, ce qui démontre combien le dément*

attaque notre narcissisme.»¹¹¹ Pour cette raison, soit je sais ce qu'il pense, soit il ne pense pas.

Lacan sur ce point, indique dans son séminaire VI que «... *Lorsqu'on entame une psychologie qui se prétend scientifique, on commence par poser qu'on va faire du simple behaviourisme, autrement dit, qu'on va se contenter de regarder ce qui est là devant soi en se refusant surtout à toute visée d'identification*»¹¹². Le comportement, lorsqu'il est appréhendé en termes de significativité et non de signifiante, permet donc à celui qui l'observe de noyer dans l'expression la multitude de ce qui s'exprime. L'Homme partage l'humaine condition avec les autres hommes, mais sa vie psychique est toujours singulière. De fait, certains comportements humains sont convergeant du fait même qu'ils sont pris dans ce qui, au sens de la limite (Ananké), définit la vie. Nous nous accordons donc avec D. Laurent lorsqu'il indique que : «*L'un des symptômes de notre civilisation est de vouloir réduire à tout prix le symptôme dans sa particularité à un trouble dans sa généralité, le trouble n'étant plus que la trace d'un sens commun perturbé*»¹¹³. Le suicide par exemple, ne peut en aucun cas être considéré comme une catégorie univoque au titre qu'il est une conduite. Le rapport ou le non-rapport à la mort est différent pour chacun. Lorsque différents sujets se dirigent vers un même comportement, ils puisent là dans le répertoire limité de la tragédie (qui est une dimension discursive), mais ils le font à des titres différents, ainsi que sur des plans de signification ou d'absence de signification différents. C'est-à-dire que «l'objectivité» ne doit pas être confondue avec une absence de point de vue, mais indique que ce qui se donne à l'observation est «le point de vue de l'objet» (en tant qu'il est saisi par un sujet). D'abord, ce qui est posé là comme objet est passivé, résultat d'interactions auxquelles il ne prend part. Ensuite, plutôt que de produire du neutre, la méthode produit une neutralisation, autrement dit l'objectivation est objectalisation. Ainsi, l'objectivité diluant le sujet dans le nombre statistique ou la catégorie comportementale, loin de le détruire, lui permet l'économie d'avoir à se retrouver dans l'observation et préserve donc, par un mouvement insu et contraire, son image idéale. Le sujet se terre donc d'autant plus au creuset de l'observation scientifique qu'il n'y risque pas son dévoilement. Bien que la créativité dans la recherche puisse se trouver vivifiée par cette fantasmagorie souterraine, ce qui la motive reste insu.

La dialectique Hégélienne (Dialectique du maître et de l'esclave) nous aiguille à penser une subversion de ce que la psychologie scientifique semble faire lorsqu'elle

¹¹¹ PELLERIN, Jérôme. *La démence, obstacle ou contribution pour penser la mort ?*, Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer, EREMA, janvier 2011, p 1-8.

¹¹² LACAN, Jacques (1958-1959), *Le Séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 450.

¹¹³ LAURENT, Dominique. Préface au «*Choix du partenaire*» par PASCO, Dominique, Lussaud, 2014, p 14.

avance que sa méthode fait taire en l'observateur ce qu'elle cherche dans son objet : l'observateur fait taire en l'autre ce qu'il veut trouver en lui-même. Il fait vivre le sujet, c'est-à-dire la conception idéale qu'il en a, en le taisant chez l'autre ; il l'objectalise. Nous verrons que cette opération d'objectalisation achoppe dans la démence et qu'il convient, pour saisir l'être dément dans sa spécificité, d'en avoir déjà épinglé le fonctionnement chez soi. C'est précisément ce redoublement, créant la confusion, que nous souhaitons mettre à la question.

Sous la pression de la «passion d'ignorance», la croyance en un «sujet connaissant» est maintenue. Ainsi, la démence, lorsqu'elle est abordée comme destruction du sujet, prend fonction dans le champ social de maintenir un compromis entre connaissance et méconnaissance du fait «subjectif». Elle est, par définition, symptôme du corps social.¹¹⁴ Cet abord particulier de la méconnaissance, l'articulant toujours à la possibilité d'un connaître, ne se fait pas, nous l'aurons compris, sans payer le prix d'une certaine exclusion de l'autre dément sévère (hors des terres du subjectif). Le dégoût qui frappe ainsi l'observateur du sujet dément, lorsque ce n'est pas l'angoisse, ne vient-il pas recouvrir le premier temps d'une fascination, au sens où elle se définit comme conscience «*d'être le rien en présence de l'être*» ?¹¹⁵ Ainsi, ce tribut que paie le «dément sévère» à celui qui se penche sur ses déterminants résulte de ce que ce dernier ne puisse le faire qu'à les considérer comme des rouages naturels et déficients, qu'il ne puisse l'entrevoir lui, dément sévère, qu'à le taire, à le supposer déterminé par des effets mécaniques, tel les «animaux machines» qui «*(...) ne peuvent parler ainsi que nous, c'est-à-dire, en témoignant qu'ils pensent ce qu'ils disent (...)*»¹¹⁶. Ainsi, pour Descartes «*la nature seule fait tout dans les opérations de la bête, au lieu que l'homme concourt aux siennes, en qualité d'agent libre*»¹¹⁷. Cet héritage des Lumières indique donc que par-delà l'inclusion ou l'exclusion dans l'approche théorique de la notion de «sujet», se donne un enjeu éthique ; celui du déterminisme et de l'amalgame que nous appelions «classique» entre «sujet comme cause» et liberté. Le dément ne semble plus se saisir comme cause, comme point de départ d'un énoncé subjectivement assumé. La démence de type Alzheimer, dans sa phase la plus avancée, semble réaliser le fantasme d'une parfaite continuité, fut-elle décadente, entre intérieur et extérieur. Elle semble être la réalisation de l'échec de la discordance, échec de l'entaille dysharmonique dans l'ordre des choses. Cette destruction du sujet,

¹¹⁴ Peut-être pouvons-nous trouver là un déterminant puissant de la place (fantasmatique) de la maladie d'Alzheimer dans le discours post-moderne (comme mal du siècle). La maladie d'Alzheimer viendrait ainsi faire preuve, sanction de l'épistémé d'où elle émerge.

¹¹⁵ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 412.

¹¹⁶ DESCARTES. R Discours de la Méthode (1637), V partie. Œuvres et lettres, La Pléiade, pp. 164-165

¹¹⁷ ROUSSEAU, Jean-Jacques. (1755) *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, 1re partie, éd Gallimard, 1965.

fantasmé causal, semble de fait rasseoir le règne de la nécessité naturelle. Pour autant, c'est parce qu'un certain discours prête indument au sujet la prérogative d'être le «lieu univoque de la cause» qu'il lui soustrait la qualité subjective. Autrement dit, l'hypothèse d'un sujet dont la définition serait qu'il se détermine librement ne peut plus être soutenue dès lors que l'observateur (naïf) a affaire à un dément qui ne peut plus porter une parole sur son propre discours, c'est-à-dire d'en être distancié et conscient. C'est justement parce que cette hypothèse prête le flanc à la revendication illusionnée du Moi à être autonome et autodéterminé qu'elle fourvoie. Le paradoxe, c'est que le discours qui soutient cette erreur, ce désir de méconnaissance, est justement celui qui s'étaie d'un idéal d'objectivité. L'illusion et l'idéalité morbide qui lui est consubstantielle, sortie par la porte, entre par la fenêtre. *«Nous cherchons ainsi à faire comprendre que faire taire l'inconscient (ne serait-ce que, dans la clinique spécifique de la démence sévère, celui de l'observateur) a des conséquences proprement politiques, c'est-à-dire des conséquences sociales, de délitement du lien et de ségrégation.»*¹¹⁸

7. Le sujet de l'entrave

Cette «illusion» solipsiste, pour ne pas continuer d'introduire dans la réalité ses effets de présence d'avoir été négativée, doit être traitée ! C'est parce qu'elle ne l'est pas qu'il nous semble que la «psychologie», qui se caractérise d'être discours (logos) du et sur le psychisme (psukhê), est envisagée comme «entravée» (par le trouble) au titre même qu'elle est «entrave», insu mais non sans effets, au discours de la science. Le discours sur soi serait l'objet d'un retournement (par le discours scientifique) qui consiste à considérer ce qui fait empêchement, dans l'acte de connaître, d'un point de vue objectif. «L'entrave», objectivée, se précipite alors dans sa forme passivée, comme «entravée». Cette objectivation, en plus de délester le connaître de sa valeur subjective (le faisant fonction) fait glisser le sujet, dévitalisé, mortifié, à la place de «l'entravé». Le mécanisme à l'œuvre, projectif, niant le retournement qu'il opère, se dévoile pourtant à l'examen logique lorsqu'il impose à la pensée d'envisager deux points de vue diversement motivés, c'est-à-dire prenant leurs sources respectives dans des lieux différents, comme étant univoques. Cette contradiction logique consiste à établir que le sujet entrave la connaissance en même temps qu'il est entravé dans sa connaissance. Il nous semble que cette conciliation s'opère par forçage. Le sujet n'est pas «sujet à l'entrave», mais «sujet de l'entrave». Le sujet n'est pas entravé par un mauvais fonctionnement, il entrave le fonctionnement. Pour autant, la question n'implique pas de savoir si ça fonctionne sans lui (car cela supposerait le fonctionnement), mais de savoir quelles sont les

¹¹⁸ HOLVOET, Dominique. *Réglementer le mental : un indice de démocratie*, Quarto, n°107, 2014, p 14.

modalités de dysfonctionnement avec lui. Ainsi, à l'objectivation de l'entrave, butant sur une contradiction logique, nous substituerons, prenant appui sur le discours psychanalytique, une subjectivation de l'entrave.

La prise en charge non-médicamenteuse de la démence est une thérapeutique symptomatique au sens où elle n'en soigne pas la cause et ne permet pas la rémission, mais ne doit pas l'être au sens où, ne se souciant que du symptôme, elle en viendrait à nier ses déterminants psychiques, voir à prendre le trouble lui-même pour objet de soin. Nous pensons, avec M. Grosclaude que : *«La méconnaissance de cette dimension (la dimension psychique) au bénéfice de la suprématie des approches neurologiques et cognitivo-comportementales a pour corollaires risqués l'instrumentalisation du processus démentiel et du patient qui en est le support, la méconnaissance de données et d'enjeux psychiques spécifiques, et l'appauvrissement d'un dispositif de soins se refermant sur ses orientations instrumentales et somatiques»*¹¹⁹. Ainsi, ni le modèle anatomopathologique, ni celui comportemental (ou symptomatique) ne nous semblent pouvoir recouvrir dans leur champ de résorption ce qui cause «l'être au monde» démentiel.

8. D'un autre déterminisme

Nous avons vu que les considérations sur la cause (du comportement) donnent le ton de l'approche théorique faite de la démence. Il semble que pour dénouer la question de la cause des manifestations psycho-comportementales démentielles il n'y ait d'autres options que de départir, dans un premier temps, la démence (comme affection somatique) de l'être dément (comme vécu subjectif). Alors que la démence attaque les fonctions supérieures par le cerveau, les fonctions supérieures attaque le sujet par «l'être dément». Même si ces deux déductions peuvent être pensées en cascade l'une de l'autre, elles ne peuvent être réduites à une même cause première. Entre les deux se glisse le champ de la réalité psychique qui réaménage et remodèle le champ de la cause selon ses propres lois. Ainsi, la cause peut être extraite du discours rationnel propre à la science pour être intégrée à une autre logique lorsqu'elle s'applique aux manifestations comportementales, sans révoquer ou contredire le discours de la neurologie. Une fois réintégrée cette notion comme essentielle au processus de subjectivation, il nous sera possible de considérer la cause elle-même (et non pas seulement l'idée de cause) en tant que lieu de l'atteinte démentielle sévère. Plutôt que d'en faire un biais (comme manifestation subjective), elle sera pour nous ce qui se biaise dans la démence. Il nous faudra donc, tirant enseignement de la psychanalyse, postuler un *«sujet libre qui échappe à*

¹¹⁹ GROSCLAUDE, Marie. *Démence, perte de l'objet, dépression et deuil*, dans Perspectives psy, Vol 44, N°5, décembre 2005, p 385.

la causalité scientifique»¹²⁰ pour le rendre enfin à un autre déterminisme qu'à celui de la cause efficiente qui, par la nécessité dans laquelle elle se tient vis à vis des «lois naturelles», flirte avec la cause finale. Le sujet, pour Freud, affecté de conflit et de la pulsion de mort, et pour Lacan, affecté du langage et de jouissance, ne peut être saisi au niveau téléologique ni même au niveau téléonomique. C'est à partir de là que nous convoquons le sujet dément pour le questionner. C'est au prix de ces éclaircissements que nous pourrions, plutôt que de réduire le sujet à la somme de ces substrats, questionner sa réduction dans le processus démentiel.

II. ... AU SUJET DE LA CONSCIENCE

*«Sa réalité (la réalité du pour-soi) est purement interrogative. S'il peut poser des questions, c'est que lui-même est toujours question ; son être n'est jamais donné, mais interrogé, puisqu'il est toujours séparé de lui-même par le néant de l'altérité ; le pour-soi est toujours en suspend parce que son être est toujours un perpétuel sursis. S'il pouvait jamais le rejoindre, l'altérité disparaîtrait du même coup et, avec elle, les possibles, la connaissance, le monde.»*¹²¹

1. Le «sujet de la connaissance»

«Esse est percipi aut percipere»¹²²

Le sujet de la connaissance est postulé par tout un champ de la philosophie (de Parménide à Berkeley) qui indique que la pensée équivaut à «l'être connu» (percipi). Le sujet de la connaissance est donc conscience d'être et conscience d'objet. Au gré des différentes théories de la conscience, le sujet est toujours défini dans son rapport au connaître. Connaissance et conscience serait ainsi une seule et même chose. Pourtant *«la représentation n'obéit pas seulement à une loi d'intentionnalité qui en fait l'expression de quelque chose, mais à une autre loi qui en fait la manifestation de la vie, d'un effort ou d'un désir. C'est l'interférence de cette autre fonction expressive qui fait que la représentation peut être distordue...»*¹²³ *«Il en résulte qu'une théorie de la connaissance est abstraite et se*

¹²⁰ MILLER, J-A. (Séminaire des journées d'étude de l'ECP-ECFB à Barcelone en 2000) *Lakant*, éd Rue Huysmans, 2003, p 29.

¹²¹ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 667.

¹²² *«Être, c'est être perçu ou percevoir.»* Formule attribuée à Berkeley indiquant l'identité de l'être à la pensée. Formule radicalement révoquée par l'approche lacanienne de l'obsession.

¹²³ RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006, p 479.

*constitue par une sorte de réduction, appliquée à l'appétition qui règle les passages d'une perception à l'autre (...) Cette réduction du connaître comme tel atteste la non-autonomie du connaître, son enracinement dans l'existence, entendu comme désir et comme effort. Par là se découvre non seulement le caractère indépassable de la vie, mais l'interférence du désir avec l'intentionnalité à laquelle il inflige une invincible obscurité, une irrécusable partialité.»*¹²⁴ Que Ricoeur puisse noter une non congruence du désir à l'intention nous en dit long sur ce que l'être et le connaître ont de foncièrement hétérogène et, par l'usage même qu'il fait du terme «d'intentionnalité», concède au freudisme un dépassement de la phénoménologie. L'objet est biaisé par un déterminisme qui échappe à la connaissance. La science donc, comme paradigme de la connaissance, se heurte à l'impossibilité de saisir l'être du sujet par l'outil du connaître pour la raison que le sujet est modifié par l'objet qu'il connaît. De fait, l'objectivité de l'objet «sujet» semble inatteignable. *«Dans la connaissance qui se tient au niveau de la réalité, il y a harmonie, congruence, adaptation du sujet à l'objet. La connaissance culmine dans la contemplation, dans l'accord du sujet à l'objet. Elle peut même aboutir à la confusion, à la fusion du sujet et de l'objet qui est recherchée dans l'intuition.»*¹²⁵ Ainsi, le connaître se trouve coincé entre objectivité de l'objet, qui culmine dans la statistique, et captation par l'objet, qui culmine dans les expériences les plus subjectives, par définition incommunicables, telles que l'épreuve esthétique. Ainsi, le sujet, lorsqu'il touche à la connaissance, est désobjectivé. Alors, ce sujet que la psychologie scientifique soustrait à (et de) son regard, quel est-il ?

2. Duplicité du sujet de la connaissance

Si le sujet est considéré comme «sujet de la connaissance» deux options s'offrent à l'observateur : soit il considère que le sujet, se connaissant, équivaut à ce qu'il connaît de lui-même, soit il considère que le sujet équivaut sans reste à la somme des processus qui le détermine. Dans les deux cas, de quelque façon que le sujet soit contourné, par le placage de son redoublement ou par son évacuation, le paradigme du « sujet de la connaissance» rappelle l'observateur à l'impossible saisie de l'objet «sujet». Ainsi, *«Au delà de la méthode dont il s'agit, il y a au principe même de la science un refus de croire que l'on puisse, au but, arriver à ce que comporte l'antique idéal de la connaissance.»*¹²⁶ Il nous semble que Lacan pointe là

¹²⁴ RICŒUR, Paul. *ibid.*

¹²⁵ MILLER, J-A. *Nouveaux appareillages du corps*, MENTAL, Revue internationale de psychanalyse, Octobre 2013, p 168.

¹²⁶ LACAN, Jacques (1958-1959), Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 450.

un double mouvement motivé d'une dénégation. D'abord, le sujet est et reste considéré comme celui qui connaît, ensuite le discours de la science tente de déconstruire par sa «technique du connaître» cette relation à l'objet. Il y aurait donc une double affirmation contradictoire : le sujet doit, mais ne peut savoir / le sujet peut, mais ne doit savoir. Cette relation à l'objet scientifique produit alors la contradiction qui l'entrave : soit le sujet que j'observe doit se taire, soit, puisque je cherche à connaître ce qu'il est, c'est-à-dire comment il se connaît, je dois prendre ce qu'il dit pour argent comptant, c'est-à-dire comme objet en-soi. Nous retrouvons là, dans le dualisme du sujet lui-même, la contradiction plus haut énoncée. Très certainement, la nécessaire illusion de sa propre unité conduit le sujet à l'ignorer. Pour autant, le caractère structural de cette division, bien qu'elle se laisse oublier, n'en est pas sans effets d'achoppement. Le sujet quoi qu'il en connaisse ou en pense, y bute. Il y a donc dans cette approche de la subjectivité une donnée irréductible dès lors que de faire du sujet un objet, la science, pour la saisir, tente de l'annuler. Non seulement elle la rate lorsqu'elle cherche à l'appréhender, mais encore elle la trouve lorsqu'elle tente de l'éviter. Cette difficulté, en plus de tenir de la division du sujet d'avec l'objet qui le fonde, ressortit également d'une non-coïncidence du sujet avec lui-même. C'est même de n'être pas là où il croit être que le sujet peut trouver définition. C'est donc à saisir le sujet ailleurs que là où il se donne à voir par voie directe que la psychanalyse freudienne, c'est-à-dire la méthode d'interprétation, le fonde comme sujet de l'inconscient.

Nous trouverons donc dans un premier temps à redéfinir le sujet de le supposer double. En effet, l'observation, en plus d'avoir des effets sur l'observateur, semble être une dimension qui fonde le sujet observé lui-même comme perçu/percevant. Nous tenterons, à partir de la phénoménologie et avec la psychanalyse, une définition du «sujet» qui, déplaçant ce paradigme pour en déborder les limites internes, ouvre un autre champ et permette un autre discours. Ainsi, le rapport de la subjectivité à la conscience s'éclaire d'autant mieux que nous ne considérons pas la conscience d'un objet, mode de connaissance, mais la «conscience de soi», la conscience comme objet, c'est-à-dire comme *«la dimension d'être transphénoménale du sujet»*.¹²⁷

3. Réflexivité et apperzeption kantienne

Le «sujet» serait celui qui a la faculté de penser, de prendre à lui un objet de connaissance et d'en être par là changé. Il est celui qui est conscient de l'objet qu'il appréhende. Il est de ce point de vue capable d'en avoir «l'idée», de se le représenter et d'avoir sur le monde une action de connaissance singulière et individuelle. C'est-

¹²⁷ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 17.

à-dire que si l'on s'accorde à penser que *«tout état de conscience (...) est conscience de quelque chose»*¹²⁸ et qu'il est accepté que la chose, activement perçue, donne corps à la conscience en dévoilant sa «visée», alors il nous faut considérer, non seulement qu'il n'y a point, pour l'Homme, «d'objet de la réalité» qui soit séparé de son image, mais encore que sans conscience de l'objet n'est nul «sujet de la perception». Nous rejoignons ici «l'apperzeption» Kantienne qui, joignant conscience et connaissance, implique la conscience de soi comme préalable à la connaissance de l'objet. Pour Kant (mais cela se retrouve aussi chez Humes avec la notion de «faisceau de perceptions»), les aperceptions empiriques ne sauraient s'organiser à partir d'un «moi» fixe s'il n'y avait pas au cœur du phénomène d'intuition (ou de connaissance) une unité de conscience, c'est-à-dire une aperception transcendantale synthétique et conceptuelle. Ainsi, chez Kant déjà la conscience de soi implique que l'esprit, affecté par lui-même dans le mouvement de se connaître, n'accède pas à ce qu'il est, mais à ce qu'il s'apparaît être.¹²⁹ La conscience n'est pas la capacité de saisir ses propres états, *«elle est autre chose qu'une connaissance retournée sur soi»*¹³⁰. Le sujet commence de s'écarter du connaître.

4. Le cogito préreflexif sartrien

La notion de conscience fonde le discours de la philosophie et trouve dans la phénoménologie de nouvelles voies d'éclairage. Dans la mesure où elle ne peut être pensée cause d'elle-même qu'à la condition d'exclure hors d'elle sa propre cause, la conscience s'auto-appréhendant pose un problème logique que la phénoménologie sartrienne tente (entre autre à partir d'Hegel) de dépasser. Sartre indique un ordre double de conscience impliqué par le fait que *«toute conscience positionnelle d'objet est en même temps conscience non positionnelle d'elle-même»*¹³¹.

D'une part, serait à l'œuvre dans la saisie d'un objet par la conscience un mouvement (ou une intention) qui ne se sait pas. Ainsi, *«La conscience immédiate que je prends de percevoir ne connaît pas ma perception, elle ne la pose pas.»*¹³² Son objet n'est pas la conscience, mais l'objet de la perception comme perception elle-même. C'est-à-dire que *«toute existence consciente existe comme conscience*

¹²⁸ HUSSERL, Edmund. (1929) *Méditations cartésiennes*, trad G. Peiffer ; E. Lévinas, Paris, Vrin, 1986, p 28.

¹²⁹ KANT, Emmanuel. (1781) *Critique de la raison pure*, puf, 2012.

¹³⁰ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 17.

¹³¹ SARTRE, Jean-Paul. op. cit. p 19.

¹³² SARTRE, Jean-Paul. ibid.

*d'exister. Nous comprenons à présent pourquoi la conscience première de conscience n'est pas positionnelle : c'est qu'elle ne fait qu'un avec la conscience dont elle est conscience. D'un seul coup elle se détermine comme conscience de perception et comme perception.»*¹³³

D'autre part, opérerait une connaissance réfléchie à elle-même qui se saisie saisissant l'objet. A ce niveau, ce prenant elle-même pour objet, la conscience se déprend de l'objet perçu. L'objet échappe pour la raison que «*la conscience réflexive pose la conscience réfléchie comme son objet*».¹³⁴ Ainsi, la connaissance réfléchie (ou conscience thétique), posant son être comme existant, se caractérise d'être la capacité de saisir que l'on saisi : elle est conscience de conscience. L'individu conscient est le «sachant savoir», c'est-à-dire doté d'une conscience capable, non pas de s'appréhender elle-même, mais de s'appréhender elle-même s'appréhendant.

Nous aurions de ce point de vue affaire avec deux consciences qui ne se recouvrent pas, qui ne sont pas les qualités l'une de l'autre, puisque l'objet de la perception est conscience (de)-soi alors que la perception de l'objet (au sens du percipere) rate l'objet de la perception (le perceptum). Pour ce qui nous intéresse, nous pouvons extraire de Sartre une formule cruciale pour la compréhension du vécu démentiel : la conscience non-thétique se maintient sans nécessité de «prendre conscience d'elle-même» car elle est conscience de perception en même temps qu'elle est perception, tandis que la connaissance réflexive se heurte au risque de son propre effondrement dans la mesure où son existence est suspendue à la nécessité qu'elle a de se saisir elle-même et que cette nécessité l'engage à perdre l'objet. Autrement dit, il n'est pas permis à l'homme de penser et de savoir qu'il pense dans le même temps. Naît donc une dialectique entre sujet et objet qui laisse la place à l'un ou à l'autre et efface l'un et l'autre dès lors que pour se saisir, le sujet en passe par l'objet et que pour saisir l'objet, il acte son propre effacement. Autrement dit, la conscience implique alternativement une coupure d'avec l'objet ou une coupure d'avec soi, en même temps que l'un est toujours la condition de l'autre, renvoyant toujours en avant la possibilité de sa saisie. Lacan, certainement inspiré de la lecture sartrienne du cogito, donne une formule de cette division : «*Je pense à ce que je suis, là où je ne pense pas penser*».¹³⁵ Le maintien de cette dialectique dans une synthèse qui produit au niveau existentiel le sentiment d'une continuité d'être n'opère donc qu'à partir d'une illusion d'unité, elle-même production de compromis, que la psychanalyse épingle d'«objet Moi». Nous aurons dans ce travail à déplier les conséquences de ce bref développement dont nous extrayons deux énoncés :

¹³³ SARTRE, Jean-Paul. op. cit. p 20.

¹³⁴ SARTRE, Jean-Paul. op. cit. p 19.

¹³⁵ LACAN, Jacques. Écrits, Le Seuil, Paris, 1966, p 517.

- L'existence du sujet dément (comme toute autre) n'est pas assurée car elle est conditionnée au rapport du sujet à l'objet. De fait, pour la psychanalyse lacanienne l'être n'est pas congruent à la pensée. Lorsqu'il le devient, alors même que la pensée ne se laisse plus apercevoir, l'être disparaît comme existant.
- L'être du dément persiste comme conscience en-deçà même de sa perception consciente. Nous aurons à revenir sur une formule aussi radicale pour donner quelques coordonnées subjectives du sujet en démence.

De ce point de vue, nous ne pouvons pas considérer que le vide de la pensée, qu'en dernier recourt nous ne faisons que supposer aux patients déments sévères, vienne équivaloir en tout instant à un défaut d'opérations mentales. Le vide de la pensée ne concernerait dans ce cas que la dimension réflexive de la conscience. Un travail de connaissance de l'objet par le sujet, se tenant au niveau préréflexif du connaître et n'engageant pas la conscience à prendre conscience du procès qu'elle opère (en se saisissant d'un quelconque objet) continue d'avoir lieu alors même que la personne, interrogée sur ce à quoi elle pense, dira qu'elle n'a pas idée d'une pensée, d'une durée, ni d'une quelconque situation du corps dans l'environnement. Pour autant, elle aura pu, sur une certaine durée et dans une certaine configuration de l'espace, s'affairer à exécuter une tâche qui nécessite la conscience de l'objet mis en jeu. Nous en arrivons donc à poser que la démence induit, au regard de la conscience, une double difficulté :

- Soit que la conscience réflexive est rendue inopérante dans la démence et alors les opérations mentales qui trouvent à fonctionner le font sans trouver leur «raison», c'est-à-dire sans la synthèse pulsionnelle que le Moi permet d'imposer à l'erraticisme des modes de satisfaction. L'absence de superstructure implique donc une inefficacité secondaire des opérations mentales désorganisées et incapables de s'agencer dans l'espace et le temps selon un ordre et un projet univoque.
- Soit que la conscience préréflexive est rendue inopérante et alors la conscience réflexive ne trouve plus à saisir son objet pour la raison qu'*«il y a un cogito préréflexif qui est la condition du cogito cartésien»*.¹³⁶

En résulte que toute perte de conscience réflexive n'est pas perte de l'objet (cette perte est au contraire ce à quoi elle s'affronte lorsqu'elle opère) mais perte de l'organisation de l'objectalité. Au contraire toute perte de la conscience préréflexive est perte de l'objet. Ainsi le Moi, se saisissant en transcendant sa saisie de l'objet, se perd en même temps qu'il perd l'objet. Ainsi, cette double difficulté s'articule comme suit :

- D'une part, les difficultés dans la saisie des objets engagent à la perte de la conscience réfléchie. Nous avons là une indication sur le rapport du «penser» à «l'être» et de la destruction des fonctions supérieures à la conscience d'être.

¹³⁶ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 19.

- D'autre part, la conscience réflexive n'étant pas une qualité inhérente au cogito préréflexif (pas plus que l'inverse), le maintien de la conscience d'être n'équivaut pas nécessairement au rétablissement de la pensée de l'objet. De fait, le sujet dément se trouve pris dans la situation où la destruction des fonctions supérieures (ou cogito préréflexif) l'empêche de trouver appui sur des objets qui lui permettraient d'avoir conscience d'être (c'est-à-dire d'avoir conscience d'être conscient) et où la conscience réflexive quant à elle, impliquant une intentionnalité du connaître, détourne le sujet dément de la connaissance préréflexive en lui imposant une coupure d'avec ce connaître et lui rendant par là la tâche de connaître (de saisir un objet au niveau préréflexif) d'autant plus malaisée.

Remarquons qu'à partir d'un tel point de vue, le phénomène de trouble attentionnel ne peut pas être pensé comme perte de conscience du faire. Au contraire, l'impossibilité pour un sujet de rester un long moment ravi ou coapté, par un faire ou un connaître l'objet, peut tout à fait résulter d'une transcendance de la conscience au niveau réflexif. De fait, la conscience, qui se saisie elle-même, perd du même coup l'objet. La conscience réflexive s'évanouit alors aussitôt et un retour, une centration sur l'objet, est alors compromis. Ainsi, il est possible qu'une personne démente qui cesse de manger au milieu d'un repas le fasse sous le coup d'une centration de son attention sur un autre objet, que l'on pourra penser perturbant dans la mesure où le sujet ne peut maintenir dans la conscience les deux objets à la fois et opérer un tri, une échelle d'importance (trouble de la mémoire de travail). Mais il est également envisageable que la «perte d'attention» soit consécutive d'un lâché prise sur l'objet nourriture au profit de l'objet Moi. Ainsi, la conscience réfléchie entrave la conscience préréflexive. Le sujet ne rompt pas sa relation attentive à l'objet du fait d'une inconscience, mais à cause d'une prise de conscience. Le sujet, consciemment attentif, ne peut plus soutenir son attention. Une telle considération est fondamentale pour orienter l'éthique de la prise en charge. En effet, si être attentif, signifie être tout entier à ce que l'on fait, cela exige un «ne pas être là» en pleine conscience. Alors, l'insistance éducative à permettre la réalisation complète d'une tâche vaut pour un écrasement du sujet qui dès lors, opère sans conscience d'opérer, pense ou fait sans conscience de penser ou de faire. Si la permanence du Moi permet que ces temps d'abstractions se fassent sans être perturbants, il n'est pas sûr qu'il en aille de même pour un dément au stade sévère.

D'une manière opérationnelle, nous pourrions ainsi indiquer qu'un «mal faire» (dû à une agnosie par exemple) peut être réorienté (à la condition que ce «réalisme du mal» soit articulé à l'unique nécessité du corps : manger et boire par exemple) en faisant un travail sur l'objet (par exemple limiter le nombre des objets sur une table), alors qu'un «cesser de faire» (qui devrait seul être qualifié de trouble attentionnel), au nom d'une éthique du sujet, ne devrait jamais être envisagé comme un trouble à remanier, mais comme une émergence subjective nécessaire. Une telle notion devrait donc conduire l'éthique du soin en direction d'un travail sur le

déterminant de la réémergence de ce que l'on devra dès lors considérer comme un fonctionnement (et non un dys-fonctionnement) plutôt que sur le trouble observé comme tel. Nous aurons à déplier largement en quoi ce déterminant se signe en premier lieu de l'angoisse dont il nous faudra entendre, bien qu'elle dissolve le sujet, qu'elle n'émerge qu'à partir de lui.

5. La conscience réfléchie divise le sujet

A l'issue de cette partie qui prend son centre de l'ontologie phénoménologique sartrienne, il nous semble pouvoir affirmer que l'intégration de la notion de conscience dans le questionnement sur la subjectivité est un premier pas intéressant quand à la nature de la détermination comportementale. Bien que Sartre (à s'abreuver chez Hegel qui fait de la conscience non pas un espace mais une intention) se refuse à départir un champ causal qui se détermine d'être un espace psychique, il nous semble que son apport est précieux à introduire la relation intime de l'angoisse à l'être du sujet. En plus du fait que Sartre pose le sujet (conscient) en tant qu'il est le lieu qui organise la direction et la synthèse des perceptions, il permet de penser que cette organisation du percipere ne peut advenir sans le concours de la connaissance préreflexive (auquel cas elle ne saurait être autre chose que conscience de non-conscience ou conscience de rien, ce qui équivaldrait à une absence de conscience). Encore et surtout, nous retiendrons qu'il semble que la conscience réfléchie opère dans une coupure qui n'est pas sans effets sur le sujet et ses possibilités d'existence. Ainsi, l'absence de représentabilité de l'objet implique un affaïssement de la conscience d'être qui par ailleurs, lorsqu'elle fonctionne, se trouve tout de même dans la situation d'avoir affaire avec l'objet perçu dont elle se soutient et qui pourtant l'annule. D'une façon synthétique, nous pourrions avancer que la perception-conscience a affaire au risque de sa disparition (dans une contemplation confusionnante), tandis que la «perception non consciente» fonctionne en deçà de ce risque, mais pas sans objet.

Ce saut radical que franchi le dément, nous aurons à l'articuler à l'émergence d'une angoisse particulière, aux complications qu'elle implique dans la construction d'un «faire» (l'exécution d'une tâche) et d'un «penser» (opérations mentales) en tant qu'ils s'articulent à «l'être» et au «non-être» et enfin, au regard de ce que la conscience thétique permet de synthèse, à la possibilité de relation qu'elle contient. Ainsi, l'unique approche organiciste, là où elle semble déposséder le sujet de sa responsabilité quant à la maladie, nous semble détruire radicalement la notion même de subjectivité pour la réinstaller dans l'idéal de son essentialité. Le trajet parcouru dans cette première partie nous permet d'introduire ce point décisif à la compréhension de notre thèse qui soutient que le sujet n'est pas comptable de son anomie (manque du mot) en même temps qu'il y est pris et même, tout entier

engagé. Ce long détour nous a donc paru nécessaire à éviter la confusion entre l'idée d'un sujet inexistant pour le discours de la science qui pose la cause dans le corps et qui, de fait, trace un trajet direct entre l'expression démentielle et le corps qui la cause et la thèse que nous soutenons d'une inexistence du sujet en démence sévère qui implique encore une modalité d'être du sujet. Cette «persistance d'être» dans l'inexistence, l'angoisse en fait signe.

III. L'ANOSOGNOSIE ET L'OUBLI

«Je dis «oubli» et sais tout de suite que ce mot-là ne fonctionne pas, ou plutôt, ne respire pas comme on le croit. L'oubli est la mémoire, mais la mémoire pure qui ne peut se nommer : celle du corps, celle du rythme cellulaire, celles des traces sous la peau, de l'indicible, de l'empreinte, du plus extime de nous-même. L'oubli est l'absolu de ce qui en nous : existe.»¹³⁷

Une question liminaire à cette partie, introductive à l'intégration de la notion de «sujet» dans le discours sur la démence, s'impose pour la raison même qu'elle s'impose aux malades ainsi qu'à ceux de leur entourage qu'on appelle benoîtement les «aidant naturels». C'est d'elle que sourdre l'angoisse des premières années de la phase symptomatique de la maladie. C'est à partir d'elle qu'une dimension du tragique est pensable et c'est la façon dont elle se pose qui donnera le ton, non pas des préoccupations, puisque l'objet ne colonisera bientôt plus le Moi (qui ne sera plus occupé), mais de l'embarras à venir. Cette question ontologique est : qui perd la mémoire ? (Qu'est-ce qui dans la personne se perd ou assiste à la perte ?)

1. L'anosognosie

«Comme toi, je suis douée de mémoire. Je connais l'oubli.»¹³⁸

Le sujet qui glisse dans la démence souffre d'être «nosognosique». Il ne comprend pas ses troubles qui l'exproprient, le désubjectivent. Cette incompréhension, avatar du compréhensible, est source d'angoisse. Ce vécu de non-maitrise est éminemment subjectif. Il est la cause d'une souffrance qui peut encore se dire. Monsieur P indique : *«Ca m'échappe, je sais pas ce qui m'arrive»*. Puis, selon les ressources et la structure de chacun, une «compréhension», la création imaginaire d'une causalité, viendra border l'angoisse des personnes nouvellement

¹³⁷ AZAM, Edith. *Décembre ma ciguë*, P.O.L, 2013, p 62.

¹³⁸ DURAS, Marguerite. (1960), *Hiroshima mon amour*, folio, 2014, p 31.

malades comme de leur entourage. Monsieur R dira: *«je perds la tête depuis que j'ai perdu mon travail.»* De même la femme de monsieur D constate : *«Il a changé radicalement après sa chute.»*

L'angoisse est mise à distance dans et par la douleur psychique. La culpabilité toute névrotique, couplée à un sentiment d'élection qui ne l'est pas moins, peut venir à faire cohabiter dans la pensée le sentiment que *«cela aurait pu être autrement, cela vient de l'extérieur»* avec le sentiment *«d'avoir toujours su que cela était mon destin, ma dette»*. En raison des rapports divers des sujets à la culpabilité et à l'angoisse, c'est-à-dire à la quantité de l'un et de l'autre, vases communicants, il est difficile de savoir comment sera reçue la nouvelle de la maladie. Nous constatons dans la pratique deux grandes attitudes face à l'entrée en démente :

- Soit la personne dénie totalement le fait : elle n'est pas expropriée par la maladie, ses colères sont ses choix, l'expression de son style propre, de sa volonté, les erreurs de jugements également. Les trous de mémoire n'impliquent aucune *«plainte mnésique»* et sont radicalement niées. Dans ce cas, du fait de l'opération de défense, le sujet ne semble pas toujours être angoissé. Nous observons également une augmentation de la demande d'aide, niée ou banalisée. Dans la mesure où le sujet n'existe pas tout seul, nous pourrions avancer que l'angoisse n'est pas absente mais qu'elle est *«portée»* par un autre qui vient pallier à la désintégration du Moi du sujet dément qui trouve appareil à penser et *«continuité d'être»* dans l'autre auquel il en vient à s'en remettre, puis parfois à s'agripper. Cette régression d'aspect défensif semble substituer au Moi défaillant, le Moi de l'autre. Nous y reviendrons. Pour le moment nous pouvons poser qu'il semble que ce *«branchement sur un autre»* soit le temps premier, sur lequel le sujet fait retour, de l'intériorisation ici défaillante. (Ce trajet régressif indique comment, en son fond, le Moi est de l'agrippement intériorisé.)

- Soit la personne construit une peur. Elle est terrifiée par ce qu'elle pense être une disparition. Elle pose des questions sur ses possibilités de survivance. Ce faisant elle parle et pense son avenir. Autrement dit, le langage dans lequel elle trouve encore à se représenter fixe sa position de *«sujet du langage»*. Disant *«je»* en disant par exemple *«je vais disparaître»*, elle maintient une possibilité de survie que seule la dimension symbolique permet. Elle fait exister un *«je»* d'après sa disparition. D'autre part, elle pose la question à un autre ou, plus justement, elle dépose la question en un autre. La réponse n'est pas l'objet de la demande mais dans la relation, la possibilité de survivance tient une garantie : celle d'être sujet pour quelqu'un. Au delà de l'enjeu de dire, l'angoisse de mort qui se caractérise d'être angoisse de la mort du désir, trouve à s'apaiser dans le dépôt chez l'autre du désir lui-même. L'objet de la demande repose donc sur la garantie symbolique et sur le désir comme tel. Dans ce cas, si le sujet porte l'angoisse, l'autre supporte une préoccupation.

Ainsi, les diverses modalités défensives face à l'angoisse de disparition se caractérisent toutes d'être des réponses à un savoir existant (même dénié). Que le «Je» puisse se sentir amputé d'une part de sa mémoire, nous ne le contestons pas et nous savons dans quel mouvement dépressif cela le plonge. La charge d'angoisse qui accompagne ces dépressions doit faire indication de ce que le Moi perçoit du risque qu'il encourt d'être soumis à ces amputations. Cette angoisse signe, selon nous, la crainte du ravage que recouvre le terme d'anosognosie, elle le signale. Autrement dit, l'instance du Moi, se fondant de ce regard sur elle-même, ne s'angoisse pas devant la perte d'un outil, d'un feed-back si nécessaire à son adaptation à l'environnement, mais, d'une manière plus radicale, s'angoisse devant l'imminence de sa propre disparition. La pointe d'angoisse qui accompagne les oublis démentiels signe la crainte de la disparition de soi. *«L'altération de la mémoire autobiographique ne peut manquer aussi de retentir sur le maintien de soi, la permanence de soi, la continuité de soi (...)»*¹³⁹. Au-delà de la perte de mémoire douloureusement perçue par la personne, c'est le sentiment d'identité qui est attaqué par la maladie. Ainsi, ce qui caractérise le stade sévère de la démence de type Alzheimer est ce qui s'offre à l'observation comme «oubli de l'oubli». Ce champ de la perte de conscience de soi est d'un tout autre ressort et se caractérise d'une rupture d'un autre niveau que ceux, dans le champ de la conscience, du déni ou de la dissociation. Nous en tirons deux conséquences logiques applicables au champ de la démence sévère :

- La perte de mémoire dans la démence est une perte du Moi, non pas au sens d'une perte dans le moi, mais au sens d'une perte de soi.
- L'angoisse qui signale la disparition Moïque n'est pas de même nature que celle qui œuvre après ladite disparition.

Si le signe clinique qui caractérise la démence est la perte de mémoire, celui qui caractérise la démence avancée, avec son cortège de SPCD, est l'inconscience de ce trouble. Ainsi, cette anosognosie est en premier lieu identifiable à un «oubli de l'oubli»¹⁴⁰. Dans la mesure où ces deux «oublis» ne sont pas superposables, nous pensons que l'anognosie marque un saut radical quant au vécu subjectif de la maladie, à son expression et, de fait, à la maladie elle-même. Bien qu'elle s'installe insidieusement dans le cadre de la démence neurodégénérative, nous pensons que l'anognosie marque un saut, une rupture logique dans le fonctionnement psychique. Nous ne considérons pas cette anosognosie en tant qu'elle signerait l'atteinte d'une fonction supérieure (voir de la conscience) indépendamment de ses objets, quand bien même se définiraient-ils de leur négativation, de leur absence (tel

¹³⁹ GIL, Roger. *Vieillesse et Alzheimer: comprendre pour accompagner*, L'harmattan, 2012, p 58.

¹⁴⁰ Pour la raison même que l'anognosie n'est pas, dans le champ de la démence neurodégénérative, spécifique.

que l'oubli de l'oubli, la non-conscience de la perte du mot, de ses états affectifs, etc.). Au contraire, nous insistons sur ces objets pour en indiquer deux ordres (bien qu'ils soient intimement liés) : celui des objets du Moi et le Moi lui-même. Nous souhaitons donc, dans le cadre stricte de la démence sévère, lui donner une place centrale en même temps que de la mettre en cohérence avec le reste des «troubles mnésiques» caractéristiques de l'affection neurodégénérative.

Nous distinguons, à priori, l'impossibilité de penser l'actuel (perte de mot, affect, oubli, lieu, espace), de l'impossibilité de penser son identité (conscience de la maladie). En effet, il n'est pas la même chose de ne pas s'apercevoir qu'un mot glisse à la place d'un autre ou qu'un souvenir échappe que de ne pouvoir se dire «*je suis malade*». La notion d'anosognosie permet en cela de faire une distinction stricte entre ces deux champs de la perte. La première des pertes concerne l'avoir, l'aptitude ou la capacité, la seconde concerne l'être comme tel (l'anosognosie s'étend ici à la «conscience d'être»). Bien que ces deux modalités de la «non-conscience» se trouvent conjointes dans la clinique de la démence, il est essentiel de les distinguer théoriquement afin de les mieux comprendre. Il sera alors possible d'entrevoir leur succession logique qui trace une droite régressive entre «l'avoir» et «l'être».

2. Oubli et identité : l'échec de l'autonoèse

Lorsque Solange, une patiente de G Le Gouès, indique : «*J'ai changé. Je peux continuer ma vie mais ce n'est plus la même vie.*»¹⁴¹, elle peut, malgré le changement dont elle parle, continuer de dire «je» et d'avoir un discours sur la perte. P. Ricœur¹⁴² nous donne, sur ce rapport de soi à soi, dont nous avons vu qu'il est largement remis en cause dans la démence sévère, des outils d'éclairage intéressants en distinguant «l'identité-mêmeté» qui donne à entendre que le principe d'identité s'étaye de la référence à l'inchangeant et «l'identité-ipséité» qu'il fonde comme principe de reconnaissance d'un soi au-delà du changement. Ces deux principes fondent dans le temps l'identité de type narrative qui, chez Ricœur, se constitue de «se dire» à un autre (en soi-même). L'énoncé de Solange semble ainsi indiquer que l'identité-mêmeté fait défaut à la reconnaissance de soi par soi. Il y a échec d'intégration dans le moi des nouveaux objets ou des transformations de l'objet, alors que l'identité-ipséité et de fait, le «sentiment de soi», reste maintenu. La conséquence en est qu'à ce stade où la «conscience de soi» est maintenue, le sujet a affaire avec l'étrangeté de ce qu'il est, tout en pouvant soutenir la question, par l'imaginaire, de qui il est. Dans la démence sévère, c'est justement cette question en

¹⁴¹ LE GOUES, Gérard. *Le psychanalyste et le vieillard*, puf, 1991, p 59. (Discours de Solange)

¹⁴² RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006.

tant qu'elle soutient la conscience auto-noétique¹⁴³ qui viendra à se déliter. Ce saut radical pourra s'appréhender pour l'observateur dans l'anosognosie, dont l'effondrement de l'autonoèse est l'essence même. Nous en voyons la démonstration dans le fait qu'un sujet dément sévère puisse en venir à évoquer un événement passé, sans plus trouver à l'insérer dans le fil historique qui fait l'ipséité de son «soi». Bien qu'une survivance d'un savoir sur l'événement soit observable, elle est très largement (voir totalement) déconnectée de la mémoire épisodique (qui «*implique un voyage dans le temps*»¹⁴⁴), c'est-à-dire du sentiment de la temporalité subjective. Si «*La situation du patient, profondément amnésique, permet une certaine représentation de l'absence de mémoire épisodique et de conscience auto-noétique*»¹⁴⁵, il en va tout autrement du rapport du sujet dément sévère à sa mémoire. Au lieu où l'amnésie se caractérise de l'oubli, l'anosognosie est un «oubli de l'oubli». Cet oubli de l'oubli ne fait pas trace, ne prend pas place d'être négativé, ne s'accompagne d'aucun sentiment d'absence de souvenir. Ainsi, l'anosognosie, ne permettant la représentation du manque, entame la «conscience de soi» et la «continuité d'être». Il semble donc qu'interroger la perte de mémoire du point de vue subjectif, implique d'y corréliser la perte du «sentiment de son identité». Au contraire, interroger l'anosognosie implique d'y corréliser la perte de l'identité elle-même. Bien que la clinique présente des états mixtes entre ces deux pertes, nous insisterons d'avantage sur la seconde. Pinel dresse un tableau qui nous semble aller dans ce sens et s'écarter de l'amnésie franche : Amnésie : «*Mouvements désordonnés et actes successifs d'extravagance, oubli complet de tout état antérieur, abolition de la faculté d'apercevoir les objets par des impressions faites sur les sens, oblitération du jugement, activité continuelle sans but et sans dessein, et nul sentiment intérieur de son existence.*»¹⁴⁶ Nous y retrouvons l'oubli, les difficultés représentationnelles, la chute du jugement d'existence, la déliaison et la désorganisation pulsionnelle et enfin le délitement de la conscience réflexive, qui sont autant de traits cliniques que la démence sévère donne à voir. Mais surtout, fidèle à son traitement moral, nous trouvons sous la plume de l'aliéniste, la mise en cohérence de l'oubli et de la chute du «sentiment intérieur de son

¹⁴³ La noèse est, chez Husserl, le penser ou l'activité de penser, tandis que le noème est la pensée comme objet (cette distinction renvoie à celle classique entre «cogito» et «cogitatum»). L'autonoèse, concept phénoménologique repris par la neuropsychiatrie et la neuropsychologie, caractérise la possibilité de «se penser» dans son histoire. Elle caractérise le «voyage dans le temps» de la mémoire épisodique. Nous le définirions par le fait que le sujet se souvenant d'un événement passé, éprouve le sentiment d'une situation temporelle dans ce passé. Nous renvoyons ici à la lecture de Ricœur est des phénoménologues s'intéressant à la question de la démence.

¹⁴⁴ LECHEVALIER, B ; EUSTACHE, F ; VIADER, F. *Traité de neuropsychologie clinique*, De Boeck, 2008, p 330.

¹⁴⁵ LECHEVALIER, B ; EUSTACHE, F ; VIADER, F. *ibid.*

¹⁴⁶ Citation de Philippe PINEL, dans (FALRET, Jean-Pierre. (1864) *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, Broché, éd Sciences en situation, 1998, p 180.)

existence» (souligné par nous) via la destruction des possibilités de représentation. Introduire comme nous le faisons la notion d'une destruction de l'identité qui soit plus essentielle qu'une destruction du «sentiment d'identité» implique donc que l'anosognosie démentielle soit la manifestation d'une désorganisation subjective généralisée.

3. Représentations et identité

L'instance de Moi permet l'intégration de l'histoire subjective en tant que le sujet émerge du sens qu'il y met à supposer y avoir pris part (ou d'en avoir été l'objet). C'est son histoire. Ce qui fait le sentiment actuel de l'identité est la perception de l'objet Moi en tant qu'il est le lieu d'où l'Homme se reconnaît être lui (en se percevant percevoir). Cette appréhension de soi par la pensée, par sa pensée, confère au sujet la possibilité de faire exister son monde en son absence. L'appréhension de soi par le passé, par son passé, situe d'où il pense, c'est-à-dire comment ses identifications impliquent, imaginativement, d'où il a le sentiment de penser.

La pensée des choses, ou sur les choses, sera justement mise à mal dans le stade sévère de la démence qui évanouie le mot. Ainsi, *«L'effacement progressif des processus secondaires entraîne une perte de l'identité de pensée et l'installation d'une identité de perception.»*¹⁴⁷ Ainsi, l'identité du sujet semble se resserrer sur une appréhension immédiate, sans détour (sans inhibition), d'un objet collé à l'expérience de satisfaction. L'appareil psychique fonctionne à ce niveau à partir d'un «principe d'identité», c'est-à-dire qu'il ne trouve aucune marge, aucun espace à insérer entre l'expérience de perception et la perception elle-même. Il est à ce niveau, tout entier saisi par l'expérience de plaisir ou de déplaisir. Si nous acceptons de penser l'organisation psychique démentielle en tant qu'elle se resserre autour de ce fonctionnement précaire, c'est-à-dire non-média, nous devons considérer que l'instance Moïque fonctionne en partie comme au temps logique de son ébauche. Ainsi, il est possible d'appliquer à la démence la proposition de Freud selon laquelle *«le moi-sujet coïncide avec ce qui est plaisant, le monde extérieur avec ce qui est indifférent (éventuellement avec ce qui, comme source d'excitation, est déplaisant)»*¹⁴⁸. Toute source d'excitation investissant l'appareil psychique déséquilibre le principe de plaisir qui vise à la dépense minimum. Il semble donc pensable que le sujet en démence, se tenant dans une radicale extériorité quant à ses actes, ou plus généralement, à ses manifestations pulsionnelles, les vives elles-

¹⁴⁷ LE GOUES, Gérard. *Le psychanalyste et le vieillard*, puf, 1991, p 47.

¹⁴⁸ FREUD, Sigmund. (1915) *Pulsion et destins des pulsions*, dans «Métapsychologie», folio essais, 2005, p 36.

mêmes comme des éléments angoissants. *«...il ne peut éviter de ressentir des excitations pulsionnelles internes, ..., comme déplaisantes.»*¹⁴⁹ Il en résultera que toute excitation ressentie, balayant ainsi tout jugement d'existence qui permettrait d'organiser une distinction Moi/non-Moi, sera reléguée au rang de l'extérieur, du déplaisant, qu'il s'agisse de la poussée de la faim, ou d'un bruit provenant du monde extérieur. L'instance moiïque se ressert alors autour d'un fonctionnement primaire comparable au «moi-plaisir initial»¹⁵⁰ (ou moi-plaisir originel). Ainsi, *«le jugement d'attribution qui renvoie à l'attitude du sujet pour s'accaparer le bon et rejeter le mauvais (...), dure encore longtemps chez le dément – celui-ci pouvant encore choisir entre bon et mauvais sauf dans les cas extrêmes de démence.»*¹⁵¹

Cette indistinction dans laquelle la personne démente se tient presque tout entière la plonge dans un état d'indifférenciation dans lequel les objets de la réalité externe ne sont pas discriminés des éléments provenant de son «monde intérieur» (pensée, rêve et rêverie, mais également proprioception). Ainsi, les poussées pulsionnelles, de même que ce que l'observateur perçoit comme monde extérieur, sont deux sources non-distinctes de stimulations. Il n'est donc pas question pour ces personnes de faire la part des stimuli auxquels ils peuvent échapper (stimulation externe) de ceux auxquels ils ne peuvent se soustraire (poussée pulsionnelle). D'autre part, il ne leur est pas permis non plus de se reconnaître l'origine des manifestations pulsionnelles qui frayent le système pare-excitant. Tout ce qui se manifeste alors à eux et qui ne les satisfait pas, c'est-à-dire qui ne se conforme pas au principe de plaisir, est rejeté, considéré comme de l'extérieur. Très vite, toute stimulation devient source de déplaisir au seul titre qu'elle excite le système psychique qui tend à l'abaissement maximum de son niveau de fonctionnement. Ainsi, il n'est pas rare qu'une agitation anxieuse traduise l'imminence d'une mixtion impérieuse ou la pression de la faim. La désorganisation du système de représentation implique donc que le déplaisir lui-même, ne se caractérisant plus que de n'être un «trop» d'excitation, cède sa place à l'angoisse. Dans ces moments paroxystiques de désorganisation, l'angoisse est la seule balise qui oriente le sujet dément dans la réalité. Ainsi, l'anosognosie semble caractériser une atteinte radicale du Moi (plus profonde que le déni ou l'amnésie) dans la mesure où ce dernier ne peut plus se soutenir de ses objets. De fait, il n'est pas possible, si l'on souhaite rendre compte du vécu subjectif du dément sévère, de distinguer d'une part la maladie (l'oubli) et ses implications et d'autre part le «vécu de la maladie» (l'anosognosie). Non seulement il nous faut réfléchir à partir du fait qu'ils

¹⁴⁹ FREUD, Sigmund. *ibid.*

¹⁵⁰ FREUD, Sigmund. (1925) *La négation*, dans «Résultats, idées, problèmes», II (1921-1938), trad J. Laplanche, puf, 2009, p 137.

¹⁵¹ PERUCHON, Marion. *Démence et vie opératoire*, dans «Cahiers de psychologie clinique», 2001/1 - n° 16, De Boeck Supérieur, p 123-129.

ne sont qu'une seule et même chose, mais en plus il nous faudra considérer que c'est là, dans ce rabattement de «l'expérience de l'être» sur «l'être», le nœud du vécu démentiel sévère. *«Comprendre ce que le malade vit, c'est comprendre que plus que des oublis, c'est tout un savoir qui se perd, c'est la relation à l'autre qui est touchée, c'est une menace qui pèse sur l'avenir, ce peut être la perte de sens de l'existence.»*¹⁵² Nous adhérons donc à l'idée de M. Grosclaude lorsqu'elle indique que *«la problématique démentielle comporte le franchissement d'un seuil qui fait basculer le Sujet dans un registre d'existence, identitaire, où l'Objet de la perte c'est lui-même, et son expérience celle de sa propre perte»*.¹⁵³ Le sujet n'a pas affaire, inchangé, à un trouble de plus. Dans un premier temps (démence débutante à modérée) il assiste à un changement dans son rapport à lui-même, puis, tandis qu'il change, devenu incapable d'un recul expérientiel, il ne perçoit plus ce changement. La démence, détruisant le Moi, distord également ce qui s'en soutenait. Il semble donc que la perception des objets (objet de la réalité, souvenirs, etc.) soit intimement liée à la perception de l'identité.

4. Anosognosie et destruction du moi

Nous ne pensons pas que cette non-conscience puisse être rapportée, dans un rapport causal univoque, à la difficulté réflexive d'avoir à penser la pensée. Au contraire, nous pensons qu'elle fait signe d'une transformation radicale de l'être qui ne se soutient plus de saisir les objets qui le délinéaient. La perte des objets constitutifs du Moi n'est pas sans effets sur la perte de conscience de soi, c'est-à-dire qu'au plus haut degré de leur déréalisation leur perte précipite la perte du Moi. En effet, si la perte de «l'avoir» subvertit à ce point le rapport du sujet à «l'être», c'est au titre que le Moi s'effondre de ne plus pouvoir soutenir, dans l'avoir, ce que l'objet lui permettait de différenciation. L'anosognosie n'est donc pas la perte d'un avoir de plus, mais signe, par sa déconstruction, la dépendance de l'être à l'avoir.¹⁵⁴ Ainsi, la désorganisation généralisée que l'anosognosie actualise correspond à la destruction du Moi, point duquel s'organise les relations d'objets, mais également point qui ne se maintient qu'à partir du commerce à ses objets.

En opérant une mise en perspective des temps de la perte de mémoire dans la démence au regard de l'approche psychanalytique nous y impliquons donc l'appareil

¹⁵² MICHON, Agnès ; GARGIULO, Marcela. *L'oubli dans la maladie d'Alzheimer: le vécu du patient*, Cliniques Méditerranéennes, n°67, 2003/1, p 31.

¹⁵³ GROSCLAUDE, Marie. *Démence, perte de l'objet, dépression et deuil*, dans Perspectives psy, Vol 44, N°5, décembre 2005, p 386.

¹⁵⁴ HUSSERL, voir la notion «d'intentionnalité» chez Brentano, qui enseigne à Husserl comme à Freud.

psychique en tant qu'il est déterminant dans le procès de réorganisation que la démence amorce par son bout le plus réel ; la neuro-dégénérescence. La notion de destruction du «Moi» nous permet de saisir la conscience (comme «conscience de soi») à partir du traitement de l'objet, et non comme fonction. Cette conscience, à travers le filtre du Moi, est une reconstruction, une mise en histoire. La mémoire, au sens du souvenir, met en scène le passé, y installe la gloire et en cache la part d'insoutenable. La mise en sens, par l'histoire, est une pure construction et ne dit aucun lien logique ou réaliste à l'objet. L'identité de pensée ne s'entend qu'à partir de se décoller d'avoir la chose, tandis que le collage se situe pour Freud du côté de l'hallucination primitive. (Il est étonnant à cet égard que les théories qui fondent leur approche de la démence sur l'exploration du fonctionnement mémoriel n'intègrent que si peu sa forme particulière, mais néanmoins paradigmatique, qu'est la «confabulation délirante».) Nous opposons donc à la mémoire le souvenir, qui implique le «Moi» en tant qu'il s'y soutient (et y fonde, dans la méconnaissance, sa vérité). C'est ce travail de remaniement, voir de déni, qui a pu faire dire à certains que la démence elle-même participait de cette logique adaptative.¹⁵⁵ Elle serait à ce titre une défense contre l'angoisse de mort (qui est le nom de l'insupportable de la perte). Il nous semble quant à nous, qu'elle marque un saut radical en dehors de toute possibilité de remanier le rapport du Moi aux objets.

Ainsi, nous écartons, dans le seul but de rendre saillant certaines conclusions logiques qu'il est possible de faire à partir de la notion d'anosognosie, les mécanismes psychiques qui la fonde à son commencement de ceux qui la caractérisent une fois franchement installée. Pour autant, nous ne revenons pas sur l'immense souffrance subjective, le caractère de tragique et les organisations défensives qu'elle implique en sa phase débutante. Nous prendrons simplement le parti, pour plus de clarté, de n'en pas parler dans ce travail consacré à la logique de l'affection démentielle sévère. Nous ne contestons pas non plus que l'anosognosie soit parfois levée ou partiellement levée même à des stades très avancés, pour autant notre argumentation insistera en premier lieu sur la logique et les conséquences spécifiques de l'anosognosie installée.

5. Du rabatement de la pensée sur le savoir

Prosaïquement, nous soutenons que la démence est une «maladie de la relation». Dès lors qu'il est établi qu'elle est une affection dont il est possible de lui donner sens à partir du point où elle est un impensable pour le sujet lui-même qui ne peut, d'être affecté, se faire autre pour se saisir malade, c'est-à-dire dès lors

¹⁵⁵ Lire à ce propos: MAISONDIEU, Jean. (1989) *Le crépuscule de la raison* : La maladie d'Alzheimer en question, Bayard, 2001.

qu'elle devient anosognosie, alors elle est maladie de la relation à soi. Ce court-circuit dans ce qu'il est convenu d'appeler l'appréhension de la conscience par elle-même, fut-elle conscience de la maladie, ouvre la voie à une réflexion sur la pathologie du psychologique, mais également à la psychologie du pathologique. C'est-à-dire que la démence nécessite pour être saisie, non pas seulement d'avoir un discours sur la maladie, une compréhension du fait pathologique, mais d'avoir un discours sur les effets psychologiques d'une maladie particulière qui en plus d'avoir des effets sur la psychologie de la personne atteinte, se caractérise d'être une atteinte de la psychologie de la personne. En effet, dans la mesure où la psychologie, au sens où elle désigne les règles qui font la dimension psychique, se caractérise d'être une science ou un savoir sur la pensée, alors c'est bien au niveau même de ce qu'elle est, et non à celui de ce qu'elle a, comme fonction additive, qu'elle est mise en cause par la démence avancée. C'est à partir du point où la représentation interne n'est plus maintenue de l'extérieur (dans l'intime) par un représentant de la représentation que la psychologie subie une mutation décisive et qu'elle n'est plus appréhendable comme «rapport à soi». Ce décalage nécessaire au sujet pour se saisir comme un objet, c'est-à-dire comme un autre, est ce que la psychanalyse détermine comme «instance moïque» qui prend sa fonction de saisir non seulement la représentation, mais également «l'activité de représentation». Cette illusion, cette adéquation imaginaire entre sujet et moi, permet la psychologie, c'est-à-dire le discours sur la psychologie. Dès lors, nous saisissons l'expérience démentielle comme «effondrement du discours» (intérieur). Nous aurons à argumenter plus avant dans ce travail que le sujet en démence sévère se définit d'être «ininterprété» (ou plus justement d'être un «être ininterprété»).

Pour exemple, une personne démente sévère peut être en colère, elle peut également dire qu'elle est en colère. Mais il est rare qu'un patient ait un discours sur son comportement ou sur son dit : «Si je suis en colère c'est que j'ai eu peur, etc.» De même, la rêverie qui met en scène la face idéale du Moi semble s'éteindre. De même pour la honte, le mensonge, et ainsi de toutes les manifestations de ce que nous nommons avec Sartre «la conscience thétique» d'où se déduit la position de témoignage. Dès lors qu'un tel discours advient, impliquant un objet (a), regard en premier lieu, mais qui peut être emprunté à d'autres champs de la sensibilité (je ne me sens plus, je ne peux plus me voir, etc.) on y trouvera intuitivement la trace d'une «illumination courte» de la conscience ou d'une levée de l'anosognosie. Ces positions naïves, qui visent juste, de l'entourage soignant ou familial, en disent long sur ce que la démence peut représenter de destruction de la conscience et de sortie de «l'être pour autrui», ferment de la «mauvaise foi» sartrienne. (Ce qui n'est pas dire que la démence soit une voie par laquelle le sujet en atteigne à la vérité de l'être. Vérité qui n'a pas d'arrimage en dehors de son recouvrement par le langage (la vérité ne touche pas au réel). Nous aurons à y revenir.) Il doit nous rester étonnant que certains patients très malades, lorsque nous nous approchons du fauteuil sur lequel

ils sont assis depuis des heures, ne répondent jamais à la question : «que faites-vous ?» ou «A quoi pensez-vous ?» avec un énoncé tel que : «Je pensais à telle chose ; Je me disais que, etc.». N'émerge aucun discours sur soi qui pourrait mettre du sens après-coup, ni non plus aucun délire, sur ce qui ne ressemble pas à une hébétude stuporeuse ou à une catatonie hébéphrénique marquée de négativisme. Le patient, alors qu'il semblait affairé à penser, répond sans difficulté qu'il ne pensait à rien, sans plus s'en soucier ou marquant une angoisse qui ne semble parfois advenir qu'à partir de l'instant où il est appelé à rendre compte. En ce point, la notion «d'oubli démentiel» n'apporte qu'un éclairage très partiel de ce qui est en jeu dans la démence sévère. De même, la défaillance des mécanismes de défenses qui permettent de produire le «sentiment de l'oubli» ou de le recouvrir d'une construction d'après-coup doivent également être mis à la question.

La démence sévère, frappée d'un «impossible à représenter», implique, en raison de la structure du discours elle-même, un impossible «à se représenter» ou «à être représenté». Ainsi le « logos » est à la fois un dedans et un dehors, c'est-à-dire un contenu et un contenant subjectif. Il nous semble avoir affaire ici avec une indissociabilité du logos comme discours et du logos comme savoir qui implique que le vide de la pensée démentielle ne se sache pas comme vide, sans qu'elle soit pour autant réduite au rien du non-être. Les moments les plus extrêmes de la démence impliqueraient donc dans le même temps un savoir sans pensée et une pensée sans savoir, qui, du fait de leur superposition, ne peuvent en aucun cas rendre compte d'un inconscient (savoir sans pensée), ni même d'une conscience (pensée sans savoir). Nous reviendrons sur le caractère d'extériorité du savoir pour débrouiller cette impasse logique qui pour ce moment de l'argumentation nous semble plus riche d'être maintenue ouverte.

6. L'anosognosie et l'aphasie

La clinique des cérébrolésés laisse à voir des personnes dont certaines fonctions sont atteintes de manière très franche en laissant les autres intactes. Ce qui semblait être un acte de perception unique se subdivise en séquences différentes telles que la reconnaissance des visages, des voix, etc., mais aussi la nomination de la chose, la reconnaissance de la chose, etc. Les travaux de la psychologie cognitive et de la neurologie sont, sur ces questions, tout à fait éclairants. Certains tests cognitivistes sont très intéressants en cela qu'il épinglent les différents modes de présentation de l'objet et les voies de frayage qui s'endiguent ou celles qui restent ouvertes à la perception. Par exemple, il est possible qu'un patient qui manque d'un mot puisse le mimer pour se faire comprendre et indiquer ainsi qu'il en a une représentation visuelle intacte. Ce type d'expérience montre donc que le mot et la

chose peuvent se désolidariser, du moins dans l'espace de leur rappel conscient. En effet, la dégradation sélective de la possibilité pour une personne d'encoder une information, ou au contraire de la récupérer, indique un fonctionnement mémoriel pluriel. De même, la distinction faite entre compréhension du message et production du message (observable par exemple dans les lésions typiques de l'aire de Broca et de Wernicke qui définissent le caractère fluent ou non-fluent de l'aphasie) enseigne que l'usage du mot n'est pas inconditionnellement lié à sa compréhension.

Les troubles du langage dans la démence de type Alzheimer sont, quant à eux, de type mixte. C'est-à-dire que la destruction du langage est supportée (nous ne disons pas «causée») par des lésions de grandes ampleurs qui impliquent toujours, en fin de parcours, des troubles dans l'émission comme dans la compréhension du message. A ce titre, la notion d'aphasie est largement discutée dans la démence neurodégénérative au titre où il est difficile, dans un tableau de dégradation généralisé, d'associer une lésion focale à un trouble particulier¹⁵⁶ tel que l'anomie (au sens de «manque du mot»). L'évolution des troubles phasiques, à l'instar des autres atteintes des fonctions supérieures, est marquée par le «saut anosognosique». Les mots manquants du début de la maladie, d'abord recherchés puis évité par des techniques de contournements (périphrases, mots génériques, etc.) sont en fin de parcours remplacés par d'autres, répétitifs, mal employés ou clairement néologiques. Ainsi, ce qui était au début subjectivement vécu (ou dénié) comme un manque, se voit recouvert dans la démence sévère par une substitution (de mot à mot) insu du sujet.

Dans ce cadre, l'anosognosie se spécifie de toucher la production langagière. Le manque du mot n'est pas perçu. Ainsi, les troubles du langage les plus marqués, caractéristique de la démence sévère, ne peuvent être attribués à la seule aphasie et doivent être compris à la lumière de l'anosognosie. Or, il n'est pas sans conséquence pour le sujet que ce qu'il dit de son être, non seulement ne trouve plus l'outillage (anomie) pour se dire, mais encore que ce «dit» puisse glisser d'un signifiant qui le supporte à un autre sans qu'il ne puisse en prendre conscience. D'une part, l'énoncé est reçu par l'allocutaire comme «non-sens», d'autre part, cette dimension de non-sens n'a aucune existence pour le sujet. C'est donc toute la dimension subjective et ontologique du «se dire» qui est ébranlée par l'anosognosie des troubles du langage. Cette dimension subjective du sens de l'énoncé, nous aurons à la déplier comme se fondant «au champ de l'Autre». Ainsi, les états démentiels qui se caractérisent d'une perte du mot activement recherché (violence faite au moi qui perd la maîtrise de l'énonciation) et ceux qui se caractérisent d'une perte du mot non recherchée ou non reconnue, ne s'organisent pas en paliers évolutifs et continûment descendants. Ils sont radicalement différents et signent un rapport radicalement différent du sujet à

¹⁵⁶ RONDAL, Jean-Adolphe. *Troubles du langage: bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Mardaga, 1999, p 661.

ce qu'il est. «*Dans ce paysage marqué par la déconstruction et le démantèlement, le sujet dément perd non seulement les mots, mais la faculté même de pouvoir nommer cette expérience d'extrême étrangeté.*»¹⁵⁷

L'opération langagière est une double opération de nomination. Nous avons indiqué que le dire est toujours un «se dire». Ainsi, nommant l'objet, le sujet se nomme (ou est nommé par lui). De fait, la perte du mot semble signer la destruction du sentiment d'être. Nous aurons donc à situer le sujet dément quant à cette opération de nomination. La phrase de J.A Rondal, du fait même de son apparente contradiction, nous donne une bonne indication de ce à quoi a affaire le dément sévère. En effet, l'auteur insiste sur la perte de la faculté du dément à nommer «*l'expérience d'extrême étrangeté*»¹⁵⁸ alors même que cette expérience, par définition, semble innommable. Alors que chez Freud, «l'unheimliche» implique l'angoisse du fait même que l'étrangeté n'est pas sans accointance avec le familier¹⁵⁹, nous avons ici affaire avec un «extrêmement étrange» qui ne se laisse pas définir. Une chose est étrange ou elle ne l'est pas. Elle ne peut être «extrêmement étrange» qu'à la condition que l'étrangeté, qui se définit à partir d'un «heimliche», d'une référence à l'intime, ne puisse plus y renvoyer. Autrement dit, celui qui fait l'expérience de «l'extrême étrangeté» est celui-là même qui ne peut, n'ayant aucune idée de l'intime, du familier, en avoir conscience. Au-delà de la perte du mot qui étiquette la chose, le dément sévère achoppe au niveau le plus symbolique de la nomination. Le dément sévère anosognosique se définirait donc d'être celui dont l'angoisse face à la perte est impensable en terme d'inquiétude (ou, pour reprendre Freud : d'inquiétante étrangeté). Au titre de la destruction des instances psychiques et du caractère traumatique de l'excitation, non représenté et non mis en scène, nous pourrions qualifier le saut anosognosique comme une «sortie du tragique» (au sens de la dimension de la tragédie, ce qui n'est pas dire qu'il y ait là quoi que ce soit qui prémunissent les sujets en démence sévère de la souffrance).

¹⁵⁷ PAYAN, Ségolène et SAFOUANE, Abdel Majid. *Transfert et vécu du temps avec les patients alzheimer*, éd L'Esprit du temps, Topique 2010, vol 3, n°112, pages 119 à 129.

¹⁵⁸ RONDAL, Jean-Adolphe. *Troubles du langage: bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Mardaga, 1999, p 661.

¹⁵⁹ Lacan donnera la formule qui condense l'étranger, relatif à l'extérieur, avec le familier de l'intime dans un néologisme : extimité.

IV. L'ANGOISSE ET LA PENSÉE

1. L'angoisse dans la démence débutante et modérée

La phase pré-démentielle s'accompagne de «troubles mnésiques» qui font souvent l'objet de «plaintes mnésiques» de la part de la personne concernée (quand ils ne sont pas, comme nous l'avons défini, directement résorbés dans le déni ou l'anosognosie). Ladite personne peut également être alertée par son entourage qui remarque un changement dans ses capacités de mémorisation. Ce changement fait l'objet de mise en sens diverses de la part de l'entourage et de la personne elle-même. Il peut être supposé par les proches une perte des capacités de mémorisation, un affaiblissement global dû à l'âge, mais également une «fainéantise», une dépression, l'exacerbation d'un trait du caractère, l'émergence de la vérité du sujet trop longtemps cachée, etc. (Madame U dira par exemple de son mari : *«Il ne s'intéresse plus à moi, mais vous savez, il ne s'est jamais intéressé à moi!»*.) Lorsque les changements qui s'opèrent dans les rapports que la personne entretient à sa mémoire commencent de l'alerter, elle se tourne vers un médecin qui objectivera les troubles et pourra diagnostiquer une phase pré-démentielle. Ces tests sont consolidés par d'autres, neurologiques (tels les IRM et Scanners). A partir de ce moment, le sens posé sur ces changements prend une autre forme. Il est alors possible pour la personne de se dire malade. Ce détour par l'autre partenaire, aimant, puis par l'autre médecin, sachant, a des effets divers tels qu'une culpabilisation, une déculpabilisation, un apaisement ou inversement une inquiétude grandissante, une sidération, une dépression réactionnelle, une défense maniaque, etc. En dehors de quelques cas particuliers de réactivation d'un traumatisme, chacun plaquera du sens sur l'annonce diagnostique. Ainsi, *«parmi nous, certains y parviendront si le diagnostic n'est pas celui d'un "déclin irrémédiable" si pauvre en sens, si paralysant. D'autres seront rassurés par ce sens si réducteur de "lésions neurologiques qui produisent mécaniquement des symptômes lesquels détruisent indistinctement et inéluctablement les personnes"»*.¹⁶⁰ Certains auront également besoin de colmater l'angoisse grâce à la rustine d'un signifiant, a-sensé si possible, que l'on trouve volontiers dans le langage médical qui objective la manifestation singulière par une *«maladie avec un beau nom bien scientifique»*¹⁶¹. La relation de la personne à ses proches en est également diversement changée. Nous rejoignons ici l'idée de N. Rigaux selon laquelle il y a parfois, pour le malade ou pour ses proches, un *«bénéfice psychologique à*

¹⁶⁰ PELLISSIER, Jérôme. *Au sujet du livre de Peter Whitehouse*, site «jerpel.fr», 2010.

¹⁶¹ WHITEHOUSE, Peter-j ; GEORGE, Daniel. *Le mythe de la maladie d'Alzheimer : Ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*, De Boeck Solal, 2009.

*considérer la maladie comme exogène, ne mettant en cause aucun trait du patient ni du fonctionnement de son environnement».*¹⁶²

Dans tous les cas, ce cheminement de vie et les transformations qu'il implique dans la perception et l'idéalisation de soi a un effet d'angoisse. Quelque chose bouge, qui concerne le sujet et qui lui est dans le même temps tout à fait hétérogène. Cette angoisse prendra différentes formes selon qu'elle est récupérée dans le Moi comme attaquant l'avoir et signalant l'imminence de la castration, ou bien qu'elle supprime à l'être ses assises et dévoile «une réaction à une séparation»¹⁶³ qui concerne l'organisation psychique préobjectale (angoisse automatique). Dans le temps de la démence modérée, il est possible que l'effacement partiel de l'objet interne conduise le sujet à la nécessité de se supporter de la présence effective d'un autre sécurisant. De ce fait, nous pouvons penser que l'angoisse de castration, la peur de n'être plus valable pour l'autre, glisse du côté d'une angoisse de séparation et de la peur de ne pouvoir se passer de l'autre. Ce chemin régressif retracerait une partie du parcours des investissements libidinaux qui consisterait à lâcher sur l'amour propre (secondaire) pour resserrer l'économie psychique autour d'un fonctionnement plus primaire, c'est-à-dire non renversé dans son rapport à l'objet, qui consiste à aimer l'autre qui aime (narcissisme primaire).

Nous pouvons, d'un point de vue très général, retrouver les traces de ce processus économique dans les discours des «aidants naturels» qui semblent bien souvent avoir deux discours successifs dans les premiers temps de la maladie de leur conjoint ou compagne. Le premier consisterait à souligner la blessure narcissique que la défaillance de l'autre souligne. Ce type d'interprétation consisterait à considérer que l'impossible de l'autre ne vaut qu'au titre qu'il est une incapacité, c'est-à-dire à ne pas accepter sa castration. «C'est humiliant», dira Madame Z qui voit son mari se mettre en échec en situation sociale. Le second discours au contraire viendrait dire une réorganisation du rapport autour de l'acceptation de cette castration. A ce moment, l'un devient «l'enfant» de l'autre et semble nécessiter des soins, sinon une surveillance permanente. Madame Z dira par la suite, après un temps de travail psychique et de réorganisation des identifications et investissements : «je m'en occupe comme d'un enfant». Ainsi, la sécurité prévaut pour le malade qui s'en assure dans la présence d'un autre. «En raison de la désintériorisation massive propre au processus démentiel, la fonction de maintenance du psychisme qui se développe par l'intériorisation du "holding" maternel ne peut plus être garantie».¹⁶⁴ Ainsi, la présence effective de l'autre

¹⁶² RIGAUX, Nathalie. *Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer*, dans «Etudes», 2012/6 tome 416, p 25.

¹⁶³ FREUD, Sigmund. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, 2009.

¹⁶⁴ PERUCHON, Marion. *Du moi-peau : applications à la gérontologie et à la ritualité*, dans «Psychologie clinique et projective», volume 7-2001, p 45-54.

devient une nécessité pour parer à l'angoisse. L'autre devient point de repère, c'est lui qui métabolise et traite les informations nécessaires à la survie du sujet. De fait, *«il n'est pas rare de constater chez certains sujets dont la dépendance à l'environnement s'avère totale une angoisse drastique de perte de l'objet-support»*¹⁶⁵, ce qui conduira l'autre (en règles générale mari ou femme) à glisser, s'il en a les ressources et le désir, en position maternante. La personne malade, bien qu'elle ne soit pas toujours consciente de sa «dépendance» grandissante, n'en subit pas moins les assauts violents de l'angoisse. (Il semble donc que l'angoisse ne soit pas réductible aux peurs du sujet.)

Ce nécessaire glissement de «l'aidant familial» (ou naturel) d'une position dans le lien à une autre peut connaître divers points d'arrêt ou points de violence lorsque la personne malade bascule de l'angoisse de séparation à d'autres types de manifestations qui, au lieu où elles appelaient le lien à l'autre, semblent l'ignorer ou tendre à le détruire. En effet, les manifestations apathiques et hétéro-agressives propre au stade sévère de la démence peuvent empêcher l'aidant de s'ajuster et de se régler sur une identification qui lui permettra la relation à cet autre, dont il ne va pas de soi qu'il sache comment l'appréhender. « L'aidant naturel » n'existe pas ! Ainsi, la démence sévère, bien qu'elle puisse revêtir différents aspects, offre à l'autre un caractère d'impensé directement corrélatif de l'impensable qui la constitue. En effet, l'existence de l'angoisse chez des sujets en démence sévère s'impose à l'observateur. Chacun peut, à prendre le temps de la rencontre, se construire la ferme certitude que cette angoisse existe, qu'elle tient une place qualitativement et quantitativement importante dans le vécu de ces personnes et enfin qu'elle est une des manifestations qui entrave radicalement ladite rencontre. Chaque pas vers ces personnes peut être nul d'avoir suscité la crainte ou le repli, chaque tentative d'écoute peut échouer sur le roc de la persévération anxieuse, de l'incompréhension, de l'obnubilation, ou encore sur l'énigme d'une agression qui semble défensive. Quels sont les déterminants de cette angoisse ? Est-il pensable que le sujet, qui pourtant oublie, ait affaire à ce qui lui faisait peur autrefois, ou bien nous faut-il penser que l'angoisse, à ce stade terminal de la maladie, est d'une autre nature ?

2. L'angoisse chez Freud

Freud nous enseigne que l'angoisse est la quantité d'excitation qui ne trouve d'autres expédients que le corps. Il fait de l'angoisse autre chose qu'une peur devant un danger réel bien qu'il considère qu'elle puisse avoir, premièrement, un rôle adaptatif. En effet, il s'écarte très vite (1923, *«Le moi et le ça»*) de cette conception évolutionniste pour indiquer que l'angoisse peut signaler la présence d'un danger

¹⁶⁵ PERUCHON, Marion. *ibid.*

extérieur mais également un danger d'ordre pulsionnel, c'est-à-dire névrotique, pathologique.

L'angoisse, selon Freud, c'est donc construite comme signal au fil de l'expérience ontogénétique. Elle succède à une angoisse primaire qui est une stimulation qui a frayée l'appareil psychique, bousculant le système par-excitant, et laissant la trace indélébile de la violence subit. Le sujet s'orientera de cet envahissement qu'est l'angoisse et se servira de cette balise pour prévoir la déchirure du système pare-excitant qui s'est constitué en trauma. L'angoisse devient donc le signal de son propre passage, elle prévient du trauma. Pour que l'angoisse fonctionne comme signal il faut donc qu'elle puisse prévenir d'un ravage à venir et qu'elle ne soit pas elle-même aussi dévastatrice que ce dont elle prévient. Freud indique à ce sujet que, comme pour toute expérience, la charge d'affect est d'une autre qualité lors de la première présentation du stimulus, pour la raison qu'elle n'est liée à aucune représentation. De fait, l'angoisse peut se définir d'être un affect délié, sans association dans la pensée à une représentation quelconque qui l'enclaverait dans un système permettant sa décharge au long des chaînes associatives. Remarquons qu'un tel modèle indique que l'expérience subjective du jeune enfant, et généralement des personnes ayant les tissus associatifs les plus pauvres, est plus encline à produire de l'angoisse que celle des personnes pouvant toujours s'en référer au souvenir conscient, au connu. *«Ce qui manque d'abord, c'est l'absence de psychisation ou comme on dirait dans un vocabulaire plus moderne, l'absence de symbolisation de l'excitation somatique»*.¹⁶⁶ Ainsi, l'angoisse communément ressentie prend sa fonction de signal de prévenir d'un danger (de la réalité ou pulsionnel) hautement plus désagréable qu'elle-même. Il y aurait donc au moins deux natures de l'angoisse :

- Une primaire dont la charge d'affect excède les capacités de traitement de l'appareil psychique. Cette énergie laisse derrière elle une trace de frayage nommée trauma.
- Une secondaire, amoindrie, qui signale le risque traumatique. Elle est le marqueur d'un danger, c'est-à-dire que, s'appuyant sur les traces d'expériences passées, elle signale le risque d'être à nouveau débordée dans ses possibilités actives de liaison. L'appareil psychique se construit sur la base du refoulement de ce trauma originel qui fonde l'inconscient comme tel.

¹⁶⁶ LAPLANCHE, Jean (1980) Problématiques I, *L'angoisse*, puf, 2006, p 35.

3. Le refoulement secondaire

L'angoisse comme signal est provoquée par la perception d'une représentation inconciliable avec les exigences du Moi. Cette représentation est alors refoulée par le Moi dans l'inconscient alors que le quantum d'affect associé reste libre dans la conscience. (Ce quantum sera soumis à différents destins.) Nous comprenons donc que l'angoisse comme signal est perçue par le moi sans pour autant être représenté dans le système conscient pour la raison qu'elle est le fruit d'une charge d'affect déliée d'une représentation inconsciente. (Par suite de ce rejet de la représentation inconciliable, le symptôme, retour de ce refoulé, pourra travestir la représentation pour lui donner, en contrebande, droit de cité dans la conscience). De ce point de vue, le refoulement de la représentation semble être la cause de l'envahissement du Moi par l'angoisse.

Pourtant, si Freud avance en 1916 que le refoulement cause l'angoisse en déliant affect et représentation, son approche de l'économie obsessionnelle lui fera penser à l'inverse, dès 1926, que le refoulement opère parce qu'il y a angoisse. Ainsi, *«Toute formation de symptôme ne serait entreprise que pour échapper à l'angoisse(...)»*.¹⁶⁷ De ce point de vue, le symptôme offre une voie détournée à la satisfaction que le principe de plaisir exige.

4. Le refoulement originel

Le refoulement secondaire obéit à deux forces de répulsion et d'attraction. D'une part le Moi fait refluer la représentation du système conscient, d'autre part le caractère d'inconciliable de la représentation advient du fait de l'attraction exercée par un refoulé originel. La représentation se voit donc refoulée pour les accointances qu'elle a avec un noyau inconscient qui attire à lui toute représentation trop proche de son contenu qui serait susceptible de le représenter dans la conscience. Le refoulement, bien qu'il puisse causer l'angoisse au titre qu'il est une «mauvaise défense» semble donc être secondaire à ce qui, primordialement, s'était déjà constitué en trace de frayage.

Cette angoisse d'un autre type n'est pas associée à une représentation refoulée. Elle n'est liée à aucune représentation d'aucune instance psychique. De fait, elle ne se manifeste qu'à partir de ses effets de ravage que Freud qualifie de traumatiques (d'où se déduit le Réel). Nous voyons donc que les traitements primaire et secondaire de l'angoisse, non seulement sont distincts, mais encore qu'ils ne sont pas de même nature. Le second renvoie à un contenu refoulé, mais surtout,

¹⁶⁷ FREUD, Sigmund. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, 2009, p 57.

c'est ce qui nous intéresse, permet sa subjectivation dans la construction symptomatique. Le premier (angoisse primaire) quant à lui, ne permet pas au sujet de se l'approprier. Au moment de la décharge, le sujet s'efface derrière le trauma. Se constituera donc la nécessité d'un refoulement secondaire, c'est-à-dire d'une deuxième présentation de l'angoisse pour que l'évènement irrupteur premier soit mis en sens et finalement s'historicise. Le premier temps de l'angoisse conditionne le second et rétroactivement le second met en sens le premier qui devient traumatique. Ainsi, le trauma comme trace n'est traumatique qu'au titre de sa présentation dans le système conscient. Nous aurons, plus avant dans ce travail, à décrire les effets de cet «après-coup»¹⁶⁸ traumatique qui tend à scander les avancées thérapeutiques des patients les plus malades qui, parvenant à entrer en relation, sont submergé par une détresse dont l'affaissement de leurs capacités de secondarisation impliquait qu'elle ne soit pas conscientisée. Se découvre alors, dans la réémergence de l'instance Moïque, ce qui déjà était là (non pas comme savoir ou comme discours, mais comme angoisse). Freud nous indique donc grâce à sa seconde théorie du refoulement que l'angoisse est première. Elle est le fond de la vie psychique. Qu'est-ce à dire ?

5. Les processus primaires et secondaires

Le refoulement est l'opération dynamique par laquelle une représentation est repoussée du système conscient vers celui inconscient. Ces deux système obéissent à des règles différentes et permettent des modalités de représentation différentes. *«La représentation consciente comprend la représentation de chose plus la représentation de mot qui lui appartient. La représentation inconsciente est la représentation de chose seule»*.¹⁶⁹ Ainsi, *«Le système des représentations de mots peut être conscient ou préconscient, jamais inconscient, chez Freud»*.¹⁷⁰ Au contraire, l'inconscient comprend les représentations de choses qui sont, *«les seuls véritables investissements d'objet»*.¹⁷¹ Les représentations de choses sont porteuses de la charge d'excitation déliée. Il semble donc que l'angoisse se définisse d'être une excitation qui échappe au raies des représentations psychiques, soit qu'elle s'adjoigne à une représentation inconciliable (angoisse secondaire), soit qu'elle

¹⁶⁸ En l'occurrence, cet «après-coup traumatique» n'a rien de commun avec le mécanisme que Freud désigne de «Nachträglichkeit» qui caractérise une «relecture» et fonde la temporalité de l'inconscient. (Note de bas de page, dans : FREUD, Sigmund. (1918) *L'homme aux loups*, dans «Cinq psychanalyses», PUF, 1973, p 356)

¹⁶⁹ FREUD, Sigmund. (1915) *L'inconscient*, dans «Métapsychologie», OCF, XIII, puf, 2005, p 240.

¹⁷⁰ GREEN, André, *Penser la psychanalyse*, Ithaque, 2013, p 151.

¹⁷¹ GREEN, André, *ibid.*

échappe à toute prise dans le tissu associatif. Autrement dit, l'angoisse advient du non-représenté (refoulement secondaire) ou de l'irreprésentable (frayage traumatique). Ainsi, l'angoisse est la marque vive d'une stimulation qui échappe au travail de conscientisation. Comment comprendre cela ?

La stabilité du rapport au monde, la juste orientation vis-à-vis de ce dernier se traduit, nous dit Freud, par un effet de liaison. Cette liaison, nous pouvons la comprendre comme liaison à une représentation de mot. *«Tous les investissements de choses constituent le système inconscient, le système conscient correspond à la mise en relation de mots qui rendent possible l'accès à la conscience¹⁷².»* Ainsi, le mot disjoint, opère une coupure d'avec la chose qu'il s'agit de garder à distance, de recouvrir. Le passage de l'inconscient au système préconscient/conscient équivaut donc à un travail de liaison qui pare-excite l'affect délié. Le mot empêche la satisfaction. Les représentations de mots ne font pas qu'appartenir au système conscient, elles organisent les processus secondaires qui le régissent. *«Pour qu'une chose soit innommable, il faut au moins disposer du nom.»¹⁷³* Cette «disposition du mot» qui marque le «sentiment de l'innommable» implique donc une angoisse secondaire, qui se sait advenir. Ce fonctionnement secondaire est, structuralement, à l'origine de ce que Freud appelle «l'inhibition quant au but». Le processus secondaire *«remplit une fonction régulatrice rendue possible par la constitution du moi dont le rôle majeur est d'inhiber le processus primaire»¹⁷⁴*. Ce «destin de la pulsion» est plus qu'un coup d'arrêt dans sa trajectoire, c'est un ratage nécessaire au maintien du désir. *«L'inhibition de but préserve l'objet de son assimilation complète dans le Moi, ce qui, du reste, entraînerait la dissolution de l'organisation du Moi»¹⁷⁵*. Autrement dit, le secondaire est refoulant. *«La "représentation de mot" résulte du refoulement de la représentation de chose grâce au mot»¹⁷⁶*.

Nous voyons donc que le mot est la condition de la conscientisation, non pas seulement parce qu'il permet une intellectualisation qui rend l'objet intelligible, mais parce qu'en affirmant une «identité de pensée» (ceci est cela), il secondarise la relation immédiate au monde ; il la refoule. *«La conscience écrante le monde et*

¹⁷² FREUD, Sigmund ; ABRAHAM, Karl. (1907-1926) *Correspondance*, (lettre de 1914), Gallimard, Paris, 1994.

¹⁷³ BROUSSE, Marie-Helene. *panic attack*, intervention orale dans «Les chemins de la connaissance», France culture.

¹⁷⁴ LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, J. B, (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, puf, (2007), p 342.

¹⁷⁵ GREEN, André. (1983), *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, Les éditions de minuit, 2010, p 120.

¹⁷⁶ POMMIER, Gérard. (2004) *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, 2010, p 151.

*coupe le sujet de perceptions désormais "intellectualisées" par le langage».*¹⁷⁷ De fait, l'enrayement des processus secondaires, (représentation de mots) implique l'échec du refoulement et compromet le traitement secondaire (ou névrotique) de l'angoisse. Ainsi, nous approchons d'un modèle théorique qui indiquerait que la perte du mot, d'engager une impossibilité de conscientisation, engagerait dans le même mouvement l'impossibilité de refouler la représentation inconciliable. Est-ce à dire que l'angoisse à laquelle le dément sévère a affaire est de l'ordre d'un contenu inconscient qui échappe au refoulement secondaire ?

6. Le traumatisme

Nous avons vu que Freud construit sa notion de traumatisme comme perception première. Il nous faut noter ce que le trauma à d'organique, de moteur, pour comprendre qu'il a à voir de très près avec le traitement par le corps des stimulations extérieures. Déposant sa marque dans l'appareil psychique en construction, il constitue le roc à partir duquel se maintiendra un début d'orientation vers la réalité. Ainsi, parce qu'il surcharge les possibilités de liaison de l'appareil psychique, le frayage traumatique est une entaille au principe de plaisir. L'organisation psychique se justifie donc de pallier à cette surcharge dans la liaison à des représentations qui pourront représenter la charge d'affect et l'insérer dans un système cohérent pour en éconduire le trop d'excitation. Elle offre au psychisme, par voie de frayage, les modes de satisfaction privilégiés qui seront les siens en fonction que la stimulation traumatique soit entrée par tel ou tel canal sensoriel. (Zones érogènes : œil, oreille, anus, peau, nez). Le trauma est le lieu vivant d'une inscription vide, origine motrice de toute la vie animique qui n'aura de cesse que d'échouer à la recouvrir de significations glissantes. C'est donc à partir de cet «acte fondateur» que le sujet advient de n'être plus tout à fait égal à ce qui vient à se représenter en lui.

Au contraire de «l'angoisse signale», qui «contre-investi» l'effraction de l'excitation pour en limiter la brèche dans le Moi, le trauma se constitue en décharge brute et ne permet pas que le sujet s'y représente. *«S'il n'y a pas eu de mobilisation préalable, pas d'angoisse, pas de préparation, c'est alors l'effroi, pénétration par une énergie qui met en danger la vésicule dans son existence même ; il y a assurément encore réaction, mais beaucoup plus anarchique, une tentative, dans la panique, de reconstituer quelque chose, une sorte de préliaison non symbolique ou présymbolique».*¹⁷⁸

¹⁷⁷ POMMIER, Gérard. op. cit. p 142.

¹⁷⁸ LAPLANCHE, Jean (1980) Problématiques I , *L'angoisse*, puf, 2006, p 63.

7. Angoisse de pulsion et angoisse de réel

Pour comprendre les SPCD, il est tentant de distinguer ce qui de l'environnement les motivent, de ce qui viendrait de l'intérieur de la personne. En effet, cet intérieur peut sembler plus subjectif et réclamer une interprétation complexe de la dynamique libidinale tandis que l'angoisse face aux stimuli extérieurs, quant à elle, peut paraître, sinon objective, du moins sans rapport directe avec la pulsionnalité. A s'en tenir là, le discours Freudien paraît valider l'idée selon laquelle, l'angoisse d'un stimulus externe est un signal adapté à la nécessité de se protéger de l'environnement. Dans le cadre de la démence, nous pourrions ainsi poser, sans avoir à invoquer l'absence de refoulement des motions pulsionnelles, que les défaillances des fonctions supérieures dans l'appréhension du monde rendent ce dernier largement angoissant. De ce point de vue, seule l'angoisse devant la pulsion nécessite une explication psychogène alors que «l'angoisse de réel» semble bien s'intégrer dans un schéma mécanique ne nécessitant pas d'interroger l'appareil psychique pour être compris. Pourtant, Freud fera un pas supplémentaire en indiquant «qu'*au danger de réel connu est attaché un danger de pulsion non connu*»¹⁷⁹. Il n'y aurait donc pas deux champs de l'angoisse comme signal, mais deux faces d'une même dynamique libidinale. L'opposition pulsion du Moi, pulsion d'objet cédera donc sa place dans la théorie Freudienne à un «tout libidinal» (après 1926). C'est-à-dire qu'à la fois l'angoisse est déclenchée par un objet, et qu'en même temps, ce qui de l'objet angoisse, n'est pas transparent au sujet. Soit qu'il est tout à fait impossible à la personne d'en parler. Soit que, par déplacement de la charge d'affect, l'objet est travesti et qu'il représente autre chose que lui-même. Dans tous les cas, cette «*angoisse devant quelque chose*»¹⁸⁰, sur laquelle Lacan insiste dans son livre X, n'est pas univoque. Cette charge libidinale qui court sous la réalité observable, selon sa distribution, son investissement, fera le lit de l'angoisse. De fait, le sexuel est, pour Freud, l'origine de l'angoisse d'où qu'elle vienne. Ainsi, «*ce n'est pas le trauma qui est sexuel, mais le sexuel qui est traumatique*».¹⁸¹

A ce titre, le délitement du langage n'est pas la cause de l'angoisse pour la raison que son déclenchement ne peut pas être appréhendé comme simple effet mécanique consécutif de l'anomie. L'angoisse signe le découverture que la chute du mot engage. L'angoisse a donc à voir avec ce qui se découvre d'innommable et non pas seulement avec les difficultés de traitement de l'information, c'est-à-dire de recouvrement (du réel). Ainsi, l'angoisse se manifeste d'une façon particulière qui

¹⁷⁹ FREUD, Sigmund. (1926) *Supplément*, dans «Inhibition, symptôme et angoisse», PUF, 2009, p 78.

¹⁸⁰ FREUD, Sigmund. op.cit. p 77.

¹⁸¹ GUEY, Nicole. *Le bonheur du phallus*, Lussaud, 2013, p 150.

fait signe en deçà même de toute signification. Elle révèle le sujet dans son vacillement.

8. L'angoisse et la connaissance

Le sujet, pour la psychanalyse, n'est pas celui qui appréhende son état pour en extraire un savoir. L'angoisse n'est pas le résultat d'une connaissance, d'une prise de conscience de l'état somatique. Le concept d'angoisse nécessite d'envisager le sujet autrement que comme sujet de la connaissance. Ces quelques mots d'une personne atteinte de démence en donne un bon indice : *«S'il est difficile de penser, et ça l'est, croyez-moi, la confusion est vraiment effrayante. Ça m'arrive tout d'un coup quand, au milieu d'une phrase, je ne comprends pas ce que vos mots veulent dire. Est-ce que cela a l'air effrayant ? Ça l'est ! Je me sens très anxieuse quand cela arrive.»* Ce récit de patient nous permet de souligner la distinction que nous tentons de soutenir.

Cette personne est effrayée. Elle interroge son ressenti, se tend vers sa proprioception pour en connaître l'objet. Ce qu'elle en connaît, ce qu'elle traduit, secondarise, au sens où l'appréhenderait une herméneutique, est de l'ordre de la frayeur. Ce qui motive cette frayeur, c'est la rencontre avec l'angoisse. Angoisse et frayeur ne sont donc pas la même chose et renvoient à deux conceptions bien différentes du sujet. La frayeur est pour cette femme la conséquence de la connaissance de son état, elle est ce qui représente le sujet de la connaissance qui s'appréhende, secondairement, comme effrayé. Cette frayeur est perçue au titre où elle est une «perception de la perception», ou connaissance thétique. Cela «a l'air» effrayant, ce terme dans ce contexte (qui n'implique pas la notion psychanalytique «d'effroi»), relève déjà du second temps d'une opération imaginaire de voilage (il comprend déjà virtuellement l'adresse à l'Autre). L'angoisse quant à elle se tient au niveau de la cause ; elle cause la frayeur (ou, plus exactement, elle glisse en place de cause). En ce sens, elle n'est pas directement conscientisée et doit être rangée au rang du langage, métabolisée, pour être perçue consciemment. L'angoisse, à son niveau primaire, dit quelque chose de plus sûr, de plus vrai, qui est le risque d'évanouissement, d'aphanisis du sujet. L'angoisse se manifeste quand «ça arrive». Le «ça» (pulsionnel) arrive au moment d'un dévoilement (au contraire de la dite frayeur) de la chose (Das Ding). Au moment où se dépasse ce qui «a l'air», ce qui «est» est innommable. Autrement dit, la perte du mot elle-même, c'est-à-dire la chute de la représentation produit de facto l'angoisse, affect délié de sa représentation. Au niveau de l'angoisse donc, point de sujet de la connaissance s'illusionnant de s'appréhender lui-même, mais vérité du sujet. L'angoisse dans la démence, cette citation le montre bien, n'est pas (toujours) la conséquence d'une

castration, ni même d'une frustration de ne pouvoir dire ou comprendre, elle n'est pas non plus la connaissance, la prise de conscience que quelque chose échappe, elle signe cette échappée elle-même. L'angoisse à ce niveau primaire, n'équivaut pas à un non-sens portant son ombre sur le registre du sens (reconnu comme tel). Elle est la marque d'un «pas de sens», qui échappe radicalement à toute référence à la signification.

Reprenant nos conclusions de la partie précédente nous indiquons que «l'angoisse d'avoir à se perdre» n'équivaut pas à l'angoisse de l'être perdu. L'angoisse dans la démence sévère n'est donc pas une «angoisse signal» pour la raison logique qu'il faudrait supposer au Moi une existence percevant l'angoisse de sa perte alors même qu'il est, à ce temps précis, perdu. Ainsi, à ce niveau paroxystique, l'angoisse n'est plus signal, mais signe de l'évanouissement subjectif. Il nous semble donc que la voie de l'angoisse soit la première à suivre pour identifier l'expérience subjective démentielle.

V. L'ANGOISSE DANS LA DÉMENCE SÉVÈRE

1. Angoisse et affect

La palette affective des déments sévères que nous avons été amené à rencontrer semblent très largement émoussée. Hormis quelques cas d'appel à la présence d'un autre et quelques autres semblant relever d'un tableau d'euphorie, les affects semblent très largement absents du vécu quotidien. Le plaisir que la visite des proches semble procurer n'est pas à la hauteur de l'attente que la demande de présence réitérée pouvait laisser supposer. La colère, la joie, l'envie, même si elles font un bref passage dans l'univers affectif des patients, s'effacent très vite au profit de ce qui semble être une relative indifférence ou bien se dissolvent dans un fond indéterminé d'angoisse.

Nombres de patients, non seulement semblent athymiques, mais encore ils sont athymormiques ou franchement apathiques. Ils se tiennent dans une indifférence et une inertie massive. Pourtant, bien que ces personnes puissent sembler au premier abord être «coupée du monde», la façon qu'ils ont de réagir à toutes les stimulations externes semble au contraire indiquer une connexion vigile à l'environnement. (Répondre au téléviseur, agitation consécutive à un bruit, un mouvement, répondre à une question posée à un autre, etc.) Cette «hypervigilance sereine» peut céder sa place au déclenchement de manifestations actives, dont on pourra s'étonner que la répétition ne soit pas plus souvent à l'origine d'un tableau

d'anxiété généralisée, mais se décline le plus généralement dans une apathie persistante sans fermeture aux perceptions. Ces sujets qui semblent insensibles à leur environnement répondent pourtant aux modifications de ce dernier. Ils ne semblent être ni dans l'attente, ni dans la crainte. Ils ne semblent pas non plus s'être abstraits, coupés, de la réalité directement appréhendable. Parallèlement, nous observons des tableaux cliniques dominés par l'angoisse. Ces personnes manifestent une agitation motrice désorganisée, demandes répétées d'aller à tel endroit, de retrouver telle personne ou d'obtenir tel objet. Au contraire des rares manifestations affectives, cette angoisse (telle l'angoisse vespérale bien connue des professionnels travaillant en EHPAD) peut se maintenir plusieurs heures durant. Cette angoisse se caractérise soit d'être une agitation pure, soit d'être orientée vers un objet (le porte feuille, les piles auditives, la visite attendue, etc.). D'une manière générale, elle donne à voir un tableau «d'attente anxieuse». Ces tableaux cliniques se recouvrent et se surdéterminent pour donner une palette assez large allant de l'apathie généralisée à l'agitation permanente en passant par des allers et retours brutaux entre les deux modes d'être. Pourquoi l'affect d'angoisse, si saisissant, occupe-t-il à lui seul la plus grande partie du tableau affectif de la démence sévère ? Y a-t-il un lien entre l'émoussement des affects et la brutalité de l'angoisse ?

2. L'affect et la représentation

Les affects des personnes atteintes d'une démence à un stade sévère sont émoussés au point qu'il n'est plus (toujours) possible à l'observateur d'en avoir l'intuition ou le pressentiment. Ces personnes malades, non seulement, n'ont pas de discours précis et stables sur leur humeur et leurs mouvements affectifs, mais de plus leurs mimiques semblent se figer sur quelques électives expressions pour ne plus s'en départir. Ainsi, certaines personnes ont un masque d'indifférence tandis que d'autre arborent constamment un sourire à même d'évoquer à celui qui s'en fait l'adresse toute une palette de sentiments. Ce sourire pourtant, ne semble pas toujours dépendre de la situation dans laquelle il apparaît. Lacan indique sur ce point que *«ce qu'on appelle l'affect n'est pas ce quelque chose de purement et simplement opaque et fermé qui serait une sorte d'au-delà du discours, une espèce de noyau vécu dont on ne saurait pas de quel ciel il nous tombe. L'affect est, très précisément et toujours, quelque chose qui se connote dans une certaine position du sujet par rapport à l'être. Je veux dire, par rapport à l'être en tant que ce qui se propose à lui dans sa dimension fondamentale est symbolique.»*¹⁸² Ainsi, l'affect aurait à voir, non pas avec le langage, mais avec la dimension du langage. Autrement

¹⁸² LACAN, Jacques (1958-1959), Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 172.

dit, la démence ne présentifie pas un défaut d'expression de l'affect, mais un réel émoussement affectif (en ce sens, l'absence de discours d'un dément sévère sur son humeur n'est en aucun cas réductible à une alexithymie. La chute du mot effondre l'affect qui s'en soutenait). Cette abrasion, aurait donc à voir avec le discours lui-même en temps qu'il structure l'être. Ainsi, «l'être seul» ou encore «l'être avec», sont des catégories de «l'être au monde» prises dans le langage. En effet, il semble que l'affect doive se lier à une représentation pour provoquer l'émotion. De fait, la perte du mot a des effets directs, sur la «vie intellectuelle», mais aussi sur la «vie affective» (au sens «émotionnelle»). La destruction du langage dans la démence semble donc détruire toutes les catégories qui donnent au sujet matière à se représenter, y compris la palette affective qui spécifie l'effet de l'autre sur le sujet. *«L'affect lui-même est donc déjà présenté (par Freud) comme un niveau d'élaboration, un premier niveau de liaison ; l'angoisse serait alors la désorganisation de l'affect, ou encore l'affect le plus élémentaire, le plus primordial, le plus proche d'une excitation se déchargeant de façon non-spécifiée»*.¹⁸³

3. L'angoisse et la «mémoire affective»

Ainsi, l'angoisse, au sens de charge d'affect non-liée, prend le pas sur les affects pour la raison qu'elle est la résultante de leur dissolution. Les représentations de mots, spécifiants, concaténants l'excitation libre dans la palette fine des émotions, contribuent à organiser les relations d'objets. La destruction des processus secondaires implique de fait, l'émoussement affectif. A ce titre, l'angoisse n'est pas un affect. Alors que l'affect se soutient du mot, l'angoisse émerge lorsque le mot ne fait plus rempart.

Au regard de cet apport théorique, il convient de prendre toutes les précautions face à la notion d'usage en EHPAD de «mémoire affective». Il nous faudra considérer que cette mémoire opère par voie de liaison massive de l'angoisse au moment de la présentation d'une représentation qui parvient à se maintenir. Ces affects, pour la raison qu'ils relocalisent l'angoisse sur la représentation, la surcharge et déclenche un affect massif. La mémoire affective porte bien son nom. Elle n'est pas une mémoire émotionnelle qui nécessiterait, pour se maintenir, des possibilités de représentation accrues et une chaîne associative plus fluide, sans rupture ni cassure. L'affect lié par la présentation d'un visage ou d'une situation isolée de la chaîne associative, se décharge donc de manière brutale et rapide. La non-liaison de la représentation isolée à la chaîne associative, ne permettant pas de construire une émotion (durable), déliera rapidement l'affect qu'elle a attiré à elle

¹⁸³ LAPLANCHE, Jean (1980) Problématiques I, *L'angoisse*, puf, 2006, p 37.

pour le rendre à son statut d'angoisse. Ainsi, outre la violence de certaines décharges affectives, il est remarquable qu'elle plonge très régulièrement le sujet dans un marasme anxieux. Ce marasme sera soit recouvert d'un sentiment diffus d'abandon, soit déchargé dans le corps comme angoisse. Cette charge d'affect déliée, trouvera à se décharger de manière peu spécifiée, dans un langage décousu ainsi que dans des mouvements erratiques. Il convient donc d'indiquer que la «mémoire affective» attribuée aux déments sévères ne rend pas compte de la déconstruction des processus primaires. En effet, la régression des processus secondaires sur ceux primaires rend compte de la chute de *«la pensée vigile, de l'attention, du jugement, du raisonnement, de l'action contrôlée»*¹⁸⁴, etc. au profit d'un système de représentation de choses qui se caractérise de viser la satisfaction totale et rapide via l'hallucination primitive. Le primaire est donc un système régi par le principe de plaisir et qui, indépendamment de toute référence à la réalité de l'existence des objets, tend à se satisfaire conformément aux postulats de l'identité de perception. Ainsi, les processus primaires, qui caractérisent le système inconscient, impliquent que l'affect se décharge directement et massivement (à défaut de pouvoir se dissiper le long des chaînes associatives investies dans le registre du secondaire). Les processus primaires, si erratiques qu'ils soient, permettent donc une liaison à minima de l'affect d'angoisse. L'hallucination, les «coq à l'âne», sont donc déjà des modalités de traitement de l'angoisse que l'organisation psychique permet. Il nous semble pourtant qu'au delà de l'organisation régressée, le dément fait l'épreuve d'une désorganisation complète de ses défenses. La vie affective, erratique et excessive, des personnes démentes sévères a à voir avec le primaire, ne serait-ce qu'au titre de son désarrimage d'avec la réalité. Cela est sensible à l'observation. Toutefois, la destruction des possibilités de représentation nous laisse penser qu'au terme du trajet démentiel, les processus primaires sont eux-mêmes détruits. Ainsi, si une telle régression peut servir de modèle à certaines manifestations (hallucination, affects, paroles, etc.), elle ne semble pouvoir rendre compte de beaucoup d'autres (vide de la pensée, apathie, désorganisation psycho-motrice, etc.). A ce titre, la mémoire affective ne doit en aucun cas, au terme de la trajectoire démentielle, être confondue avec une mémoire des émotions.

4. La démence détruit le refoulement

Il semble que la déconstruction du mot découvre ce qu'il venait encadrer du percept. Ainsi, la chute de l'organisation secondaire dévoile un niveau (primaire) de représentation protéiforme. La représentation d'objet-chose *«est un complexe d'associations formé d'une très grande variété de représentations visuelles,*

¹⁸⁴LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, J. B, (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, puf, (2007), p 342.

acoustiques, tactiles, kinesthésiques et autres...».¹⁸⁵ Cette multitude sensible est, par définition, mal circonscrite, non bordée. Elle se caractérise d'être un excès, une surstimulation. «[Elle] est donc à considérer comme une représentation inachevée, et, quasiment, une représentation qui ne peut s'achever (...)».¹⁸⁶ Nous avons là une indication quand à la persévération, à la pollution et au caractère hémorragique du discours démentiel sévère. La déconstruction des représentations qui se donne à entendre dans le caractère décousu du langage et à voir dans celui, désarticulé, des schèmes moteurs qui semblent fonctionner sans obéir à aucune superstructure, ni ne résulter d'aucune synthèse qui les dirigerait vers un but unique, caractériserait donc la destruction des processus secondaires et la régression de la représentation de mot vers la représentation de chose. Ainsi, le commerce distancié et apaisé avec les objets du monde ne s'obtient qu'au prix d'un effort permanent de refoulement. Parce qu'il ne peut maintenir actif le refoulement, le dément sévère a affaire à un environnement irrupteur et angoissant, constitué de représentations de choses, diffuses et peu canalisées. Le défaut de pression refoulante implique que les stimulations environnementales, non concaténées, appellent à leurs suites la chaîne ininterrompue des représentations conduites par un principe de proximité, qui engage le sujet à glisser à l'infini dans ce système de renvoi désarrimé de l'objet en présence. A cette absorption de la représentation équivaut donc l'absorption du sujet, qui colle à un objet non-différencié et glisse avec lui au gré d'une «*hémorragie psychique*»¹⁸⁷, de superpositions et condensations néologiques ou encore d'interférences et de substitutions. Monsieur V, qui se débrouille courageusement d'une démence très avancée en donne un bon exemple :

M V : *Il y a des problèmes je n'arrive plus à ... Des choses m'embêtent, il y a...*

Le psychologue : Oui, des choses vous embêtent ? Dites-moi.

M V : *Des choses m'embêtent, c'est...*

Une mèche de cheveux tombe sur son front.

M V : *... Mes cheveux Je sais plus...*

M V : *Je ne veux pas vous déranger Je ne suis plus moi-même... je m'efface.*

Il est extrêmement difficile de proposer une écoute qui permette au patient d'avoir un discours associatif qui ne soit pas interrompu régulièrement dans sa construction. Au commencement du stade avancé de la démence, nous repérons les mécanismes psychiques dans leur délitement, mais aussi dans ce qu'ils permettent encore de subjectivation.

¹⁸⁵ FREUD, Sigmund. (1891), *Contribution à la conception des aphasies*, puf, 2009, p 123.

¹⁸⁶ FREUD, Sigmund. *ibid.*

¹⁸⁷ LE GOUËS, Gérard. *Le psychanalyste et le vieillard*, puf, 1991.

Ainsi, nous pouvons établir qu'à ce stade le refoulement opère toujours, bien qu'il soit défectueux. Monsieur V indique à quel point les stimulations actuelles ne peuvent être pare-excitées, refoulées, et viennent polluer sa pensée. Tenant un discours sur ses difficultés, une mèche de ses cheveux qui est venue chatouiller son front, prend subitement la place de l'embarras qu'il tentait de mettre en mot. Toute stimulation, tant externe qu'interne, fait coupure dans la pensée et renvoi ad libitum vers un trou de la pensée (qui se sait comme tel). Dans ces circonstances, la construction d'une parole, au sens du «bien dire» lacanien, bien que soutenue par les reprises du praticien, est largement compromise.

Par ailleurs, il nous semble repérer que les défenses secondaires restent opérantes à ce stade où le discours sur soi est maintenu. La dépressivité, présente mais en échec, signe la subjectivation du discours. C'est ainsi que nous entendons le discours de Monsieur V sur son «effacement». La suite du discours «Je ne veux pas vous déranger Je ne suis plus moi-même...» sur-imprime l'énoncé «je m'efface». Ici «l'effacement» implique simultanément ses deux formes passive et active. Monsieur V se perd dans un effacement qui le passive en même temps qu'il dit s'effacer activement (pour ne pas déranger). Ainsi, la construction imaginaire d'un Moi qui serait sa propre cause, volonté, subjective le réel de «l'effacement», impossible saisie de son identité. Ce faisant, Monsieur V se maintient comme sujet de son désir. Il trouve encore les ressources, face à l'insondable de ce qui le détermine, de se faire origine, de supposer son indépendance face au déterminisme qu'il méconnaît activement. En ce sens, il fonctionne comme tout parlêtre ; dans le recouvrement. Il trouve des raisons là où il méconnaît la cause. Ainsi, le «je m'efface» serait la forme subjectivée d'un «ça s'efface». (Remarquons que se voilement fonctionne de manière suffisamment liée pour que ce sujet n'ait pas à avoir recours à la projection paranoïaque.) Pourtant, il nous semble que dès ici nous devons introduire une nuance. Bien que le sens de l'énoncé se tienne du dit qui le précède, impliquant une situation d'énonciation, il n'implique, nous semble-t-il, aucune rétroaction. Ainsi, bien que comme tout parlêtre, les énoncés de Monsieur V s'orientent et prennent sens à partir de ceux qui le précèdent, ce premier ne réinterprète pas ces derniers à sa lumière. Il n'y a pas d'effet de subjectivation dans l'après-coup de la parole, relecture ou déchiffrement d'un dit qui dévoilerait son dire. Sans être sûr de ce que nous avançons, il nous semble que dès ce stade de démence, l'interprétation (au sens psychanalytique) est compromise.

Bien qu'il soit tout à fait observable en début de démence que les difficultés dans la conflictualisation des motions pulsionnelles impliquent une déliaison imputable aux défaillances des défenses névrotiques telles que le refoulement, l'angoisse des déments sévères semble donc être d'un autre ordre. Alors que l'entrée en démence s'accompagne de défaillances dans le jeu dynamique du système animique, la démence sévère semble réaliser la destruction massive de ce dernier (dans les phénomènes d'anosognosie, de vide de la pensée, de désorganisation de la

relation d'objet, de débordement des possibilités régressives, etc.). Ainsi, au lieu où l'angoisse secondaire implique une levée de la loi (pour Freud, le surmoi est à l'origine du refoulement secondaire), l'angoisse primaire de la démence sévère signe sa disparition. Autrement dit, le dément sévère ne s'affronte pas à la levée du refoulement, mais à sa disparition consécutive de la disparition de l'instance moiïque elle-même en tant qu'elle était un amalgame de représentations refoulantes. L'angoisse à ce niveau de destruction des processus secondaires est donc de l'ordre du trauma. Nous avons avec le concept de «trauma» un modèle de percept non-inscrit dans le Moi que l'on peut penser comme étant la traduction psychique illisible (non chiffable) d'un événement somatique irrupteur.

5. L'angoisse et le symptôme démentiel

Nous pouvons à présent interroger le concept de symptôme, ce qui nous permettra de commencer d'éclaircir l'usage qu'il nous est permis d'en faire relativement à la démence sévère. Dans quelle acception peut-on utiliser le terme de symptôme pour qualifier les SPCD ?

Les SPCD sont l'expression du passage d'une charge d'angoisse. De ce strict point de vue, ils sont toujours les signes d'un niveau excessif d'excitation. Cette surcharge peut être considérée comme cause suffisante à constituer une catégorie homogène, en ce point qu'elle se détermine de l'angoisse. Si nous acceptons de qualifier d'angoisse toute sur-stimulation qui pénétrerait l'appareil psychique, alors il nous faut considérer que les manifestations qui en découlent ne sont pas que la continuité mécanique de ladite stimulation (qu'elle soit extérieure ou pulsionnelle), mais qu'elles sont au contraire des tentatives de résorption de l'afflux d'excitation (comme le langage articulé, au plus haut degré, peut l'être). Ainsi, la part des SPCD qui découlent de ce procès doivent être considérés comme des réponses à l'angoisse, des «tentatives de guérison». De ce point de vue, les SPCD pourront être pensés comme signes de l'angoisse, mais également comme signes de la tentative d'éconduire l'angoisse. A ce titre, ils ne sont pas les manifestations directes d'une excitation du système. Il nous faudra donc considérer l'éventualité d'une psychogenèse de certains SPCD. A les appréhender ainsi, il n'est pas possible de considérer les SPCD comme des problèmes en soi qu'il nous est autorisé de faire taire au nom de la thérapeutique. Ils sont des réponses apportées, des tentatives de rééquilibrage. *«Les symptômes lient l'énergie psychique qui, sans cela, serait éconduite sous forme d'angoisse»*.¹⁸⁸ Les considérer ainsi nous indique quelle place ils ont dans l'équilibre général de l'appareil psychique et nous met en garde contre la tentation de vouloir les stopper ou les corriger. De ce point de vue, ils ont valeur de

¹⁸⁸ FREUD, Sigmund. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, 2009, p 57.

symptôme. Pour autant, bien qu'ils permettent la préservation de l'intégrité psychique, ces manifestations ne sont pas des rejets du refoulement de représentations inconciliables. Le symptôme démentiel sévère n'est en aucun cas la manifestation d'une réminiscence. La chute de l'instance moïque, entraînant avec elle la potentialité conflictuelle, entrave la possibilité même d'une production de compromis et engage le dément à devoir faire face au trauma. De fait, le symptôme au sens où Freud l'entend en 1926 n'a pas cours dans le stade sévère de la démence. Nous n'accorderons donc pas aux SPCD la valeur de symptômes (névrotique) au sens de la psychanalyse. Ils ne sont pas l'expression d'un compromis au sens où Freud en proposait la définition. Pour autant, ils semblent être des traitements de l'angoisse.

6. La désorganisation traumatique généralisée

Le caractère délié des excitations qui se présentent à l'appareil psychique pose problème en cela qu'il semble être le caractère général et indifférencié de toutes les excitations. De fait, il est difficile de penser un modèle de l'excitation selon lequel la qualité de cette dernière puisse déterminer l'envahissement traumatique. Plutôt que d'être isolée sur une représentation, le traumatisme semble envahir tout le tissu psychique. Le fait que n'importe quelle stimulation puisse déclencher l'angoisse impose de penser leur caractère traumatique à partir d'un seuil quantitatif, laissant de côté la spécificité de la stimulation. Le modèle classique du traumatisme doit donc être mis à l'épreuve de la démence en cela qu'elle implique d'autres données de départ. Dans la démence sévère, le traumatisme n'advient pas du caractère d'inconciliable de la représentation. Ce n'est pas à cause du caractère de l'excitation que la représentation secondaire, voire primaire, est impossible, c'est que, réellement, le mot manque. Le cerveau est endommagé. Ainsi, s'il y a un trauma au sens de la violence du frayage, il n'y a pas «mémoire traumatique», fixité d'une image qui fait retour sans que les mots ne puissent la congédier. S'il y a de l'irreprésentable, c'est au titre que les signifiants, réellement, manquent. C'est du fait que l'ensemble du réseau associatif est détruit et échoue à lier l'excitation qui se présente au système perception/conscience que cette dernière revêt un caractère traumatique.

Dans le cadre de la démence, le traumatisme se définirait d'être primairement logé dans un trou du réseau associatif et secondairement d'envahir le dit réseau, diffusant ainsi sa charge. Ainsi, d'abord le trauma se présente du fait d'un «manque de mot» et ensuite seulement, une charge d'angoisse surdétermine cette première présentation traumatique. Le manque de mot, équivaldrait donc à un trauma qui, sous le coup de l'angoisse qui s'en dégage, produirait secondairement les conditions d'une désorganisation traumatique générale. Bien que le substrat organique

défaillant ne permette pas le traitement de certaines informations, c'est l'angoisse du sujet qui en potentialiserait l'effet. De ce point de vue, l'angoisse devient la cause rétroactive du manque de mot, précipitant ainsi la déliaison et donc la violence des SPCD. Ainsi, un patient heurté par un événement qu'il n'est pas parvenu à mettre en sens sera d'autant plus en difficulté pour organiser sa perception. De fait, il sera dans l'incapacité secondaire de faire avec des excitations que primairement il pouvait traiter. Il en va ainsi de ce patient qui, débordé par le bruit, ne parvient pas à manger sans être encombré d'une apraxie et d'une agnosie massive (il met sa fourchette dans son verre plutôt que dans son assiette et ne parvient plus à orienter sa cuiller de manière à saisir la nourriture), alors que dans un environnement non pollué, il mange avec une relative facilité. Pour Pierre Charazac, la démence est une perte d'identité dont les conséquences sont les troubles cognitifs. Il s'inscrit donc en faux d'une localisation univoque de la cause dans l'organe en affirmant que dans ce procès de destruction, *«c'est le moi lui-même qui se trouve atteint et son identité perdue»*¹⁸⁹. L'idée à laquelle nous adhérons d'une angoisse qui serait «produit du manque de mot», mais également «cause du manque de mot», nous conduit à penser que l'économie psychique surdétermine la neurodégénérescence. Nous aurons en dernière partie à spécifier ces deux champs du trauma, comme «manque» puis comme «trou», au regard de manifestations démentielles différentes.

7. Genèse de l'angoisse : le point de vue lacanien

Pour éclairer les rapports que peut entretenir à l'angoisse un sujet qui ne se soutient pas de l'opération de refoulement, il nous faut nous arrêter sur la genèse de l'angoisse et particulièrement sur les incidences de cette dernière au commencement de la vie.

Freud articule l'angoisse du nourrisson à la perte de l'objet de satisfaction. Le nourrisson angoisse lorsque la mère n'est plus là. Pour autant il indique qu'au niveau le plus primaire de l'élaboration psychique, cette absence ne s'articule pas comme manque. Dans la séparation (sortie du champ du regard par exemple), le nourrisson se trouve en proie à une pure disparition, non dialectisée en présence/absence, son système vital est creusé et rien ne répond plus au vide qui se forme (par la faim par exemple). Il est, pour Freud, dans un état «d'agonie primitive». Ici l'absence ne se manifeste pas *«sur fond de présence»*¹⁹⁰, elle est *«néant»*. Ce risque d'agonie est à l'origine de l'angoisse archaïque du nourrisson qui est en «désaide» (hilflosigkeit). Ainsi, la séparation est assimilable à une pure douleur qui

¹⁸⁹ CHARAZAC, Pierre. *Soigner la maladie d'Alzheimer –Guidance des aidants et relation soignante*, Dunod, 2012, p 9.

¹⁹⁰ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 27.

signe la perte d'une partie du Moi-corps. Lorsque Freud indique que « *la première condition d'angoisse, que le Moi introduit lui-même, est donc celle de la perte de perception qui est assimilée à celle de la perte de l'objet* »¹⁹¹, il insiste donc sur l'an-objectalité du nourrisson et sur le fait que la perte de l'objet, à ce niveau d'organisation, implique un irreprésentable. Freud n'avance pas seulement, avec le principe de réalité, que la sortie de l'objet en dehors de sa perception sensible implique chez l'enfant une inexistence de l'objet. Il situe la cause de l'angoisse, non pas dans l'irreprésenté, mais plus radicalement dans l'impossibilité de traiter l'excitation du fait d'une perte des capacités de représentations elles-mêmes. Cet irreprésentable traumatique nous l'entrevoions dans le fait que Freud n'indique pas que la perte de l'objet est assimilée à la perte de la perception, mais qu'il indique au contraire que la perte de la perception est assimilée à la perte de l'objet, ce qui implique que l'irreprésentabilité elle-même entrave le commerce à l'objet. Pour les Botella, « *plus que la perte d'objet, c'est le danger de la perte de sa représentation (...) qui est synonyme de détresse* ». ¹⁹² Le nourrisson à ce niveau se tient dans une relation anobjectale, c'est-à-dire qu'il est en dehors du champ de la cause. La mère ne produit pas la sensation, de même que l'organe ne produit pas la perception ; mère, sensation, perception, et nourrisson ne font qu'un. Ainsi, l'angoisse intervient lorsqu'une stimulation irreprésentable en vient à exciter le système somato-psychique laissant le nourrisson sans recours. (Le travail d'hallucination sera une voie d'ouverture pour le petit d'Homme.)

Lacan nous permet de pousser un peu plus avant ces considérations. « *Cette position d'être sans recours, c'est ce que Freud, dans son article de 1917 sur L'Inconscient, appelle Hilflosigkeit. Elle est plus primitive que tout, plus primitive que l'angoisse, qui est déjà une ébauche d'organisation, pour autant qu'elle est attente, Erwartung, même si on ne sait pas de quoi, même si on ne l'articule pas tout de suite. Auparavant, il y a l'Hilflosigkeit, le sans recours. Le sans recours devant quoi ? Ceci ne peut être défini, centré, que comme désir de l'Autre. La relation du désir du sujet au désir de l'Autre est dramatique, pour autant que le désir du sujet a à se situer devant le désir de l'Autre, lequel pourtant l'aspire littéralement, et le laisse sans recours.* »¹⁹³ Ainsi, la position « d'être sans recours » devra se problématiser, se dialectiser pour faire advenir le sujet face à l'Autre. Le nourrisson est d'abord collé, puis se décolle dans la dialectique d'avoir affaire, en même temps, à la double exigence de désirer le désir de la mère et de n'être pas la mère. Ainsi, le sujet ne s'oriente pas dans le monde à partir d'une prise à soi de

¹⁹¹ FREUD, Sigmund. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, 2009, p 82.

¹⁹² BOTELLA, César et Sara. (1983) *Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation*, Revue française de psychanalyse, vol. 47.

¹⁹³ LACAN, Jacques. (1958-1959) Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 502.

l'objet qu'il se représente. Au contraire, la représentation implique que le sujet naisse d'avoir à perdre quelque chose. Le sujet advient, du fait même qu'il se représente l'objet, de ne pas lui équivaloir. Ce «manque à être» que la pensée implique, cause le sujet. Dès lors, à s'inscrire dans ce champ conceptuel, nous ne pensons plus le «sujet cause» en tant qu'il s'oriente dans la réalité ou encore en tant qu'il la crée, mais en tant qu'il est créé dans le mouvement de s'en défaire. Le sujet est causé. Ainsi, le sujet advient dans un nécessaire procès de perte, que les stades Kleiniens décrivent, qui va d'un retour traumatique de la mère (comme altérité radicale) sur le sujet (position paranoïde) à la production d'une perte de la mère (position dépressive) nécessaire au commerce distancié avec les autres. P. Aulagnier, sur laquelle nous nous appuyons dans la partie consacrée aux SPCD, indique également, en marquant d'une antinomie représentation et déplaisir, que le sujet n'advient pas simplement d'avoir à se satisfaire de l'objet, mais fonde son existence séparé d'avoir à le représenter. La maturation du système psychique n'advient que par un renvoi de ce trop de présence, renvoi qui se caractérise d'être, dans la théorie Freudienne : le refoulement (primaire). Ainsi, le défaut de refoulement équivaut à un retour d'angoisse. Un fond d'absence, de manque, est nécessaire à la «juste distance» d'avec l'objet dont la résorption implique l'angoisse. *«Ce qui provoque l'angoisse c'est tout ce qui nous annonce, nous permet d'entrevoir qu'on va rentrer dans le giron»*.¹⁹⁴ L'angoisse est la marque d'une menace faite à l'existence de n'être plus causée. L'angoisse primaire signe donc la réussite de la pulsion de mort : Elle résulte d'une soustraction du manque au sujet.

Ce que nous situons comme «manque» est pour Lacan la violence insondable du désir de l'Autre. Il propose une thèse, sinon inverse, du moins différente de celle classique : l'objet intervient. *«(L'angoisse) n'est pas sans objet»*.¹⁹⁵ L'objet dont il s'agit est celui qui est habituellement perdu et qui fait retour comme *«ce qui ne trompe pas»*. La thèse est donc : l'angoisse n'intervient pas quand l'objet de satisfaction manque, mais dans la satisfaction de l'objet du manque.¹⁹⁶ *«L'angoisse n'est pas le signal d'un manque, mais (...) le défaut de cet appui du manque. Ce n'est pas la nostalgie de ce qu'on appelle le sein maternel qui engendre l'angoisse, c'est son imminence, c'est tout ce qui nous annonce quelque chose qui nous permettrait d'entrevoir qu'on va y rentrer»*.¹⁹⁷ Ce que nous avons d'abord dû poser

¹⁹⁴ LACAN, Jacques. (1962-1963) Le Séminaire, Livre X, *L'angoisse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2004, p 67.

¹⁹⁵ LACAN, Jacques. op. cit. p 91.

¹⁹⁶ C'est en ce point que Lacan, prolongeant Freud, articulera la question de la satisfaction au manque de la mère en tant qu'il creuse un abîme dans lequel le sujet risque de venir à se perdre. La névrose se constituerait donc sur fond de la castration maternelle et la nécessité d'y pallier par les voies phobiques, hystériques ou obsessionnelles.

¹⁹⁷ LACAN, Jacques. (1962-1963) leçon du 05/12/62, dans Le Séminaire, Livre X, *L'angoisse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2004.

comme défaut de refoulement, s'articule avec Lacan comme résorption du manque-à-être. L'angoisse du dément sévère semble donc se produire à ce niveau traumatique où le percept n'articule plus la présence à son fond d'absence nécessaire à causer le sujet comme étant coupé de lui-même. Si surgit un objet au lieu du manque qui organise le désir, *«(...) si tout d'un coup ça ne manque pas, c'est à ce moment là que commence l'angoisse.»*¹⁹⁸ Le dément sévère serait, de ce point de vue, soit motivé dans ces manifestations actives par l'angoisse d'avoir à sombrer en désaïde, écrasé qu'il est par le poids du désir de l'Autre, soit coupé de la possibilité même d'articuler un appel à l'Autre. L'apathie réaliserait dans ce cas l'hilflosigkeit dont A. Quaderi nous enseigne qu'il caractérise les stades les plus avancés de la démence et qu'il n'est pas sans rapport avec la déconstruction de l'identité du sujet dément.

8. L'angoisse est angoisse d'être non-causé

Grace à la notion d'angoisse nous pouvons appuyer fermement sur la valeur particulière que nous donnons à la notion de causalité. En effet, il est admis par nous que les modifications du comportement, voir de la personnalité, sont dans la démence les conséquences d'une destruction neuronale. A chaque changement dans le comportement qui s'en supporte, il est possible d'associer une région cérébrale lésée ou un type particulier d'atteinte. Mais nous avançons que ces atteintes trouvent d'une part leur traduction subjective, d'autre part sont le déterminant direct du mode de traitement de l'angoisse (qui est le fond de toute vie psychique). Le plan des angoisses est celui à partir duquel nous pensons la relation et les modalités d'intervention. Qu'elles soient corrélées à des lésions différentes n'a plus ici d'importance. Nous ne résorbons pas la lésion, mais pouvons traiter l'angoisse (dans l'espoir de soulager le patient de la tension qui rend sa vie insupportable). Se joue ainsi quelque chose sur un autre plan que celui somatique. Une telle conception de la vie psychique et de son marqueur qu'est l'angoisse nous permet d'éviter l'approche classique, qui consiste à considérer une multifactorialité, une pluri-détermination en croisant le plan du substrat, de la lésion, avec celui, déclenchant ou favorisant, de l'environnement, qui a le double désavantage d'exclure le sujet de l'opération et de renvoyer indéfiniment la cause en arrière d'elle-même. *«(...) si la fonction de la causalité se maintient après deux siècles d'appréhension critique, c'est bien parce qu'elle est ailleurs que là où on la réfute. S'il y a une dimension où nous devons chercher la vraie fonction, le vrai poids, le sens du maintien de la*

¹⁹⁸ LACAN, Jacques. (1962-1963) Le Séminaire, Livre X, *L'angoisse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2004, p 53.

*fonction de cause, c'est dans la direction de l'ouverture de l'angoisse.»*¹⁹⁹ L'angoisse n'est pas conséquence, mais cause. Elle est, dans la vie psychique, la marque de ce que le sujet doit être causé pour être. «*L'angoisse c'est quand apparaît ce qui était déjà là.*»²⁰⁰ Elle est causale au sens où elle se tient en amont de toute possibilité de penser la cause. Elle est d'avant le sujet, «*pré-sentiment*»²⁰¹, cause première faisant entrer le sujet dans la nécessité de penser la «fonction de la causalité». A ce titre, l'angoisse, se tenant en-deçà de toute opération de chiffrage, «*ne trompe pas*». Ainsi, la cause de «l'être dément» semble consister dans ce que la chute du mot, détruisant le cogito²⁰², dévoile un objet innommable venant faire équivaloir le sujet à ce qui le cause. Dans cette résolution de la cause, se démasque la Mort sous le voile des choses. Le doute ou la pensée du doute n'intervient que secondairement pour voiler de sens ce que l'angoisse contient d'«*affreuse certitude*».

Insistons, surdétermination n'est pas multifactorialité. Ainsi, il n'en reste pas moins pour nous que la Cause se tient du côté du psychisme, non du cerveau. La démence n'est pas une maladie du lexique, mais du langage. Autrement dit, les zones de non-recouvrement du soma par le psychisme, les failles (neurales) dans cette «relecture» ne sont pas pour nous les causes profondes de l'expression démentielles, causalités naturelles, mais constituent sa part réelle qui ne touche à la cause qu'à être, essentiellement, hors-cause. Ainsi notre discours relatif à la «cause» ne vise pas à départir la psychogenèse de la somatogenèse pour en dégager des lois d'interactions telles que les envisage Platon par exemple.²⁰³ Il nous semble qu'une telle hypothèse conduit à supposer une part du psychisme par opposition à une part somatique, en même temps qu'elle décrit une loi de continuité dans un modèle traductif qui fait de l'un la relecture de l'autre. Il nous semble pouvoir échapper à cette contradiction logique en établissant différents plans de causalité, régis par des lois différentes et incommensurables l'un à l'autre. Selon nous, dans une visée qui nous semble plus radicale en même temps qu'elle délaisse quelques questions cruciales que soulèvent le discours de Platon²⁰⁴, la cause du symptôme ne peut pas

¹⁹⁹ LACAN, Jacques. (1962-1963) Le Séminaire, Livre X, *L'angoisse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2004, p 92.

²⁰⁰ LACAN, Jacques. op. cit. p 91.

²⁰¹ LACAN, Jacques. op. cit. p 92.

²⁰² Si pour Descartes le doute est la première certitude de l'être, pour Lacan l'angoisse est plus vraie, elle est le «hors de doute». «*L'angoisse n'est pas le doute, l'angoisse est la cause du doute*». (LACAN, Jacques. (1962-1963) Le Séminaire, Livre X, *L'angoisse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2004, p 92.)

²⁰³ PLOTON, Louis. *La question de l'articulation neuro-psychique, illustrée par le débat sur la psychogenèse de la maladie d'Alzheimer*, dans «Gérontologie et société», 2001/2, n°97, p 49-62.

²⁰⁴ Nous renvoyons ici à l'article de L. Platon «*La question de l'articulation neuro-psychique, illustrée par le débat sur la psychogenèse de la maladie d'Alzheimer*».

être ramenée au plan de l'interaction du psychique et du somatique. *«Le symptôme ne suppose aucun sens commun. Il suppose précisément qu'il n'y en ait pas, qu'aucune naturalisation du langage le rendant consubstantiel au corps et au vivant n'est concevable.»*²⁰⁵ Lacan dira au sujet du langage qu'il n'existe pas au-delà de «lalangue».²⁰⁶ Ainsi, nous ne renvoyons pas la démence à *«l'insondable décision de l'être»* (dont Lacan caractérise la folie contre l'organo-dynamisme d'H. Ey), sans non plus rendre la cause, pour autant qu'elle a à s'organiser dans le psychisme, à la neurodégénérescence.

²⁰⁵ LAURENT, Dominique. Préface au *«Choix du partenaire»* par PASCO, Dominique, Lussaud, 2014, p 14.

²⁰⁶ *«Si j'ai dit qu'il n'y a pas de métalangage, c'est pour dire que le langage, ça n'existe pas. Il n'y a que des supports multiples du langage qui s'appellent «lalangue».»* LACAN, Jacques. *Une pratique du bavardage*, dans *Ornicar ?*, n° 19, 1979, p 6.

TROISIEME PARTIE

La démence : maladie du langage

I. L'EXISTENCE SE PREND DU LANGAGE

«Le propre de l'homme n'est pas de parler mais d'être parlé.»²⁰⁷

1. Le trouble du langage

Il est remarquable que les «troubles du langage» ne sont pas univoques dans la démence sévère. Soit le langage est étonnamment préservé, soit «l'oubli des mots» s'installe massivement sans être pour autant linéaire. Ainsi, un mot oublié peut être rappelé à l'aide des efforts d'un autre pour les mettre à disposition du patient, ou bien être *spontanément* réapproprié par la personne seule dans un contexte différent. Le «manque du mot» caractérise la démence avancée de manière tout à fait évidente et ce, que la personne cherche un mot qui lui échappe, qu'elle le remplace par un autre, s'en apercevant ou pas, qu'elle l'ait simplement oublié ou qu'elle n'en saisisse plus le sens.

Il semble que le frayage des mots, le renforcement de leur trace par l'usage, ne permette en rien leur meilleur maintien ou leur meilleure restitution. Il suffit pour s'en convaincre d'entendre combien l'oubli peut frapper des mots communs, voire des noms propres couramment utilisés. Ainsi, l'oubli démentiel ne ressemble en rien à celui qui frappe, chez les personnes saines, les mots les moins usités ou les moins investis. Il est pourtant vrai que les chansons et autres comptines, mais également des phrases qui, tels les adages, sont d'un emploi courant et relativement gelés par l'usage, se maintiennent mieux que d'autres. En effet, la mélodie des chansons semble être un facteur favorisant le souvenir du mot²⁰⁸, de même que les phrases «préconstruites» par l'usage, échappant très largement à la compréhension de ceux qui les utilisent, semblent également mieux résister à leur dégradation qu'un mot isolé qui nécessite l'effort du sujet pour l'insérer dans une phrase et lui donner sens. Il semble donc que le souvenir du mot dépende pour partie du contexte dans lequel il est pris. Nous reste à qualifier la notion de «contexte».

2. Le sens et la structure du langage

Certains ateliers thérapeutiques d'usage courant, appelés «ateliers mémoire»

²⁰⁷ LACAN, Jacques. (1966) *Ecrits I*, Paris, Seuil, «Points», 1970, p 14.

²⁰⁸ PLATEL, Hervé. *La mémoire sémantique musicale : apport des données de la neuropsychologie clinique et de la neuro-imagerie fonctionnelle*, dans Revue de neuropsychologie, 2010/1, Vol 2, éd John Libbey Eurotext.

semblent jouer sur cet effet en proposant par exemple aux patients de trouver la fin d'un adage ou d'un proverbe (caché par les soins de l'animateur). Ces techniques permettent un «amorçage»²⁰⁹, tout comme d'autres (par exemple le dessin avec modèle, etc.) le permettent également²¹⁰. Il n'est pas rare que ces exercices permettent une récupération du mot supérieure à d'autres types d'exercices (tels que trouver un mot à partir de sa définition par exemple). Ainsi, la phrase commune permet la restitution, le souvenir du mot. Pour Irigaray, c'est lorsque l'initiative de l'énoncé *«joue sur les contraintes syntagmatiques du discours qu'elle se révèle la plus efficace, produisant de façon quasi automatique la suite du discours»*²¹¹. Nous observons également que la production langagière spontanée, lorsqu'elle n'est pas interrompue avant sa terminaison, semble respecter une certaine forme syntaxique, elle respecte une certaine mélodie, un rythme, bien que les mots utilisés soient inappropriés ou inexistant dans le code langagier. La production néologique démentielle se caractérise donc du maintien de la structure phrastique et d'une déconstruction du lexique. Il semble en effet que la «structure» langagière soit préservée alors même que les mots eux-mêmes manquent, s'interchangent ou se déforment. Mais lorsque celle-ci est rigidement associée à un syntagme gelé, alors la phrase peut se dérouler sans encombre. Il nous semble que ces effets d'amorçages tirent leur efficacité, non pas de la production sensée, mais de la structure du langage lui-même. Ainsi, les études linguistiques d'Irigaray lui permettent de dégager que *«les schémas phrastiques sont correctement réalisés, les enchainements syntagmatiques sont le plus souvent respectés ainsi que l'appartenance aux diverses classes grammaticales (...)»*²¹², *«(...) la subsistance des cadres même de l'énoncé contrastant avec la pauvreté, voir l'absence, des messages transmis»*²¹³. Tout cela nous semble indiquer que le langage, construit au champ social, est d'autant mieux maintenu qu'il ne nécessite pas d'être subjectivement assumé. La mélodie des chansons, comme les phrases populaires, forment un creuset dans lequel le sujet pourra venir se couler. Elles font préexister un sens commun au dit. Ainsi, l'usage d'un mot n'équivaut pas à son appropriation par le sujet. Il est insuffisant de s'orienter du sens accompli d'une phrase pour établir si l'usage de la langue est déficitaire ou non. La phrase commune qui se déroule sans achopper peut tout à fait indiquer que «ça parle tout seul». La non-subjectivation des énoncés

²⁰⁹ En psychologie cognitive, l'effet d'amorçage se définit d'influencer le temps de traitement d'un stimulus cible.

²¹⁰ LAISNEY, Mickaël. *L'altération du réseau lexico-sémantique dans la maladie d'Alzheimer et la démence sémantique à travers le prisme des effets d'amorçage sémantique*, Revue de neuropsychologie, 2010/1, Vol 2, éd John Libbey Eurotext.

²¹¹ IRIGARAY, Luce. *Le langage des déments*, Mouton, The Hague, Paris, 1973, p 348.

²¹² IRIGARAY, Luce. op. cit. p 344.

²¹³ IRIGARAY, Luce. ibid.

indiquerait donc la rigidité d'usage des mots et la difficulté dans laquelle se trouvent les déments pour jouer du langage, c'est-à-dire pour attribuer un sens nouveau aux énoncés qui semblent être, pour Irigaray, un «*fonctionnement automatique de patterns d'énoncé antérieurement produits*»²¹⁴. Ainsi, une phrase achevée n'indique pas un meilleur «état cognitif» du patient qu'une phrase interrompue, mais ne fait qu'indiquer un fonctionnement du langage en «court-circuit», c'est-à-dire le déroulé langagier d'un énoncé a-subjectif qui ne nécessite pas de sujet de l'énonciation. Lorsque les embrayeurs du discours (je, tu, etc.) ainsi que sa pragmatique (son contexte) ne sont pas requis, le langage peut faire sens pour l'autre de n'être ni désarticulé ni néologique. Le maintien de la structure de la phrase permet donc à l'interlocuteur d'en dégager un sens, sans qu'il s'agisse pour autant d'un sens subjectivement assumé. De fait, il est très délicat de postuler le sujet derrière ses productions langagières, sauf à repérer chez le patient la retrouvaille d'un mot perdu et la distance qu'elle implique d'avec son propre énoncé, dans un : «c'est ça que je veux dire».

3. Le graphe du désir

*«Le langage ne vise pas à donner à connaître,
mais à faire éprouver.»²¹⁵*

*«Et quand je n'a pas les mots, je n'a pas la pensée
Et quand je a le mouvement qui pousse à l'intérieur
et qu'il n'a pas les lettres où je accroche ses doigts
Quand pousse en au-dedans le courant sans forme
n'a pas les lettres comme bonbons sous les doigts.»²¹⁶
Sic.*

Il n'est pas ici question de faire une analyse du langage qui nécessiterait de déplier méthodiquement l'usage des signifiants, leur réification et les rapports de substitution, de recouvrement, d'élimination, etc. qu'ils entretiennent entre eux. L'enjeu se borne ici pour nous à donner une matrice simplifiée du positionnement du sujet dément dans la langue. Nous tenterons ainsi de donner quelques implications psychologiques de la démence à partir de la destruction du langage, qui pour la psychanalyse n'est pas une fonction de communication co-structurée par l'expérience (et par le corps), mais un «appareillage» structurant l'expérience (subjective) et le corps. Cette thèse, introduite par Lacan, est un point de rupture radical d'avec la phénoménologie existentialiste sartrienne. Lacan introduit donc ce

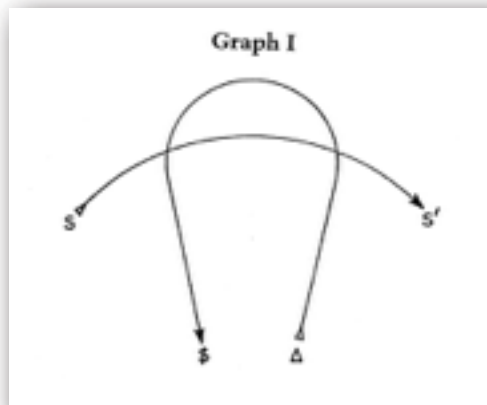
²¹⁴ IRIGARAY, Luce. *Le langage des déments*, Mouton, The Hague, Paris, 1973, p 347.

²¹⁵ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 413.

²¹⁶ VOLUT, Dorothée. *À la surface*, Eric Pasty Editeur, 2013, p 39.

qu'il nomme son gramme d'abord, puis son graphe²¹⁷ ensuite pour indiquer, au-delà de sa fonction communicationnelle, la prise de la demande du sujet dans celle de l'Autre. Nous nous proposons dans cette partie de nous orienter de la «linguisterie» lacanienne pour saisir les rapports du sujet aux manifestations psycho-comportementales.

(hameçonnage de la chaîne signifiante)



La ligne la plus courbe, qui va de droite à gauche, «est celle du discours rationnel, dans lequel sont déjà intégrés un certain nombre de points de repère, des choses fixes»²¹⁸, qui «ne peuvent être strictement saisies qu'au niveau des emplois du signifiant»²¹⁹. C'est donc la ligne du «discours courant, commun, tel qu'il est admis dans le code...», «de la réalité qui nous est commune», de sorte que «c'est à ce niveau que se produit le fameux discours vide»²²⁰. Elle caractérise le déroulement diachronique de la parole, «le discours concret du sujet individuel, de celui qui parle et qui se fait entendre»²²¹.

La ligne la moins courbée (S-S'), «représente la chaîne signifiante en tant qu'elle reste entièrement perméable aux effets proprement signifiants de la métaphore et de la métonymie, ce qui implique l'actualisation possible des effets

²¹⁷ En premier lieu dans le séminaire V, très largement dans la première partie du séminaire VI, également dans les Autres Ecrits.

²¹⁸ LACAN, Jacques (1957-1958). Le Séminaire, Livre V, *Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1998, p 16.

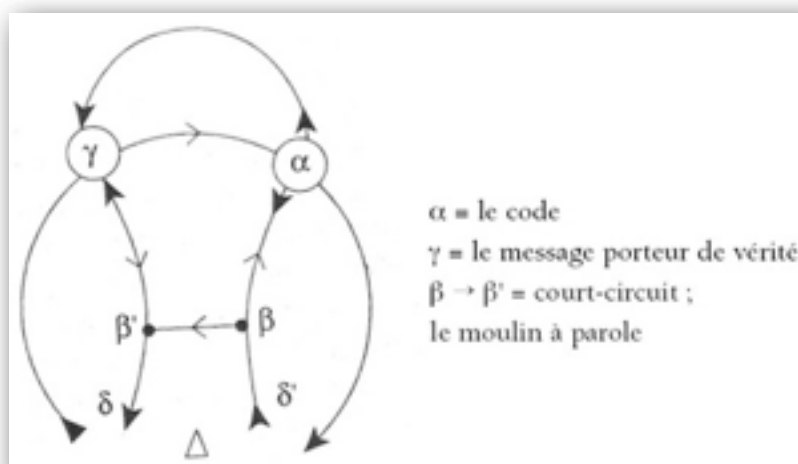
²¹⁹ LACAN, Jacques. *ibid.*

²²⁰ LACAN, Jacques. *ibid.*

²²¹ LACAN, Jacques. *ibid.*

signifiants à tous les niveaux, et jusqu'au niveau phonématique»²²². C'est de cette ouverture aux sens, à toutes les possibilités de réinterprétations dues au fait «qu'il n'y a pas un seul sémantème qui corresponde à une seule chose» que ce «fonde le calembour, le jeu des mots» dans un jeu de superposition synchronique qui fait penser à la superposition d'état chère à la mécanique quantique. Cette ligne est celle du «code», c'est-à-dire du «faisceau des emplois» qui se situe, trouve sa garantie au champ de l'Autre. Ainsi, cette droite asymptote permet virtuellement (actualisation possible) qu'un sujet vienne s'y représenter, notamment dans le lapsus, le trait d'esprit ou plus généralement par tous heurt dans l'écoulement de la phrase par où se révèle ou se dévoile le rapport de méconnaissance qu'entretien le sujet à la vérité de son désir.

(Graphe version simplifiée)



Ainsi, le sens reste en suspend de n'avoir pas d'adresse qui le bouclerait et, ce faisant, en reçoit et valide le message. La phrase prononcée, trouvant son sens dans la projection par le sujet de ce qu'elle voudrait dire une fois achevée, c'est-à-dire ne se construisant qu'en fonction de ce qu'il est supposé qu'un autre lui prêterait de sens, est subjectivante plus que subjectivée. Autrement dit, le sujet n'existerait pas en soi, mais serait effet de subjectivation dans l'après-coup (virtuel) de la réception, du bouclage et de la fixation du sens de son message par un autre. Autrui ne serait pas simplement «là, présent et éprouvé comme ce qui donne au langage son sens»²²³, il donnerait au sujet, de le représenter dans le langage, un accès (limité) à l'être. Ainsi, c'est en rencontrant le code que le sujet se révèle d'être pris dans une tension

²²² LACAN, Jacques (1957-1958). Le Séminaire, Livre V, *Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1998, p 16.

²²³ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 414.

d'adresse qui se nomme «message». *«Dans le message, le sens vient à jour»*.²²⁴ Le «Sujet» n'existerait donc que de produire un message, c'est-à-dire qu'il n'est qu'effet actualisé de la référence à un Autre. Au contraire, l'usage courant de la langue se passe de ces effets rétroactifs de retours d'un «plus-de-sens» engagé par la compréhension supposée d'un autre. La réalisation de ce «discours vide» dans la parole opère par court-circuit entre B et B'. Il se caractérise d'être, après 1972, un *«disque-ourcourant»*²²⁵.

4. Le langage démentiel

Nous pouvons extraire 4 points qui intéressent directement le langage démentiel de ce «graphe» aux multiples applications et implications. Ce schéma, plus axé sur la place du Sujet dans le discours adressé que sur les modalités et effets de la communication, nous permet de saisir comment certaines «transformations» du langage dans la démence sévère s'expliquent de la place qu'y trouve le sujet et inversement comment le Sujet est modifié par ces déplacements dans l'ordre du langage. Encore une fois, nous voyons que notre propos ne permet pas d'articuler dans un rapport simple et univoque le sujet et la notion de cause.

- D'abord, le croisement des deux courbes nécessaires à la production d'un message indique que «signifiant» (l'image acoustique) et «signifié» (la représentation mentale) ne sont pas liés a priori. La conséquence première en est que le sens d'un mot reste ouvert tant que, rétroactivement, la fin de la phrase ne vient pas le réduire dans un sens possible. Le sens est donc toujours un sens probable, c'est-à-dire un sens donné par l'écoute d'un Autre (qui ne se confond pas avec l'allocutaire). Ainsi, l'ambiguïté est une qualité du mot. Il ne prend sens qu'à partir d'une autre dimension que celle de l'appréhension de la réalité partageable. La logorrhée démentielle pourrait donc s'expliquer du fait que la phrase ne puisse trouver son sens, son bouclage dans la satisfaction d'un Autre par le sens accompli. De fait, la phrase ne peut se constituer en unité de n'être pas capitonnée par son point final. La pulsion «invocante» ne trouverait donc pas à se satisfaire et s'écoulerait sans fin. Ne rencontrant pas cet Autre, le capitonnage du sens de la phrase ne peut advenir. *« Et, faute de savoir ce que j'exprime en fait, pour autrui, je constitue mon langage comme phénomène incomplet de fuite hors de moi.»*²²⁶ De

²²⁴ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 414.

²²⁵ Chemama et Vandermersch le définissent dans leur «Dictionnaire de la psychanalyse» d'être *«un discours commun dans lequel l'inconscient ne se fait pas entendre»*. Un discours *«ignorant de sa propre cause»* qui a un caractère de *«ritournelle»*, de *«roucoulement narcissique»* qui *«circule»* seul et *«court dans les institutions»*.

²²⁶ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 404.

fait, la phrase se déverse sans point d'arrêt, chacun des mots, ou des phonèmes appelant à sa suite le suivant. Cette non-rencontre impliquerait que l'autre (le petit autre) ne trouve pas à s'insérer dans l'échange. A sa non-existence pour le sujet, correspondrait la non-existence du sujet.

- Ensuite, si le signifiant ne vient pas lester le signifié avec du sens, lui imposant une signification, alors le signifiant peut défiler ou sauter au profit d'un autre signifiant. De fait, pour la raison même que *«l'ambiguïté sémantique, la polysémie (...) échappent au dément»*²²⁷, elle reste ouverte. Ainsi, non seulement un signifiant peut être remplacé par un autre, mais il peut l'être sans que le sujet ne s'en aperçoive du fait même que ce rapport signifié/signifiant ne se fixe qu'à partir de «l'Autre», ici défaillant. Il n'a donc aucun moyen de se regarder dire, de se juger comme objet et, se faisant, de ce faire point de référence d'où il est possible de juger de l'écart entre le «dire» et le «vouloir dire». Nous comprenons donc que le sujet dément sévère ne s'aperçoive pas (toujours) que le mot utilisé par lui ne correspond pas au sens commun qu'on lui prête. Il ne semble plus se voir penser d'une place autre d'où seulement est possible un feed-back entre énoncé et perception de l'énoncé. Le signifiant n'est plus associé au signifié en fonction des lois de l'Autre qui l'organise comme code (associant, en fonction du contexte, un signifié à un signifiant). Autrement dit, le sens du mot se perd de n'être pas validé dans l'Autre. Nous aurions là un début de modèle expliquant la logorrhée, le remplacement d'un mot par un autre (palilalie et paraphasie) et le caractère de non-sens des productions langagières. En effet, l'absence de polysémie doit s'entendre, non pas comme fixité du sens, mais comme impossible à faire sens. Ici, le glissement de sens, sans renvoi à d'autres, implique un insignifiable. Ce réel ne serait donc pas tant un impossible, qu'un «tout est possible» produit d'un déchirement des bornes et limites symboliques.²²⁸ La phrase que Lacan oppose au personnage de Dostoïevski: «Dieu est mort, alors plus rien n'est permis»²²⁹ peut ici servir à entendre combien l'éclatement des limites, voire de la structure qui fait jouer un signifiant pour un autre, implique que le supposé «tout est permis» confine à l'impossible.

- Encore, la phrase peut s'articuler de manière recevable par l'autre à condition qu'elle emporte déjà sa compréhension. C'est-à-dire qu'un discours vide peut circuler seul dans la mesure où il ne sollicite ni l'autre, ni le sujet (exemple des adages, comptines et proverbe classiques et populaires). Notons que Lacan indique au sujet de la première ligne (la plus courbe) que *«c'est à ce niveau que se produit le*

²²⁷ IRIGARAY, Luce. *Le langage des déments*, Mouton, The Hague, Paris, 1973, p 345.

²²⁸ «Le réel n'est pas tellement l'impossible, c'est presque le trop de possibles.» BIAGI-CHAI, Francesca. interview sur Landru, partie 1, Dailymotion.

²²⁹ LACAN, Jacques (1969-1970). Le séminaire, Livre XVIII, *L'envers de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1991, p 138-139.

*moins de créations de sens, puisque le sens y est déjà en quelque sorte donné*²³⁰, il ne consiste donc, la plupart du temps, qu'en «*un fin brassage des idéaux reçus*»²³¹.

Il semble donc que les énoncés soient maintenus au champ de l'Autre, que certains énoncés usités se déroulent diachroniquement sans phénomènes de barrage, de rupture dans l'énoncé, sans que pour autant l'énonciation soit subjectivement assumée. Ainsi, ce qui semble chuter de la dimension de l'Autre, c'est ce qu'elle permet de subjectivation. La «ritournelle dévidées» du langage se maintient donc sans trop d'encombre du fait même qu'elle est hors sens, ou plus exactement qu'elle peut porter à elle seule un sens gelé, ne nécessitant aucun élément «pragmatique» ni aucun travail de «présupposition», c'est-à-dire de déduction à partir de la situation ou du contenu sémantique. Les phrases «toutes faites» bien qu'elles puissent être comprises, dites ou répétées, ne seront jamais interrogées au regard de la situation d'énonciation. Elles ne permettent aucune ouverture, aucun réajustement sur le plan synchronique. Les jeux de mot (sauf s'ils existent déjà comme tels dans la langue), ou «second degré» sont inexistants.

- Enfin, la personne démente sévère ne peut subjectiver son discours qui, de n'être pas capitonné, ne permet pas qu'advienne «d'effet de subjectivation». Comme le sens de la phrase n'est pas fixé par l'Autre, le sujet ne peut être actualisé rétroactivement. Il ne peut être celui qui dit ceci et non cela. Il ne peut donc plus être celui qui affectivement ressent la frustration d'être mal compris ou se fait déborder par son dire. Autrement dit, il ne peut ex-sister à sa parole. «*Le dément paraît d'ailleurs incapable de considérer le texte produit comme un objet par rapport auquel il pourrait prendre une certaine distance, qu'il pourrait «manipuler»*».²³² C'est-à-dire que «*(...) pour le dément, il n'existe plus ce qu'on pourrait appeler une distance méta-linguistique à la langue*»²³³. Il nous semble ainsi que le graphe Lacanien nous permet d'abonder dans le sens des conclusions d'Irigaray qui indique que l'indistinction des pôles énonciatifs (locuteur/allocutaire) visible dans l'absence d'embrayeur de la parole et le discours écholalique est intimement lié à l'impossibilité du subjectiver un énoncé, de le reprendre à soi et d'avoir un discours dessus. Ainsi, la présence d'un «shifter» (je, tu, etc.) dans la phrase produite n'implique pas que le sujet s'y identifie, s'y instaure comme sujet de l'énonciation. Cette «*quasi indifférenciation des pôles d'énonciation*»²³⁴ semble donc être la cause de nombre de difficultés observable telles que la rupture dans la continuité d'une

²³⁰ LACAN, Jacques (1957-1958). Le Séminaire, Livre V, *Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1998, p 16.

²³¹ LACAN, Jacques. *ibid.*

²³² IRIGARAY, Luce. *Le langage des déments*, Mouton, The hague, paris, 1973, p 348.

²³³ IRIGARAY, Luce. *op. cit.* p 347.

²³⁴ IRIGARAY, Luce. *op. cit.* p 350.

phrase ou sa déformation. D'une part l'autre est incompris, d'autre par le sujet ne peut générer de message qui dise quelque chose de l'actuel de la situation d'énonciation. *«Ce qui amènerait à conclure que le dément est incapable de fonctionner comme sujet de l'énonciation. Il n'est plus qu'objet d'énoncés»*.²³⁵ C'est-à-dire qu'il ne peut, s'appuyant sur lui-même, produire une continuité de discours. Irigaray, au terme de son étude linguistique, indique que *«(le dément) ne génère plus de discours. Il n'est que le locuteur passif d'énoncés antérieurement produits. Le pôle d'énonciation dans le cas de démence serait le langage et non le «sujet parlant», si tant est que l'on puisse encore parler d'énonciation»*²³⁶. Cette intégration, dans le modèle linguistique, du lieu du langage comme pôle d'énonciation hétéronome au sujet permettrait donc de saisir que la parole du dément sévère puisse advenir sans que pour autant la subjectivité y soit ni impliquée, ni repérable dans l'énoncé. La subsistance du lieu du langage n'impliquerait donc pas que le sujet y soutienne son aliénation au code de l'Autre. *«Parlé plus que parlant, énoncé plus qu'énoncant, le dément n'est donc plus, à strictement parler, un sujet d'énonciation actif.»*²³⁷

Nous rejoignons donc les conclusions tirées de l'analyse ontologique : la dimension de témoignage, qu'Irigaray conditionne à la distance méta-linguistique et que Sartre conditionne à l'être-pour-soi, ne sont plus réunies chez le dément sévère. Ce n'est pas simplement la possibilité de dire son identité qui achoppe dans la démence, mais l'identité elle-même. Lacan prolonge ces conclusions en indiquant que cette difficulté dans la subjectivation a à voir avec l'Autre en tant que s'y articule le langage.

II. LE LANGAGE SE PREND DE L'AUTRE

1. La situation d'énonciation est la réalité

L'énoncé (le «dit») ne prend son sens qu'à partir de l'énonciation (le «dire»). Les signifiants ne se fixent au sens qu'à partir de leur rencontre avec l'acte d'énonciation. Ainsi, c'est l'énonciation qui fait l'énoncé en opérant une coupure dans l'acte de marquer un arrêt dans le défilement du sens. Cet acte se co-construit dans la rencontre de l'énonciateur avec l'allocutaire dont l'écoute supposée fixe le

²³⁵ IRIGARAY, Luce. *Le langage des déments*, Mouton, The Hague, Paris, 1973, p 349.

²³⁶ IRIGARAY, Luce. op. cit. p 351.

²³⁷ IRIGARAY, Luce. ibid.

sens du message qu'il reçoit. La matérialité de l'énoncé est donc prise dans une réalité logiquement première qui, la fondant rétroactivement, n'est autre que le contexte d'énonciation. Ainsi, le contexte d'énonciation se définit d'être l'implication de l'autre dans l'acte d'énonciation. La réalité, de ce point de vue, *«n'est pas, comme en psychologie, l'ordre des stimuli, tels que les connaît l'expérimentateur, (...) mais se donne à voir dans le champ clos de la parole»*.²³⁸

Le «contexte», par définition «situation d'énonciation», implique donc une dimension d'adresse (d'où le sujet trouve sa situation). Le contexte sémantique ainsi que celui affectif (qu'il ait trait à la réalité ou qu'il soit «contexte mémoriel») sont toujours des qualifications du dit par le dire. C'est l'appel à l'autre à situer le sujet en interprétant son dit qui implique et le sens et l'affect associé. Dans la mesure où tout énoncé ne prend sens qu'à s'insérer dans le code supposé d'un autre, l'autre lui-même vient préexister pour le sujet à l'allocutaire en présence (comme Autre). La conséquence en est que tout acte de parole mais également tout acte de pensée (de souvenir, etc.) implique une division du sujet entre celui parlé et celui parlant. Ainsi, le structuralisme lacanien nous enseigne que la division impliquée par le langage, engage plus que la dimension subjective et un clivage des consciences. Elle produit, parce qu'il est situé chez l'Autre, une nécessaire opacité du dire. Lacan fonde donc l'inconscient en tant qu'il est un dire opaque au sujet. Il en donne une formule : *«Qu'on dise reste oublié derrière ce qui se dit dans ce qui s'entend»*.²³⁹ Dès lors, la subjectivité ne peut être pensée autrement que comme intersubjectivité. Ainsi, non plus seulement division de la parole du fait que le dire ne recouvre pas le dit, la division que la psychanalyse repère implique que l'inconscient émerge du fait que le langage en dit plus long que ce que le Moi en connaît. Elle n'est donc pas impliquée par la volonté «Qu'est-ce que je veux dire ?», mais suppose une adhésion (ou amour de l'inconscient) qui implique que le sujet perçoive qu'il en dit plus long que ce qu'il veut dire «Qu'est-ce que, par mon dire, je dis ?». De fait, au sujet de la volonté, la psychanalyse substitue le Sujet de l'inconscient. Plutôt que de supposer un sujet qui n'atteint pas à son «vouloir dire», elle suppose un Sujet qui méconnaît son dit. L'approche analytique implique de fait l'Autre en tant qu'il est le lieu d'où le sujet prend sa source «Qu'est-ce que je dis à l'Autre lorsque je dis cela ?» Méconnaissance et transfert (ou supposé savoir) sont donc les piliers de la théorie et de la méthode psychanalytique. La parole, parce qu'elle articule le sujet à l'Autre, n'est pas un outil déficient à dire le vrai du sujet, elle est un appareil structurant le rapport (de méconnaissance) du sujet à la vérité.

Au rapport à l'environnement des matérialistes, ainsi qu'au rapport de soi à soi (puis de soi à l'autre) phénoménologiste, Lacan substitue donc un non-rapport à l'Autre du langage. Autrement dit pour la psychanalyse, le contexte, comme

²³⁸ RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006, p 391.

²³⁹ LACAN, Jacques (2001), *L'étourdit*, dans «Autres écrits», Paris, Seuil, 2001, p 449.

figuration du lien social, c'est l'Autre (non plus comme point de vue extérieur et objectivant, mais comme langage subjectivé de l'Autre). Ainsi, le sujet en démence sévère, de fait de sa non-division, ne semble plus être Sujet de l'inconscient.

2. La démence est un trouble de l'énoncé

Le langage prend sa loi de l'extérieur, il est hétéronome au sujet, c'est-à-dire que sa liberté de circulation n'est que rarement aux prises avec le sujet qui s'y assujettit, mais dépend de son organisation au champ de l'Autre. Le sujet n'est autonome qu'à avoir intériorisé ce qui lui vient de l'extérieur et lui restera toujours «extime»^{240, 241}. Autrement dit, le langage est l'espace creusé dans l'être du sujet, faille dans laquelle le sujet en vient à exister. La théorie psychanalytique nous permet ici d'indiquer que la démence, considérée à partir du versant exclusif de ses incidences sur le sujet, est une pathologie de l'énoncé et non du mot. La langue du dément se déroule seule semblant ne plus permettre au sujet d'y être représenté.

La chute du code, à la place d'avoir des effets de complications communicationnelles, implique en premier lieu un défaut d'existence. Le sujet est impliqué dans la destruction du code, non pas seulement au niveau d'une quelconque richesse lexicale, mais parce que ce code organisait sa présence au champ de l'Autre. De fait, si quelques énoncés subsistent, c'est au niveau de l'énonciation qu'il faut pourtant penser les incidences de la démence. Dans cette visée de recadrage, A. Quaderi²⁴² préférera à la notion de «trouble du langage», celle de «trouble de l'énoncé» afin de signifier clairement ce que l'énoncé a d'impact sur la texture du «Je» qui énonce. Nous aurons à avancer dans la dernière partie du présent travail que cette fermeture de la parole à l'énonciation implique tout de même la virtualité d'une ouverture subjectivante.

²⁴⁰ Néologisme formé par Lacan pour désigner l'étrangeté enkystée dans l'intime.

²⁴¹ Voir à ce sujet «*Fondements de la métaphysique des mœurs*», où Emmanuel Kant oppose à l'hétéronomie l'autonomie de la «raison pratique» (ou morale) dont il fonde la valeur de reposer sur la liberté morale. Autonomie au principe de laquelle, de notre point de vue, il est difficile de ne pas poser une «intériorisation», introjection de ce qui est premièrement hétéronome et que la notion lacanienne «d'extimité» nous semble pouvoir rendre. En effet, bien que le langage ait fonction de recouvrir «l'inquiétante étrangeté», sa réification peut en venir à lui rendre son caractère d'effroyable.

²⁴² QUADERI, André. *La connotation dans les paroles de patients atteints de la maladie d'Alzheimer : une méthode d'écoute*, Annales medico-psychologiques, vol 169, n°9, 2011/11.

3. Le manque réel du mot

La démence donne à voir que le sujet n'est pas directement impliqué dans la défaillance de la mémoire du mot. D'une part, il n'est pas comptable d'une mauvaise «récupération du mot», d'autre part, le mot ne subsiste pas comme manquant (l'anosognosie implique l'absence du sentiment de l'oubli). Nous faisons donc le constat que la médecine fait : la démence attaque le langage par le cerveau. Le mot manque réellement. Nous notons tout de même que le mot peut être récupéré à partir du discours d'un autre. Lacan, à situer le langage chez l'Autre, «trésor des signifiants», nous permet d'introduire une autre approche du réel : c'est au champ de l'Autre que le mot manque. La conséquence en est que le sujet s'en trouve désarrimé de ce qu'il est à l'Autre. Nous prolongeons donc le constat médical : la démence attaque le sujet par le langage.

Pour autant, si nous affirmons que le processus démentiel sévère doit s'expliquer d'une atteinte du sujet, nous ne le faisons pas en considérant que c'est du langage qu'il est malade. Une telle définition, au sens de la psychanalyse, ne nous permettrait pas de distinguer le dément de n'importe quel autre «parlêtre» (êtres affectés du langage), de n'importe quel «*homme dit normal ne (s'apercevant) pas que la parole est un parasite, que la parole est un placage, que la parole est la forme de cancer dont l'être humain est affligé*»²⁴³. Le dément sévère n'est pas affecté par le langage, il est désaffecté par le langage. Alors, le sujet ne se définit-il que d'être, parce qu'il y a langage, supposé par un autre ? Qu'en est-il du sujet en démence sévère ?

4. Inférence subjective

Le cri du nourrisson est un comportement qui ne s'ordonne qu'à partir du fait qu'un autre suppose qu'un sujet s'y manifeste. A ce titre, il est axiomatique d'un temps de bascule vers la subjectivité qui ne s'articule que dans et par l'interprétation. Le principe de cette interprétation du comportement git dans l'identification, possible ou non, de la mère à l'enfant. La mère, redevenant enfant, interprète le cri comme appel, et redevenant l'enfant d'une mère, l'interprète comme demande d'un sujet à un autre. La connaissance de la signification du cri est donc une interprétation produite dans un mouvement d'identification / désidentification. Le sujet, se projetant en dehors de lui pour revenir dans son propre giron avec l'image de «l'être de l'autre», devient cet autre pour co-naître avec lui avant de s'en distinguer pour connaître en lui-même «l'être de l'autre». Le mouvement par lequel

²⁴³ LACAN, Jacques (1975-1976). Le Séminaire, Livre XXIII, *Le sinthome*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2005, p 95.

la mère vient équivaloir à l'objet de sa connaissance a donc un effet sur son être, mais également sur ce dont, en elle, elle prend conscience, c'est-à-dire connaissance.

L'observation du nourrisson étaye donc la thèse selon laquelle le sujet et la connaissance ne sont pas assimilable l'un à l'autre. L'acte de connaître manque quelque chose qui participe du sujet lui-même en tant qu'il est changé, déplacé par le connaître. La connaissance objective de l'autre, ou l'objectivation de la connaissance de l'autre, manque par définition le sujet qui émerge dans l'acte d'interprétation. Ainsi, la satisfaction d'un besoin objectif peut tout à fait manquer la demande du nourrisson qui peut continuer de vouloir alors que le besoin est satisfait, ou ne pas vouloir alors même qu'il a faim. Ce qui se manifeste du nourrisson ne peut pas être interprété à partir d'un référentiel objectif et implique la subjectivité de l'allocutaire qui lui-même se fait interpréter par le cri. Autrement dit, la subjectivité est insaisissable où elle se manifeste pour la raison que le sujet advient de rejeter l'objectalisation en arrière d'une autre dimension. Pour Dolto : *«Le désir de communication émotionnelle subtile précède le besoin d'une communication d'assistance substantielle du nourrisson.»*²⁴⁴ Alors, qu'est-ce qui de la mère passe subtilement à l'enfant en sus de l'information et de la satisfaction du besoin ?

Selon Freud, *«Celle-ci ne se contente pas de le nourrir, elle soigne l'enfant et éveille ainsi en lui maintes autres sensations physiques agréables ou désagréables»*²⁴⁵. Il précise que *«grâce aux soins qu'elle lui prodigue, elle devient sa première séductrice»*²⁴⁶. Ainsi, dans la relation à la mère nourricière quelque chose est ravi de l'enfant qui, dans et par se ravissement se précipite comme sujet. Nous avons donc chez Freud en premier lieu un accent mis sur l'expérience de plaisir / déplaisir, c'est-à-dire une composante éminemment libidinale du connaître.²⁴⁷ C'est le plaisir qui conditionne l'expérience ; toute théorie de l'information doit donc s'y articuler.

Freud fait un second pas avec sa théorie de la séduction. Sur la base de l'activité pulsionnelle, c'est l'aliénation à un autre qui permet de faire de l'être du nourrisson, qui dans ce premier temps logique n'est *«qu'être de plaisir ou de déplaisir»*, un *«être pour quelqu'un»* qui fait du plaisir un représentant *«d'autre chose»* (tout signifié devenu signifiant peu glisser à son tour en place de signifié d'un

²⁴⁴ DOLTO, Françoise. *Au jeu du désir : essais cliniques*, Seuil, Paris, 1981, p 273.

²⁴⁵ FREUD, Sigmund. (1938) *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, coll Bibliothèque de psychanalyse, 1975, p 59.

²⁴⁶ FREUD, Sigmund. (1938) *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, coll Bibliothèque de psychanalyse, 1975, p 59.

²⁴⁷ La seule détermination qu'il soit possible d'établir comme principe est la tendance de l'organisme à chercher satisfaction. L'objet de la satisfaction, n'étant relié par aucune prise directe et univoque au corps, reste parfaitement contingent.

autre signifiant). Ainsi, la notion de «sujet» est nécessitée par le fait que le nourrisson fait autre chose que de ressentir du plaisir ou du déplaisir, il l'interprète (en premier lieu comme présence ou absence). Il y a donc, par l'interprétation, un mouvement synchronique de rencontre/création des subjectivités.

La première des conséquences logique en est que la conscience, c'est-à-dire le savoir sur l'objet, ne peut en aucun cas être envisagé comme surface s'imprimant, dans l'expérience sensible, du simulacre de l'objet²⁴⁸. La connaissance de l'objet n'arrive à la conscience qu'à partir de ce qu'elle modifie en elle. La relation d'objet a donc de fait un endroit et un envers. Avec Sartre nous dirions que la connaissance n'est pas un mouvement unilatéral, mais réciprocité fondatrice. L'autre me révèle être «regard» car il se présente comme regard. Quelque chose de l'Autre, qui se présente comme demande, cause le désir du sujet. Une telle conception du sujet s'oppose donc à toute réduction du sujet à sa manifestation objective²⁴⁹. Nous verrons comment ces deux «faces» mœbiennes doivent être intégrées à notre compréhension du fait subjectif.

La seconde conséquence, qui n'est qu'un avatar de la première, est que nous devons considérer que «l'inférence subjective» est un fait psychologique, c'est-à-dire que la considération selon laquelle l'autre existe et qu'il manifeste son existence est structurante du psychisme lui-même. *«C'est là que se fait la première position possible d'un sujet comme tel, d'un sujet qui peut se saisir comme sujet, qui se saisit comme sujet pour l'Autre, en tant que cet Autre pense à lui comme à un sujet.»*²⁵⁰

La prise en compte de l'autre comme sujet n'est pas qu'un acte moral, elle est une éthique au sens où cette considération, interprétative, est constituante et fondatrice de la subjectivité. Ainsi, le savoir sur l'objet engage à franchir le pas d'un savoir sur «soi comme objet» (de l'Autre). C'est-à-dire que la psychanalyse apporte la notion que le «sachant savoir» implique «l'autre». Si le sujet est le «sachant savoir», c'est au titre qu'il sait que l'Autre sait. Pour Sartre : *«Autrui détient un secret : le secret de ce que je suis. Il me fait être et, par cela même, me possède...»*²⁵¹ *«... Autrui est pour moi à la fois ce qui m'a volé mon être et ce qui fait «qu'il y a» un être qui est mon être».*²⁵²

²⁴⁸ « Le simulacre n'est jamais ce qui cache la vérité – c'est la vérité qui cache qu'il n'y en a pas. Le simulacre est vrai. » (BAUDRILLARD, Jean. (1981) *Simulacres et simulation*, Galilée, Paris, 2010, p 9.)

²⁴⁹ La cure analytique, pour cette raison, n'opère de réduction que du sujet sur le fantasme, puis du fantasme sur la pulsion.

²⁵⁰ LACAN, Jacques (1958-1959), Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 444-445.

²⁵¹ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 404.

²⁵² SARTRE, Jean-Paul. *ibid.*

Ce savoir, comme savoir de l'Autre, implique que le procès de subjectivation, dans son premier mouvement, en passe par l'objectalisation. L'objectalisation est donc le temps «un» d'un nécessaire rejet subjectivant. De même, ce «dire que non», cette négation de l'objectivité, est la condition de l'émergence subjective. Ainsi, le sujet est ce qui échappe. Bien que nous commençons de définir le dément en tant qu'il n'est pas sujet, nous aurons à trouver la persistance de cette échappée dans les manifestations psycho-comportementales de la démence. Pour le moment, continuons d'interroger ce savoir sur l'être du sujet qui semble avoir d'abord pris le nom de «connaissance réflexive» pour se voir substitué une extimité revenant de l'Autre.

5. L'être et la causalité chez Winnicott

Winnicott dans «*Playing and reality*»²⁵³ donne une part belle à la notion d'«être». Green interroge l'irruption tardive de cette notion d'«être» dans le corpus Winnicottien²⁵⁴ dans son livre «Penser la psychanalyse» et donne son analyse dudit chapitre. Nous nous appuyons donc sur le travail d'A. Green pour tenter de penser les conséquences du maniement d'une telle notion sur la clinique de la démence sévère. Pour Winnicott l'être comme notion renvoie à la créativité, concept plus assimilé à son discours et ses recherches. Winnicott aborde la notion de créativité en tant qu'elle est, chez l'enfant, la condition de l'émergence du neuf, la production de possibilités nouvelles de relation d'un sujet. Les travaux winnicottiens sur l'espace transitionnel nous permettent d'entendre que le jeu de l'enfant, qui construit l'histoire, le sens des relations entre des personnages, est la projection d'un matériau intra-psychique. Le jeu est le fruit de ce qui s'élabore dans le psychisme en même temps que le psychisme se construit à partir des effets du jeu et des possibilités et places nouvelles qu'il offre à l'enfant.

Pour Winnicott la créativité est tributaire d'un état de non intégration de la personnalité. Il est nécessaire que cette créativité soit «*réfléchie en miroir (pour) qu'elle s'intègre à la personnalité individuelle et organisée*»²⁵⁵. L'existence de l'être en tant que, par définition, il est distinct de ce qu'il n'est pas, semble donc «*implique(r) obligatoirement l'existence de l'autre (la partie réfléchissante)*»²⁵⁶. Ainsi, pour Winnicott, la création du nouveau, l'émergence dans le monde

²⁵³ WINNICOTT, Donald, Woods. (1971) *Jeu et réalité*, Trad. C. Monod et J.- B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975.

²⁵⁴ GREEN, André, *Penser la psychanalyse*, Ithaque, 2013.

²⁵⁵ WINNICOTT, Donald, Woods. (1971) *Jeu et réalité*, Trad. C. Monod et J.- B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975, p 64.

²⁵⁶ GREEN, André, *Penser la psychanalyse*, Ithaque, 2013, p 73.

intrapsychique d'une cause première comme telle, peut s'envisager comme l'intégration par l'individu de ce qui a été intégré par un autre individu en présence. *«La création de l'être suppose une personne qui existe déjà»*.²⁵⁷ Ainsi, ce qui peut être considéré comme nouveau est le fruit d'une opération conjointe où le matériau original de l'individu a dû passer par les raies d'un autre pour s'actualiser comme émergence de l'être.

Au-delà d'une théorisation de la créativité, Winnicott nous apporte que la créativité *«permet à l'individu d'être et d'être trouvé»*.²⁵⁸ L'être émergerait donc d'être trouvé ou supposé par un autre dont le fonctionnement psychique est celui de la compréhension, de la mise en sens et du respect du principe de causalité. L'autre suppose donc l'être de l'individu qui se manifeste à lui et dont il parie qu'il est un sujet. Le non-intégré est intégré d'en être passé par la compréhension de l'autre qui renvoie en miroir, non seulement l'information, mais également la compréhension qu'il en a. C'est-à-dire que l'être cesse d'être situé par le sujet unilatéralement chez l'autre dans la mesure où cet autre métabolise quelque chose du sujet avant de le lui rendre. C'est de cette opération que semble émerger «l'être» comme «conscience d'être». C'est-à-dire que *«Le réfléchissement est une façon d'intégrer la part non intégrée car, dès lors, elle n'est plus seulement ressentie mais vécue comme une reconnaissance»*.²⁵⁹ Ici Green choisit ses termes et oppose au ressenti le vécu en tant que ce dernier implique un mouvement dialectique de re-connaissance.

L'être est le fruit d'une opération de reconnaissance de l'autre. Ainsi, le «sentiment d'être» est le produit de «l'introjection de l'être». Autrement dit, *«L'être est bien là, dans le bébé, mais sous une forme tellement non intégrée qu'il doit être renvoyé en miroir par la mère, capable de temps à autres de ressentir et de comprendre les expériences vécues par son enfant.»*. Il convient de souligner ce «de temps à autres» qui indiquent que le nourrisson ne fera l'épreuve de sa propre réalité qu'à la condition qu'une brèche, un manque à être, s'insère entre lui et le miroir de la mère. L'être ne se maintient donc qu'à la double condition de n'être pas «l'autre» et d'en être passé par «l'être de l'autre». L'interprétation, au sens où nous la situons avec Lacan comme un fait inhérent au langage lui-même, se situe donc chez le sujet comme chez l'Autre. Remarquons que la notion Winnicottienne «d'être trouvé» insiste sur l'effet de coupure, qui se réalise pour le sujet dans son passage par un autre, mais également pour l'autre lui-même. En effet, cet «être trouvé» indique que le sujet est trouvé comme tel dans la réalité et du fait même que la réalité de cet «être trouvé» échappe. Ainsi, l'autre «trouve» le sujet dans la mesure où il re-trouve dans la réalité ce qu'il a perdu en lui-même, son objet intériorisé.

257 GREEN, André. *ibid.*

258 WINNICOTT, Donald, Woods. (1971) *Jeu et réalité*, Trad. C. Monod et J.- B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975, p 64.

259 GREEN, André, *Penser la psychanalyse*, Ithaque, 2013, p 73.

Autrement dit, l'épreuve de la réalité dément en partie la retrouvaille. C'est à la condition de cette épreuve de réalité que l'autre accorde subjectivité, indépendance au sujet. L'être trouvé est donc avant tout une négativation de l'objet fantasmatique, une coupure que le principe de réalité inflige. C'est-à-dire que l'autre doit retrouver dans la réalité l'objet qu'il a perdu, mais encore qu'il ne le retrouve pas tout. Nous avons là un début de compréhension de la «good enough mother» Winnicottienne et de sa cohérence partielle d'avec le discours lacanien. En effet, tout deux articulent cette expérience de coupure à l'affect d'angoisse, semblant cheminer de concert, mais n'en dégagent pas les mêmes conséquences théorico-cliniques. Pour Lacan, nous l'avons vu, l'angoisse s'articule à l'expérience de satisfaction elle-même comme jouissance de l'Autre. Pour Winnicott, l'explication est plus «psychologisante» au sens où elle s'établit à partir de l'expérience du sujet. Selon lui, le sujet angoisie d'avoir perdu l'objet. En ce sens, Winnicott se tient plus proche de Sartre que Lacan ne l'est. Rappelons que Sartre pose l'angoisse du côté du «manque d'être». Il adopte sur l'angoisse le point de vue de Heidegger. L'angoisse advient lorsque le sujet a affaire à l'incertitude de l'«être libre» qui lui est étranger en même temps que familier. Pour autant, cette expérience d'angoisse n'est pas, chez Winnicott, directement consécutive du manque à être satisfait, mais résulte de l'après-coup d'une «satisfaction toute» traumatique. Nous trouvons cette notion dans son «Fragment» où il indique à l'analysant que «(...) *cette angoisse, à l'époque, avait trait au fait que, nourrisson, vous aviez été satisfait par une mère parfaite, la satisfaction produisant l'anéantissement de l'objet. En d'autres termes, jusqu'à l'analyse, vous ne saviez pas que si vous attendiez, le désir reviendrait, et par conséquent, l'objet de vos désirs.*»²⁶⁰ La perte de l'objet se réalise dans la satisfaction et produit l'angoisse. De ce point de vue le désir est le contraire de l'angoisse à la condition qu'il se définisse de n'être pas satisfait. L'angoisse résulterait donc pour Winnicott d'une position infantile qui consiste dans l'idée que l'objet perdu l'est à jamais. La «mère suffisamment bonne» l'est juste assez (peu) pour que l'enfant continue d'avoir à désirer. Ainsi, ces deux auteurs majeurs indiquent que le trop de présence de l'objet, n'en permettant plus l'appréhension, tend à le faire disparaître (la satiété par exemple, comblement du sujet, détruit l'élan vital (ou libidinal) qui allait de pair avec la recherche de la satisfaction par l'objet). Toutefois, chez Winnicott il semble que ce soit l'aphanisis du désir (au sens de Ferenczi) qui provoque l'angoisse, alors que chez Lacan, la satisfaction elle-même implique une «aphanisis du sujet». Ce qui se marque comme conséquence chez Winnicott (la satisfaction impliquant la souffrance de la perte), est immanent à la satisfaction chez Lacan. Pour Lacan l'angoisse (signal) n'a pas à voir avec la «liberté», ou l'incertitude (comme chez Heidegger, Sartre et certainement winnicott), mais avec la «vérité», ou la certitude. (Le doute n'est pas cause mais conséquence de l'angoisse.) A poser l'être chez l'Autre, nous pouvons donc saisir le non-être comme un état d'être (objet

²⁶⁰ WINNICOTT, Donald, Woods. (1975) *Fragment d'une analyse*, PBP, 1979, p 236.

de l'Autre). De ce point de vue, la réalisation de l'être impliquerait la mort du sujet. Au regard de ces conceptions qui donnent au manque une position centrale dans le procès d'assomption subjective, la démence pose une question que nous pouvons, à reprendre les discours de Winnicott et de Lacan, formuler de deux façons :

- Si «l'être infans» se définit d'une non-intégration de ce qui de l'être doit être renvoyé de l'Autre, «l'être dément» équivaut-il à sa désintégration ?
- Peut-on renverser la logique déficitaire pour considérer la démence comme une harmonie morbide qui procéderait d'une logique du rapport dont l'équivoque soit étrangère?

III. LA DÉMENCE : MALADIE DE LA RELATION

1. La cause du sujet

Dire que la démence est une maladie de la relation n'est pas dire que le sujet, malade, portant en lui la cause de ses difficultés, ne puisse entrer en relation. Au contraire, cette expression choisie nous permet d'indiquer que c'est la relation elle-même qui est malade ou qui fait difficulté. La démence n'est pas une maladie relationnelle. Il n'est pensable avec aucun outil et à partir d'aucun modèle que le sujet soit «cause première». Ainsi, la psychanalyse reprend les voies apologétiques (voir par exemple la voie par le mouvement et par la causalité efficiente chez St Thomas d'Aquin)²⁶¹ à son compte en les amputant de leur finalisme. *«Le sujet n'est donc pas premier. Il faut l'Autre préalable du langage pour qu'il puisse advenir. Une conséquence : le sujet ne peut pas être cause de soi»*²⁶².²⁶³ Il n'est pas possible de demander au perçipiens raison de son perceptum. *«Il y a une primarité logique du perceptum... Il y a d'abord l'Autre, puis le sujet»*.²⁶⁴ Ainsi, bien que la doctrine lacanienne soit une critique radicale de l'essentialisme, elle n'est pas un existentialisme.

²⁶¹ AQUIN, Saint Thomas d', (1256-1285), *Dieu, la création*, dans «Somme théologique», Prima pars (Ia Pars), question 2, article 3: Dieu existe-t-il?, site Grand portail philosophique, WWW.thomas-d-aquin.com, P 32.

²⁶² CASTANET, Hervé. *Comprendre Lacan*, Max Milo, 2013, p 35.

²⁶³ Nous voyons qu'en la matière, la phénoménologie Sartrienne reste bloquée sur ce point de la cause qu'elle ne parvient à border que logiquement. *«Il sera même prudent de ne pas abuser de l'expression de «cause de soi», qui laisse supposer une progression, un rapport de soi-cause à soi-effet»*. (SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 23.)

²⁶⁴ CASTANET, Hervé. *Comprendre Lacan*, Max Milo, 2013, p 48.

Une appréhension sur le versant déficitaire de ces manifestations induit l'erreur de penser que les fonctions d'un «sujet en soi», inchangeant et indivisible, sont régulièrement détruites par l'évolution démentielle. D'une part, le sujet se transforme à mesure que son monde change. *«Un sujet invariable est un préjugé aux implication cliniques fausses»*.²⁶⁵ D'autre part, son monde, c'est l'Autre. Cette implication de l'Autre dans la structuration psychique dépasse donc l'ordre imaginaire du rapport au semblable. Une telle approche révoque définitivement toute tentation d'assimiler «l'être du sujet» à la connaissance, pour la raison qu'une autre dimension, dite symbolique, se découple d'être structurante. Cet ordre symbolique, découplé de la réalité imaginaire (et plus encore d'une nécessité ou continuité naturelle du sujet à l'objet qui se nouerait par le comportement motivé de l'instinct), situe le sujet naissant en l'assignant à répondre, d'abord par tout son être, à la question de ce qu'il est pour un autre. Avant d'avoir à s'intéresser à la question de savoir où est l'objet de sa satisfaction, le petit d'Homme est introduit à la question du «Que suis-je (vraiment) pour l'autre ?» Au-delà de la relation imaginaire qui oriente le rapport à l'objet se constitue donc l'être, dans le mouvement d'avoir à saisir ce qui, sous la demande, s'exerce de jouissance. *«Il me demande cela, mais que me veut-il en fait ?»* (C'est ce «Che Vuoi ?» qui déterminera la névrose de s'articuler, dialectiquement, à la ligne de faille qu'il produit entre la pensée et l'être.) Existe donc une dimension qui, au-delà d'une quelconque adaptation (langagière) à l'objet, nécessite une situation face à un Autre *«antérieur et extérieur au sujet, qui le détermine néanmoins»*²⁶⁶. Comme l'indique joliment P. Pachet, parler c'est expulser *«une parole intérieure et antérieure d'avant la parole dite»*²⁶⁷.

2. Primauté de l'autre et cause du désir

Comme la parole porte en elle la reconnaissance de l'autre, la supposition faite que l'autre désir entendre peut engager le sujet à désirer parler. Mais ce qui se joue du rapport du sujet à la parole est plus profond que toute espère de détermination dans la relation à un autre. Dans la mesure à la parole adressée est toujours à minima une demande d'être entendu comme faisant demande d'être entendu (au-delà de la valeur informationnelle de l'énoncé), c'est-à-dire d'être reconnu comme celui qui offre son manque, elle est grosse de la possibilité même d'exister. *«Même s'il ne communique rien, le discours représente l'existence de la*

²⁶⁵ CASTANET, Hervé. *ibid.*

²⁶⁶ CHEMAMA, Roland ; VANDERMERSCH, Bernard. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse in extenso, 2009, p 79.

²⁶⁷ PACHET, Pierre. *Devant ma mère*, Gallimard, coll L'un et l'autre, 2007, p 158.

*communication (...) même s'il est destiné à tromper, il spéculé sur la foi dans le témoignage.»*²⁶⁸ De fait, la question se posant au sujet de savoir ce qu'il est à l'Autre, l'écoute peut causer le désir d'être écouté, et donc motiver la parole²⁶⁹. C'est donc le supposé savoir (de l'Autre) qui cause le Sujet. *«Le "sujet" naît chaque fois que la pulsion se métabolise en parole, c'est-à-dire lorsque des traces mnésiques de mots se mettent à signifier grâce à l'autre de la parole.»*²⁷⁰ Pour Lacan, *«... Le sujet se constitue par rapport au sujet qui parle.»*²⁷¹ *«... Il devient sujet possible d'une tragédie, par rapport à laquelle le sujet peut lui-même se constituer comme sujet reconnu dans l'Autre, comme sujet pour un sujet.»*²⁷² De ce point de vue, comme nous l'avons avancé, nous appuyant pour l'occasion sur le discours que Lacan relaye d'Hegel ; l'Autre est premier. *«C'est dans l'Autre que le sujet, par une antériorité logique, trouve sa place.»*²⁷³

Il est nécessaire pour qu'une parole soit formulée que le sujet suppose qu'elle vient répondre à la demande d'un autre, c'est-à-dire qu'il suppose que le mot puisse représenter quelque chose pour l'autre. C'est dans la mesure où le sujet (d'une place autre) se demande ce qu'il veut lui-même dire qu'il désire. («Qu'est-ce que je veux dire ?») D'une part, la division intrapsychique implique que le sujet se saisisse comme objet, d'autre part ce désir d'être compris est un désir d'être compris dans l'Autre, ravalé en lui. («Je voudrais qu'il me comprenne !» Le dire qui se cache sous ce dit semble indiquer un désir de faire partie du tout de l'Autre.) Le ratage est donc la condition de la survie du désir. C'est de cette fonction, où le mot représente un sujet qui s'actualise par le sens qu'il suppose qu'un autre lui prête, que non seulement le sens, mais le désir comme tel, émerge, puisqu'il est conditionné au caractère de ratage que le mot structurellement produit. Pour autant, la clinique des personnes démentes dites apathiques nous donne à voir que le désir d'un autre ne suffit pas à causer la parole. Pourquoi ?

²⁶⁸ LACAN, Jacques. (1966) *Ecrits I*, Paris, Seuil, «Points», 1970, p 128.

²⁶⁹ «Un regard, à qui je ne m'adresse, mais au nom de quoi je parle.» LACAN, Jacques. (2001) *Télévision*, dans «Autres écrits», Paris, Seuil, 2004.

²⁷⁰ POMMIER, Gérard. *Qu'est-ce que le «réel» ?*: Essai psychanalytique, Erès, 2004, p 155-156.

²⁷¹ LACAN, Jacques (1958-1959), *Le Séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 444.

²⁷² LACAN, Jacques. *ibid.*

²⁷³ GUEY, Nicole. *Le bonheur du phallus*, Lussaud, 2013, p 33.

3. La relation est coupure

Nous voyons comment le champ du désir se détermine d'autre chose que du corps dans sa matérialité (son rapport immédiat communicationnel et comportemental à la réalité objective) et in fine, devant s'orienter de l'Autre, ne s'exprime que de dire à l'Autre de relâcher son emprise en lui imposant de la discontinuité. *«Ainsi, mon projet de récupération de moi est fondamentalement projet de résorption de l'autre.»*²⁷⁴ La «cause», de ce point de vue, est causalité psychique et s'exprime dans les phénomènes morbides, invalidants ou non, mais toujours dirigés dans le sens d'un démenti de la continuité, d'un arrachement à l'ordre premier et fondateur, d'une atteinte de soi. Autrement dit, l'humain n'a pas de mode d'emploi, ou plutôt s'emploie à produire une disjonction d'avec le monde. La modalité de jeu, d'indéterminisme, ne passe que dans cette dimension de l'intersubjectivité et du fait même qu'elle existe, nécessaire et suffisant, s'exprimant dans l'antagonisme de dire à l'Autre, par le ratage du désir qui se manifeste dans le compromis symptomatique, qu'il n'est pas le destin. *«La première détermination que subit un sujet, c'est d'être l'objet de la jouissance de l'Autre, ce qu'il accepte jusqu'à un certain point, en delà duquel il rejette la jouissance en excès.»*²⁷⁵ *«La relation du désir du sujet au désir de l'Autre est dramatique, pour autant que le désir du sujet a à se situer devant le désir de l'Autre, lequel pourtant l'aspire littéralement, et le laisse sans recours.»*²⁷⁶ Le petit d'Homme, causé en son désir par le désir de la mère, l'interprétera, lui supposera un désir pour en limiter la jouissance. De fait, l'objet du désir n'est pas l'objet du besoin, il s'articule bien plutôt à la demande (et donc à l'Autre). Pour la raison qu'il est déconnecté de ces rouages supposément instinctuels ou naturels, cet objet n'est pas non plus celui qui cause le désir. Causé par l'objet regard, le désir du sujet visera l'objet sein par exemple. Ainsi, le désir, branché sur l'Autre en tant qu'il creuse un trou réel dans le sujet, s'organise à partir d'une perte (dans le corps) que Lacan qualifie «d'objet a». Ce *«petit a, l'objet du désir, sa nature est d'être un résidu, un reste - nommément le résidu que laisse l'être auquel le sujet parlant est confronté, le reste de toute demande possible.»*²⁷⁷ Cet embarras d'avoir à se réaliser comme Sujet, à partir d'un désir qui est «désir de désir de l'Autre», est théorisé par la psychanalyse comme «complexe de castration», qui se spécifie en complexe d'être à la fois exigence de perte et impossibilité de satisfaire à l'Autre. La subjectivation du désir ne peut donc produire que ratage,

²⁷⁴ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 405.

²⁷⁵ POMMIER, Gérard. (2004) *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, 2010, p 398.

²⁷⁶ LACAN, Jacques (1958-1959), *Le Séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 502.

²⁷⁷ LACAN, Jacques. op. cit. p 565.

émergence d'une conflictualité psychique. *«Le conflit est le sens originel de l'être-pour-autrui.»*²⁷⁸ La cause, si l'on veut accorder un sens de «création originale» à ce mot, ne peut se saisir qu'à ce niveau intersubjectif (en tant qu'elle a à voir avec le retour, dans le réel, de la jouissance de l'Autre). L'être n'est pas ce qui tend à combler le manque à être, c'est le manque à être qui motive l'être. *«La temporalisation de la conscience n'est pas un progrès ascendant vers la dignité de «causa sui», c'est un écoulement de surface dont l'origine est, au contraire, l'impossibilité d'être cause de soi.»*²⁷⁹ *«Ainsi, l'être de l'objet est un pur non-être. Il se définit comme un manque. C'est ce qui se dérobe, ce qui, par principe, ne sera jamais donné, ce qui se livre par profils fuyants et successifs.»*²⁸⁰ Ce barrage de l'être implique que *«le sujet est manque-à-être. Ce que Lacan écrit S barré (à lire : grand S barré) - la barre indiquant son défaut d'être.»*²⁸¹ Ainsi, le sujet n'est sujet qu'à opérer une coupure d'avec l'ordre du monde. Il se maintient dans l'entre-deux d'une tension. Cette tension, entre objectalisation de l'autre et captation dans l'autre, faisant disparaître le sujet en ses deux pôles, est justement une résolution dynamique de ce que nous avons posé au principe de l'embarras de la psychologie scientifique à vouloir isoler le sujet dans une fixité, soit égal à lui-même, bouché, et de fait non-parlant, soit pure subjectivité irréductible, trouée, indicible, et de fait non-parlée.

4. Manque à être et trou dans l'Autre

Cette nécessaire coupure, d'où s'origine le Moi, prend sa valeur ici d'être un effet de structure. Elle est division subjective introduite par l'opérateur du langage. Le sujet se manifeste donc, dans un mouvement de décollement d'avec l'ordre des choses, d'avoir à interpréter ces effets. Ainsi, Ricœur délinéant l'interprétation Aristotélicienne²⁸², indique que *«(...) la parole signifiante est l'interprétation»*.²⁸³ *«La rupture entre la signification et la chose est déjà consommée avec le nom et cette distance marque la place de l'interprétation ; tout discours n'est pas nécessairement dans le vrai (c'est-à-dire disant le réel) il n'adhère pas à l'être.»*²⁸⁴

²⁷⁸ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 404.

²⁷⁹ SARTRE, Jean-Paul. op. cit. p 668.

²⁸⁰ SARTRE, Jean-Paul. op. cit. p 27.

²⁸¹ CASTANET, Hervé. *Comprendre Lacan*, Max Milo, 2013, p 39.

²⁸² ARISTOTE, (385 env.-322 av. J.-C.) *Organon*, second traité, *Peri Hermêneias*, «De l'interprétation», trad Tricot (1936), en ligne, éd Les Échos du Maquis, v. : 1,0, janvier 2014.

²⁸³ RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006, p 32.

²⁸⁴ RICŒUR, Paul. *ibid.*

Plus radicalement Lacan avance que l'être «est d'autant plus insaisissable qu'il est forcé de passer par le symbole pour se supporter. Un être, quand il vient à n'être que du symbole, est justement un être sans être. Du seul fait que vous parliez, vous participez tous à cet être sans être. En revanche, ce qui se supporte, c'est l'existence, pour autant qu'exister, ce n'est pas être, c'est dépendre de l'Autre.»²⁸⁵ Autrement dit, pour Lacan en 71-72, l'être qui passe par le langage, ne s'y saisit pourtant pas. Il ne peut se retrouver identique à lui-même dans le mouvement de se connaître. Dès qu'il tente de se saisir par le savoir, il se trouve ailleurs. Quelque chose de l'être du sujet s'articule dans le langage mais échappe à la connaissance de soi. L'être du sujet n'est pas réductible à la connaissance qu'il en a pour la raison qu'il comprend en son centre un trou. En ce sens, rien de plus réel que ce dont tente (et échoue) de rendre compte le langage. «Le sujet ne peut trouver, dans le langage, le signifiant qui, enfin, lui livrerait son être sans discussion possible (...).»²⁸⁶ Il n'y a pas de vérité du sujet au-delà du langage. Ce «manque-à-être» du sujet nous l'avons articulé à l'opacité de la situation d'énonciation elle-même. Quelque chose dans le dit ne se comprend pas qui est le dire lui-même. Le désir en émerge d'y articuler la question : «Qu'est-ce que, à dire, ça veut ?»²⁸⁷. Ce trou, le sujet le recouvre d'un objet (Moi) qui n'est pas tout à fait son être pour la raison du caractère énigmatique qu'il revêt, mais aussi pour son caractère mortifiant. Ce qui, dans la théorie de la connaissance et le désir de compréhension, interdit d'appréhender le sujet ressortit du fait qu'«il n'y a pas de cognitif sans affectif, sans jouissance. La façon, dont le sujet est traversé par la parole, impacté par elle, est telle en effet que tout ce qui est connaissance, savoir, est accroché à une jouissance.»²⁸⁸ Le phénomène élémentaire, dépersonnalisant, bordant le trou réel d'une rustine hallucinatoire en lieu et place d'un Moi désintégré, nous avertit par le retour du dehors de la jouissance que cette dernière motive en tout temps le sujet et dénonce par là même la fonction de semblant du Moi. Comme nous l'avons indiqué, satisfaire à la jouissance de l'Autre, implique le risque d'identification au «signifiant phallique». Si l'être du sujet ne se réalise jamais totalement, c'est pour la raison que le langage permet de s'identifier à la demande de l'Autre en même temps qu'il coupe le sujet de son «être pour l'Autre», objectalisant. Ainsi, le langage, en même temps qu'il coupe le sujet de lui-même, le protège d'avoir affaire avec un réel désubjectivant.

Ne pouvoir «se dire tout», ne pas trouver dans l'Autre la définition dernière

²⁸⁵ LACAN, Jacques (1971-1972). Le Séminaire, Livre XIX, ...Ou pire, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2011, p 105.

²⁸⁶ CASTANET, Hervé. *Comprendre Lacan*, Max Milo, 2013, p 37.

²⁸⁷ BIAGI-CHAI, Francesca. *Sinthome ou suppléance comme réponses au vide*, site Uforca, lacan-université.fr. (Citation de Lacan)

²⁸⁸ LAURENT, Eric. *Nouveaux appareillages du corps*, MENTAL, Revue internationale de psychanalyse, Octobre 2013, p 204.

de son être, impliquerait donc l'existence. Cette existence, que nous avons situé avec Lacan comme ex-sistence²⁸⁹ du sujet à sa parole, serait induite par ce qui du langage ne dit pas l'être. «*Le mot est le meurtre de la chose*»²⁹⁰ indique Lacan reprenant Hegel (et Kojève). Au contraire, l'anomie qui caractérise la démence sévère impliquerait une prise directe sur la chose en même temps qu'un défaut d'existence. Qu'est-ce à dire pour le sujet ? Disparaît-il ?

La question qui s'impose alors est de savoir si les symptômes de la démence sévère, que nous supposons motivés de l'angoisse, offrent une quelconque prise à l'interprétation. En effet, à considérer que l'expérience de l'angoisse est étroitement corrélée à l'impossibilité de penser les excitations qui se présentent au sujet, il semble malaisé que les symptômes qui s'en motivent puissent se faire interpréter. Or, c'est là justement la condition, la nécessité interne du symptôme (au sens que lui confère la psychanalyse) qui est déjà «relecture» (ou chiffage). Si l'acte d'interpréter équivaut à découvrir ce qui se cache sous la manifestation et qui la motive, alors il convient, afin de raffermir nos hypothèses, de déterminer si les SPCD ressortissent de l'ordre de l'ininterprétable ou bien s'ils ne se tiennent que dans l'ininterprété, qui est une virtualité de l'interprétation.

IV. LE TROP PLEIN DE LA DÉMENCE

1. Topique du sujet et prise dans le discours

L'articulation de la conscience au langage implique de fait une articulation de la conscience à la subjectivité. D'une part le savoir préréflexif ne peut se connaître connaissant et donc ne peut trouver à se dire, d'autre part le «savoir sur le savoir», de la connaissance réflexive, opère une coupure d'avec l'objet qu'il saisit. Il implique donc une nécessaire bipolarité de la sphère subjective. Cette intrication profonde entre conscience et subjectivité traverse toute la philosophie. Nous la retrouvons chez R. Barthes qui réaffirme l'idée que la conscience n'est pas un état unitaire. Il rappelle dans son cours sur le «Neutre»²⁹¹ au Collège de France que la conscientia vient de conscius qui signifie «*qui sait avec un autre*». La conscience est donc «*un savoir à deux en soi-même*», elle implique «*d'être composé, en soi, de deux sujets complices dont la connaissance de chacun est tenue par la connaissance de l'autre.*» Le sujet, de ce point de vue, est logiquement double. Mais alors, si «Savoir,

²⁸⁹ Subvertissant l'ek-sistence Heideggérienne et marquant l'ex-centricité du sujet.

²⁹⁰ LACAN, Jacques (2001), *Discours de Rome*, dans «Autres écrits», Paris, Seuil, 2001.

²⁹¹ BARTHES, Roland. (1977-1978) *Le Neutre*, traces écrites, Seuil IMEC, 2002, p 132.

*c'est savoir qu'on sait*²⁹², où donc saisir le sujet, du côté d'un savoir, ou bien du côté d'un savoir sur le savoir ?

Il semble que cette question ne trouve à résoudre l'insaisissable de cette coupure qu'à la faire paraître au niveau du discours. Ainsi, de même qu'il y a le sujet conscient de l'objet et le sujet conscient de s'appréhender conscient, il y a celui qui dit et celui qui pense (ce qu'il dit). Nous retrouvons donc au cœur du sujet parlant, la division que Sartre avait placée au sein de la conscience.

Le sujet parlé et le sujet parlant ne sont pas identiques l'un à l'autre. Le témoignage, c'est-à-dire la subjectivation du discours, n'émerge qu'à la condition de cet écart entre sujet de l'énoncé et sujet de l'énonciation. Sans ce décollement du sujet qui, par la conscience, se considère, il ne peut trouver le recul de témoigner. Le «sujet parlant», s'il doit être considéré comme un pôle essentiel à la subjectivation des énoncés, reste cependant, n'étant pas «parlé», insaisissable. De même, le «sujet parlé» ne peut être appréhendé, n'étant pas «parlant», comme sujet. Ainsi, du point de vue de son articulation au langage, toute prise en compte de la notion de conscience implique celle de «sujet» en même temps qu'elle l'évacue. De fait, à en passer par le langage, nous lâchons la phénoménologie de l'esprit ou de la conscience, pour aborder, avec la psychanalyse, une métapsychologie de l'inconscient freudien.

L'appréhension de la conscience par elle-même serait donc une «illusion d'unité» créée par la bipolarité du sujet se prenant comme objet. Le sujet, pour s'appréhender, doit en passer par l'objet «Moi» qui est le lieu (imaginaire) d'où il suppose son unité²⁹³. C'est de ce détour qu'il produit un savoir sur lui-même. Ce savoir n'est appréhendable qu'à la condition qu'il ne soit pas uniquement «discours de», mais également «discours sur» (le Moi). D'une part, le «discours sur» est la condition du savoir sur le savoir, d'autre part de cette opération choie nécessairement un reste. Autrement dit, une telle conceptualisation de la conscience implique différentes formes virtuellement successives de la subjectivité, c'est-à-dire en termes Lacanien, une fente et une refente. Le sujet n'est pas égal à la représentation qu'il a de lui (la «fente» fait la part de l'inconscient, elle implique la création/exclusion du sujet), il n'est pas non plus égal au discours qui émerge dans cet écart d'avoir à se dire (la refente identifie le sujet à ce clivage qui ne peut dès lors que se connaître en même temps que se dénier : elle est la condition de la «méconnaissance»). Il semblerait donc que la «conscience d'être» émerge de la

²⁹² Citation de Alain (Émile-Auguste Chartier) dans (SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 19.)

²⁹³ Freud fera, dès 1914 (Pour introduire le narcissisme), du Moi un objet comme les autres. C'est-à-dire qu'il est investi de la même pulsion sexuelle que tout autre objet : la libido. Pour Lacan, le Moi est un «objet imaginaire». (CASTANET, Hervé. *Comprendre Lacan*, Max Milo, 2013, p 27.)

double opération d'aliénation (à l'image) et de séparation (par le signifiant).²⁹⁴ A considéré avec Parménide que «l'être est» (tandis que le non-être n'est pas), il nous faut donc concéder au sujet au moins trois formes logiques, produit des deux coupures dans la totalité de l'être. De l'être comme être, se distingue donc «l'être de non-étant» (que G. Pommier attribue à l'infans et dont on peut considérer qu'il trouve sa cause dans et par l'après-coup de sa division), «l'être aliéné» et «l'être séparé». Emerge également de l'opération, le non-être comme produit de l'être. Autrement dit, l'opération même de coupure produit un reste. Ce reste, il nous faut dans un premier temps le qualifier d'inconscient. (Nous y reviendrons en indiquant comment la démence sévère défait l'opération de coupure nécessaire à l'émergence de «l'étant», dévoilant ainsi un «être» qui, par le SPCD, est tentative de reconstruction du manque cause du désir.) *«Dès lors que la coupure est à la fois constitutive du discours et irrémédiablement externe à celui-ci, on peut dire que le sujet, en tant qu'il s'identifie à la coupure, est verworfen (rejeté). C'est à cela qu'il doit de s'appréhender et de se percevoir comme réel. Je ne fais ici que vous indiquer une autre forme du «je pense, donc je suis», une forme qui est, certes, articulée et approfondie tout autrement que chez Descartes, mais que je ne crois pas foncièrement distincte. Ce qu'il y a en plus de la dimension cartésienne, c'est que le discours auquel participe le sujet lui échappe, et qu'il est deux sans le savoir. En tant qu'il est la coupure de ce discours, le sujet est au suprême degré d'un «je suis» dont la propriété singulière est de se saisir dans cette réalité qui est vraiment la dernière où un sujet puisse se saisir, c'est à savoir dans la possibilité de couper quelque part le discours, de mettre la ponctuation. C'est dans cette propriété que gît l'être essentiel du sujet. Car la seule intrusion réelle qu'il apporte radicalement dans le monde comme sujet l'en exclut pourtant. Il en résulte qu'il faudra, à partir de toutes les autres relations vivantes, tous les détours que nous savons, nous autres analystes, pour que «je» l'y réintègre».*²⁹⁵ La formule de Lacan, qui subvertie celle cartésienne («ubi cogito, ibi sum»), est bien connue : *«Je pense où je ne suis pas, donc je suis où je ne pense pas»*²⁹⁶. Ainsi, le sujet en tant qu'il serait le lieu

²⁹⁴ «Effet de langage en ce qu'il naît de cette refente originelle, le sujet traduit une synchronie signifiante en cette primordiale pulsation temporelle qui est le fading constituant de son identification. C'est le premier mouvement. Mais au second, le désir faisant son lit de la coupure signifiante où s'effectue la métonymie, la diachronie (dite «histoire») qui c'est inscrite dans le fading, fait retour à la sorte de fixité que Freud décerne au vœu inconscient (dernière phrase de la Traumdeutung). Ce subornement second ne boucle pas seulement l'effet du premier en projetant la topologie du sujet dans l'instant du fantasme ; il la scelle, en refusant au sujet du désir qu'il se sache effet de parole, soit ce qu'il est de n'être autre que le désir de l'Autre.» LACAN, Jacques (1966). *Position de l'inconscient*, dans «Ecrits II», Paris, Seuil, «Essais», 1999, p 316.

²⁹⁵ LACAN, Jacques (1958-1959), *Le Séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 540.

²⁹⁶ LACAN, Jacques (1966). *L'instance de la lettre dans l'inconscient*, dans «Ecrits I», Paris, Seuil, «Points», 1970, p 277.

original d'une création, d'une coupure dans l'ordre des choses, radicalement «dé-naturé» ne serait-il pas exclusivement «sujet du langage», langage qui témoigne de l'être, c'est-à-dire qui témoigne que le «dit» n'est pas «l'être» tout à fait qui le réalise pourtant ? Ainsi, le signe linguistique représente le sujet en tant qu'il indique que le «dit» est excentrique à ce qu'il «veut dire». A l'inverse, dès lors que le langage dit «l'être» totalement, il est communication, animale s'il en faut. *«Égaux à eux-mêmes, les animaux sont plus libres que les hommes»*.²⁹⁷ Alors que *«Quelle que soit l'aisance d'un homme, il n'est jamais tout à fait adéquat à son organisme, dont il reste séparé par l'épaisseur du langage»*.²⁹⁸ C'est-à-dire que, déterminés, les animaux n'ont, par aucune faille qui se présenterait à eux, nécessité et possibilité de se confronter à la question de leur liberté. Ainsi, *«les animaux ne connaissent pas l'angoisse, ou du moins ce n'est pas sûr, au contraire de la peur que les mammifères partagent. L'angoisse s'articule au langage dans la mesure où elle est attente de quelque chose d'innommable. Et, pour qu'une chose soit innommable, il faut au moins disposer du nom»*.²⁹⁹ Nous y reviendrons.

De ce point de vue, qui réalise une radicale subversion du discours sur le déficit et la capacité, ce n'est plus le ratage communicationnel qui indique la mort ou l'inexistence du sujet, mais le contraire. La réussite de la communication, au sens où le dire équivaldrait exactement à ce qu'il désigne, ne nécessite pas de postuler l'existence d'un sujet (au sens où les Hommes se définissent *«en témoignant qu'ils pensent ce qu'ils disent»*). Inversement, si nous ôtons à la (pleine) conscience sa valeur d'aboutissement absolu de la nature³⁰⁰ et si nous indiquons que «l'être au monde» de l'homme se caractérise de facto d'un ratage (d'une cassure profonde entre l'être et le témoignage de l'être), alors il nous est possible de considérer que par-delà le fait somatique (pour ce qui nous intéresse : la neurodégénérescence) existe une détermination subjective qui s'étaye du corps, mais qui emporte ses propres règles et points de repères.

Il faut noter que le passage de Sartre à Lacan se fait du langage comme *«condition de mon être»*³⁰¹ à «lalangue» comme condition de l'inconscient. C'est-à-

²⁹⁷ POMMIER, Gérard. (2004) *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, 2010, p 400.

²⁹⁸ POMMIER, Gérard. *ibid.*

²⁹⁹ BROUSSE, Marie-Helene. *Panic attack*, intervention orale dans «Les chemins de la connaissance», France culture.

³⁰⁰ Dans ce que l'opposition conscience/inconscience l'assimile à la raison. Voir à ce propos l'ouvrage de Maisondieu «Le crépuscule de la raison» avec lequel, s'il rend là hommage à Nietzsche en faisant de la raison une idole tissant et limitant le lien social, nous sommes d'accord. (Nietzsche, *Crépuscule des idoles* : «Une fois pour toutes, il y a beaucoup de choses que je ne veux point savoir. — La sagesse trace des limites, même à la connaissance.»

³⁰¹ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 413.

dire que Lacan, bien qu'il s'abreuve à la source existentialiste Sartrienne, s'appuie en premier lieu sur le structuralisme instituant le sujet comme effet du signifiant. D'autre part, substituant le manque-à-être au «manque d'être» sartrien, Lacan indique, en lieu et place du risque de néantisation de l'être suscité par l'indétermination de l'existence, que l'angoisse dévoile la jouissance de l'Autre. Autrement dit, la psychanalyse lacanienne déplace ou dépasse le sartrisme en substituant à l'indétermination de l'être, la détermination inconsciente. Il replace le langage, comme Autre, en tant qu'il cause le sujet. *«L'effet de langage, c'est la cause introduite dans le sujet. Par cet effet il n'est pas cause de lui-même, il porte en lui le ver de la cause qui le refend.»*³⁰² *«Que l'Autre soit pour le sujet le lieu de sa cause signifiante, ne fait ici que motiver la raison pourquoi nul sujet ne peut être cause de soi.»*³⁰³

Nous sommes d'abord sorti de la tentation de poser la cause à l'extérieur, dans l'organe. Nous sortons maintenant du paradigme sartrien en soutenant, avec Lacan, un autre ordre de causalité. La question de savoir qui de l'œuf ou de la poule, qui de la conscience thétique ou des opérations mentales nécessaires à la saisie de l'objet entraîne l'autre dans sa chute, à défaut de trouver sa réponse, se déplace. La destruction de l'objectalité cause la perte de conscience qui, rétroactivement, se fait cause à son tour. Il ne s'agit donc pas de poser une cascade temporelle, mais une logique qui organise la causalité autrement, y compris à partir de sa rétro-action. Reprenons notre formule : la «destruction du Moi» indique que le sujet ne trouve plus à se soutenir de ce qu'il soutenait. De n'être plus causé, il ne se suppose plus cause. Nous entendons marquer ce que cette proposition a d'essentiel. D'une part, d'indiquer le sujet en tant qu'il est causé, elle dépasse largement toute approche naïve qui ferait du sujet sa propre cause (à partir d'une esthétique de la volonté ou du libre arbitre), d'autre part elle ne devient intéressante qu'à supposer sa réciproque et dépasse en cela l'approche phénoménologique qui marquait déjà un bon d'avec celle naïve ou positiviste. Cette réciproque (De ne plus se supposer cause, le sujet n'est plus causé) est le nœud le plus obscur comme le plus fécond de l'approche métapsychologique de la démence d'où découle l'ensemble de nos propositions. Ce nœud que Lacan repère et dont nous tenterons d'indiquer quelques linéaments, nous le livrons dès ici : pas d'accès au réel en dehors de son recouvrement.

³⁰² LACAN, Jacques (1966). *Position de l'inconscient*, dans «Ecrits II», Paris, Seuil, «Essais», 1999, p 315.

³⁰³ LACAN, Jacques. op. cit. p 321.

2. Le bouchon de la démence et le trou de l'Autre

C'est à ce niveau que nous interrogerons le langage et ses variations. Le substrat somatique est le moyen nécessaire à son émergence, tout comme sa décrépitude est celui de la dissolution du langage, mais le cerveau n'est pas la cause du langage. Le discours démentiel, comme celui délirant, politique ou religieux, ne sont pas des encéphalopathies. De fait, le sujet ne peut entretenir un rapport immédiat, causaliste, au substrat qui le véhicule. A ne pas poser la cause du côté du soma, nous nous engageons à penser que le sujet se soutient d'autre chose que d'un outillage matériel. Nous révoquons donc l'idée selon laquelle la machine neurale, coaptant la réalité, causerait la démence en ses trous. La lésion n'est pas cause des SPCD. Au contraire, indiquant que le Sujet se soutient de l'Autre, Lacan nous permet d'indiquer qu'il se soutient du manque du cerveau à recouvrir le réel. Il se soutient de la fente, du manque à tout organiser dans l'instinct. Le sujet existe d'être barré par le langage. Une telle considération réalise une subversion radicale du discours matérialiste ou médical. La démence n'est pas de ce point de vue déficit, ou défaut d'être, au contraire, elle semble engager au trop plein et à l'indifférenciation. D'avantage qu'un trou, elle est un bouchon dans la trouée de l'Autre.

Madame F nous éclaire quant à l'indistinction objectale dans laquelle elle se tient au travers d'un comportement dont nous essayerons de saisir les déterminants psychiques. Madame F déambule peu, elle ne le fait que sur de courtes distances pour passer d'un siège à un autre. Nous pouvons faire deux observations :

- D'abord Madame F, comme beaucoup d'autres personnes ne cesse, lorsqu'elle marche où qu'elle est assise, de se tenir aux accoudoirs, murs, mains courantes, etc. Il semble évident que cette attitude lui permet d'assurer sa stabilité lorsqu'elle marche. Nous pourrions noter son caractère de réassurance par l'agrippement lorsqu'elle est assise et qu'elle ne risque pas de tomber. Ce positionnement du corps nous indique d'emblée que le schéma corporel de Madame F semble être déconstruit et nécessite un étayage sensible pour se rassembler. Mais une autre attitude corporelle nous interpelle et nous informe sur l'indistinction sujet/objet qui semble caractériser son vécu subjectif : Madame F approche ses yeux très près de la chose à voir. Elle se tient le long du mur et, comme beaucoup d'autres, en approche le visage à hauteur des yeux. Nous ne pensons pas qu'une mauvaise vue soit l'unique explication que l'on puisse donner à cette posture (Madame F voit bien, de près comme de loin). En effet, au contraire du touché, le regard ne permet pas seul de faire exister l'objet en tant qu'il est séparé. C'est-à-dire qu'à un certain niveau d'organisation subjective le touché implique toujours un «être touché par l'objet» (par retour de perception). Cette fonction duelle passif/actif nécessite l'existence séparée d'un intérieur/extérieur en même temps qu'elle renforce dans l'expérience cette distinction et permet de faire la part de

l'hallucinatoire et de la réalité (ce qui n'empêche pas qu'il y ait des hallucinations pathologiques du touché, proprioceptives et cénesthésiques). Le regard au contraire n'implique pas à lui seul qu'au voir corresponde «l'être vu». Le jeu d'exhibition/voyeurisme nécessite la présence d'un Autre (dont Lacan nous dit que le voyeuriste vise le désir) qui est compromis dans la démence. Nous pensons donc que le collage des yeux à l'objet, supprimant «l'espace du regard» dans sa fonction de coupure (de fente), fait signe plus qu'il n'est cause, de l'indistinction sujet/objet. Ce n'est pas parce qu'elle ne regarde pas l'objet avec une juste distance qu'elle ne peut pas l'appréhender convenablement (et qu'en ce sens, une fonction serait en elle déficitaire), au contraire, c'est parce que l'objet, comme représentation interne, n'existe pas qu'elle ne peut construire une relation à l'objet. La relation d'objet nécessite toujours la distance. Nous retrouvons donc la conception lacanienne du sujet en tant qu'il est causé. Il n'est pas comptable d'un mauvais ajustement, mais ce heurte à l'impossibilité d'être (distinct), comme effet du perceptum.

- Ensuite, nous remarquons que Madame F ne parvient qu'avec de grandes difficultés à s'asseoir sur un fauteuil. Son comportement est toujours le même : elle s'en approche, lui fait face, puis tente de s'asseoir. La conséquence en est qu'elle ne trouve pas l'embrassement qu'elle cherche en pliant les jambes pour la raison que le fauteuil se tient devant elle. Qu'en penser ? Il semble que l'image de l'objet déclenche une action motrice qui ne prend pas en compte la situation du corps propre par rapport à l'objet. Quelque chose d'une imagerie mettant en scène le corps dans l'espace où il a à rencontrer ses objets fait défaut. (Ni l'objet ne se trouve (devant elle), ni elle ne se tient (devant lui).) Ce qui vient faire coupure, séparation, l'ajustement du rapport, n'entre pas en jeu. L'objet semble déclencher directement le schème moteur. Il est possible de tirer les fils de cette expérience pour nouer de nombreuses réflexions à la clinique. Pour ne pas déplier trop de suppositions à partir d'un matériel clinique trop restreint, nous nous contenterons de dire qu'il nous semble avoir affaire dans pareil cas à une démonstration de l'indifférenciation du sujet à l'objet. La chaise implique «l'être assis», sans que soit considéré la situation du corps dans la réalisation de cet être. A ce titre, à l'absence de coupure d'avec l'objet correspondrait une absence de coupure d'avec soi. Le sujet, ne se comptant pas lui-même comme objet, n'appréhende pas sa place dans ou face au monde.

3. Le dément sévère est ininterprété

Les différentes formules que nous avons tenté de donner de l'anosognosie ; la perte de l'identité narrative instituée par l'autonoèse chez Ricœur ; la chute de la conscience thétique Sartienne ; l'effondrement du Moi Freudien consécutif de la mise hors jeu des processus secondaires ; l'absence de distance métalinguistique

d'Irigaray ainsi que l'effondrement de ce que Lacan institue comme position d'adresse, convergent toutes à indiquer que le sujet en démence ne peut pas tenir un discours sur lui-même, c'est-à-dire subjectivement assumé. Ainsi, l'impossible «interprétation», l'impossible distance produite dans le discours sur soi, impliquerait une impossible subjectivation. Pour ramasser la démonstration, nous dirions que la vie psychique démentielle se définit d'être «ininterprétée». La conséquence directe de cette absence de division subjective en serait une impossible interprétation par l'autre. Le caractère d'ininterprété, d'absence de discours intérieur, impliquerait donc l'ininterprétable, l'impossible dégagement d'un dire du dit. De fait, l'interprétation par un autre n'opère plus pour la raison qu'elle ne redouble plus un «discours intérieur de sujet» effondré. Cette résorption du «sujet divisé» dans la démence sévère, implique qu'il n'est pas possible d'opérer par voie de transfert. Du moins, si le transfert peut continuer d'opérer, entant que la clinique du sujet reste par définition une clinique «sous transfert», l'interprétation du transfert (du patient) ne peut plus advenir. Ainsi, à la lumière de nos présentes observations sur le défaut d'ex-sistence du dément sévère, nous soutenons que le procès de déconstruction de la démence sévère ne dévoile pas ce qui de l'être s'était chiffré dans le langage. Cette destruction du secondaire ne dévoile pas l'inconscient à ciel ouvert. Nulle interprétation de la démence sévère n'est possible. (Ce qui n'est pas dire que ses manifestations soient incompréhensibles.) Après avoir soutenu en première partie la difficulté de poser la cause dans le corps, puis après avoir indiqué en deuxième partie avec Sartre que le sujet se caractérise de témoigner de son existence, nous introduisons la place énigmatique du sujet face à l'Autre. Notre question se reformule donc : la démence ne vient-elle pas objecter (à la psychanalyse) que ce qui se manifeste à l'observation, qui témoigne de quelque chose, ne témoigne pour personne ? De ce point de vue, ce qui manque au dément, serait l'Autre auquel aliéner son désir.

4. Le manque (du mot) dans l'Autre

Si l'aliénation chute, ce n'est pas pour tomber dans l'Autre (à la manière de la psychose) mais parce que l'Autre est réellement innommable. Pour cette raison, ni le sujet de la connaissance, ni le Sujet de l'inconscient ne peuvent être repérés dans la démence sévère. Nous traduisons la notion «d'autre réellement innommable» comme «chute de l'Autre en dehors du code». C'est-à-dire que le sujet n'est pas, pur en son noyau, incapable de faire avec la pensée ou la communication ou la mémoire, mais qu'il ne peut plus soutenir son être au travers d'une question posée à l'Autre. Ainsi, ce n'est pas le sujet qui est premièrement en cause, mais l'Autre. Bien que nous continuions de penser que le manque du mot trouve sa source dans la défaillance somatique, nous posons que ses effets subjectifs trouvent leur cause dans

le réel, non pas du corps lésé, mais dans la dislocation de l'Autre. D'une part, l'anosognosie semble indiquer que ce ne soit pas le sujet mais l'Autre, «trésor des signifiants», qui est comptable du «manque du mot». Le mot, qui dans la démence sévère n'est pas perçu comme manquant, manque réellement. Ce «manque réel», non articulé à son absence, est une pure béance dans le code. Ainsi, le manque est un manque réel dans l'Autre, trésor des signifiants. D'autre part, la chute du mot, ou de l'usage et de la compréhension du mot, c'est-à-dire de la construction dans un système de renvoi et de référencement des images de mots et de choses d'avec les affects associés et garantis, validé au champ de l'autre comme «trésor des signifiants», point de départ du crédit porté au compte du mot en tant qu'il soutient «l'existence pour l'Autre», entraîne dans un même mouvement logiquement synchronique le Moi, le désir et la dimension du sens, c'est-à-dire de la cause. Le dément n'est plus causé comme sujet par l'Autre. Nous nommons, pour le moment, cette déconstruction de la dimension de reconnaissance produite dans et par le langage : chute de l'Autre. Le caractère de non-sens du discours et de l'acte démentiel s'expliquerait donc de la chute du savoir de l'Autre. A ce titre, le dément se tient hors-sens ou hors-cause (bien plus que dans le simple non-sens, qui en appel au sens, et n'implique pas en soi que la relation à l'autre soit interdite). La conséquence directe de cet effondrement serait donc la perturbation du rapport du sujet dément à lui-même et aux autres.

Nous avons vu que le manque dans l'Autre est le lieu qui cause la demande du sujet. Ainsi, le manque, demande énigmatique de l'Autre faite au sujet de répondre de ce qu'il est pour l'Autre, est le moteur de la subjectivation. Il nous semble que ce soit ce manque dans l'Autre qui s'efface pour le dément qui perd «qui il est» en même temps que toute position désirante. Nous soutiendrons donc que c'est en tant que le sujet dément sévère ne s'articule plus d'une question posée dans l'Autre qu'il peut être amené, saisi d'angoisse, à basculer en-deçà de la «conscience de soi» en même temps que son désir s'éteint. Le manque du mot entraîne donc à sa suite l'impossible nomination subjective, c'est-à-dire l'impossibilité pour le sujet de se déterminer être l'objet qui vient se loger dans le manque de l'Autre. Nous en concluons que le manque manque à l'Autre. Cet affaissement de l'Autre entraînerait avec lui un triple affaissement subjectif :

- Topique : chute du Moi
- Dynamique : chute du refoulement (et donc de l'inconscient)
- Economique : dévoilement de l'angoisse

Ainsi, les manifestations démentielles sévères seraient économiquement motivées par l'angoisse, topiquement conditionnée par la chute du Moi et dynamiquement conduite par l'absence de pression refoulante.

5. Le manque (du manque) dans l'Autre

Le manque dans l'Autre, que dans un premier temps nous avons défini comme la formule du manque réel de mot, est donc un manque du manque dans l'Autre. Ce qui dans les premiers temps de la démence sévère s'organise comme étant un «trop de présence de l'Autre» du fait de l'absence des processus secondaires, des signifiants qui font barrage à la «satisfaction toute» de l'Autre, se réduit en une disparition subjective de n'avoir plus d'autre à qui répondre. Cette réduction de la division du sujet permet de saisir, d'une part que l'Autre comme trésor des signifiants puisse se maintenir sans que pour autant un sens subjectivant s'en dégage (écholalie, palilalie, etc.), d'autre part que la démence avance inexorablement vers une destruction du désir comme tel. A ce niveau, le dément n'a plus affaire au retour de jouissance d'un Autre d'avec lequel l'opération de séparation c'est effondrée, mais avec un autre «réellement non manquant» caractérisant la chute de l'opération d'aliénation elle-même. La démence sévère se caractériserait d'être un manque réel du manque dans l'Autre. Nous en arrivons donc à risquer notre hypothèse théorique :

La démence sévère réalise un fading du sujet devant l'angoisse qu'actualise le manque réel du manque dans l'Autre.

Nous donnons cette formule pour tenter de dire la radicalité d'une privation accomplie. Si l'*hilflosigkeit* est la position réalisée d'être «*sans recours*» en tant qu'«*elle est plus primitive que tout, plus primitive que l'angoisse*», alors la privation qu'implique la démence la plus terminale, dépourvue qu'elle est de référence au symbolique comme à l'imaginaire, doit être pensée, en deçà du «manque réel d'un objet symbolique»³⁰⁴, comme manque réel de l'objet réel qu'est le manque de l'Autre. Lacan «*Opposant la privation à la frustration et à la castration*»³⁰⁵ avance de la privation qu'elle est «*une fonction instituée comme telle dans le symbolique, en ce sens que rien n'est privé de rien, ce qui n'empêche que le bien dont on est privé est tout à fait réel. Mais l'important est de savoir que le privé est une fonction imaginaire. C'est le petit autre, le semblable...*»³⁰⁶ A considérer que le petit d'homme, en situation de désaide, continue d'avoir recours à l'imaginaire qui permettra l'après-coup de sa symbolisation pour marquer de ses effets de privation

³⁰⁴ Formule lacanienne de la privation

³⁰⁵ LACAN, Jacques (1959-1960). Le Séminaire, Livre VII, *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1986, p 270.

³⁰⁶ LACAN, Jacques. *ibid.*

le manque réel d'un objet symbolique, nous pouvons tenir un discours différentiel en indiquant que le dément, au terme de sa vie, ne dispose pas (seul) de telles ressources. En sus de l'opération de séparation, l'aliénation (imaginaire) elle-même fait défaut. Dans la démence sévère, la privation finie par ne plus trouver son privateur imaginaire, ce qui implique qu'elle ne trouve plus matière à symbolisation. Nous aurons à dire dans la dernière partie comment le petit autre peut limiter la jouissance du dément dans la mesure même où il introduit par sa présence en double, voir transitive, une coupure dans la jouissance. Cette opération vaut d'autant qu'un objet tiers (un bien) est mis en jeu. Nous y reviendrons. Pour le moment, nous pouvons commencer d'introduire que l'hallucination paranoïde semble être un mode de traitement supérieurement complexe dont la forme de reconstitution imaginaire de l'élément traumatique ou irrupteur finira par manquer au dément.

Si nous soutenons que la clinique du dément a à s'orienter du «réel», c'est au titre que la notion d'un simple défaut dans la compréhension n'a rien de superposable avec ce que Lacan nous permet de saisir comme «trou dans le symbolique» et n'explique rien quant à l'effondrement du sujet désirant ni quant au débordement manifeste de toute possibilité régressive d'une pulsionnalité que, dès lors, nous ne voyons plus s'agencer autour de trous électifs du corps. La pulsion, chez Lacan en 1975, «*c'est l'écho dans le corps du fait qu'il y a un dire.*»³⁰⁷ Ainsi, à l'affaissement du langage correspond l'affaissement de la pulsionnalité (du moins de sa part signifiante). A avoir posé que le sujet, ignorant ce qui le cause, n'en est pas moins causé en son désir, autrement dit qu'il «a à être» (transcendé dans les trois ek-stases heideggériennes³⁰⁸), nous comprenons que le procès démentiel n'est pas un procès d'ignorance de la cause, perte de raison. La cause du sujet est de fait, et en tout cas, méconnue de lui. Ce que perd le dément, d'être trop plein, est la cause elle-même. En résulte l'effondrement de la temporalité du désir, ek-stase de «l'avoir à être» dans l'existence. Si le «présent» est la définition de la 4ème dimension dans laquelle le dément, non pas se tient, mais est pris, il ne peut l'être qu'à considérer que ce présent n'est le présent d'aucun passé, ni d'aucun futur. Il ne permet aucun remaniement de la mémoire comme construction historique d'après-coup dans laquelle le sujet pourrait trouver situation discursive. A ce titre, l'a-temporalité démentielle est un a-topisme. «L'être dément» est le nom de cette radicalité.

De la traduction par «*là où c'était, là comme sujet dois-je advenir*»³⁰⁹, que Lacan fait de la célèbre phrase de Freud «*Wo es war, soll Ich werden*», nous

³⁰⁷ LACAN, Jacques (1975-1976). Le Séminaire, Livre XXIII, *Le sinthome*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2005, p 17.

³⁰⁸ Nous renvoyons ici à la lecture de HEIDEGGER, Martin. (1927) *Etre et temps*, Gallimard, coll Bibliothèque de philosophie, 1986.

³⁰⁹ LACAN, Jacques (2001), *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p 344.

pouvons saisir la coïncidence avec l'ek-stase heideggérienne. «Si «*cogito sum*» nous est fourni quelque part par Heidegger (...), il faut remarquer qu'il algébrise la phrase, et nous sommes en droit d'en faire relief à son reste : «*cogito ergo*», où apparaît que rien ne se parle qu'à s'appuyer sur la cause. Or cette cause, c'est ce que recouvre le «*soll Ich*», le «*dois-je*» de la formule freudienne, qui, d'en renverser le sens, fait jaillir le paradoxe d'un impératif qui me presse d'assumer ma propre causalité. Je ne suis pourtant pas cause de moi, et ce non pas d'être la créature. Du Créateur, il en est tout autant.»³¹⁰ Autrement dit, il n'y a pas plus de langage qui dise l'être qu'il n'y a de métalangage. A subvertir la phrase de Descartes en l'écrivant avec des guillemets «*Je pense : «donc je suis»*», Lacan indique une équation à deux termes entre «*Je pense être*» et «*Je pense donc*» qui implique de saisir le langage comme cause du sujet. Nous n'avons donc pas d'autre option que de penser, qu'à l'instar de l'effondrement de «*l'avoir à être*», le «*Ça*» lui-même, comme impératif faisant retour de l'Autre, est ébranlé dans la démence sévère.

Afin d'introduire la notion de «sujet» d'une part et de l'introduire ailleurs qu'à partir de sa manifestation phénoménale d'autre part, nous avons posé avec Lacan le sujet comme «sujet du langage». Cette approche structuraliste se dévoile maintenant insuffisante à définir la subjectivité dans la démence. Lacan, prolongeant son enseignement, nous permettra pourtant d'y voir plus clair en substituant au sens la jouissance. Alors que pour le Lacan des années 60 le langage est premier, pour le dernier Lacan (à partir des années 70) c'est le corps jouissant qui l'est. «*Il n'y a plus, pour Lacan, de réalité prédiscursive.*»³¹¹ Autrement dit, le langage n'échoue pas à dire, il ne recouvre pas un réel qui existe par delà lui. Le réel se déduit du langage qu'il motive et limite. «*Les dits cernent le dire comme réel, «c'est-à-dire l'impossible»*»³¹² Nous passons donc avec Lacan d'un sujet divisé, causé par le langage, à un parlêtre excentrique à sa parole. Nous pouvons en dégager deux conséquences qui nous intéressent directement :

- D'une part, le parlêtre, d'habiter un discours excentrique à son dire, ne peut en aucun cas accéder à l'être.
- D'autre part, l'effondrement du discours ne réalise pas la jouissance de l'être.

Pourtant, cette perspective nous permet de penser que le dément continu d'avoir affaire avec la jouissance. Comment saisir l'expérience démentielle à la lumière de cette impasse logique ? Comment comprendre que le sujet dément, dont nous postulons qu'il s'affronte à un Autre non-troué, continue d'être traversé de jouissance alors même que cette dernière s'articule au trou dans l'Autre (identifié par le Lacan des années soixante comme «signification phallique») ?

³¹⁰ LACAN, Jacques (2001), *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p 345.

³¹¹ CASTANET, Hervé. *Comprendre Lacan*, Max Milo, 2013, p 90.

³¹² CASTANET, Hervé. op. cit. p 89.

V. LE RÉEL DANS LA DÉMENCE

1. L'être dément et le réel

Ces considérations ne vont pas sans poser de nouvelles difficultés dans la compréhension du vécu du sujet en démence sévère entre lesquelles nous trouverons à nous frayer un chemin à considérer la part réelle de la pulsion. Le discours analytique lui-même, lorsqu'il affirme que «*ce qui spécifie notre humanité c'est que nous sommes des êtres parlants, donc désirants*»³¹³ semble sortir du champ de l'Humain l'individu dément sévère aphasique mixte, ne parlant, ne comprenant, ni ne désirant. A ce titre, s'il est incontestablement un individu mû par le besoin, de ne l'être pas par le désir, il n'est pas sujet. Ce qui semble ici s'offrir à penser comme un état de fait est, disons-le, largement renforcé par le désintérêt général de la psychanalyse pour la démence neuro-dégénérative et la rareté des productions écrites qui en font leur objet. A nous en tenir là, nous pourrions dire que la singularité du dément est laissée «de jure» aux portes de la psychologie scientifique, alors que c'est «de facto», par l'absence contingente de désir, c'est-à-dire de sujet de l'inconscient, que le dément est reflué des travaux et parutions psychanalytiques. Si nous continuons de penser que l'approche psychanalytique dispose de quelques outils qui nous permettent de ne pas rabattre ces considérations sur le niveau d'impasse positiviste, il nous faut les constituer à partir d'une notion du «réel» qu'il reste, avec Lacan, à préciser. Alors, avec quel réel le dément a-t-il donc affaire ?

Comme nous l'avons indiqué, bien que l'être échappe à sa prise dans le langage, il n'a pas d'existence en dehors de lui. Ainsi, la non-adhérence du langage à l'être, donnée par Ricœur, n'est pour Lacan qu'un effet de structure qui ne se révèle qu'à partir de la prise du sujet dans le langage. «*C'est fondamentalement le langage qui introduit la dimension de l'être pour le sujet, et en même temps la lui dérobe.*»³¹⁴ Un premier écueil s'oppose ici du fait qu'il semble qu'il n'y est point d'expérience subjective hors du langage. Pour Lacan en 1959, l'être «*c'est le réel,*

³¹³ HOLVOET, Dominique. *Réglementer le mental : un indice de démocratie*, Quarto, n°107, 2014, p 14.

³¹⁴ LACAN, Jacques (1958-1959), Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 171.

*pour autant qu'il s'inscrit dans le symbolique.»*³¹⁵ Il y a des effets de réel qui ne peuvent, en aucun cas, être confondu avec une hypothétique persistance du monde en deçà d'un point de vue qui le fonderait. Autrement dit, le réel n'est pas tant, pour Lacan, ce qui existe sans nécessiter d'avoir été pensé par un sujet, que ce qui de l'Autre échappe à une possible symbolisation par le sujet. *«Le réel est ici ce qui revient toujours à la même place, à cette place où le sujet en tant qu'il cogite ne le rencontre pas.»*³¹⁶ Il est le non-symbolisable au cœur du symbolique. A ce titre, le réel ne peut être découvert sous le semblant, c'est là le réel du semblant. A l'inverse, ce que le sujet trouve sous le semblant, n'est qu'un semblant de réel. Si le réel est «ce sur quoi l'on se cogne», c'est au titre que le sujet se cogne à ses bords, jamais au réel. Ainsi, pas de vérité dernière du sujet réalisée dans la déconstruction du Moi (qui n'est pas ici à prendre au sens d'une traversée du fantasme). Autrement dit, l'effondrement dans la démence du cogito qui recouvrirait le réel n'implique pas que le sujet y aborde. L'idée même d'un Sujet en prise directe sur le réel semble de fait être un non-sens.

Le réel n'a donc pas de consistance hors de son dévoilement, ou plus exactement, hors du mouvement de se dévoiler. Le voilement est donc sa condition nécessaire. En dehors du langage, nul sujet de l'inconscient (c'est là une définition du «parlêtre»). Autrement dit, il n'y a pas d'en-soi du sujet. *«Le sujet donc, on ne lui parle pas. Ça parle de lui, et c'est là qu'il s'appréhende, et ce d'autant plus forcément qu'avant que du seul fait que ça s'adresse à lui, il disparaisse comme sujet sous le signifiant qu'il devient, il n'était absolument rien.»*³¹⁷ De ce point de vue, ce qui de l'être est le réel, ne se donne que comme un «ça parle» insaisissable. Lacan indique qu'*«il n'y a pas d'Autre de l'Autre»*³¹⁸, ce qui nous semble devoir désigner qu'il n'y a pas un «plus d'être» du sujet qui échappe au langage, mais que ce «plus d'être» se détermine en creux du langage comme «manque à être». Rien ne garanti la vérité de l'Autre à partir d'un point d'extériorité qui fasse ensemble. La vérité de l'Autre ne s'articule qu'à partir d'un point intérieur qui en lui fait trou. L'être émerge d'un rejet, d'une négativation. Il se marque d'un «-1» nécessaire à l'émergence du désir. Se coupant d'avec l'Autre, il advient comme existant. Cette dépendance du sujet, d'avoir à interpréter et d'être interprété par l'Autre, Lacan la qualifie d'existence, écart pris d'avec un «ça parle» par l'introduction médiate de l'objet «Moi» qui, opérant une synthèse, tient en respect l'horreur de son

³¹⁵ LACAN, Jacques (1958-1959), *La forme de la coupure*, dans Le Séminaire, Livre VI, «Le désir et son interprétation», Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 450.

³¹⁶ LACAN, Jacques (1963-1964), Le Séminaire, Livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1973, p 59.

³¹⁷ LACAN, Jacques (1966). *Ecrits II*, Paris, Seuil, «Essais», 1999, p 315.

³¹⁸ LACAN, Jacques (1958-1959), Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 353.

déterminisme en s'imaginant «causa sui». Dès lors que Lacan pose le «réel» du côté de l'Autre, il permet de dépasser la phénoménologie sartrienne et de produire un discours excentrique à la notion de «Moi» ou de conscience. S'il reste vrai pour Lacan que le sujet s'aliène dans la «manière d'être» (sartrienne), il apporte la notion que cette «manière d'être» est également une opération de séparation, leurre ou pâture offert à la jouissance de l'Autre. La théorie du sujet, débordant largement toute théorie du «Soi», nous a permis des avancées précieuses dans la compréhension de ce qui nous occupe ici, en même temps qu'elle semble nous engager, à l'épreuve de la démence sévère, dans une impasse irréductible. En effet, dans une telle configuration a-topique, le sujet dément n'éprouve pas la précarité d'une existence conditionnée au non-être qu'implique l'identification à un signifiant, voire même à l'identification à un signifiant qui ferait retour du réel comme impératif catégorique. Nous avons donc affaire à une difficulté logique, peut-être impensable, qui implique que la répétition ne puisse être strictement pensée chez le dément sévère comme *«ce qui revient toujours à la même place»*³¹⁹. Autrement dit, soutenir comme nous le faisons que le dément à affaire à la jouissance d'être confronté à un Autre non-troué, semble relever du non-sens. Soit le sujet jouissant vient s'identifié au phallus, c'est-à-dire au manque de l'Autre, soit, d'entrer dans le langage, il marque un écart d'avec cette identification objectalisante. Ainsi, il n'est pas soutenable que le dément jouisse alors même qu'il n'a pas affaire au trou dans l'Autre (identification phallique). Pour autant, l'angoisse et l'excitation débordant le corps du dément semblent impliquer la jouissance. Nous devons donc poser que le dément, bien qu'il n'en jouisse pas, est joui. De ne jouir pas d'être joui, le réel auquel il s'affronte n'est donc pas «réel de la jouissance de l'Autre» mais substance jouissante a-signifiante. Si nous ne posons pas cela, il nous semble n'avoir aucun modèle qui puisse rendre compte de l'absence totale, dans certains tableaux de fin de parcours démentiel, du retour d'un savoir sur le sujet dont les effets seraient observables comme «connaissance paranoïaque»³²⁰. Remarquons à ce propos ce fait d'importance, qui nous semble très peu souligné dans la littérature, que les conduites addictives tombent avec la démence sévère (alors qu'elles sont souvent passées en début d'affection démentielle par une majoration). Peut-être cette tombée de la compulsion de répétition n'est-elle que très peu repérée en raison de l'orientation généralement médicale de l'approche de la démence. Ainsi, les grands fumeurs ne fument plus, les alcooliques ne boivent plus, etc. Nous constatons également que la pratique religieuse (comparable aux conduites précitées sur l'unique plan de son caractère de répétition) peut venir à cesser, alors même que la personne démente garde une connaissance de la liturgie et en particulier le souvenir

³¹⁹ LACAN, Jacques (1958-1959), Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 565.

³²⁰ Mode du co-naître qui est, à un temps de l'enseignement de Lacan, la formule de l'aliénation à l'image du semblable.

intact de psaumes ou de versets appris par cœur.

De telles considérations impliquent donc d'avoir à revenir sur la notion de régression libidinale pour la saisir autrement. Le «dernier Lacan» permet, pour cette clinique limite, un éclairage intéressant. Ce qui s'offre à voir comme réel non dévoilé par l'effondrement du tissage symbolique doit nous conduire à penser, avec Lacan, que le réel n'est pas le résultat d'un dé-tissage. La régression ne rend pas l'être à l'être. Le dévoilement n'offre pas le réel de l'être, il n'est en dernier terme que l'effondrement de l'Autre comme garantie (et non pas comme créateur). Il nous faut postuler avec Lacan que chacune des zones érogènes jouissantes ne s'organisent comme telles qu'à être frappées d'un signifiant pour saisir que la jouissance erratique qui traverse le corps du dément n'est pas une régression. Ainsi, la destruction du langage ne conduit pas à la pulsion partielle, vérité de l'instinct, au contraire elle en marque la désorganisation radicale. La disparition de l'objet (cigarette, alcool, etc.) engage la pulsion à pousser sans plus trouver à rater l'objet qui l'organisait. La destruction des possibilités régressives, qui sont possibilités signifiantes (au sens où l'imaginaire ne trouve à s'organiser qu'à en passer par le symbolique), implique donc l'hypothèse que nous soutenons d'un effondrement de l'Autre comme garantie, puis comme effondrement de la «dit-mension»³²¹ de la cause, qui ne ressortit au réel qu'à être prise dans le symbolique. Ce qui n'est pas dire que le réel ne continue pas de marquer l'être de ses effets (de jouissance). De ce point de vue, la démence ne se caractérise plus de ses symptômes, au contraire, c'est l'absence de symptômes (au sens où les instances animiques y sont, dans ce modèle, apparentés), qui en donne la spécificité. A mesure que la pensée, comme symptôme excentrique de l'être, s'effondre, «l'être dément» se réalise. La contradiction qui nous occupe se définit à nouveau : le dément n'accède pas à l'être (qui ne se mit-dit que dans la langue), en même temps qu'un être, qui n'est plus «être pour un Autre», se réalise dans la déconstruction de la pensée. Bien que nous commençons de les cerner avec plus de précision, les manifestations de la démence sévère manquent encore à être défini.

³²¹ Lacan insistant, par ce néologisme, sur la résidence (anglais : mansion) du «dit» au lieu de l'Autre, indique «qu'il n'y a de l'inconscient que du «dit»».

2. Le dément est joui

Le recouvrement imaginaire de la cause du sujet, chutant avec la démence, ne dévoile pas la cause comme telle. Le manque (ou moins phi) que l'image spéculaire, par définition, ne représente pas, ne se dévoile pas dans la chute de l'image du double. Cette position a-topique, non située par le manque de l'Autre, implique le désaide le plus total. C'est-à-dire que la démence, en son achèvement, ne réalise pas tant la détresse qu'impliquerait la nécessaire situation face à la jouissance de l'Autre, que le désaide relatif à l'absence de situation de cette jouissance qui n'en reste pourtant pas moins réelle. Ainsi, la cause elle-même s'effondre sans que l'être pour autant soit nulifié. La démence n'implique pas une sortie hors le champ de l'Autre, mais implique le risque (puis la réalisation létale), marqué de l'angoisse, d'une sortie du champ de la cause. L'Autre, en tant qu'il est bouché, continu pourtant de marquer l'être des effets de ce qui ne le cause pas. Ce risque assumé que nous prenons de poser une telle définition du réel dans la démence sévère, introduisant l'idée selon laquelle le dément très sévère «est» comme «non-causé», nous permet d'indiquer que le rabattement du sujet sur son plan d'immanence n'implique en aucun cas un retour à une forme de coaptation que l'on pourrait supposer naturelle, de l'individu à l'environnement. Elle nous semble également nécessitée par le fait, empirique, que s'observe dans la démence très sévère des conduites (potentiellement symboligènes) de préhension d'objet, de destruction, de perçage de trou, de recouvrement d'objet, de remplissage ou bordage de formes, de cris sans appels, etc. qui ne peuvent s'expliquer d'un retour au plan de l'instinct. La destruction de «l'appareil psychique» n'implique pas un branchement direct, immédiat, sur un monde qui, dès lors, le causerait sur le mode stimulus-réponse erronée. Persiste un déséquilibre vital, dont l'angoisse fait preuve, entre jouissance perdue et plus-de-jouir. Parce que le manque vient à manquer, la répétition ne peut pas être pensée dans la démence, comme elle l'est habituellement, à partir de sa prise dans le symbolique (au sens où nous avons indiqué que le réel est «réel dans le symbolique»). Pour autant, parce que la répétition est «répétition de jouissance», la non-extraction de «l'objet a» n'implique pas à proprement parler un comblement (qui équivaldrait à la mort somato-psychique), mais une impossibilité de localiser le lieu où ça fait trou. La répétition dans la démence est donc à entendre, au plus près du soma, comme retour de l'excitation sur un corps qui «ne la cause pas». Ainsi, les possibilités créatives ou progressives sont barrées, l'objet qui cause l'excitation ne renvoi à aucun autre (qui donnerait correspondance ou satisfaction en un autre lieu que là où le désir se creuse ; comme nous l'avons indiqué, l'objet qui cause le désir, perte originelle nécessaire, n'est pas celui qui le satisfait, impliquant la contrepartie répétitive autant que créative du plus-de-jouir) et implique le dément dans un circuit non-bouclé, sans direction aucune, sans déperdition, qui sur des cycles courts, relance une décharge, qui ne trouve à se déporter d'aucun objet, pour tomber

toujours dans la nécessité d'une nouvelle décharge sans voie ni issue. Les cris, balancements, déambulations, etc. en sont les manifestations. Le dément qui continu d'être «substance jouissante», devra donc trouver à insérer dans le circuit de son excitation un élément nouveau, qui en coupe la répétition en la déportant ailleurs que là où, retombant sur elle-même, elle réduit sa cause comme non-causée. (Nous l'avons déjà laissé transparaître, ce «plus» introductif d'un «moins», nous pensons que le dément peut le trouver dans le commerce avec un autre qui, dès lors qu'il est introduit dans le circuit pulsionnel y implique un détour, une entropie, dont la déperdition de jouissance est nécessaire à la production d'un «l'objet a» qui relance la satisfaction pulsionnelle. Cette introduction de la coupure par l'autre qui parle fera l'objet de notre dernier chapitre.)

Nous renversons donc ce qui, en introduction de ce travail, se présentait comme inexistence du sujet et nécessité de réduction de l'être à ses manifestations objectivées. Le discours de la psychanalyse lacanienne, parce qu'il a toujours été inspiré et enrichie de considérations ontologiques, permet au concept d'angoisse de prendre sa juste place et d'indiquer que par delà, ou en deçà de l'existence, persiste un être dément atopique. Nous pensons donc, à partir d'une telle conception du réel, que le dément n'est pas épargné par la souffrance aux seuls motifs qu'elle ne trouve pas à se représenter dans la conscience et qu'elle n'a pas non plus sa source dans un motif inconscient. Bien que cette souffrance, non-perçue et non-recouverte, obéisse à d'autres lois qu'à celles des systèmes conscient/inconscient, il nous semble qu'elle doive absolument être postulée comme qualité de l'être dément. Autant qu'il est joui, il est «souffrance». La «clinique pragmatique» du dernier Lacan nous aide ici à saisir la manifestation démentielle à partir de sa dimension réelle. Ce que nous avons repéré du caractère «d'ininterprétable» des manifestations démentielles n'implique donc pas qu'il soit impossible de s'en orienter.

3. Les SPCD et l'Autre

Les transformations de l'intersubjectivité du dément ne nous permettent pas d'avoir un discours sur ses différentes positions subjectives qui puisse rendre compte de leur radicalité. A ce titre, nous avons posé ces mutations chez l'Autre. C'est donc au réel qu'il nous a semblé devoir donner plusieurs définitions successives, plus ou moins intriquées dans le symbolique, selon que le dément est impliqué à telle ou telle place (voir à telle non-place) dans son champ de situation subjective. Nous avons donc affaire avec différentes positions du sujet face à l'Autre, selon que ce dernier soit trop présent ou bien qu'il semble disparaître dans le mouvement du sujet d'y adhérer totalement. Ces différentes positions de l'Autre, impliquées par les réorganisations de la position du sujet dans le champ du langage,

sont déterminantes dans le vécu d'angoisse du sujet. Le savoir (ou la connaissance), articulé au réel, de faire retour de l'Autre, se libère de manière erratique puis s'effondre. Ce second mouvement semble déconstruire l'articulation du réel au savoir qui s'était nouée dans le procès d'aliénation du sujet à l'image et au langage de l'Autre. Cette notion de chute de l'aliénation nous permet de proposer une compréhension de la trajectoire démentielle qui s'organiserait en premier lieu à partir d'une conflictualisation névrotique (pour ceux d'entre les déments qui se sont construit du côté de la névrose), puis à partir de la destruction des défenses secondaires qu'impliquerait un retour sur l'opération de séparation, refente du sujet, provoquant un trop de présence de l'Autre et la mise en place de défenses psychotiques (telle la dissociation), et enfin, par l'ébranlement de l'aliénation (fente) caractérisant le dernier temps démentiel par l'affaiblissement puis la disparition du désir de l'Autre. Nous postulons que ces «mouvements de l'Autre» correspondent d'abord à la perception d'une angoisse intense (trop d'Autre), puis à la libération dans le corps d'une angoisse non-consciente (chute de l'Autre).

Ainsi, l'affaiblissement du Moi, dissolvant ses capacités de synthèse, donne d'abord lieu à une dissociation visible dans toutes les sphères de l'expression subjective. Ensuite seulement, cette construction imaginaire de l'Autre, bordage de sa jouissance, en vient, de n'être plus recouverte par la signification phallique, à ne plus tenir elle-même. Comme nous l'avons défini, l'Autre du dément, en tant qu'il est bouché (non pas par la signification phallique mais par l'absence réelle de trou dans le langage), doit être pensé à partir de ses propres transformations. C'est à partir de cette construction théorique qu'il nous est possible, à la condition de ne pas le confondre avec le «corps», de poser le réel de la démence du côté du soma. En aucun cas, la démence ne peut s'envisager à partir du réel de l'atteinte du corps (signifiantisé). Pour cette raison, le dément sévère, bien qu'il continue d'être joui, n'a pas affaire avec la part réelle du symptôme «corporéisé». Si jouissance il y a, elle est, en fin de parcours démentiel, tout à fait désignifiantisée. En résulte qu'au stade terminal de la démence, le sujet, chu en deçà des outillages imaginaires et symboliques, n'a pas affaire, mal outillé, à un réel identique à lui-même. Il n'est alors plus permis de supposer un trou dans le symbolique qui localiserait «l'objet a» cause du désir. Ainsi, la pulsion, qui dans un premier temps se satisfait de manière partielle, s'effondre. La pulsion, comme codage de la jouissance, implique dans sa destruction l'impossibilité d'un décodage.

Saisir le langage comme organisateur d'une jouissance qui lui préexiste nous permet donc de rendre compte de ce que la clinique de la démence sévère apporte à l'observation, d'une part comme envahissement du langage (logorrhée, palilalie, néologismes, etc.), qui avant d'être considéré du côté d'un appauvrissement doit être saisi en premier lieu comme un trop de présence de l'Autre pour le sujet dont la dissociation (hallucination, soliloque, délire, etc.) marquera la forme défensive face

au réel qui court sous l'imaginaire non capitonné par le symbolique (fausses reconnaissances, illusions, croyance ou perception selon laquelle les personnages télévisés sont présents, etc.), et d'autre part comme reflux d'un langage déshabité puis évanescent (non subjectivation de l'énoncé, puis rareté et pauvreté des productions langagières) signant l'effondrement massif des défenses visant à imaginer la persécution d'un Autre dès lors non-troué (apathie, vide de la pensée, athymhormie, apragmatisme, etc.). L'absence réelle de manque dans l'Autre, ne permettant plus à la structure de jouer d'un manque nécessaire à situer le sujet face à l'Autre, implique un désinvestissement objectal, une déréalisation qui ne s'accompagne pas d'un retrait de la libido sur le Moi. Cette situation d'effondrement radicale, débordant toute possibilité régressive, nous ne trouvons pas d'autres moyens que de l'imaginer comme «effacement» ou «éloignement» de l'Autre. Nous devons donc considérer que le dément continu d'avoir affaire à l'Autre, bien que toute situation imaginaire soit compromise. Notre hypothèse donne la formule, au plus près de ce que nous sommes parvenu à penser, de la subjectivité démentielle sévère : l'Autre continue d'être réellement troué, manquant, pourtant le manque du manque qu'implique la démence (ou l'anomie), étant également réel, réduit l'opération. A ce niveau, le dément n'a plus affaire à un symbolique dans le réel, pas plus qu'il n'est en prise avec le réel dans le symbolique. Cela ne peut s'envisager qu'à suivre Lacan dans le dépassement qu'il opère par rapport au structuralisme : il n'y a pas de signifiants dans le réel qui permettent une organisation archaïque de l'univers qui serait par essence élémentisé, prêt à l'emploi.³²² D'une part, il y a un réel qui marque le corps de ses effets avant toute introduction du symbolique, d'autre part le dément n'a plus affaire avec un symbolique réifié. En effet, si la réification du signifiant n'advient qu'en un point précis d'une déchirure dans la trame signifiante (voir le langage schizophrénique), il nous faudra postuler que le réseau entier de la signification fini par être déconstruit dans la démence, empêchant de fait toute idée de réification. La destruction radicale du symbolique implique de fait qu'il ne puisse y avoir d'immixtion du réel dans le symbolique. Nous y reviendrons dans la distinction que nous ferons entre «trou» et «manque de manque». Ainsi, il nous semble que le dernier Lacan nous rend pensable que le dément continu d'être joui sans y être, par aucun bout, intéressé. Il ne sort en aucun cas de la dimension qui consiste à le situer devant le manque de l'Autre, pour autant, cette situation elle-même (comme topologie) ne trouve plus d'arrimage. Le dément manque réellement du manque dans l'Autre et continu donc d'avoir affaire avec le réel. *«Lacan a indiqué très clairement le choix qui s'offre au sujet, si l'Autre n'existe pas et s'il y a le réel. Il a exposé les deux positions fondamentales qu'il est possible de prendre à l'endroit du réel dans les termes suivants - ou bien c'est la folie, ou*

³²² «Le point de départ structuraliste de Lacan, c'est qu'il y a du signifiant dans le réel». MILLER, J-A. *Le réel dans l'expérience analytique*, cours du 25 novembre 1998, (google drive), p 16.

bien c'est la débilité mentale.»³²³ Il nous semble que le sujet dément, parfois successivement, parfois alternativement, fasse la tentative d'une coupure ou soit réduit à l'échec de cette tentative selon qu'il soliloque pour ce défendre de l'Autre, ou qu'il ait affaire à un réel dévidé. Ce double mouvement, qu'il est difficile d'entendre dans les moments terminaux de la démence comme trop plein de la signification (néologisme) ou comme vide de la signification (phallique), nous semble devoir s'entendre à partir de l'érosion de la digue du code elle-même qui, cédant, ouvre la voix tant au flux qu'au reflux du langage. Le vide et le trop plein ne sont pas à prendre ici au niveau de la signification mais au niveau de l'être.

- Flux : L'Autre trop présent

Nous rencontrons madame B dans un service de prise en charge des personnes démentes. Madame B est mue par un discours délié, confabulatoire, et débridé. Il est difficile de rendre ici son discours pour la raison qu'il nous est incompréhensible. Elle parle dès qu'un autre se présente à sa perception. Pour autant elle ne semble pas parler à l'autre. Elle l'intègre à des conversations où il n'a pas sa part, elle le met en scène, lui fait réponse. Elle intègre l'autre à son délire sans ne lui laisser aucune place. La coupure entre elle et l'autre s'est résorbée. Elle sait ce qu'il veut, ce qu'il fait, ce qu'il dit. Autrement dit, elle le comprend (elle le prend à elle). Ce qui se manifeste d'incompréhension résulte, paradoxalement, de sa compréhension directe, unilatérale. Bien que son mode de relation puisse sembler interprétatif et en dehors de la compréhension des enjeux pragmatiques de la situation actuelle, nous préférons inverser les termes pour leur rendre leur sens : madame B n'interprète pas les manifestations de l'autre, elle ne lui suppose plus une altérité qui nécessiterait le déchiffrement, elle les comprend. Autrement dit, elle n'en manque plus.

- Reflux : L'Autre trop distant

Lorsque nous la rencontrons pour la première fois dans un service fermé spécialisé dans la prise en charge des personnes démentes sévères d'un pôle gériatologique, madame A parle sur un mode logorrhéique et incompréhensible. Elle parle seule mais s'adresse également aux autres qui se présentent à elle. Au fil des mois, cette personne démente Alzheimer s'exprime à l'aide d'un champ lexical toujours plus fruste, dont il nous semble qu'il se ressert autour d'un mot électif : «ticket». Durant ce temps, le signifiant «ticket» est offert à l'autre pour exprimer, semble-t-il, un désir d'aller ailleurs, à l'aide d'un ticket de bus. Ce désir lui-même est difficilement interprétable et semble s'apaiser lorsque madame A peut aller aux

³²³ MILLER, J-A. *Le réel dans l'expérience analytique*, cours du 25 novembre 1998, p 22. (google drive)

toilettes, changer de place assise, se rendre au restaurant du service, etc. En ce sens de céder sur la charge d'investissement, il est possible de dire que le «ticket» est interprété par l'acte d'aller aux toilettes (qui décharge et satisfait), etc.

Non seulement il semble signer une production sensée, voir adressée, mais encore se signifiant semble pouvoir jouer encore un peu de son signifié. Ainsi, il arrive à madame A d'évoquer le «ticket» de la «touche» amoureuse. Dans ces cas, la relation ou demande de relation semble être au premier plan. S'opère donc un jeu signifiant rapporté à différentes relations à l'objet. Le «ticket» implique soit la demande soit le désir et n'est pas sans faire jouer la dimension libidinale. A ce niveau, madame A semble identifiée au signifiant «ticket» qu'elle sert à l'Autre. Le temps passant, le vocabulaire de madame A se contracte quasi exclusivement autour de ce mot, en même temps que ses demandes se font de plus en plus rares. Lorsqu'un autre l'approche et lui fait sensation, la jaculation du «Ticket» se fait entendre. Le jeu signifiant est concrètement de plus en plus fruste et n'implique plus rien à sa suite. Ainsi, le signifiant ne prend plus sens de n'être pas un autre (signifiant)³²⁴, d'être dans la relation impliqué dans tel emploi et non d'en d'autres. Il n'est plus, par l'opposition paradigmatique, dialectisé. Ce désarrimage radical de la chaîne signifiante vient à poser question pour la raison que son déroulement le long d'associations déliées répondant aux lois du primaire, à ce niveau, ne s'observent plus. La dégradation massive des fonctions supérieures de madame A se distingue radicalement de toute déliaison psychotique et, plutôt que d'être l'objet d'une déliaison, ce mot semble avoir subi, dans une concentration de jouissance, une extraction radicale. Cette extraction semble être d'avantage la conséquence de l'effondrement de tout le réseau associatif plutôt que l'unique effet d'une centration de la jouissance sur un signifiant. Ainsi, cet îlot est le seul rescapé de l'engloutissement du code et de la pulsion qui s'en soutient. Or, il doit nous être surprenant, d'abord qu'il y en ait un, ensuite qu'il n'y en ait qu'un.

Ce «ticket», centrant la pulsion dans l'oralité, fait subsister quelque chose de l'expression. Pourtant, bien qu'il soit une trouée, nous ne pouvons pas penser qu'il soit le reste décharné d'une expression appauvrit. En effet, le signifiant n'étant en aucun cas consubstantiel au signifié, il doit nécessairement s'articuler à d'autres pour livrer sa signification. *«Aucun signifiant ne peut se signifier lui-même.»*³²⁵ A ce titre, non seulement la perte de la signification d'un mot ne peut être sans effets sur d'autres signifiants, mais encore une anomie localisée ne peut être considérée isolément et peut trouver sa cause dans la destruction du réseau d'association

³²⁴ «Le premier réseau du signifiant est la structure synchronique du matériel du langage en tant que chaque élément y prend son emploi exact d'être différent des autres». LACAN, Jacques (1966). *Ecrits I*, Paris, Seuil, «Points», 1970, p 223.

³²⁵ BIAGI-CHAI, Francesca. *Sinthome ou suppléance comme réponses au vide*, site UFORCA, lacan-université.fr

proche. De fait, lorsque le manque du mot devient, plus radicalement, perte de représentation alors le sujet lui même ne trouve plus à y être représenté (nous voyons ici la différence radicale d'avec un quelconque refoulement du signifiant). Ainsi, le «ticket», perle subsistante dans la «soupe primordiale» retrouvée, ne renvoyant plus à rien, dit, mais ne dit pour personne. En ce sens, il n'est pas l'expression d'un dire du sujet. Il signe, parce qu'il est chargé de jouissance, la localisation d'un «ça pousse à dire».

Le «ticket» fonctionne comme un hapax. A la fois, il ne permet pas l'équivoque, il n'a qu'un sens, et en même temps, de ne renvoyer à aucun autre, il ne se laisse définir. La «lalangue» de madame A est pure de se tenir au point unique d'un hapax. S'il dit totalement l'être, il est ininterprétable. Il est possible, pour le saisir, de s'orienter de ce que l'hapax désignait, de ce qu'il «voulait dire». Toutefois, cette interprétation-traduction, du fait de la chute radicale du sujet hors le «vouloir dire», s'apparenterait à une trahison. Le mot subsistant ne procède d'aucun renvoi, que l'interprétation, par définition, nécessite. Il convient donc de penser, sans chercher à y mettre du sens, que cet îlot signifiant prend sa valeur de réaliser une percée hors le magma d'indifférenciation. Cette trouée serait à ce titre une opération de traitement de la jouissance, une tentative de coupure.³²⁶

- La jouissance de l'Autre contre le sens des autres

Ainsi, les SPCD seraient, dans des mesures différentes, à la fois signe de la disparition subjective et tentative d'existence. Toutefois, la notion de sens ou de mise en sens, bien qu'elle soit un levier thérapeutique absolument essentiel, ne peut pas être postulée au niveau de la cause des manifestations. La jouissance qui les guide doit plutôt être repérée à partir de ce qui fait angoisse. Ainsi, le praticien, plutôt que de s'orienter du dit du patient, a souvent intérêt à s'orienter de ce qu'il est comme autre pour ce dernier. C'est à cet Autre que le patient fait réponse lorsque son angoisse est telle qu'il n'a pas les ressources de saisir ce que le «petit autre» qui lui parle tente de lui dire. Il nous semble que c'est pour la raison de ce «branchement sur l'Autre» que les professionnels du soin aux déments ont souvent

³²⁶ Au regard du grand âge de cette patiente, de son évocation du «ticket» à toute proposition de l'autre (aide à la toilette, accompagnement au repas, don quelconque), il est difficile de ne pas penser au ticket de rationnement. Ticket prit dans le lien, dans la possibilité de vivre encore un peu d'une humanité qui, malgré tout, subsiste. Signifiant cristallisé comme représentant vital au centre du champ flou du traumatisme, pointe nécessaire à la survivance du «monde intérieur» que, peut être, la vie entière à recouvert d'impensable et d'indicible. Ce ticket serait alors la garantie, la représentation chargée, de ce que le secours permet encore d'être Homme. Cela est pure spéculation. Madame A n'en dira rien. L'équipe soignante, s'en y penser, se servira pourtant quotidiennement de ce mot de passe sécurisant et humanisant avant toute relation de soin. Sans que nous puissions l'affirmer, ce mot semble l'apaiser. En tout état de cause, nous ne pouvons que valider cette dramatisation par l'équipe soignante de ce mot unique, dont ils font un appel. Ainsi peut-être, ce phonème fait jaculation, trouve-t-il à se tendre vers son but dans celui qui se fait destinataire.

l'impression que les patients «comprennent tout» et que la sincérité permet d'éviter leur «opposition». C'est qu'ils s'orientent de la jouissance de l'Autre que parfois, l'autre porte. Pour exemple, lorsqu'un soignant demande à un patient déambulant qui sort du restaurant du service sans avoir pris son repas : «Avez-vous faim ?» Le patient répond souvent «non». Lorsque la question est reposée quelques instants après, il pourra dire «oui». C'est que le patient, angoissé par ce que le restaurant portait de demande désubjectivante, répond à ce risque de dévoration par l'Autre. Si le soignant, pris dans un désir d'aide rabattu par l'habitude sur la norme d'un «bon fonctionnement», souhaite que le patient aille à sa place pour manger, il en fait un objet de sa jouissance. C'est à cette jouissance, qu'il ne faut pas entendre comme trouble du comportement ni comme authentique expression de sa satiété, que le patient oppose un non. Pourtant, le patient a faim. Dès lors qu'il se sentira en sécurité et que son angoisse, moins insupportable pour le soignant, laissera émerger en ce dernier un authentique désir d'apporter l'aide, alors le patient pourra enfin manger. Non seulement il est possible qu'il en vienne à dire qu'il a faim, mais encore il saura comment prendre son repas. Signifiants et signifiés reprennent quelque peu de leur jeu. Ainsi, ne pas repérer l'angoisse avant que de proposer un sens, fait courir le risque de donner corps à une jouissance morbide. Dans ce cas, plutôt que de la recouvrir, le sens y abonde.

4. D'une tentative d'injection du manque

La défaillance démentielle ne se localise pas du côté de la production subjective, mais du côté de ce qui cause le sujet. Cela nous l'avons vu. La seconde conséquence d'une telle conceptualisation du réel est que le sujet en démence, vivant une expérience à la limite du communicable qui se caractérise d'une non-médiation objectale au monde, est subjectivement atteint. La conscience du sujet n'est pas un appareillage secondaire, mais fonction secondarisante. C'est-à-dire que la destruction du langage dans la démence, au contraire de séparer le sujet de son objet, l'y colle. La conséquence dernière en est la disparition du sujet et de l'objet comme tels. Ainsi, bien que l'espace de la réalité partageable se réduise considérablement, le dément sévère continue d'avoir affaire avec le réel. Nous pourrions avancer que la prise du réel est inversement proportionnelle à la survivance du langage, sans que pour autant cette équation simple soit pleinement satisfaisante. Ainsi, si l'angoisse entrave l'existence, elle révèle le joint le plus intime de l'être. De fait, les SPCD de la démence sévère, motivés qu'ils sont de l'angoisse, ne peuvent être envisagés comme de simples entraves à l'expression de l'être. L'être est changé par le processus de démentification. D'une part, nous le caractérisons d'être ininterprété, c'est-à-dire non divisé, d'autre part, le caractère ininterprétable de ses manifestations le rend impénétrable aux voix classiques de l'interprétation.

A questionner «l'être» nous avons rencontré le sujet comme «être parlé». Le «ça parle de l'homme», introduisant l'Autre, nous a donc conduit à poser avec Lacan un «ça parle en l'homme». Ce discours structurant de «l'être», pose le sujet en tant qu'il est causé. La conception lacanienne du «réel» (et donc de la jouissance) permet d'indiquer que l'être échappe au langage même si, d'y être lié, il produit l'existence. Que le langage ne puisse dire l'être implique de fait que la destruction du langage interdit également l'expérience de l'être. Penser le langage comme dimension structurante implique qu'expression et expérience soit intimement liées. Ainsi, ce que nous avons identifié du parcours démentiel comme «destruction de l'Autre du langage» implique la non ex-sistence du dément sévère à sa parole. Cette résorption du «manque à être» impliquée par le manque réel du manque dans l'Autre, nous permet d'adhérer à la formule d'A. Quaderi, en droite ligne inspirée des conceptualisations Winnicottiennes : le dément n'existe pas.

A partir d'une orientation théorico-clinique qui suit le fils d'Ariane de l'angoisse en tant qu'elle est ce qui indique l'effort du sujet à ex-sister, en tant qu'elle est un déséquilibre qui vient faire opposition à l'équilibre morbide de la pulsion de mort, d'abord face au trop de présence puis face à l'anéantissement de l'Autre, nous pouvons poser l'être en-deçà de l'expression de l'être. Ainsi, dire que le dément n'existe pas indique de fait qu'il est. L'identité de l'être à l'être est défaut d'existence. Le dément n'existe pas, il est. Cet «être», qui n'est pas «être pour un Autre», n'est pas un «être jouissant» mais un «être joui». Cette «immédiatisation de l'être» trouve pourtant, dans l'expérience de l'angoisse, non pas un bord, mais une faille. Ce dévoilement du réel implique de fait qu'il ne soit pas possible de comprendre, de mettre en sens, l'être dément. L'opération de théorisation ne peut donc pas s'orienter d'une quelconque catégorisation, d'aucun bordage. Elle doit au contraire faire repère de ce qui, au cœur de ce qui ne cause pas l'être, le signe pourtant. L'angoisse seule, qui semble être à la fois la condition de l'inexistence et un levier possible vers l'expression de l'être, est le bout par lequel un discours sur la démence est possible. Nous avançons deux points :

- le dément n'existe pas. (Il n'a pas, aux moments paroxystiques de l'angoisse, de discours sur l'être.)
- le dément est. (L'angoisse, attaquant l'être, en fait preuve.)

Nos propositions sur le «réel» nous permettent de ramasser ces deux points :

- Le dément n'existe pas, il est... joui.

Non seulement l'enjeu, mais encore la définition de la thérapeutique du dément sévère se précise donc : le traitement de l'angoisse est une tentative de faire advenir l'être à l'existence. Deux plans se dessinent que nous déploierons dans la prochaine et dernière partie :

- Les SPCD sont des tentatives plus ou moins heureuses de traitement de l'angoisse

par l'injection de la fonction manquante du manque.

- La psycho-thérapeutique du dément doit s'orienter, à partir du champ du langage, de l'angoisse et des trouvailles du sujet.

Ainsi, l'absence de distance du dément au monde le prive du noyau créatif de son être que nous avons situé, avec Lacan, comme «manque». Le manque-d'être Sartrien est empêchement d'advenir à l'existence. Or, la démence semble attester de l'inverse et valider la position lacanienne quant au manque. L'être comme existence se dissout à mesure que le manque-à-être se résorbe. Ne resterait, virtuellement, que l'être. Il nous semble que c'est à partir de ce point que l'on peut situer l'angoisse en tant qu'elle emplit un «contenu/contenant» y étant à la fois, originée et originante, causée et causale. Parce que l'être dément n'est pas causé, à l'immédiateté s'adjoint de fait l'immédiation.

A partir de l'apport de l'ontologie existentialiste au structuralisme lacanien nous avons donc posé que le vécu démentiel se motive d'un manque du manque dans l'Autre, impliquant un défaut d'ex-sistence. Ainsi, l'extinction désirante du dément réalise l'aphanisis du sujet pour la raison que le «manque à être», se fondant au champ de l'Autre, se résorbe dans la démence sévère. De la difficulté du sujet dément à témoigner de soi, nous sommes passés avec Lacan à l'impossible garantie de l'Autre. Cette garantie de l'Autre, nous ne l'entendons pas comme possibilité pour le sujet de trouver dans l'Autre sa vérité dernière, le «C'est ça» de son être. La démence tient le sujet dans l'impossibilité de soutenir son existence, non son être. Autrement dit, l'Autre du dément ne garantie plus, en son trou, la possibilité pour le sujet de soutenir sa question (entre désir et jouissance). Il est très clair que de ne plus avoir affaire à la question n'équivaut en aucun cas à avoir trouvé sa réponse. Le hors cause démentiel est une sortie du champ, non une résolution. C'est à ce titre que nous pouvons entendre sous un jour nouveau ce que nous avons appelé, pour l'occasion, la destruction du refoulement, comme non dévoilement de l'inconscient. C'est également à partir d'une telle conception du réel qu'il est possible d'entendre que l'angoisse démentielle n'est pas une angoisse signal, mais qu'elle signe plus radicalement ce qui de l'être ne se soutient plus de sa méconnaissance. L'angoisse signe la résistance face au risque d'équivalence de l'être à l'être. Cette lutte contre la synchronie morbide (pulsion de mort) que la démence installe, semble donc être une tentative d'existence. Enfin, l'apport du dernier Lacan quant au réel nous permet d'entendre que le dément sévère, bien que parfois non-parlant, voir non-parlé (ou non dissocié), continu de s'affronter, dans l'angoisse, à la part réelle d'une jouissance non-localisée. Il nous permettra également de dire en dernière partie combien la balise de l'angoisse est précieuse à orienter une clinique qui dès lors, sera une «clinique du réel» avant que d'être une clinique du sens.

Ainsi, nous appréhendons les SPCD de la démence sévère en tant, non pas qu'ils sont en tout temps de la progression démentielle des manifestations du sujet,

mais du moins en tant qu'ils font toujours signe de ce qui se joue du rapport d'existence du sujet à la langue. Nous nous proposons de définir les SPCD dans le chapitre qui suit comme la tentative de réintroduire le manque dans l'Autre (tentative ou persistance qui n'est pas à proprement parler «compulsion de répétition) d'y opérer une soustraction en le frappant d'un «-1» cause du désir. Nous complétons donc notre hypothèse :

La démence sévère réalise un fading du sujet devant l'angoisse qu'actualise le manque réel du manque dans l'Autre. Les symptômes psycho-comportementaux de la démence sont des tentatives de recreation du manque.

QUATRIÈME PARTIE

Les traitements par le symptôme

I. LE REGISTRE DES SPCD

1. Des traitements de l'angoisse

Nous révoquons a priori toute tentative de cloisonner les symptômes comportementaux et ceux psychologiques. Nous insistons donc sur le choix que nous faisons de considérer les SPCD dans leur seule acception de «symptômes psycho-comportementaux de la démence». Tout le travail que nous faisons ici est d'explicitier la copule (-) qui est le terme nécessaire à la justification du concept de «symptôme» et de ses incidences. Selon nous, le comportement dit quelque chose du psychisme. Si le corps vient à s'autonomiser dans une manifestation psychosomatique, c'est dans la mesure d'un défaut de traduction psychique et c'est à partir de cette coordonnée qu'elle devra être interrogée. Agir sur le corps au titre que c'est du corps que nous parviennent certains signes et signaux relève d'un court-circuitage de l'appareil psychique. D'une part, il n'est possible d'interroger ce court-circuit de la subjectivité qu'à l'épingler comme «angoisse», d'autre part nous ne pourrions envisager notre approche autrement que comme une violence, dont nous sommes toujours bien loin de maîtriser les effets, si nous procédions comme l'angoisse procède, c'est-à-dire par court-circuit (en intervenant directement sur le corps ou le cerveau). Ce «court-circuit», d'une part, ne se légitime que de venir contrer par une moindre violence l'insoutenable de l'angoisse dont le caractère de violence doit être finement mesuré et, d'autre part, échappe par définition à notre champ qui est celui du traitement du corps par le psychisme. A ce titre, toute intervention sur le corps n'est légitime qu'à être une intervention sur le psychisme par le corps (nous aurons à y revenir en établissant une distinction entre contention et contenance). Nous ne cédon pas au caractère imaginaire de ce dualisme.

Il est pourtant possible de faire d'autres découpes afin de rendre notre approche intelligible. Ainsi, nous regroupons sous le terme de «SPCD actifs» un certain nombre des manifestations de l'angoisse que nous départissons de ceux dits «passifs». Nous utilisons cette découpe sans être la dupe du fait qu'elle n'a pas vocation à être élevée au rang de concept. Nous souhaitons donc l'inscrire dans la lignée de celle, classique, de la nosographie psychiatrique qui distingue les symptômes actifs des passifs au titre qu'ils soulignent la manifestation d'un «en plus» ou d'un «en moins» dans la sphère d'expression subjective. Pour autant elle s'en écarte au titre que «l'en trop» que nous aurons à mettre en rapport avec certaines manifestations ne se situe pas selon nous dans l'expression du sujet, mais est à situer au cœur du sujet. Nous n'adhérons donc pas aux euphémismes choisis dans la littérature traitant de la démence selon laquelle les troubles sont productifs ou non-productifs et qui renvoient, implicitement, au caractère perturbateur ou

non-perturbateur desdits troubles. De ce point de vue la rigueur de la nosographie psychiatrique nous convient d'avantage. Ainsi, il semble que les notions d'activité et de passivité disent quelque chose de supplémentaire des manifestations démentielles en soulignant qu'il n'est pas anodin que la pulsion se décharge ou non.

Toutefois, à cette première découpe il nous faut en ajouter une seconde qui pose la question de la décharge pulsionnelle à un autre niveau : la pulsion se décharge-t-elle dans la pensée ou dans le corps, dans quel ordre successif ou exclusif et par quelles voies ? Nous aurons donc à subdiviser les SPCD actifs en deux sous catégories qui caractérisent leur mentalisation. Nous diviserons également les SPCD passifs, tous démentalisés, en fonction de ce que la pulsion est entravée ou bien qu'elle a cessée de pousser. Ainsi, nous faisons le choix d'avoir un discours sur l'activité et la passivité au titre que cela fait signe de l'état de mentalisation et que les quatre catégories que nous dessinons sont loin d'avoir entre elles un simple rapport de proximité et révèlent dans leurs articulations les liens étroits qui unissent l'appareil à penser du sujet et les manifestations pathologiques qui s'offrent à voir. Si nous acceptons le postulat selon lequel ces manifestations sont directement reliées à l'affect d'angoisse et résultent de ces différents déterminants, alors nous pouvons considérer que la forme qu'elles prennent signe un certain «traitement de l'angoisse» (sans présager pour le moment de sa forme) et, de fait, un certain rapport à l'objet et au manque d'objet. Nous découpons les SPCD en deux classes et en quatre sous-classes selon trois lignes :

Classes et sous-classes :

- SPCD actifs
 - Mentalisés
 - Non mentalisés
- SPCD passifs
 - Non mentalisés
 - Syndrome de glissement

Lignes de découpes :

1ère découpe :

- L'angoisse comme réponse ou tentative (spcd mentalisé)
- L'angoisse comme court-circuit, décharge immédiate (non mentalisés)

2ème découpe :

- Trop de présence de l'Autre (spcd actifs)
- Chute de l'Autre (spcd passifs)

3ème découpe :

- Manifestations pulsionnelles
- Extinction de la pulsionnalité (SPCD passifs et terminaux, «syndrome de glissement»)

Nous n'indiquons pas avec ces quatre positions une nosographie de la démence sévère, mais nous proposons d'éclairer notre réflexion grâce à elles. Elles ne sont donc que des modèles que les patients sont amenés à traverser ou pas, ou dans lesquels, après les avoir quitté, il leur serait possible de revenir. Elles ne représentent ni une chronologie, ni une catégorisation des manifestations démentielles assimilable à tel ou tel type de démence ou d'atteinte cérébrale. Ces positions n'auront d'autre intérêt que de nous aider à saisir différents traitements de l'angoisse dans la démence sévère (à partir des trois lignes d'oppositions susmentionnées).

2. Les spcd actifs

Les SPCD actifs sont, de manière non exhaustive : le délire de préjudice ou de vol (vol du porte feuille, des papiers d'identités, «d'objets signifiants» en général) ; l'hallucination et l'illusion ; la répétition anxieuse de demande ou d'appel à l'autre (en général appel de la mère) ; l'expression d'un besoin de «sortir» (aller chez soi, retrouver quelqu'un, etc. sans que rien ne soit fait par la personne pour mettre en œuvre ce projet) ; la conduite de fouille ou de tri (vider les tiroirs, déranger une chambre, etc.) ; l'agitation généralisée (se lever brusquement, frapper en rythme sur la table, déambuler, manipuler compulsivement un bouton, un morceau de vêtement) ; les cris répétitifs qui ne semblent pas comporter de dimension d'adresse (vocalisation, écholalie, palilalie, cri monosyllabique, etc.)

Nous avons établi qu'il n'est pas possible d'appréhender les déterminants d'un comportement en l'isolant de la dynamique psychique qui le motive. Un comportement n'a pas d'«en soi». La multitude des manifestations qui se fondent dans le magma du signifiant «déambulation», par exemple, en atteste. S'agit-il de tasikinésie ou bien d'acathisie ? Quels en sont les facteurs favorisant ou déclencheurs ? Est-ce, ne reconnaissant pas les lieux, la peur de s'être perdu qui la provoque (le lieu présent ne disant rien de l'identité) ou bien la nécessité de décharger dans le mouvement une angoisse plus primaire ? Est-ce une errance, un mal-être là, un vouloir être ailleurs ? Finalement, est-ce un comportement adapté au déficit cognitif, c'est-à-dire une manœuvre adaptée aux postulats qui sont ceux de la personne à ce moment, ou bien une décharge pulsionnelle qui s'avérera incapable d'apaiser la personne (généralement associée au syndrome des «jambes sans repos») ? Ce comportement est-il obligatoirement mentalisé ou non ? Et dans quelle mesure ? S'oriente-t-il de la recherche d'un objet en particulier, qui viendrait à représenter autre chose que lui-même, ou bien le non-aboutissement de cette construction imaginaire convoquerait-il le sujet dément à chercher quelque chose

dont il ignore ce que c'est (comportement exploratoire, de fouille) ? Est-ce une tentative de rattraper la pensée qui fuie, de courir derrière soi, de retrouver une idée qui sombre dans l'oubli, ou bien ce comportement a-t-il à voir avec les sensations que le corps procure lorsqu'il s'arrache à l'inertie ? Enfin, est-ce que l'angoisse comme telle est toujours en jeu dans ce type de mise en branle du corps ? Il convient donc de savoir à quel degré et à quel type de mentalisation répond le comportement pour en saisir la dynamique psychique, les incidences cliniques et les orientations de soins.

Nous subdivisons donc les SPCD actifs en deux sous-catégories selon qu'ils soient bien ou peu mentalisés. Ces deux ensembles ont de communs qu'ils impliquent une activité consciente ou pré-consciente, qui engage la psyché et le corps. Ainsi, certaines manifestations physiques se tiennent dans l'espace inclusif de ces ensembles, tandis que d'autres, spécifiques, en constituent les espaces exclusifs. Nous avons vu comment l'angoisse primaire qui caractérise la démence sévère est induite par la déliaison de l'affect à la représentation. Ce sont les modalités de défense contre cette déliaison, selon que l'angoisse soit contenue par l'élaboration primaire ou non, qui donneront leurs qualités aux SPCD actifs. Ainsi, M. Péruchon distingue les «*démences riches*» des «*démences pauvres*» selon qu'elles convoquent une imagerie psychique ou non. Selon elle, «*(...) les démences riches seraient le témoin (...) d'anciennes névroses bien mentalisées alors que cela ne serait nullement le cas pour les démences pauvres*»³²⁷. Elle s'en réfère par là aux conceptualisations de la psychosomatique et particulièrement à la distinction «*névroses bien mentalisées*» et «*névroses mal mentalisées*» qui viennent expliquer, pour P. Marty, qu'en-deca d'une conflictualisation psychique quelque chose vienne à passer dans le corps, donnant par là issue à l'excitation. Cette bipartition s'étaye des travaux Freudien et de sa conception première de l'angoisse. Nous l'avons vu, l'angoisse est pour Freud soit signal d'angoisse, soit angoisse automatique. Elle est l'une ou l'autre selon qu'elle soit motivée par la signification sexuelle ou bien par un simple excès de tension sexuelle. Ainsi, à la psychonévrose de défense correspond une bonne mentalisation, tandis que la névrose mal mentalisée de P. Marty équivaut à la névrose d'angoisse de Freud, dont la spécificité principale est le caractère quantitatif, actuel de l'angoisse. Laplanche indiquera à ce propos que l'excès a plus à voir avec le non-traitement de la libido par le psychisme que par un excès de tension pulsionnelle que, finalement, on ne retrouve pas dans le discours des patients concernés. L'angoisse passe donc dans le corps non pas à cause d'un retour du refoulé, mais du fait d'un défaut de mentalisation, c'est-à-dire d'un défaut de traitement de la libido par le fantasme. La possibilité même du refoulement est donc partiellement compromise. Les notions de «*démences riches*» et de «*démences*

³²⁷ PERUCHON, Marion. *Démence et vie opératoire*, dans «Cahiers de psychologie clinique», 2001/1 - n° 16, De Boeck Supérieur, p 123 à 129.

pauvres» ont donc la valeur d'appuyer sur la logique défensive du sujet pour expliquer la détermination de la décompensation démentielle, tordant ainsi le cou à l'idée selon laquelle une personne démente capable de penser et de parler son monde l'est au titre d'une richesse intellectuelle ou culturelle (même si le choix des termes porte lui-même à confusion). Ainsi, les démences riches ne sont pas un stade antérieur, un moment involutif vers la démence pauvre. Elles ne sont pas non plus le signe d'une longévité de la secondarisation obtenue par l'accumulation de savoir, de connaissances lexicales par exemple. Si la capacité de mentalisation a un rapport avec la quantité des représentations, elle est surtout le résultat de leur investissement libidinal. C'est pourquoi aux termes de «riche» et de «pauvre» nous préférons ceux de «mentalisé» et «déméntalisé». Ce qui qualifie les SPCD actifs bien mentalisés, c'est l'investissement sûr de l'hallucinoire, le plaisir pris dans la pensée. Cette possibilité de mentalisation au moment où la démence est très avancée signe le refuge que la pensée a été (dans la prime enfance) et est toujours. Si ce type de manifestation symptomatique peut être dite «riche», c'est au titre que les défenses qu'elle convoque (dissociation et projection) ont une certaine efficacité pour maintenir un rapport, séparé, à l'objet et donc pour maintenir la pensée elle-même. La démence est donc riche de ses défenses. Nous userons donc des notions de «démence mentalisée» et de «démence démentalisée» dans la mesure où elles semblent relativement adéquates à catégoriser nos observations cliniques et qu'elles nous permettent de les organiser sans pour autant impliquer une réponse ferme quant à leur détermination historique. Nous nous en servons pour saisir l'actuel, sans en inférer le caractère général de l'organisation subjective.

Si nous rejoignons Ploton lorsqu'il avance que l'«on est en droit de supposer qu'une personnalité comportant d'importantes facultés associatives (notamment des compétences métaphoriques développées) sera longtemps protégée d'une décompensation clinique, malgré une importante prolifération amyloïde»³²⁸, insistant ainsi sur la dimension symbolique du langage, nous appuyons quand à nous sur le caractère défensif d'un tel chiffrage de la jouissance dans la langue. Ainsi, les hypothèses de Ploton, semblant impliquer un savoir du sujet sur son mode de jouir (autrement dit sur son inconscient, bien plus qu'un savoir pratique, universitaire ou littéraire), nous paraissent relativement hasardeuses et invérifiables. Il faudrait en conclure par exemple que, avec quelques autres, les sujets qui ont été analysés (au sens de la cure analytique) seraient mieux armés pour affronter la démence au double titre qu'ils peuvent «associer» à un degré plus profond que ne le permet la rationalisation ou le savoir et qu'ils ont travaillé leur rapport au manque-à-être. Autrement dit, ayant appris à faire avec leur jouissance, c'est-à-dire avec la jouissance d'un Autre qui, au terme de l'analyse, n'existe pas, ils

³²⁸ PLOTON, Louis. *À propos de la maladie d'Alzheimer*, Fond. Nationale de Gériatrie, Gériatrie et société, 2009/1 - n° 128-129, p 89.

seraient à même de traverser leur propre disparition avec moins de fracas que d'autres. Bien que ces considérations se tiennent dans une certaine logique, elles n'en sont pas pour autant vraies. Ce pas théorique, nous ne sommes donc pas prêt de l'assumer comme nôtre. Ainsi, nous continuons de penser que les défenses du Moi, si incapables soient-elles de donner un quelconque accès à «son équation fondamentale» (ou son fantasme), permettent au malade d'aborder de biais le réel de la maladie, dont finalement, il n'est pas dit que quiconque puisse s'y affronter. (A part peut-être celui qui désire mourir, encore qu'il s'agisse là encore d'un désir et qu'à ce titre, il ne va pas sans angoisse).³²⁹

3. Les SPCD passifs

Au delà de ce caractère d'excès, la clinique offre à voir que la grande majorité des déments sévères pris en charge en institution spécialisée restent assis tout le long du jour. Dès lors que rien ne leur est proposé, ils restent immobiles. Il nous semble qu'envisager du côté de la dynamique psychique ce qui se donne à voir comme «apathie» nécessite de différencier deux sous-groupes. En effet, d'une part nous avons affaire avec des personnes qui continuent de nourrir une activité psychique féconde et pare-excitante alors même que leur corps semble mis hors jeu. Ces personnes parlent ou remuent les lèvres, fixent des objets du regard, fonctionnent à un niveau primaire d'investissement, plongent dans des rêveries diurnes dans lesquelles l'autre de la réalité peut plus ou moins prendre place. Leurs pensées déliées s'organisent en monologue intérieur ou reviennent, dissociées, du dehors. D'autre part, nous observons des patients qui semblent fonctionner autrement et n'offrir aux heures qui passent qu'un immense vide intérieur. Ce second tableau serait caractéristique de l'émergence de SPCD passifs.

Nous regroupons sous le terme de «spcd passifs» l'apathie, l'aboulie, l'apragmatisme, l'athymie, le refus alimentaire passif, et en règle générale, tous ce qui conduit la personne à «ne pas faire» sans qu'elle ne manifeste de refus ou d'opposition à ce qu'on lui propose de faire ou que l'on fasse à sa place. (Donner à manger par exemple). Ce qui pose question dans ce type de manifestation est d'une part l'immobilité massive et continue de ces personnes, mais également l'absence visible d'ennui et d'angoisse. Ces personnes peuvent ne rien faire pendant tout le jour, ne s'en plaignent pas, ne font rien pour que cela change et ne semblent que rarement décharger la pulsion accumulée par un trépignement ou autre manifestation automatique du corps. Ainsi cette catégorisation, de «SPCD passifs», ne va pas sans poser la question de l'initiation de l'acte et, de facto, la question du

³²⁹ Sur ce renversement paradigmatique, et à partir d'une telle idée, il est intéressant d'aller lire J. Maisondieu.

désir de faire. Or, il nous semble que le terme d'apathie est impropre à qualifier l'état dont nous parlons, que la dépression l'est tout autant et qu'enfin les troubles de l'initiation (ou apragmatisme) ne peuvent rien dire de leur installation ou de leur levée soudaine. Ce qui est directement observable dans la clinique quotidienne semble au contraire relever pour l'observateur naïf d'une «ataraxie» douce heureuse. En effet, l'immobilité des personnes démentes sévères ne s'accompagne pas toujours du désarroi et de la plainte dépressive, ni de la fatigue apathique. Elle n'est pas une acédie, ni non plus le signe d'une incapacité. Nous observons donc un immobilisme persistant, entrecoupés de phases d'agitations, brève ou bouclées (répétition en boucle), qui sont motivés par une angoisse automatique déclenchée par une stimulation nouvelle (bruit, mouvement, proprioception de la mixtion, etc.) (SPCD actif mal-mentalisé) et parfois par une «angoisse signal» motivée par un «manque de manque» aussitôt voilé d'une représentation du manque (manque de la mère, nécessité de faire ou de retrouver quelque chose, etc.) (SPCD actif bien-mentalisé). La phase d'immobilisme nous semble être d'un point de vue économique proche d'une stase pathologique qui signerait la «réussite» du principe de plaisir (dans son travail de liaison à Thanatos). Elle réaliserait ainsi l'atteinte, ou du moins l'approche, du Nirvana³³⁰ dont la pulsion de mort a pu, à un certain moment de la théorisation Freudienne, revêtir le nom. Autrement dit, ces personnes semblent ne manquer de rien.

Nous pensons que cet «être au monde ataraxique» est, de la même manière que l'agitation motrice ou verbale, la manifestation d'un changement subjectif chez la personne démente sévère. Il est la conséquence de la réorganisation de l'économie pulsionnelle. Ainsi, les SPCD passifs ne sont pas un moment de rémission entre deux pics d'angoisses que les SPCD actifs caractériseraient. Ils ne sont pas non plus la manifestation d'une symptomatologie dépressive (d'une part la démence ne donne pas à voir les signes cliniques de la dépression, d'autre part nous avons largement montré que le traitement de l'objet dans la démence est caractéristique d'un échec de la dépressivité). Il nous faut donc savoir, pour mieux en comprendre les ressorts, ce que devient la libido dans ces moments de «non-faire». S'affaisse-t-elle ? Se délie-t-elle ? Est-il possible de parler d'angoisse pour qualifier l'économie pulsionnelle des SPCD passifs ? Pour saisir les ressorts internes de cette non-manifestation que sont les SPCD passifs, il nous faudra interroger la «non-activité» motrice au regard des qualités de «l'activité de pensée» des personnes plongées dans cet état pathologique. Enfin, il nous faudra définir si les derniers temps de vie des sujets déments se caractérisent de la même logique ou bien s'ils sont l'expression d'une désorganisation d'un autre ordre et peuvent être dissociés de la mécanique propre aux SPCD passifs.

³³⁰ Principe du nirvana : Expression reprise par Freud de Barbara Low.

I. LES SPCD ACTIFS BIEN MENTALISÉS

Les démences bien mentalisées puisent leurs ressources dans la possibilité de se représenter l'excitation, en termes freudiens, au niveau primaire de «l'image de chose» ou, pour Aulagnier, dans le «*primaire-secondaire*» qui est un second temps de «*productions métissées*»³³¹ entre image de chose et image de mot. Les possibilités liantes de ce type de représentation, nous l'avons vu dans le chapitre consacré au refoulement, restent limitées. La conséquence en est qu'«*à défaut d'un travail mental, d'autres possibilités de décharges ou d'écoulements des excitations pulsionnelles peuvent se réaliser à travers des comportements moteurs*»³³². Ainsi, les SPCD actifs, même bien mentalisés, se caractérisent de l'infiltration d'une «angoisse perçue» dans le corps. Cette angoisse est donc somato-psychique.

Nous avons vu que l'affaissement de la force de refoulement du Moi, c'est-à-dire le défaut de «jugement d'existence», implique que l'expérience démentielle s'accompagne d'une porosité toujours plus grandes des frontières qui séparent les objets internes des objets externes. En sus du passage de l'excitation dans le corps et du caractère confusionnant des mécanismes propres au primaire, s'organise un vécu dissocié. Ainsi, ces deux expériences, du passage de l'excitation dans le corps et d'indifférenciation, suivent toutes deux la voie régressive d'une déliaison et prennent leur source dans la désintégration du Moi. Non réductible à une manifestation psychotique, cette dernière n'est pas non plus un syndrome strictement dissociatif. En effet, nos développements sur l'anosognosie, définie ici comme non-conscience, rendent caduque toute idée d'un écartèlement de la personnalité entre accroche et décrochage de la réalité partageable. Il n'en reste pas moins que la notion de «trouble dissociatif» éclaire largement ce temps de la démence. Ainsi, bien que non perçus comme tels à partir d'un vécu d'étrangeté, dont nous avons vu qu'il n'est pas toujours formulable en ces termes dans la démence, le sujet dément a affaire à une dépersonnalisation anxiogène, à une déréalisation qui culmine dans la non-reconnaissance dans le miroir, ainsi qu'à une parole qui fait retour de l'extérieur.

Cet ensemble de faits, qui ne parvient plus à se maintenir en faisceau unifié, trouve à s'expliquer, en termes lacaniens, de la déstructuration de l'intersubjectivité. Le retour sur un narcissisme primaire que P. Pachet définit poétiquement d'être «*la clôture de la vie mentale, cette clôture vitale, qui, sans avoir été détruite, c'est*

³³¹ AULAGNIER, PIERA. (1975) *La violence de l'interprétation*, Le fil rouge, puf, 2010, p 81.

³³² SMADJA, Claude ; SZWEC, Gérard. *Argument*, P.U.F., Revue française de psychosomatique 2001/1 - n° 19, p 7 à 9.

trouvée déplacée vers l'intérieur»³³³ implique que les objets d'un Moi qui n'étend plus au dehors le champ de son «bien» (mes enfants, mes amis, etc.) reviennent comme du dehors. Ainsi donc, la projection du contenu de pensé à l'extérieur semble résulter du fonctionnement primaire (ou narcissique) au titre, non pas tellement d'un éclatement du Moi à l'extérieur, mais d'un évidence de «l'avoir» au profit d'un «être concerné». En cela, les mots de P. Pachet semblent très justes : projection et narcissisme primaire vont de pair. Ainsi, ce type d'organisation est avant tout marqué par la dissociation.

Dans la mesure où l'hallucination nous semble être paradigmatique des modalités singulières à la démente du traitement de l'angoisse à ce niveau d'organisation, nous nous proposons de la discuter électivement. Dans la mesure où l'hallucination est une manifestation qui livre encore un contenu de pensé, elle nous permettra de saisir ce qui par elle fonctionne, mais également de comprendre ce qui achoppe lorsqu'elle n'est plus opérante, ainsi qu'elle nous donnera quelques pistes de positionnement clinique. Face au phénomène élémentaire hallucinatoire, deux voies s'ouvrent au dément sévère :

- Soit les objets internes plaisants sont retrouvés au dehors. C'est la satisfaction hallucinatoire du désir.
- Soit la réalité se fait persécutrice. C'est l'hallucination psychotique de type paranoïde.

Dans les deux cas le Moi ne peut plus se saisir lui-même comme point d'origine de son désir. Après avoir démontré que l'hallucination est une des modalités par laquelle ce dernier fait retour, supportant à l'extérieur ce qui ne trouve plus à faire division dans le sujet lui-même, nous nous attacherons à souligner qu'existe une faille dans l'hallucination, un trait, par lequel le sujet trouve tout de même à se faire représenter.

1. L'hallucination chez Freud et Lacan

L'hallucination chez Freud est le produit d'un conflit entre le Moi et un fragment de la réalité. Ce qui de cette réalité réclame à être représenté dans le Moi en est exclut au titre de son caractère d'intolérable. Le mécanisme de cette exclusion est double. Il consiste dans le premier temps d'un rejet (*verwerfung*) qui met la représentation en position de ne s'être jamais constituée. Le Moi n'a pas connaissance qu'elle se soit jamais présentée à lui. Contrairement à ce qui s'observe ou se déduit de l'analyse dans le cas du refoulement d'une représentation inconciliable, aucun rejeton, aucune production réactionnelle, aucune conduite

³³³ PACHET, Pierre. *Devant ma mère*, Gallimard, coll L'un et l'autre, 2007, p 18.

d'évitement ni aucune présentation déguisée d'un contenu refoulé, aucun conflit, aucun symptôme supportant un nécessaire compromis, rien, si ce n'est une inflexion de la tendance, n'atteste positivement que ladite représentation ait, de l'ombre forclusive où elle se tient, un quelconque effet de présence. La représentation, avant même de s'être hissée au statut de «représentation de mot» pour s'insérer dans le réseau, sinon du pensé, du moins du pensable, c'est vue refusée jusqu'à son existence (et non pas seulement telle ou telle qualité). N'en reste dans le psychisme que la trace, la «représentation de chose» ou «trace perceptive». *«L'expérience s'inscrit ainsi sous forme de traces mnésiques brutes, non symbolisées, non mentalisées : c'est-à-dire sous forme de représentation de chose»*.³³⁴ Nous avons donc, avec ce premier temps, affaire avec ce que nous avons développé dans les parties précédentes comme frayage traumatique.

Le second temps est celui de la reconstruction d'un fragment de réalité plus conforme aux *«désirs du ça»*³³⁵. Un nouvel élément perceptif, halluciné, est jeté comme un voile par-delà ce que le rejet avait laissé en creux, *«là où initialement s'était produite une faille dans la relation du moi au monde»*³³⁶. Autour de cette «pièce collée» se brode le délire comme tel. Les perceptions du monde extérieur comme celles du monde intérieur (souvenirs) *«se voient retirés (leur) signification (investissement)»*³³⁷ au profit de la reconstruction délirante. Ce second temps est en soi une *«tentative de guérison»*³³⁸. Ainsi, Freud amorce, en posant l'hallucination au fondement de la relation d'objet, que le délire est une ressource dernière pour garder commerce au monde. Loin de n'être qu'allégeance au «ça» et divorce d'avec la réalité, abandon, il est une tentative.

En termes Lacaniens, les phénomènes hallucinatoires s'expliquent d'un excès de jouissance qui fait retour du dehors et identifie le sujet à la signification phallique que le refoulement a pour mission de rejeter. *«A chaque fois que le moi faiblit, le réel se présente.»*³³⁹ Autrement dit, le refoulé correspond à ce qui, de la demande de l'Autre, convoque le sujet à venir totalement équivaloir au phallus qui lui manque et l'engage à disparaître comme sujet de se faire objet parfaitement comblant pour l'Autre. Le refoulement aura donc pour fonction de permettre le désir dans la mesure même où il en barre la satisfaction. Lorsque le refoulement cède (hallucinose), ou s'il n'a jamais été mis en place (hallucination), alors le sujet est

³³⁴ GIMENEZ, Guy. La psychothérapie des patients psychotiques hallucinés, Cahiers de psychologie clinique, 2003/2 N°21, p 83-98.

³³⁵ FREUD, Sigmund. (1924) *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 2005, p 285.

³³⁶ FREUD, Sigmund. *ibid.*

³³⁷ FREUD, Sigmund. *op. cit.* p 284.

³³⁸ FREUD, Sigmund. *op. cit.* p 285.

³³⁹ POMMIER, Gérard. *Qu'est-ce que le «reel» ?* : Essai psychanalytique, Eres, 2004, p 23.

exposé au retour de cette demande. A la suite de Freud, il mettra la forclusion (verwerfung) au fondement de la structure psychotique en même temps que, au long de son premier enseignement, il fera du complexe de castration ce qui protège le névrosé d'un retour sur le corps de la signification phallique. Ainsi, l'hallucination fait signe d'un «découvrement du réel de la jouissance de l'Autre» dont nous avons vu qu'il caractérise le vécu démentiel.

2. L'hallucination paranoïde

Nous avons indiqué que du point de vue génétique, les représentations associées à du déplaisir ne sont pas contenues dans le Moi du fait que sa construction comme espace autonome en passe par le rejet de la tension pulsionnelle au titre qu'elle heurte le principe de plaisir. L'intérieur comme lieu de la satisfaction, de ce point de vue, se constituerait du rejet au dehors des représentations de déplaisir ; Elles sont «projetées».

Ainsi, *«Ce qui, dans la démence, ne peut être conflictualisé eu égard à l'affaiblissement de l'appareil psychique et du moi, retourne à ce type de clivage (...)»*³⁴⁰ où le bon se confond avec le moi et le mauvais, projeté, avec le monde extérieur. L'hallucination viendrait prendre la place chargée d'affect d'une représentation non-advenue et se substituerait donc à un impensé qui reviendrait du dehors sous forme de perception. Il en résulte que l'objet, non représenté dans le psychisme, se trouve libéré dans l'espace de l'extérieur et fait retour comme charge pulsionnelle déliée. Or, c'est à partir de ce retour que nous pouvons saisir le caractère persécutif de l'hallucination. A ce niveau, l'hallucination, puis la construction délirante, engagent le sujet dément à être concerné par ce qu'il perçoit. La tension pulsionnelle expulsée au dehors est ainsi *«ressentie comme hostile»*³⁴¹ et donne le ton de l'angoisse de persécution. Cette tendance à la projection est pour Freud en 1915, le prototype de la haine. Ainsi, la projection hallucinée donne une très bonne idée du rapport qu'entretiennent être elles la représentation d'objet et la représentation de soi. Sur ce point, la notion psychanalytique de projection est un apport fondamental au discours phénoménologique qui soutient que l'espace des représentations est le lieu de représentation de l'instance représentante elle-même en tant que, par l'activité de représenter, elle se différencie de ses objets. Comme l'avance A. Green : *«L'activité de l'appareil psychique a pour fonction à la fois de construire la représentation de ce qui doit être représenté et la représentation de*

³⁴⁰ PERUCHON, Marion. *La maladie d'Alzheimer : Entre psychosomatique et neuropsychanalyse : Nouvelles perspectives*, Hermann, 2011, p 36.

³⁴¹ PERUCHON, Marion. op.cit. p 37.

cette activité même de l'appareil psychique.»³⁴² A ce titre, et sous le coup de la déliaison pulsionnelle, la réalité est amenée à supporter, à devenir l'espace projectif de l'appareil psychique lui-même. En ce sens, la projection est «identification projective»³⁴³ et l'autre sur qui est projetée une motion agressive, par exemple, est perçu comme persécuteur.

P. Aulagnier, traitant de la psychose, identifie ce fonctionnement au «primaire» qui se caractérise d'un type de représentation liante et qui implique de fait une antinomie entre représentation et déplaisir. De ce point de vue, la représentation serait activité liante, tandis que le déplaisir serait déliaison. Ainsi, la «représentation du déplaisir» n'a pas de pendant dans ce système, et ne peut, directement, trouver à s'y insérer. Le postulat de toute puissance, hérité de l'originaire, serait donc la traduction psychologique de ce phénomène qui implique que satisfaction et représentation soient les deux faces d'une même pièce. A ce niveau, l'hallucination con-siste à l'objet qui donne consistance à l'être. L'être trouve consistance dans la production hallucinatoire d'un objet qui est la représentation de son propre état d'être. Le déplaisir ne peut donc ni être représenté, ni être un «en-dehors» de la représentation. Dans la mesure où le déplaisir, en tant qu'il implique la coupure, ne peut apporter démenti au postulat de toute puissance du désir à invoquer l'objet, il ne trouve à s'insérer dans le système qu'à se faire représentation du désir de l'Autre. Ainsi, toute représentation impliquant un déplaisir, pour satisfaire au postulat de toute puissance, rejette la déliaison du côté de la toute puissance d'un autre. L'environnement comme Autre porte l'intentionnalité et se fait sentir comme désir dès lors que l'objet émergeant vient à se représenter comme déplaisir. L'environnement porte donc le déplaisir. P. Aulagnier indique qu'«à cette double nécessité de sauvegarder le postulat du tout-pouvoir du désir et de s'approprier une première information sur la séparation des espaces psychiques et corporels, viennent répondre la mise en place d'une représentation de l'Autre (...)».³⁴⁴ Nous en comprenons d'une part, que la sécrétion d'un non-Moi implique de fait l'espace de l'Autre et d'autre part que la projection est à la fois le moyen de lier la sensation de déplaisir, c'est-à-dire de la réduire et le moyen de la représenter, c'est-à-dire de la construire comme différente du moi. Cela permet, dans une certaine mesure, de maintenir le Moi en tant qu'il est différencié. En ce sens, si nous souscrivons à l'idée que les SPCD actifs mentalisés signent une régression sur le primaire, alors nous devons poser que l'hallucination est déjà une tentative de différenciation (contrairement aux postulats de l'originaire). Le déplaisir associé à la pulsion n'est donc pas assimilé à un extérieur, un hors-soi, mais à un «non-Moi» qui

³⁴² GREEN, André. *La folie privée. Psychanalyse des cas limites*, Gallimard, Paris, 1990, p 128.

³⁴³ Voir sur ce point : KLEIN, Mélanie. (1946) *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*, dans «Développements de la psychanalyse», Paris, P.U.F, 1966, p 274 à 300.

³⁴⁴ AULAGNIER, PIERA. (1975) *La violence de l'interprétation*, Le fil rouge, puf, 2010, p 82.

se situe au champ de l'Autre, dont le désir concerne le sujet, s'y adresse. Remarquons que ce type d'organisation ne laisse aucune place au manque qui pourrait qualifier l'objet et le faire glisser dans l'espace naissant d'une coupure, d'un «entre deux» du sujet et de l'Autre. La relation immédiate de l'Un à l'Autre implique que le manque lui-même (l'absence de soin ou de nourriture par exemple) soit perçu comme objet persécuteur. Rien ne manque à satisfaire le sujet, sinon ce qui satisfait l'Autre. L'objet est dissocié, par défaut de coupure.

Pour Lacan, dont Aulagnier ne semble pas, sur ce point, s'être éloignée : *«la véritable nature du bien, sa duplicité profonde, tient à ce qu'il n'est pas purement et simplement bien naturel, réponse à un besoin, mais pouvoir possible, puissance de satisfaire. De ce fait, tout le rapport de l'homme avec le réel des biens s'organise par rapport au pouvoir qui est celui de l'autre, l'autre imaginaire, de l'en priver.»*³⁴⁵ Ainsi, l'objet, en tant qu'il médiatise la relation à l'autre, implique la jouissance comme il la limite. Le «double imaginaire» privateur, est privé dès lors qu'entre en jeu l'objet, ou l'avoir comme tel. *«(...) Ce qui s'appelle défendre ses biens n'est qu'une seule et même chose que se défendre à soi-même d'en jouir.»*³⁴⁶ Considérant l'idéal-du-moi comme ce qui, prenant son bien, fait le bien (par la limitation qu'il implique, par effet de structure, à la jouissance), Lacan indique *«quant au moi-idéal, (qu'il) est l'autre imaginaire que nous avons en face de nous au même niveau, (qui) représente par lui-même celui qui nous prive.»*³⁴⁷ Ainsi, tout désir est mutilation de l'Autre et toute sortie du champ du désir ou de la satisfaction est mutilation par l'Autre. C'est de cette manière que, dans un premier temps, nous pouvons expliquer que la perte ou la disparition d'un porte feuille par exemple, s'imaginarise du côté du vol. Ce qui échappe au moi, ou plus précisément, ce qui échappe du moi, s'organise au champ de l'Autre, par sa volonté non dialectisée, où le moi et l'autre s'affrontent au lieu imaginaire où il n'y a de place que pour un. L'objet qui échappe à l'un, est rapté par l'autre. Bien que le sujet fasse jouer la question de l'absence de l'objet, en aucun cas il ne peut se le représenté comme manquant, perdu. Il semble ainsi que les stimulations tant pulsionnelles qu'environnementales intrusent et angoissent le sujet dément qui vit son écosystème (corps y compris) comme un «environnement-intentionnel». Nous en tirons trois conclusions :

- L'environnement c'est l'Autre. Cela nous l'avons vu avec Lacan et précisé, quant à l'hallucination, avec P. Aulagnier.
- La perte d'un objet s'imaginarisant comme «vol» implique, parce que contenant et contenu perceptifs sont liés (nous avons déplié cette notion avec Sartre et Lacan),

³⁴⁵ LACAN, Jacques (1959-1960). Le Séminaire, Livre VII, *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1986, p 274.

³⁴⁶ LACAN, Jacques. op. cit. p 270.

³⁴⁷ LACAN, Jacques. op. cit. p 275.

une perte du Moi. En ce sens, il n'est pas anodin que les objets «volés» ou «perdus» en institutions gériatriques soient si souvent signifiants de l'identité (papiers d'identité, permis de conduire, etc.). La perte ou le défaut de ce trait de représentation du Moi expliquerait donc le caractère ontique de l'angoisse qui accompagne ces moments hallucinés. Le fading du sujet dans le phénomène élémentaire révélerait, dans le retour de jouissance, la fonction de méconnaissance du Moi (ici en échec).

- Il semble qu'à identifier l'angoisse à la non-représentation du déplaisir, nous devrions considérer le déplaisir comme angoisse liée. De ce point de vue l'émergence d'affects connotés de déplaisir (tels que la tristesse, le manque, la déprime, etc.) n'implique pas la fragilité du Moi. Au contraire, elle signe ses (fragiles) capacités de liaison. A ce titre, les pleurs d'un patient auparavant apathique et athymique peuvent, à certaines conditions, marquer un renforcement des défenses qui semblaient inopérantes.

3. L'hallucination mnésique et le manque

Il est surprenant que dans la phase la plus avancée de la démence sévère s'offre à notre observation un imaginaire délirant très éloigné des constructions paranoïdes (persécution, jalousie, vol, etc.) qui se manifestent régulièrement tout au long de la maladie. En effet, l'affect d'angoisse, au contraire de ce qu'il déclenche dans les phases débutantes et modérées ainsi qu'au début de la phase sévère, ne convoque pas chez les sujets les plus malades un imaginaire violent, voir persécutif. Bien au contraire la littérature psychologique relève un type d'hallucination lénifiante dite «hallucination mnésique» qui semble, par certains aspects, beaucoup plus proche de la «satisfaction hallucinatoire du désir». Qu'est-ce à dire?

M. Peruchon donne une définition de l'hallucination mnésique : *«Soutenues par le désir, ces hallucinations recouvrent des souvenirs-représentations qui se donnent faussement pour des perceptions du réel et qui sont revécues dans le plaisir avec un sentiment d'actualité prononcé»*.³⁴⁸ Pour A. Chevanec elle est un *«état de conscience modifié dans lequel le passé devient le présent et permet de continuer à vivre sans penser à la réalité du temps présent en le rejetant à distance»*. L'adjectivation du terme «hallucination» par celui de «mnésique» renvoie donc à l'idée que l'hallucination opère dans le champ bien délimité qu'est celui de la mémoire. Suivant cette idée, pour le moins spécifiée puisque, nous le verrons, bien des hallucinations démentielles ne peuvent être mises au compte du passé, ni même de l'histoire passée (avec ce qu'elle a de reconstruction d'après-

³⁴⁸ PERUCHON, Marion. *La maladie d'Alzheimer: Entre psychosomatique et neuropsychanalyse : Nouvelles perspectives*, Hermann, 2011, p 99.

coup), les tenants de l'hallucination mnésique tiennent à insister sur le désarrimage qu'elle permet de la situation présente au profit d'un passé plus valorisant, plus étayant pour un Moi en perdition. M. Péruchon insiste sur le caractère agréable de ces souvenirs et sur leur valeur de «*réapprovisionnement narcissique*».³⁴⁹ Selon Legoues, «*Dans cet entre deux psychique, où le dedans et le dehors ont cessé d'être clairement séparés, l'hallucination peut correspondre à un effort pour faire exister un objet relais faute de présence adéquate d'un objet réel*».³⁵⁰ Pour Grosclaude, il s'agirait là d'une gratification fondamentale s'organisant en «*retrouvaille*» d'avec l'objet. «*Cette gratification a pour fonction irréaliste de conserver l'objet perdu (constitutif de soi, au travers de l'objet originaire, maternel, et de tous les objets-restes associés au long de la vie) au moins de façon hallucinatoire, aidée par les troubles mnésiques et de jugement*».³⁵¹ Ainsi, l'hallucination mnésique serait un refuge identitaire privilégié, reviviscence de l'illusoire complétude que la maladie entrave. Partant de ce constat, considérant même que ce processus participe d'une fragile défense, d'une tentative éperdue pour se soustraire à la violence du manque, subit dans l'actuel, certaines personnes (tels A. Chevance ou encore M. Peruchon) travaillent à faire entendre qu'il est une erreur clinique, une violence de plus que d'apporter un démenti à l'hallucination au nom d'une réalité objective à laquelle il faudrait, pour recouvrer sa bonne santé mentale, se soumettre. Cette «*hallucination de plaisir*» «*mérite d'être protégée au lieu d'être combattue par des arguments contradictoires ou des prescriptions de psychotropes*»³⁵². Comment ne pas être d'accord avec un tel respect des défenses de chacun ? Nous le sommes, évidemment. En effet, que la «*réorientation vers la réalité*», avec tout ce qu'elle peut avoir de brutalisant, conduise à l'agression de la personne démente dite «*opposante*» est un fait qu'il faut combattre. Sur ce point, nous rejoignons les auteurs suscités. Pour autant, nous sommes en désaccord avec eux sur l'emploi qu'ils font de la notion de «*manque d'objet*» et, partant de cet emploi, avec ce qu'ils font de la frustration l'articulation principale du sujet dément à son vécu de l'actuel. Suivant cette voie, deux directions semblent s'offrir que nous rejetons toutes deux :

- Soit, «*l'objet adéquat*» existe ou a existé. De ce point de vue l'hallucination mnésique serait une bonne défense.
- Soit cet objet est une illusion et entrave totalement, du fait de son caractère d'idéal, le travail de deuil si nécessaire au dément. De ce point de vue l'hallucination mnésique serait une mauvaise défense.

³⁴⁹ PERUCHON, Marion. *Identité et vieillesse. Point de vue métapsychologique*, dans «Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement», vol. 2, n° 2, 125-31, juin 2004.

³⁵⁰ LE GOUES, Gérard. (2000) *L'âge et le principe de plaisir*, Dunod, Paris, 2010, p 148-149.

³⁵¹ GROSCLAUDE, Marie. *Démence, perte de l'objet, dépression et deuil*, dans Perspectives psy, Vol 44, N°5, décembre 2005, p 387.

³⁵² LE GOUES, Gérard. (2000) *L'âge et le principe de plaisir*, Dunod, Paris, 2010, p 148-149.

Il nous semble que ces voies de pensée, bien qu'elles soient divergentes dans leurs conclusions, ont le point commun d'escamoter ce qui, de l'actuel, motive la production originale démentielle, au profit d'une conception de l'hallucinatoire qui coïnciderait avec le rétablissement ou le maintien d'une situation antérieure. Nous comprenons que l'hallucination mnésique a quelque valeur de source narcissique, mais rien ne nous indique que ce soit là sa fonction. Nous pensons quant à nous que «l'hallucination mnésique», bien loin de permettre au dément de «ne pas penser au présent», lui permet au contraire de penser cet actuel devenu irréprésentable.

En effet, à considérer l'hallucination primitive freudienne, nous devons poser que le système psychique du dément halluciné fonctionne en-deçà du jugement d'existence, brouillant ainsi la limite intérieur/extérieur. Le dément, à partir de représentation d'objets-choses, tente donc d'imaginer l'excitation qui fraye son système psychique : c'est là la condition de la satisfaction primaire. Ainsi, il se représente l'ailleurs de la même manière qu'il se représente une scène passée, ou le désir des jupons maternels. L'ailleurs topologique n'a donc pas plus de fondement dans la réalité que l'ailleurs temporel. Ils sont tout deux des objets internes non-soumis à un quelconque jugement d'existence. Cet appel à des représentations massives et débridées correspond aux postulats du primaire qui sont ceux de la satisfaction et de la décharge. Ainsi, il apparaît que ces possibilités de représentations aillent dans le sens de la satisfaction au titre unique de ce que la stimulation actuelle induit d'excitation, de déplaisir. En ce sens, le primaire ne permet aucun détour sublimatoire, aucune créativité (nous dirions avec Sartre : aucune transcendance), lorsqu'il fonctionne seul. De fait, la représentation invoquée de manière hallucinatoire ne peut que faire réponse, en prise directe, avec la situation actuelle. Elle en caractérise la décharge. L'hallucination mnésique, à suivre le modèle Freudien, a tout à voir avec l'actuel et ne peut en aucun cas être qualifiée d'être un désarrimage à la réalité. Elle en constitue au contraire l'arrimage (dans le registre du processus primaire). L'ailleurs comme le passé n'ont donc pas d'autre valeur que d'être des objets internes, dans la mesure où ces catégories non aucun sens dans le primaire qui se caractérise *«d'établir par les voies le plus courtes, une identité de perception, à savoir de reproduire, sur le mode hallucinatoire, les représentations auxquelles l'expérience de satisfaction originelle a conféré une valeur privilégiée»*³⁵³. De fait, l'idée même d'un «plongeon dans le passé»³⁵⁴, résulte d'une interprétation du primaire à la lumière du secondaire, ce qui constitue un biais interprétatif évident. Nous convenons que l'hallucination primitive se définit de coller l'image de l'objet d'une satisfaction connue sur l'excitation actuelle, mais

³⁵³ LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, J. B, (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, puf, (2007), p 342.

³⁵⁴ Voir sur ce point la notion de «Plongeon rétrograde» chez Reisberg.

nous pensons qu'elle opère au titre d'une accroche à la réalité.³⁵⁵ Recouvrant ce qu'elle comporte d'intolérable, elle en diffère le décrochage. Cette manifestation du sujet, «tentative de guérison», est donc la seule à pouvoir se réclamer d'une quelconque «réorientation vers la réalité», ce qui n'est vrai en aucun cas des manœuvres qui visent à faire céder l'adhésion du sujet à ce qu'apporte de garantie le perceptum. Nous verrons également que sa «validation» béate rate tout à fait (et de la même manière) ce que le «texte de l'hallucination» tente de problématiser. Il nous semble ainsi que nous éviterions certains écueils, tant théoriques que cliniques, à interroger, non pas l'attrait de l'hallucination lénifiante, mais la dynamique qui, dans l'actuel, la motive.

4. L'inassimilé et l'inassimilable

«L'hallucination mnésique», comme l'épingle la littérature, ne procède pas toujours de phénomènes élémentaires (bien que cela soit régulièrement le cas). A ce titre, le terme même d'hallucination est sujet à caution. Le plus couramment cette manifestation implique la sphère visuelle («Mon mari est là, dans le lit.»). Il arrive également que l'hallucination mnésique engage le canal auditif comme perception revenant de l'extérieur («J'entends mes enfants là-haut.») ou comme monologue interne auquel le sujet prend part active («Oui papa, je veux bien de l'eau.»). En tous les cas, l'hallucination mnésique met en scène des personnes connues.

L'hallucination, perception sans objet à percevoir, pour la psychiatrie classique, a une topologie et une source. Elle peut être auditive, visuelle, olfactive (et gustative), ou tactile (et cénesthésique). L'hallucination verbale (hallucination psycho-motrice verbale) quant à elle, caractéristique de la psychose, a un statut particulier et revêt la forme d'un langage interne ne faisant pas jouer les sensations mais semblant relever d'une voix perçue comme hétérogène au sujet. Bien que la production soit intrapsychique et entendue comme venant d'un extérieur (dans la «tête» ou dans le monde), elle n'a pas de situation topologique précise. Elle relève moins des sens que du langage qu'elle fait jouer seul, désarrimé du sujet, autonome. Cette dissociation du code et du message ne semble pas entrer en jeu dans la démence (pas plus que l'automatisme mental). Le dément n'a pas affaire à une pensée neutre ou a-signifiante prenant parfois la forme d'un impératif. Bien qu'elle emporte également l'adhésion, la certitude du sujet, l'hallucination dementielle ne procède pas de l'hallucination verbale.

³⁵⁵ Pour Winnicott également, la réalité n'advient au nourrisson qu'à partir de l'hallucination. Si l'hallucination rend la réalité supportable, il nous semble devoir noter que cette opération en permette l'advenue. L'objet «trouvé-crée» advient comme réalité de faire de l'hallucination première une illusion (ou réalité et hallucination viennent se superposer). Le nourrisson fait donc l'épreuve de la réalité à partir de l'hallucination.

L'approche différentielle de l'hallucination mnésique nous semble se caractériser comme suit :

- Ces hallucinations semblent relever d'une dynamique de deuil pathologique (hallucination du conjoint dormant dans le lit, ou sentiment d'avoir reconnu sa voix), ce qui témoigne d'un certain déni. Le caractère d'adhésion du dément à ce type de manifestation le distingue clairement de l'hallucinoïse qui peut venir à ponctuer le deuil sain.
- Ces manifestations peuvent procéder principalement d'illusions (ou de fausses reconnaissances) plutôt que de véritables hallucinations. Les phénomènes d'illusions, pour peu qu'ils emportent la même adhésion indubitable, procèdent de la même logique que l'hallucination.
- Elles peuvent prendre la forme de dialogues intérieurs qui semblent relever d'une certaine dissociation. Pour autant, cette dissociation n'opère pas dans la langue mais dans le Moi.
- Elles peuvent se présenter comme des confabulations aux thématiques pauvres et relativement systématisées. Ces discours pseudo-délirants, rangés au rang d'hallucination mnésique, prennent la forme de souvenirs et emportent la conviction du patient selon laquelle une «scène passée» est actuelle.

Au sens strict, rien ne dit que les discours qui semblent convoquer le passé dans le présent relèvent d'une hallucination. C'est-à-dire que cette construction délirante n'a pas forcément été produite à partir d'un phénomène élémentaire d'illusion ou d'hallucination visuelle ou auditive. Pourtant, l'explication générale de ce type de manifestation s'insère bien dans une construction délirante que Tatossian, d'un point de vue phénoménologique, résume à merveille : *«Pour peu que tel détail contingent de la présente situation se rattache ou s'associe à une situation vécue antérieure dans la biographie, le dément y bascule, substituant son espace domestique ou son espace professionnel, actuel et surtout passé, à l'espace de l'hôpital qui est présentement le sien et les personnages familiaux ou familiers aux personnages actuels mal ou peu connus.»*³⁵⁶

L'hallucination mnésique ne semble donc pas strictement se caractériser d'être un phénomène élémentaire, mais procède pourtant d'un recentrement de la libido sur le primaire de l'hallucinatoire et l'objet interne. M. Grosclaude envisage ce type d'investissement comme un *«effets d'actualisation constituant un contrepoids*

³⁵⁶ TATOSSIAN, Arthur. *Phénoménologie des états démentiels*, Psychologie médicale, SPEI medical, vol 19, n°8, 1987, p 1205-1207.

consolateur à la perte»³⁵⁷ qui marquerait «*un coup d'arrêt à toute possibilité de deuil*»³⁵⁸. Ce type d'hallucination semble répondre à l'exigence d'avoir l'objet. Ce caractère de «satisfaction hallucinatoire du désir» nous engagerait donc à saisir «l'hallucination mnésique» en tant qu'elle indiquerait que la production hallucinatoire est commandée par le désir qui, frustré, régresse vers l'hallucination de la trace mnésique. Ainsi, l'hallucination mnésique semblerait intervenir au lieu où le dément ne peut tenir commerce avec l'objet parce qu'il lui manque. Or, une telle conception du manque ne nous semble pas pouvoir rendre compte de ce que l'hallucination comporte très régulièrement d'angoisse. Lorsque madame S dit par exemple : «*Je dois aller chercher les enfants à l'école, c'est mercredi.*», elle les cherche activement et se dit très angoissée. Il est bien sûr possible d'envisager que l'hallucination mnésique a échoué dans sa tentative de liaison et que l'angoisse émerge dans la prise de conscience, secondaire, de l'absence des enfants. Madame S s'hallucine «être mère de jeunes enfants» au titre d'une défense (re)-narcissisante et la non-retrouvaille d'avec l'objet n'engage que secondairement l'angoisse. Nous pensons quant à nous que «l'être mère», que nous voulons bien considérer comme une visée de l'hallucination, n'est pas convoquée à partir d'une présence. Madame S hallucine des «enfants absents». A ce titre, l'angoisse est directement liée à l'opération, elle n'est pas secondaire. Le comportement de recherche ne vise pas l'objet, mais la perte de l'objet (nécessaire à la relation et à la mise à distance du Réel).

Nous avons vu que, s'agissant du nourrisson, la frustration liée au manque de l'objet de la satisfaction est imputable tant à son absence, qu'à l'impossibilité dans laquelle ce dernier est pris de se représenter l'absence comme telle. L'objet ne peut être perdu pour la raison qu'il n'a jamais été séparé du moi. En tant qu'aimé, il ne peut être perdu, et en tant qu'haï ou non satisfaisant, il ne peut être présent. C'est donc le caractère narcissique du choix d'objet (par opposition à celui anaclitique) qui déterminera ce qui semble être un travail de deuil impossible. Cette non-dialectisation impliquée par la non-séparation d'avec l'objet narcissique, pourra donc nécessiter une dissociation, une coupure à un autre niveau qu'à celui, non admis, entre objet et sujet. La réalité, bien loin d'opérer un démenti à la dénegation de la perte, en vient à se faire support hallucinatoire de la présence de l'objet. L'absence impensable, est remplacée par la présence. Ainsi, l'hallucination (primitive) semble porter la part de l'objet non-assimilée, telle que l'insatisfaction liée au manque d'objet par exemple (comme soutenu par M. Grosclaude), mais aussi sa part d'inassimilable, telle qu'elle déborde les capacités de représentation de l'appareil psychique du nourrisson (inhérente à la représentation de chose et au

³⁵⁷ GROSCLAUDE, Marie. *Démence, perte de l'objet, dépression et deuil*, dans Perspectives psy, Vol 44, N°5, décembre 2005, p 387.

³⁵⁸ GROSCLAUDE, Marie. *ibid.*

choix d'objet narcissique). Il nous semble donc qu'il soit nécessaire, en sus d'articuler le manque à «l'avoir», de l'articuler à «l'être». En effet, cette articulation du manque à l'être nous semble traverser les œuvres freudiennes et lacaniennes et donner un éclairage nécessaire à la clinique de la démence. Le manque, à ce niveau narcissique de la relation d'objet, est nécessité (pour l'être) d'avoir, mais également nécessité d'avoir pour l'être. L'être se trouve ici dans la double impasse, qu'implique la non-assomption de la dimension de l'avoir et du manque, de n'être plus sans l'objet. La soustraction est ici à opérer à deux niveaux de l'être : «sans l'objet, l'être n'est plus», mais aussi «l'être n'est plus jamais sans l'objet». Autrement dit, la non dialectisation présence/absence, implique que le sujet ne puisse être si l'objet n'est pas, en même temps que la présence de l'objet implique que le sujet ne puisse être que l'objet. D'une part le manque est impensable pour le sujet (perdu), d'autre part le retour hallucinatoire de l'objet, bien qu'il dise le plus intime de l'être du sujet, l'objectalise. Ainsi, faire la part de l'inassimilé et de l'inassimilable nous donnera des indications, non seulement sur les conditions d'émergence du manque, mais également sur ses formes et incidences psychiques. Il nous faut donc insister, dans ses rapports à l'hallucination, sur ce que le manque peut être.

5. La perte comme mise en scène du manque

L'idée selon laquelle le passé est lénifiant est selon nous tout à fait projective et implique en filigrane sa contrepartie négative ; le présent est dévalué. Il ne vaut pas ou ne vaut qu'autre titre de causer du déplaisir. Cette idée de dévaluation, nous la retrouvons dans la pratique institutionnelle se légitimant d'une «réalité objective» et bouchant trop souvent pour les équipes soignantes toute possibilité de compréhension des mécanismes à l'œuvre dans le discours démentiel. En effet, le soignant, ou toute personne, qui s'engage à proposer quelque chose à une personne démente, touché par l'angoisse de la mort que présente le malade et chargé de culpabilité, aura tendance à penser que l'ici et maintenant du résident n'est pas valable et d'entendre sa demande ou sa plainte d'être ailleurs, de récupérer un objet, de sortir, de partir, etc. sur le plan de sa légitimité. L'angoisse est ici celle du soignant. Lorsqu'un soignant entend «je veux mourir» dans l'usuel «je veux partir» du patient, sans en passer par le discours de ce dernier, alors il n'a affaire qu'à ces propres mots qui lui reviennent du dehors. La réalité supposée de la déchéance ou du désir de survie n'a rien d'une garantie objective et n'est qu'un théâtre subjectif. Dans ce cas, la pensée de la mort est du côté du soignant, le besoin de partir ou de sortir aussi.

M. Péruchon reprend dans «La maladie d'Alzheimer» un extrait du livre de J.

Witt «La plume du silence»³⁵⁹ qui nous est utile à éclairer d'une autre lumière cette «confusion des langues». La femme de ce dernier, qui est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé et qui vit chez elle avec son mari, lui dit qu'elle se sent enfermée, qu'elle n'est pas chez elle et qu'elle veut partir. « *Je ne suis pas chez moi... Je veux partir, rentrer chez moi...* » Ce témoignage nous intéresse en premier lieu car il permet de saisir précisément ce qu'un certain maniement du concept de réalité peut induire d'erreur. De tels mots prononcés par un patient institutionnalisé sont compris, validés par la culpabilité et l'impuissance des professionnels. Or, Jeanine Witt nous indique par ces quelques mots que l'incompréhension des équipes soignantes advient souvent du fait même qu'elles en comprennent trop long. Il ne s'agit pas de réalité partagée, c'est autre chose que dit Jeanine Witt. Nous pouvons l'entendre car son mari l'écoute sans comprendre trop vite, c'est-à-dire qu'il écoute vraiment, et qu'elle est au domicile. Il ne s'agit donc pas, à toute fin thérapeutique, de lui ouvrir les portes du service et de lui permettre de regagner son domicile. Il ne s'agit pas non plus, dans la même visée, de le lui interdire. La réponse soignante doit se loger ailleurs que dans ce simple positionnement face à la réalité partagée qui consisterait à la valider ou à l'invalidier. Autrement dit, c'est quand le discours des personnes démentes semble le plus sensé qu'on ne l'entend plus.³⁶⁰ M. Péruchon dans ce texte analyse très justement le caractère paranoïde du discours, de ce qu'il révèle des défenses (projection), de l'état du Moi (Moi-plaisir originel) et de l'angoisse primaire de persécution.

M. Péruchon retient également d'autres mots de Jeanine qui nous aiguillent sur une voie de compréhension de ce qui est à l'œuvre pour elle lorsqu'elle dit vouloir rentrer chez elle. « *C'est comme si je perdais tout ça... Pourquoi c'est là et pas chez moi ?... Je veux tout emporter...* ». En ces mots, Jeanine dit autre chose qu'une «désorientation temporo-spatiale» ou un désir de se retrouver chez elle, elle dit son besoin de «s'y retrouver». Peut-être s'agit-il pour elle de «devenir maîtresse en la demeure». Ainsi, par l'usage qu'elle fait de l'objet, elle parvient à dire quelque chose de la perte, de ce qui en elle se perd et peut être de ce qui d'elle-même se perd. Cela est d'autant plus audible qu'elle semble elle-même en saisir quelque chose. Cela aura pour effet de provoquer en elle l'angoisse perçue d'un vacillement interrogatif : «Pourquoi ce qui de moi se perd, part en morceaux, se retrouve là devant moi comme autant d'objets perdus ?»

Posons dès à présent qu'il nous semble que Jean, corps présent, est l'opérateur de cette possibilité réflexive. L'absence, nécessaire à l'articulation du désir de Jeanine («Je veux»), se creuse sous l'effet du manque de Jean pour autant qu'il est l'autre par lequel le «manque à être» s'insinue. Nous pourrions, pour

³⁵⁹ WITT, Jean. *La Plume du silence, Toi et moi... et Alzheimer*, Presses de la Renaissance, 2007.

³⁶⁰ Au demeurant, cela est le cas dans toute situation quotidienne. La poésie surréaliste, par exemple, tord le cou à l'usage pour rendre aux mots leur brillant.

donner la structure de la tragédie qui se joue là, faire dire à Jeannine s'adressant à Jean : «Comme tu me désires, je veux te donner ce qui, par ton désir, se révèle à moi comme n'étant pas moi, ainsi mon manque est signifiant et donc je parle du défaut d'être où j'ex-siste.» Nous y reviendrons.

Une telle conception du manque, que l'on doit au «retour à Freud» Lacanien, nous permet de penser la relation d'objet autrement que comme mise en scène directe de la relation au monde. Ce qui s'imaginarise n'est pas un décalque du monde, la mise en scène du manque ne vise pas à dire le manque, mais à le réaliser, le produire. La première des conséquences théorique en est que la satisfaction ne peut plus être pensée comme signal d'adéquation à «l'objet satisfaisant». Dans le cadre de la démence, nous voyons que ce qui est en jeu, c'est le désir en tant qu'il cède à la jouissance qui, débordante, ne laisse plus à désirer, n'articule plus le sujet à l'objet manquant. Nous voyons donc clairement que la désorganisation démentielle n'est pas conséquence de la perte d'un objet qui virtuellement, une fois retrouvé, permettrait la rémission, mais qu'il se passe dans le procès démentiel quelque chose de bien plus profond, qui touche le sujet lui-même dans son rapport à l'objet. Dans le cas de Jeanine, la coloration persécutive de son environnement nous indique que le «manque d'objet comme objet» est destitué (impensable) et n'organise plus le désir. Ainsi, dans la démence le rapport à l'objet n'est pas seulement impliqué au sens de la défaillance (au sens de «l'avoir»), au contraire, les manifestations démentielles signent, directement, une atteinte de l'être. Autrement dit, insistons sur notre thèse, les SPCD sont à saisir dans la clinique en tant que la subjectivité de la personne démente y est impliquée (quitte à ce que se soit au titre de sa disparition). Ainsi, il semble que l'on doive s'intéresser à l'hallucination démentielle en tant qu'elle est un discours. D'abord, nous en avons accès à partir d'un témoignage, qui est une construction secondaire que le phénomène élémentaire continu de permettre. Ensuite, il semble que l'hallucination comme telle soit un organisateur, une tentative de faire avec ce qui manque du manque. Enfin, nous devons garder à l'esprit qu'avec l'hallucination, expression du processus primaire, nous avons un tableau du plus intime de ce que le sujet secrète. Il importe donc de reprendre et d'analyser le processus hallucinatoire à la lumière de ce «manque de manque».

6. L'hallucination négative

M. Grosclaude propose, en contrepoids de l'hallucination mnésique, la notion «d'hallucination d'absence»³⁶¹ qui se caractérise d'être un «dénier de la présence d'objets»³⁶². Cette opposition terme à terme implique donc de penser l'hallucination mnésique comme «dénier du manque»³⁶³. Bien que cette opposition ait un grand intérêt clinique et mette en avant des manifestations peu discutées dans les travaux de recherche, il nous semble qu'elle ne permette pas d'articuler correctement l'hallucination mnésique à l'angoisse qui l'accompagne parfois. Comme nous avons commencé de l'indiquer, il nous semble que l'angoisse n'est pas secondaire à la perception du manque (que l'hallucination tente de résorber en convoquant l'objet) mais qu'au contraire elle y est directement branchée. Il nous semble donc nécessaire d'articuler l'une à l'autre ce qui se présente chez les tenants de l'hallucination mnésique comme deux logiques opposées, de «manque d'objet» et «présence d'objet».

Si l'on veut éviter l'écueil de penser ce type d'hallucination en tant qu'elle serait un pur échange du présent au profit du passé, il convient de décomposer certains temps. «L'hallucination mnésique», si l'on veut bien donner son importance à l'actuel, suppose d'abord l'hallucination négative d'un pan de la réalité à laquelle les sujets déments, tout de même, se confrontent. Pour Green le fonctionnement psychique a affaire avec «une positivité en excès, due au fonctionnement pulsionnel, avec laquelle le sujet ne peut composer qu'en la négativant ou par le jeu des mécanismes de défense (...)»³⁶⁴. L'impossibilité du Moi à se défendre, via le refoulement, convoquerait donc l'hallucination négative là où le «travail du négatif»³⁶⁵ (et de fait le refoulement) se montre inopérant. De ce point de vue, l'hallucination mnésique serait nécessitée par l'échec de la «fonction objectalisante» et par la violence de la pulsionnalité immédiatisée. Bien que ce que l'observateur perçoit semble être un rappel de l'objet, il semble qu'au contraire, l'hallucination démentielle permette une mise à distance de l'objet qui n'est plus garantie par les défenses moïques défailtantes. Le refoulement, inopérant à faire son travail de mise à distance de la signification phallique, cède donc la place aux phénomènes élémentaires qui, une fois pris dans le tissu délirant, permettront une

³⁶¹ GROSCLAUDE Marie et Jacques. *Le trauma et ses relations avec la démence sénile de type Alzheimer*, dans «Psychothérapies des démences, quels fondements ? quels objectifs ?», John Libbey Eurotext, 1997, p 56.

³⁶² GROSCLAUDE Marie et Jacques. *ibid.*

³⁶³ GROSCLAUDE Marie et Jacques. *ibid.*

³⁶⁴ GREEN, André. (1983) *Le travail du négatif*, édition de minuit, coll Critique, 1993, p 386.

³⁶⁵ GREEN, André. (1983) *Le travail du négatif*, édition de minuit, coll Critique, 1993.

objectalité. Ainsi, bien que ce qui se donne à voir dans l'hallucination mnésique insiste sur un événement ou un investissement passé, il nous faut décomposer ces phases de construction et mettre à jour le «temps un» de l'hallucination négative pour en saisir les ressorts profonds. Ce qui semble se jouer dans ce type de fonctionnement primaire est avant tout une négativation de la jouissance. A. Green précise *«que l'hallucination négative n'est pas un concept négatif univoque se référant à un concept de manque, de défaut ou de déficit. L'hallucination négative n'est pas l'absence de représentation, mais représentation de l'absence de représentation. [...] Il s'agit beaucoup plus d'une condition de possibilité de la représentation que de la représentation elle-même. L'hallucination négative est le revers dont la réalisation hallucinatoire de désir est l'avvers»*.³⁶⁶ L'objet émerge de s'insérer dans le creusé préalable du manque, ce en quoi, dans la démence sévère mentalisée, l'hallucination négative est un «temps un» nécessaire à la production du «temps deux» qui s'apparente à la réalisation hallucinatoire du désir. Enfin, le délire insérera cet élément primaire dans un discours si les conditions de présence de l'autre s'y prêtent. Ainsi, bien que le temps un de la construction hallucinatoire ne soit pas visible à l'observateur, il n'en reste pas moins qu'il est essentiel à la compréhension des phénomènes de fausses reconnaissances et de non reconnaissances.

L'imagerie qui traduit le manque au travers de l'hallucination de l'objet de la satisfaction ne dit pas le manque, mais le manque de manque. L'hallucination est donc une «tentative de guérison» au sens où elle est le moyen donné au sujet de créer du manque et non pas simplement de le combler. Elle est une «mise en scène» du manque et permet ainsi, l'imaginant, de l'extraire de son statut d'absence. Le sujet, ce faisant, trouve à être causé. Le manque advenant comme objet, trouve son bord d'être représenté comme manque et permettrait l'amorce de la dynamique désirante s'il n'était chargé de tant d'angoisse qu'il ne se voyait tout de suite recouvert par l'hallucination. Ainsi, si l'hallucination mnésique apaise le vécu anxieux du dément, ce n'est pas au titre que la condition de présence de l'objet résorbe l'angoisse, mais parce que, permettant son fond d'absence, il le rend manipulable. Si tout ce qui creuse la complétude, c'est-à-dire tout ce qui heurte le principe de plaisir (pulsion de mort), cause l'angoisse, c'est au titre que cela dévoile le danger de mort qu'elle était. Ce n'est donc pas le manque qui cause l'angoisse, mais sa virtualité de clôture que, négativement, il présentifie. Ainsi, nous appuyons sur notre hypothèse selon laquelle l'absence du manque cause l'angoisse. *«Loin d'être ignoré ou abandonné, l'Objet (dans la démence) est au contraire*

³⁶⁶ GREEN, André. (1973) *La conception psychanalytique de l'affect*, PUF, coll. Quadrige, 2004, p 302.

omniprésent, voire invasif (...)»³⁶⁷ Ce n'est donc pas strictement le manque qui est ici en jeu, mais ce qui, de et par son dévoilement, indique que la satisfaction, la complétude, est au service de la pulsion de mort. Sous l'objet, média du désir, n'émerge pas le manque d'objet, que l'hallucination mnésique dénierait, mais le réel de la «chose», im-médiate, néantisante. «*La satisfaction de la demande (...) pousse vers le néant*»³⁶⁸. Seule la notion de réel permet de saisir le manque à un autre niveau qu'à celui de la présence de l'objet dans la réalité. Le manque est le seul opérateur qui, dialectisant présence et absence, organise le réel. L'objet manquant est encore un objet. A ce titre l'hallucination fait rempart au réel e, proposant le manque et non pas en le déniait. Nous commençons d'entrevoir que si l'hallucination peut créer un pont vers la réalité, ce n'est pas au titre unique qu'elle s'y superpose, mais parce qu'elle permet un certain degré de décalage. Elle supporte une part d'insatisfaction, ou plus justement, une coupure dans la satisfaction.

Madame I indique à l'aide-soignante qui l'accompagne et l'aide à se coucher dans son lit : «*Je vais dormir avec mon mari. Il m'attend*». Il est possible d'extraire du discours ce qui semble être un phénomène élémentaire : Madame I voit son mari couché dans le lit. Ici, l'objet semble se présenter dans toute sa simplicité et son unité. Cette hallucination visuelle est pourtant accompagnée d'un discours, c'est même à partir de lui que nous en prenons connaissance. Il nous semble qu'il n'est aucune raison de considérer que ce tableau soit la reviviscence d'une scène passé. Il est une construction originale. Ce texte, qui pourrait faire office de titre au tableau halluciné, prend la forme d'un fantasme : il m'attend. La première partie de la phrase «je vais dormir avec mon mari» est le sous-titre (imaginaire) donné à la soignante. Elle n'est pas le texte de l'hallucination. Ici, le manque intervient à deux niveaux :

- La soignante laisse la patiente seule. Cette dernière fait réponse à ce qui se présente comme un lâchage par la production adressée : vous me laissez, mais je ne suis pas seule. C'est donc sur fond de manque que la présence du mari intervient.
- Dans le texte lui-même, le mari est là, non pas comme présence, mais comme attente. Cette position dans ce que nous pourrions appeler le «fantasme desubjectivé de l'hallucination» n'indique en aucun cas que le sujet retrouve ce qui lui manque. Au contraire, l'attente portée par l'Autre indique que le sujet n'est pas là où il doit

³⁶⁷ GROSCLAUDE, Marie. *Démence, perte de l'objet, dépression et deuil*, dans Perspectives psy, Vol 44, N°5, décembre 2005, p 386.

³⁶⁸ POMMIER, Gérard. *Qu'est-ce que le «réel» ?*: Essai psychanalytique, Erès, 2004, p 14.

être. Il manque à sa place.³⁶⁹ Cette attente est celle du sujet qui lui revient du dehors trahissant le ressort narcissique d'un «je me manque» impensable.

Remarquons que le mari est couché dans le lit, il ne se présente pas debout, mais comme mort. Il n'attend pas le sujet pour autre chose que pour dormir, temps d'aphanisis du sujet. Ce qui se présentifie dans l'hallucination n'est autre que le désir de mort qui trouve à s'actualiser en même temps que, s'édifiant dans l'objet, il devient manipulable. L'objet est donc mis à distance par effet de structure (et non à partir d'une prétendue volonté). Ainsi, bien qu'il soit vrai que le sujet, face au manque qui se présente (la soignante le raccompagne), produise l'objet qui vient le boucher, à aucun moment nous ne pouvons penser qu'il s'agisse là d'un réconfort au sens de la satisfaction du désir, ou bien il nous faudra aller chercher ce réconfort dans les temps an-historiques d'avant la naissance, retrouvaille morbide d'avec l'objet totalement satisfaisant. Le désir est ici un désir de mort du désir. L'objet quant à lui n'est pas l'objet du passé avec lequel le sujet tient commerce, l'objet qui laisse à désirer, mais l'objet qui comble, qui tue le désir comme tel. Le rapport au manque n'est pas un rapport de comblement mais d'extinction. Remarquons que nous avons certainement beaucoup à gagner en compréhension si nous appliquons ce filtre d'interprétation au phénomène courant en EHPAD qu'est «l'appel à la mère». Nous devrions nous étonner de ce que peut représenter cet objet et réfléchir à ses accointances avec la pulsion de mort, désir d'être protégé de la vie (dans la retrouvaille d'avec l'objet totalisant mythiquement perdu d'avant même sa trouvaille), plutôt que de l'entrevoir à la lumière secondarisante de l'attachement indéfectible à la nourrice.

Nous faisons donc avec la question de l'hallucination un pas de plus : le sujet, pour autant qu'il arrive encore à se maintenir, a affaire avec du trop. L'hallucination mnésique d'un point de vue économique ne cherche pas à faire revivre un objet mais à le détacher par la parole, à le projeter au dehors pour le décoller. Elle ne se motive pas d'un manque, mais au contraire d'un manque de manque, d'un trop de présence im-médiate. Les phénomènes élémentaires et plus encore le délire permettent de voir clairement ce qu'il s'agit de mettre en scène dans ces manifestations démentiellles : le manque.

Madame T, hallucinant son mari allongé «le bras coupé», en est un bon exemple. Elle nous semble indiquer que l'imaginarisation hallucinatoire de ce qui fait défaut du symbolique n'est pas pure reproduction mais travail de coupure, en premier lieu travail structurel de l'organisateur «manque». Ainsi, nous ne nous

³⁶⁹ Sur ce point, nous renvoyons à la lecture des «*Fragments d'un discours amoureux*» de R. Barthes. Il nous semble pouvoir en dire, pour notre part, que le paradigme de l'attente est que l'objet attendu manque à être là où celui qui attend le veut voir. Par l'opération de l'attente elle-même, s'opère un renversement (identificatoire) où le sujet en attente devient celui qui est «en trop». Il ne peut plus occuper sa place (que l'autre, énigmatique, ne cerne pas).

opposons pas aux considérations économiques de M. Péruchon, qui indique la possibilité, en invoquant d'anciennes identifications, de renarcissiser le Moi. Pourtant, nous insistons sur le fait que «l'hallucination mnésique» implique une mise à distance de l'actuel et que, ce faisant, elle y permet un arrimage. C'est donc dans l'actuel d'un «trop de présence de l'objet» que nous devons chercher sa signification, et non dans le manque d'objet. Quel est le statut de l'hallucination négative dans la démence sévère et quels sont ses rapports avec l'hallucination mnésique ?

7. Le manque de manque et le trou du réel

Dans le cadre de «l'hallucination mnésique», il semble que le manque de l'objet revêtisse un caractère d'impensable. C'est à partir de cet impensable que la relation d'objet, travaillée par le deuil, échoue à dire le manque. Le «manque impensable» ou «manque de manque», échappant à sa représentation, implique une situation de l'objet hors dialectique sans pour autant que son absence (manque réel) soit sans effets. Ce travail d'hallucination serait donc, sur fond d'échec de la dépressivité, une tentative précaire de résolution d'une «phase dépressive» alliant reconnaissance et impensé. A l'inverse, l'hallucination paranoïde fonctionnerait en deçà du manque. Le manque est dénié comme objet, c'est-à-dire que la dimension du manque elle-même n'intervient plus dans le rapport à l'objet qui devient, lorsqu'il n'est pas objet de plaisir (c'est-à-dire déplaisant ou manquant), objet persécuteur. A ce niveau, le sujet n'est plus mis en scène comme tel ; il est objet de la perception. Ainsi, lorsqu'il s'agit de qualifier le manque, il nous faut bien différencier plusieurs termes qui, semblant s'équivaloir, jettent la confusion.

L'hallucination négative opère classiquement à partir du déni et du rejet porté sur une représentation inconciliable. Cette représentation insupportable pour le sujet opère au titre d'une forclusion. Ainsi, l'impensable ne qualifie pas la représentation comme telle, puisque «tout se passe comme si elle n'était jamais advenue», mais le trou qu'elle laisse dans le tissu associatif. Une réorganisation régressive de la relation d'objet dans la démence peut donc conduire à la production hallucinatoire à l'endroit même où un impensable se présente. C'est du fond de ce trou que l'angoisse du sujet vient à sourdre. Le second temps de l'hallucination, puis la construction délirante, sont mis en jeu, non pas pour fuir le présent, ou pour trouver satisfaction, mais pour donner sens au présent. Le caractère paranoïde de l'hallucination sera donc déterminé par ce que le trou forclusif, ouvrant sur le «réel», entrave toute possibilité pour le sujet d'organiser son rapport à l'objet. Ce dernier, chargé d'affect, fera retour sur un mode pré-symbolique de dévoration, de rapt, etc. Il semble donc qu'il y ait un trou dans le registre du sens dans le cas de

l'hallucination paranoïde. Ce trou désorganisant toute la toile du tissu associatif nécessite une reconstruction délirante à partir du point qui cause le désir, dès lors, projeté à l'extérieur comme retour de jouissance.

L'hallucination mnésique ou dementielle objecte à ce type de désorganisation par le caractère lénifiant de ces productions. En effet, tout se passe comme si l'absence de représentant de la représentation ne prenait pas source dans un rejet, mais dans la défaillance réelle (neurale) à représenter. En lieu et place du trou, n'advierait qu'un «manque de manque». Dans ce cas, l'irreprésentable ne qualifie pas une représentation chargée d'une jouissance non contenue, mais est, au début du processus de démentification, avant tout un «irreprésenté», avant que de devenir, lorsque les contenants psychiques auront volés en éclats, un «irreprésentable». Nous pourrions trouver dans ce processus, quelques-unes des particularités de la «*forclusion neurale*» évoquée par A. Quaderi. Lorsque le manque opère dans le registre réel du corps (manque du mot par neurodégénérescence) alors il n'est aucune raison de penser que, dès ce premier temps, le «manque cause du désir» perde sa fonction dans la dimension symbolique. Ainsi, le manque comme tel continue d'organiser le désir, mais manque à la place où l'hallucination fait rustine. Cette zone originelle de la construction délirante s'organise donc comme «manque de manque». Elle n'est ni équivalente au trou, ni non plus au simple manque que la présence supposée de l'objet idéal viendrait résorber. Ainsi, la négativation de la jouissance intervient, au sens strict, lorsqu'une représentation particulière (non advenue) est mise en jeu. La réponse produite est l'hallucination paranoïde, retour de jouissance. Le trou sur la représentation, en tant qu'il délite tout rapport médiat à la réalité, peut jouer le rôle d'une forclusion et rendre l'environnement, chargé de jouissance, hostile. Toutefois, il se peut également, en l'absence de cette surdétermination, que le manque de la représentation, s'organisant en «manque de manque» n'en viennent qu'à convoquer l'objet halluciné de la satisfaction pour, parce qu'il comporte un envers d'absence, réorganiser la relation d'objet en lui redonnant distance. Le mari halluciné, peut potentiellement être perdu. Ce dernier modèle est celui de l'hallucination mnésique. La négativité nous permettrait donc de comprendre l'hallucination paranoïde comme étant le second temps d'une «négativation de la jouissance», tandis qu'elle nous ferait entendre l'hallucination mnésique comme le second temps d'une «négativité de la perception», resituant dans les deux cas l'angoisse (dans ses rapports au manque) au cœur de la dynamique subjective.

Ces considérations sur l'hallucination nous permettent donc de préciser l'idée selon laquelle l'angoisse n'a pas à voir avec la perte du mot, mais avec l'innommable de ce qu'elle dévoile. En effet, l'hallucination mnésique et celle paranoïde semblent représenter les deux extrémités du spectre du traitement du manque. Du côté de l'hallucination mnésique, nous aurions affaire au manque dénié, c'est-à-dire

partiellement reconnu. Au contraire, du côté de l'hallucination paranoïde nous aurions affaire à une forclusion du manque comme tel, c'est-à-dire au manque comme insoutenable dans le registre du symbolique, irreprésentable. Le sujet dément, au gré du «travail du délire», pourra passer successivement par les deux phases, revenir vers la phase dépressive, puis, sous le coup de la présentation d'un élément inconciliable ou de l'échec du travail de dépressivité et de la libération de la charge d'angoisse associée, recourir à celle paranoïde, etc. Nous situons la plus large part des constructions délirantes démentielles dans l'inter-champ des deux manifestations ci-dessus présentées. Que l'hallucination soit plus près de l'un ou l'autre des pôles, «l'être concerné» s'affectera du sentiment d'une menace ou d'une parfaite satisfaction. Ainsi, l'adhésion du dément est totale aux deux pôles alors que le «sentiment de déréalisation» se trouve au centre. Cette observation nous conforte donc à penser que les phases paranoïdes et de retrouvailles se succèdent en cycles à la manière des positions Schizo-paranoïdes et dépressives de M. Klein. Nous le comprenons par le fait que le traitement précaire du manque est réglé, soit dans la disparition du manque comme tel, soit par le déni que l'objet est manquant. Ces positions, ne tenants pas, renvoient l'une vers l'autre.

Une question fondamentale doit rester ici en suspend qui est celle de la structure du sujet. La structure psychotique risque-t-elle de décompenser différemment face à la démence que celle névrotique, impliquant de fait des traitements différents du réel ? Cette question, ouvrant le champ de notre réflexion bien au-delà de ce que nous nous proposons de traiter dans ce travail, restera ici en l'état. Notons que cette question, qui a fait l'objet de peu de travaux, est soulevée par plusieurs auteurs au gré de théories sur la structure ou sur la personnalité.³⁷⁰

8. Le travail du négatif

La répétition traumatique de l'insatisfaction trouve donc dans l'hallucination matière à s'apaiser. Toutefois, usant du concept «d'hallucination négative», nous nous écartons de la notion de «satisfaction hallucinatoire du désir» afin de mieux situer les modalités d'apparition du traumatisme dans la démence et d'appréhender le manque, non pas à son niveau d'absence que l'hallucination mnésique viendrait supposément combler, mais au niveau structural où il organise le désir. Nous espérons ainsi étendre notre compréhension de la morbidité de ce type de manifestation, en même temps que nous entrevoyons dans l'hallucination, grâce à la

³⁷⁰ «On dispose d'arguments psychodynamiques permettant de supposer que certaines personnalités (notamment : Etats limites) pourraient être plus propices à une évolution démentielle.» (PLOTON, Louis. *À propos de la maladie d'Alzheimer*, Fond. Nationale de Gériatrie, Gériatrie et société, 2009/1 - n° 128-129, p 89.)

notion de négativité, une tentative de «décomplétion» de l'objet. Nous avons vu que tout l'inter-champs des hallucinations déréalisantes et angoissantes intègrent dans leur «texte» même un élément d'ouverture sur l'autre et la différence. Dans la limite d'une angoisse trop invasive, ce type d'hallucination semble donc s'offrir à la secondarisation par un autre qui entend. Ainsi, la fermeture sur le primaire devient levier dès lors que l'autre intervient dans le secondaire. Le travail de mise en mot qui, parce qu'il donne représentation au manque, est refoulant, vise donc à mortifier la jouissance en excès par l'effacement de la chose que permet le mot. Ainsi, l'accueil par le praticien du discours délirant ouvrirait possiblement sur un travail de deuil, de séparation. Donnons en un exemple clinique :

Monsieur A regarde le salon du pavillon (EHPAD) où il vit. Il dit : *«C'est le salon de ma sœur, mais le canapé a changé de place»*. Puis, plus tard, après que nous ayons passé du temps à mettre en mots cette expérience : *«vous pouvez vous repérer, moi quand je regarde quelque part je ne sais pas si je suis ici ou si je suis ailleurs»*. Cette «fausse reconnaissance» ou ce qui semble être une superposition, entre dans le cadre de «l'hallucination mnésique» au titre qu'il semble qu'un phénomène élémentaire fasse point d'origine de la reconstruction délirante et qu'il ait trait à une situation vécue.

Il nous semble, à écouter monsieur A, que l'accès à l'ailleurs comme espace existant conjointement à d'autres et différencié du Moi lui est impossible. Ce que nous avons d'abord indiqué comme mise en échec du voyage auto-noétique, s'articule ici comme une contamination de «l'objet externe» par la série des objets. Ces objets, affectivement chargés, qui sont pour l'occasion l'ensemble des signifiés se logeant sous le signifiant «salon», empêchent monsieur A de se maintenir comme sujet différencié de sa perception. Il y colle par défaut de refoulement, c'est-à-dire par défaut d'oubli. S'opère alors un décrochage du sentiment de réalité qui s'indique par ce qui semble être une absence totale d'impression paramnésique. Le présent ne renvoi pas au passé, au contraire le passé se fait doublure du présent. (Le salon est le salon de la sœur.) Un jeu de renvoi métonymique opère sans laisser de trace de l'opération. De ce point de vue, il est possible d'insister sur ce que la situation passée avait de contenant, sur ce que l'affect associée était agréable et que le lieu, étant familial, était emprunt d'un fort potentiel de désignation identitaire. Sans être en désaccord, nous souhaitons mettre l'accent ailleurs (en appuyant sur le fait que, même lorsque l'hallucination n'a pas un caractère paranoïde, elle relève tout de même d'une «connaissance paranoïaque» au sens où une connaissance, qui est un «savoir sur soi», revient du dehors).

Du point de vue de l'expérience subjective, plutôt qu'à une retrouvaille, le sujet semble avoir affaire à un défaut d'accommodation de l'objet dans l'espace extérieur du monde. Il semble que ce qui rate ici soit justement ce qui de l'environnement devrait faire re-connaissance et donc, dans le détour par l'objet,

identité de soi à soi. L'objet canapé, inégal à lui-même (celui présent n'est pas celui de la sœur) doit permettre au sujet «un» de se maintenir dans une continuité d'être. Or au contraire, monsieur A semble avoir affaire à un objet canapé «un», contaminé, qui dédouble le sujet qui ne s'y retrouve plus («*Je ne sais pas si je suis ici ou si je suis ailleurs.*»). La déréalisation semble donc être en étroit rapport avec la dépersonnalisation. La question de savoir si la diplopie de l'objet cause la dépersonnalisation ou bien si, au contraire, elle la limite offrant un appui identitaire au sujet, ne trouve pas facilement sa réponse. Il s'agit certainement là du temps logique d'une bascule, d'une tentative de faire consister une objectalité, c'est-à-dire de permettre au sujet de trouver place face à l'objet. La difficulté de synthèse moïque implique une diplopie qui fait l'objet double et qui se rassemble pourtant sous le signifiant canapé dans l'espace de l'extérieur. Ainsi, le sujet est à la fois dépersonnalisé et trouve en même temps, projeté à l'extérieur, un objet qui puisse se faire support de son identité précarisée. Le canapé, dans sa «petite différence», supporte une image du sujet qui «a changé» et qui pourtant «est lui-même». Cette défense peut tout aussi bien échouer à ligaturer l'angoisse ou bien temporairement permettre, parce qu'elle passe dans le discours, qu'un autre s'en fasse relais.

Nous pourrions traduire la deuxième phrase de monsieur A par : «*Je ne sais pas si je suis moi car les objets de ma réalité ne m'en disent rien.*». Cette phrase, parce qu'elle est prise dans une adresse, défait dans le mouvement de se dire la dépersonnalisation qu'elle énonce. L'énonciation semble signer l'émergence d'une certaine réflexivité, un écart se creuse entre le «je sais» et le «je suis». L'énoncé «je ne sais pas» implique de fait un savoir réflexif «je sais que je ne sais pas»³⁷¹. Or, nous avons vu que cette réflexivité est en cause dans l'anosognosie. Anosognosie que monsieur A semble révoquer quelque peu dès lors qu'un autre vient à s'insérer dans le parcours qui implique que le besoin de savoir («je ne sais pas»), qui part du sujet pour aller saisir l'objet, revienne comme connaissance («je suis») vers un sujet changé par l'opération. «*Quelqu'un qui n'est pas le sujet, mais son image, est substitué à lui dans la dialectique du désir.*»³⁷² C'est par cette opération d'offrande d'un substitut imaginaire (le Moi) que le sujet pourra se départir de l'angoisse causée par le retour de la jouissance dans le réel. Le travail thérapeutique n'est pas un travail sur l'adhésion, l'existence ou non, d'une radicalité morbide, mais un travail qui vise la petite différence, amorce de la coupure retrouvée entre énoncé et énonciation.

L'objet halluciné, fermant toute possibilité de renvoi, fait disparaître le sujet qui nécessiterait, pour se maintenir, d'avoir affaire à un objet inadéquat à se dire tout (c'est-à-dire à satisfaire sa jouissance). Ainsi, la validation comme la

³⁷¹ Il en va ainsi de la dénégation en général, qui implique toujours un savoir.

³⁷² LACAN, Jacques (1958-1959), Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 533.

contestation de la réalité de la perception sont les deux faces d'une même opération de totalisation. Dans les deux cas, l'objet est évoqué comme complétude, le «rien» énoncé dans un «ça ne vaut rien», comme le «tout» énoncé dans un «voici votre vérité toute dite» ne permettent au sujet aucune ex-sistence. Au contraire, la décomplétion de l'objet halluciné advient dans un travail de mise en exergue de la «différence» qu'il porte déjà en lui. Ce travail peut s'appuyer de la négation que le texte de l'hallucination implique, soit par l'image «le bras coupé du mari», soit par le discours «ce n'est pas tout à fait le même canapé». Le but en est de donner des coordonnées singulières, et donc finies, à un objet qui se présente comme totalisant. Il en va ainsi du mari halluciné par la veuve qui n'est que rarement un «mari tout», mais bien souvent «un mari couché», un «mari qui attend», etc. impliquant d'une part la présentification sans voile (hors fantasme) du trait qui vise le sujet, mais qui entrouvre d'autre part la possibilité d'une réduction de celui-ci par le discours de l'autre qui écoute. Ainsi, le signifiant devient simple adjectivation (celle-ci étant par définition réductrice). C'est donc à partir de ce texte même, en le dépliant, qu'il est possible de travailler à réduire l'angoisse du sujet dément halluciné. C'est en déclinant dans le discours toutes les petites qualités de l'objet qu'on lui rend sa juste place.

Le travail du praticien de renvoi au passé d'un énoncé donné par le patient comme présent participe de la même logique. Autant qu'il convient de situer l'objet dans son étendue (il est de telle couleur, à telle place, il ne recouvre pas tel autre, etc.), il convient de le situer dans le temps (grammatical), pour l'y prendre et l'y réduire. Ainsi, madame D nous disant : «*mes enfants m'attendent pour dîner, ils sont gourmands à cet âge.*» ne pourra indiquer qu'il était bon d'être mère de jeunes enfants, qu'après que nous ayons repris ses énoncés à l'imparfait. A notre phrase : «Ils devaient être très gourmands quand ils étaient petit !» (réduisant ainsi l'objet à n'être qu'un objet pris dans le temps), elle répondra : «*Oui, ils avaient bon appétit, surtout le deuxième.*». Par le travail de parole, ce qui se présentait comme présent, voir trop présent, reprend place dans le passé et de fait, dans l'histoire. Il nous semble que cette apparente confusion, ce renvoi non capitonné vers le souvenir passé, est justement la condition nécessaire d'un «discours sur», il porte en lui les germes du jugement, de la différenciation.

Par l'opération hallucinatoire monsieur A entame l'objet, le décolle, pour qu'enfin puisse se dire quelque chose de lui. Le «changement de place du canapé» nous semble pouvoir en attester. Plutôt que de tout confondre dans du même, l'hallucination introduit une petite différence nécessaire à la représentation (qui n'est jamais pure présentation). Bien que le second temps du discours n'advienne pas toujours, nous pensons que la production hallucinatoire, sur le mode d'un «ceci

est cela»³⁷³, est déjà grosse d'une objectalisation possible. La différence injectée dans l'objet et induite par le travail de représentation entrainerait le sujet à être différent de son objet, à s'en décoller. Ainsi l'hallucination, bien qu'elle suscite l'adhésion totale du sujet, semble porter en elle la potentialité d'un «comme si» (voir Jeanine Witt). C'est par la parole adressée que l'objet halluciné pourra ensuite devenir l'opérateur d'une mise à distance, de l'existence subjective différenciée. Ce qui s'identifie comme coupure dans l'objet, ou différence, pourra reprendre place dans le sujet comme division. Insistons, l'émergence du «je» dans le discours de monsieur A nous semble avoir été rendu possible par l'adresse à un autre. Peut-être est-ce cette adresse qui a permis le «jeu» entre les différentes «places» du canapé, pour enfin translater la différence, la distance d'avec son image, que l'objet a d'abord supporté, vers le sujet, le «je». De ce point de vue l'hallucination n'est pas que l'émergence d'un objet «un» qui maintiendrait en face de lui un sujet dissocié, mais intègre une petite différence par laquelle il est possible au sujet de rassembler le faisceau de ces perceptions dans un Moi dès lors divisé. Ce doute, ou cette différence, ferait à ce titre chuter la dimension de vérité que la certitude paranoïaque, structurellement, implique. Ainsi, il ne s'agirait pas pour le clinicien de valider la construction délirante ou de l'invalider au nom de la réalité, mais bien d'en dégager une dimension d'adresse (de coupure) que primairement elle ne contient pas et qui émerge dès lors que le sujet en parle. La construction délirante est une défense qu'il ne faut en aucun cas forcer. Il ne s'agit en aucun cas pour nous d'entamer le délire en le critiquant (ni non plus d'y abonder). La mise en mot adressée est, par essence, une entame parce qu'elle médiatise le rapport du sujet à l'Autre. En ce sens, l'hallucination n'ouvre pas que sur un monde fermé, narcissique, elle peut devenir le levier de la relation et en premier lieu, de la relation à soi-même. Elle n'est donc pas négation pure de l'actuel, mais tentative de dire l'actuel par sa mise à distance.

9. La possibilité d'une ouverture

Selon Green, un «*travail du négatif*» est requis pour organiser l'en trop d'une «*positivité excès*». Cette angoisse automatique, dès lors que le refoulement est compromis, trouve le moyen de s'organiser dans l'hallucinatoire. C'est à ce titre que nous pouvons affirmer que ce type de manifestation est une «*tentative de guérison*» et qu'elle ne peut être prise en charge dans une visée uniquement symptomatique (au sens de la tentative de suppression du symptôme) sans faire courir le risque au patient de se voir supprimé les recours qu'il a lui-même mis en place sans qu'aucun

³⁷³ Au sens où Ricœur fonde l'herméneutique à partir d'une proposition d'Aristote : «*L'interprétation, c'est dire quelque chose de quelque chose.*»

aménagement ne lui soit proposé. Il convient donc pour le clinicien de tenter d'entendre ce que l'hallucination vient organiser de l'actualité du patient, sans pour autant la mettre en sens, d'en valider ou d'en contredire la réalité. Une fois évacuer l'idée même d'un sens commun, toujours désarrimé de la réalité psychique du patient et de son actualité (relationnelle), il nous semble possible de saisir la nécessité d'intégrer la dimension de l'adresse à notre compréhension du phénomène, non pas au titre d'un éventuel transfert, mais parce que l'adresse comme telle implique une organisation secondaire de la relation objectale.

Lorsque le clinicien s'attache à saisir la structure du discours délirant dans ce qu'elle dit du lien du sujet à l'objet mis en scène, il arrive régulièrement que les similarités avec la situation présente soient flagrantes (ce qui nous enseigne sur les fois où elles ne le sont pas). Il en va ainsi de cette patiente qui, sitôt qu'elle a vue passer devant elle deux aides-soignantes, parle de ses deux filles. Ainsi, soit l'on considère que le présent renvoie le dément à son passé, soit l'on considère, comme nous le faisons, que le passé est convoqué pour rendre compréhensible, saisissable, le présent. Théoriquement, la première approche postule une levée du refoulement, tandis que la deuxième, à laquelle nous adhérons, postule sa destruction. Cliniquement, ces deux approches semblent pourtant équivalentes puisqu'il s'agit bien dans les deux cas d'expliquer comment le sujet dément, ne pouvant produire de nouvelles identifications, puise dans des bribes d'identifications pour dire son être. Dans les deux cas, l'accent est mis sur la violence actuelle. Les interprétations qui s'en dégagent ne divergent qu'en fonction du fait que l'accent soit mis soit sur la nécessité d'une restauration dans le passé, soit d'une restauration par le passé. Autrement dit, soit l'on considérera la perte elle-même comme le nœud de la violence, auquel cas la restauration de l'avoir par la rêverie semble être une solution d'apaisement, soit l'on considérera que ce type de manifestation n'est pas un appel au «réconfort de l'autre» mais, plus radicalement, un «appel à l'Autre». C'est-à-dire une tentative d'articuler ce qui du manque organisateur du désir fait défaut. Pour le dire encore autrement, soit l'on insiste sur le «vouloir» du sujet, trouvant quelques appuis sur le concept du premier Freud (largement remanié après 1920) de principe de plaisir, soit l'on insiste davantage sur les conditions structurales du «dire». Dans la mesure où nous pensons avoir démontré que le sujet de l'hallucination ne peut en aucun cas être assimilé à un sujet cause, «sujet de la connaissance» ou «sujet de la volonté» (sur lequel il serait possible de fonder un vouloir être ou un vouloir avoir que le souvenir comblerait d'avantage que l'actuel), mais qu'il doit être pensé comme «sujet causé» nécessitant l'appui du manque comme tel, nous penchons pour l'hypothèse structurale. Les implications techniques et les conditions d'écoute de l'une ou l'autre approche sont donc radicalement différentes selon que l'on pense que le sujet vise à combler le manque d'un objet trop distant ou bien que l'on pense que le sujet n'advient que de se soutenir du manque d'un objet trop présent. Les effets dans la pratique, nous les trouvons en premier

lieu inflexible par les valeurs différentes qui sont données à l'actualité du patient. Sur ce point A. Quaderi rapporte dans son HDR une vignette clinique dans laquelle des aides soignants faisant un accompagnement à la toilette se voient répondre par le patient un «Au viol!» terrifié qu'ils attribueront à un éventuel viol passé. Ils donnent signification au délire actuel à partir du passé. A. Quaderi indiquera que le renvoi de cette violence dans le passé est un *«mécanisme de défense de la part des soignants»* qui ne peuvent faire autrement que *«d'identifier le viol dans le passé et non dans l'acte même auxquels ils procèdent dans l'instant»*³⁷⁴. Adhérant tout à fait à ce point de vue, il nous semble que le premier des mécanismes de défenses consiste dans l'attribution d'un sens à ce qui se présente avant tout au patient comme hors-sens. Ainsi, nous ne pensons pas que le canal perceptif soit utilisé par le dément pour récupérer le souvenir (souvent irrécupérable en dehors de la présentation directe de l'objet), mais que le souvenir est convoqué pour percevoir, c'est-à-dire pour organiser la place du sujet dans la perception. (Voilà comment, dans ce que je perçois, j'ai à y faire). (Du reste, un tel recours aux représentations anciennes constitue le fonctionnement dit normal, à la différence près que chez l'adulte sain ce rappel est masqué par le refoulement et imprime invisiblement ses effets dans le transfert.) Ainsi, soit la clinique s'oriente du discours, c'est-à-dire du sens qu'on lui prête, soit de la structure du discours. La seconde option nous semble être la seule à permettre d'aller chercher dans l'actuel ce qui motive l'angoisse. Les signifiants du patients (par exemple : «je dois aller chercher mes enfants») ne seront repris par le clinicien qu'au titre où ils viennent amortir, par le manque qu'ils articulent, la dépersonnalisation ou la déréalisation actuelle. S'ouvre donc une possibilité de travail avec le dément qui s'oriente autrement que d'une notion univoque de la réalité. Nous passerions ainsi, d'un travail contre la démence, à un travail avec le dément.

III. LES SPCD ACTIFS MAL MENTALISÉS

1. Un au-delà de la régression

Pour M. Péruchon l'appareil psychique du dément connaît une *«dépsychisation flagrante»*³⁷⁵ qui se caractérise d'une *«indifférenciation des contenus et des contenant, de la cassure des chaînes signifiantes, du retour au pôle*

³⁷⁴ QUADERI, André. *Mais un dément, cela n'existe pas*, Habilitation à diriger des recherches, 2011.

³⁷⁵ FROMAGE, B ; BRESSEAU, C. *La question du sujet dans la maladie d'Alzheimer*, L'information Psychiatrique, 2006/5, vol 8, p 397-404.

*perceptivo-affectif, de la désintériorisation de l'objet et d'un désinvestissement»*³⁷⁶. A ce niveau de manifestation, il nous faut bien différencier deux principes dynamiques. La démence, de son commencement jusqu'à des phases très avancées de son expression, convoque l'angoisse du sujet. Nous avons vu que cette angoisse est multiples, qu'elle peut d'abord être dite identitaire puis archaïque, c'est-à-dire automatique. La trajectoire de cette angoisse est dérivée, façonnée par la chute des ressources psychiques disponibles. Elle est donc appréhendable négativement. Elle peut également l'être positivement si l'on considère les paliers de réorganisation psychique, c'est-à-dire les défenses spécifiquement misent en place pour préserver l'équilibre de l'appareil psychique. Ces défenses s'échelonnent du déni, des rationalisations, des conduites de compensations, à des satisfactions partielles pré-œdipiennes, au clivage des objets et à leur projection, jusqu'à l'hallucination proprement dite et les reconstructions délirantes qui peuvent lui donner sens après-coup. Ces différentes défenses s'échelonnent sur un vecteur que l'on peut dire régressif allant du secondaire vers le primaire. Ainsi, il est possible de penser l'évolution démentielle en termes de régression, que cette dernière qualifie le retour à des modes de satisfaction plus opérants que ceux, construits, qui sont sources de frustration, ou bien qu'elle ait trait à la régression de l'investissement de l'objet de la réalité vers celui hallucinatoire. Cependant, nous pensons que cette régression défensive n'a plus cours à un certain niveau de désorganisation de l'appareil psychique. Il ne nous apparaît donc pas pertinent de confondre le parcours démentiel avec un parcours régressif qui n'est qu'un moment de la plongée dans la maladie. Ainsi, il ne faut pas confondre la régression à la désorganisation du psychisme. Alors que la régression vise par paliers des modes d'organisation, la démence, parce qu'elle atteint le corps, va au-delà des possibilités organisantes du psychisme. Nous essaierons donc d'avoir un discours sur cet au-delà.

2. La démentalisation

Les SPCD actifs mal-mentalises semblent se caractériser de ne pouvoir résorber la pulsion dans la pensée. *«Le Ça se déverse alors directement dans le soma laissant apparaître un rabattement du psychisme sur le somatique.»*³⁷⁷ De ce rabattement non conversif, C. Smadja donne une définition : *«En l'absence de débouché psychique ou d'autres possibilités de décharge, l'accumulation des excitations pulsionnelles risque de conduire à un processus de somatisation, selon ce modèle théorique inspiré par celui de la névrose actuelle. Ces risques inhérents à*

³⁷⁶ PERUCHON, Marion. *Le déclin de la vie psychique*, Paris, Dunod, 1994.

³⁷⁷ GROSCLAUDE, Marie. *Démence et psychosomatique ? à propos des rapports Psyché/Soma dans la démence*, dans *Psychologie médicale*, 1991, vol 23, n°8, p 917-922.

*la démentalisation sont donc favorisés lorsque les représentations sont réduites, superficielles, procurant peu d'associations ou lorsque, traduisant un défaut de refoulement, elles répètent des perceptions vécues dans la réalité sans remaniement et élaboration psychique».*³⁷⁸ Ainsi, avec la notion de pare-excitation, «l'école psychosomatique de Paris» a élevé le concept de pré-conscient, tombé en désuétude, à la dignité d'un système permettant l'intégration pulsionnelle. Il permet pour P. Marty la secondarisation pulsionnelle. Le moyen de cette organisation, à savoir la fonction de médiation du préconscient sur «*l'impact de l'excitation*», passe par la liaison «*représentation de mot*»/«*représentation de chose*». L'activité de représentation de la pulsion implique donc une répartition et une diffusion de l'énergie, qui d'angoisse devient affect. La liaison de l'affect s'opère donc dans le système de représentation de mot qui obéit à d'autres règles que dans le système inconscient et permet une conflictualisation, un principe de négation, de non-contradiction et en dernier terme, permettent le refoulement. Mais, lorsque la conflictualité psychique ne peut être supportée par l'hallucinoire, alors l'appareil psychique est court-circuité et le corps doit céder quelque chose. Ces manifestations nous semblent correspondre à ce que nous nommons SPCD actifs mal-mentalises et se caractérisent par une décharge de l'excitation dans le corps. De ce point de vue, si nous considérons que l'activité motrice symptomatique (SPCD) est générée par la décharge de l'angoisse dans le corps, alors le comportement démentiel doit être pensé au regard de son intime relation avec l'activité de représentation. La non-médiatisation de la pulsion par la représentation nécessite que le corps et les sensations du corps soient mis à contribution pour, rétroactivement, offrir une contenance à la pulsion. Le corps se fait enveloppe (psychique).

D'une part, le fait d'entendre sa propre voie par exemple, peut permettre au dément de reconstruire une intériorité en éprouvant son enveloppe corporelle. Il produit alors une différence entre intérieur et extérieur et engage à une précaire intériorisation objectale. Ce type de manifestation nécessite donc d'avoir, à minima, une représentation de l'organe. Par exemple, le chant répétitif peut convoquer une image du larynx vibrant. A la condition que la (re)-construction de la représentation s'accompagne d'une (re)-construction de la représentation du percevant lui-même, s'étoffant par investissement libidinal, alors ladite conduite peut s'épuiser dans sa nécessité. Elle ne persistera qu'au titre de la satisfaction qu'elle procure. Dans ce cas, le dément, se percevant percevoir, réintègre l'image d'organe (par exemple) dans le Moi. Ainsi, la permanence subjective est réassurée et ne nécessite plus la décharge pulsionnelle dans le corps. Bien que l'objet ne puisse être appréhendé par la conscience, au sens d'une visée pulsionnelle, le contenant est perçu et permet un jeu d'intériorisation/extériorisation. La pulsion, bordée, trouve donc à s'organiser selon

³⁷⁸ SMADJA, Claude ; SZWEC, Gérard. *Argument*, P.U.F., Revue française de psychosomatique 2001/1 - n° 19, p 7 à 9.

des voies électives sans contaminer tous le corps. L'intervention d'un autre, l'introduction, dans le circuit pulsionnel bouclé, de son regard et de son discours, suppléants à cette conduite, peut tout à fait la rendre caduque et la faire cesser. Remarquons que, de ce point de vue, l'intervention de l'autre n'est valable qu'à la condition que le patient y engage ses propres ressources. En aucun cas il n'est pensable que l'intervention thérapeutique (et le thérapeute moins encore) ne permette quoi que ce soit qui ne soit déjà compris dans le sujet dément.

D'autre part, ce travail de pare-excitation, de bercement (par la voix ou le mouvement répétitif), peut échouer à consolider le Moi. Ainsi, la voix peut, bien qu'étant perçue, ne plus être attribuée au Moi. Elle permet, dans un retour de l'extérieur, de faire consister quelque chose du percevant, mais ne peut pas pour autant lui permettre d'exister sans elle. A ce niveau, le dément sévère ne se perçoit plus percevoir. Il est pris dans le hic et nunc de l'excitation sans autre moyen de l'éconduire que l'efférence motrice. Dans ce cas de démentisation, la perception de la motricité ne permet pas la représentation d'un contenant psychique. Les quelques objets internes qui font l'activité de pensée et orientent la pulsion, faute de contenant, se perdent également. Il en va ainsi des conduites de déambulations anxieuses à caractère de recherche. L'objet glisse à l'extérieur et seul un débordement du corps peut organiser une tendance dont on ne peut plus vraiment penser qu'elle soit pulsionnelle, faisant choir la division subjective et ne faisant persister le sujet qu'au titre où il se tient, comme pure visée, face à l'objet indéfini, irréprésenté, qui ne marque sa présence qu'au titre, réel, où il pèse tel un corps noir, de toute sa force d'attraction. En termes sartrien nous dirions que la conscience est à ce niveau une conscience (d')objet, c'est-à-dire exclusivement non thétique. Nous constatons par exemple, que certaines personnes très démentes, déambulant empreintes d'angoisse, ne trouvent à s'apaiser que lorsqu'on les a accompagnés aux toilettes. Ils n'ont aucune représentation de leur besoin, ne se l'attribue pas, ils ne l'attribuent pas au moi (c'est-à-dire qu'ils n'en font encore moins un désir : «je veux uriner»), mais sont mis en branle par le heurt de l'excitation. Ces personnes pourront, soit déambuler sans aucun objet de pensée, tentant de faire persister le corps en mouvement comme contenant, soit, ayant des possibilités de mentalisation supérieures, se feront l'idée qu'un objet leur manque, que quelque chose ne va pas qu'il faut rattraper. Ceux-là contiennent leur angoisse d'avantage dans la pensée, non pas de savoir ce qu'ils ont perdu (ce qui fait insatisfaction), mais de savoir que quelque chose c'est perdu. A rester cohérent à la place organisatrice que nous avons donné au manque, nous conviendrons donc que les dites conduites sont, en soi, une tentative d'organiser une pulsionnalité qui, manquant de vectorisation, tend à s'effondrer sur elle-même. En ce sens, la porosité de contenant psychique s'explique d'un lâché prise sur les objets internes subsistants (qui se perdent donc) au profit d'une centration sur la conduite qui maintien l'être dans un précaire et nécessaire «manque à être». De fait, la déambulation, par exemple, prend sa cause de

l'angoisse. Lorsqu'il n'y a plus d'objet interne, que la déambulation, la stéréotypie rythmique, etc., ne sont que pure décharges somatiques, alors l'intervention de l'autre dans le registre unique de la parole a toutes les chances de se solder par un échec immédiat ou se voir anéanti dans ses effets de présence (c'est-à-dire de division) dans les minutes qui suivent. Les cris reprennent alors sous les assauts de l'angoisse qui ré-émerge.

3. Monsieur Z : L'immobilité dépersonnalisante

Monsieur Z chantonne avec un vibrato dans la voie, bouche mis close, de manière très régulière. Il le fait souvent et sur des temps courts. Il est remarquable qu'il entonne ces chants dès qu'un changement intervient dans son environnement. Ainsi, dès qu'il s'assoit, cesse de marcher, attend entre deux plats à table, etc. il commence de chanter. Il nous semble qu'il convoque ainsi les sensations du corps chaque fois que ces limites subjectives risquent de ne plus trouver d'étayes. Il semble donc avoir trouvé seul, le moyen par lequel maintenir ce qui risque de s'estomper de la représentation de son monde et en particulier son monde pulsionnel. Ainsi, Dès que Monsieur Z ne trouve plus à décharger l'excitation par les voies efférentes dans le mouvement du corps, lorsqu'il cesse de bouger, vient de s'asseoir, etc. il entonne le même chant comme pour prolonger la sensation. A ce niveau, il semble que la sensation donne les moyens à la pulsion de trouver à être représentée. Ainsi, Monsieur Z, fort de cette «permanence d'exister», est toujours disponible à l'autre, il répond volontiers par des phrases courtes, immuables et peut subjectivées, garde les yeux baissés comme pour se recentrer sur l'objet voix. A ce niveau de manifestation, non seulement quelques contenus de pensée sont maintenus, mais la contenance des dits objets reste opérante à la condition de s'étayer des sensations produites à la limite du corps. Ainsi, ce procédé fonctionne parfois comme pare-excitant, apaisant l'angoisse et donc l'agitation. Pourtant, lorsque la pulsion de mort prend le pas sur la pulsion de vie, celui-ci devient pur «automatisme de répétition». A ce stade, il ne permet plus d'apaiser l'angoisse et n'est plus un embrayeur vers un mode de traitement moins couteux, mieux psychisés. Il doit donc se maintenir pour être efficient. Remarquons que, de ce point de vu, nous devons envisager les épisodes d'agitations comme des sursauts vitaux motivés par la liaison des pulsions de vie et de mort. D'une part, l'activité procède d'un sursaut vital, d'une autre part, sa pure répétition, bouclée et non-créative, équivaut à la tendance morbide. L'activité motrice est la réponse du corps à ce qui, de lui, se jouit.

4. La désorganisation pulsionnelle

Nous tenons donc, au regard des possibilités régressives, à indiquer un fonctionnement différent entre démence mentalisé et mal-mentalisé. Ces ressources ne sont pas un potentiel unique soumis à un déclin linéaire. Ainsi, la clinique atteste du fait que certaines personnes se tiennent dans un fonctionnement mentalisé très longtemps, tandis que d'autres basculent rapidement vers un fonctionnement mal-mentalisé. Il n'est reste pas moins vrai que l'observation indique une progression de l'un vers l'autre. Nous mettons cette gradation au compte de la destruction neuronale et, de fait, du «manque de mots». Le «ne pouvoir dire» équivaldrait, à ce niveau de démentalisation, à un «ne pouvoir penser». Encore une fois, la démence, plutôt que d'être une maladie de la mémoire (au sens de la fonction) nous semble être une maladie de la pensée. Nous pouvons donc penser que le «manque de manque» illustré dans la démence bien mentalisée, en vient inmanquablement à désorganiser tout l'appareil psychique pour produire une angoisse perçue mais impensable qui se décharge dans le corps. Ainsi, la loggorrhée, les hallucinations et délires démentiels, une fois épuisées les possibilités régressives, en viennent à céder leur place, dans un appareil psychique désorganisé, à une «agitation motrice» dont les possibilités de traitement du manque par la représentation, bien qu'encore opérantes, sont très largement défailtantes. C'est donc bien au titre de l'angoisse, en tant qu'elle fait signe d'une vie psychique, que ces manifestations peuvent s'insérer, non pas dans un continuum (puisque nous observons du point de vue du traitement de l'angoisse des sauts radicaux), mais dans un rapport, progressif et diversement dosé, de substitution.

A éclairer la clinique de cette lumière théorique, nous tirons certaines conséquences. Les patients logorrhéiques s'avançant dans la maladie ont largement tendance à augmenter leur comportement de déambulation, puis, au point où la déambulation cesse, ces mêmes patients basculent sur des comportements vocalisant. Ces cris se distinguent de n'être pas des appels articulés. Si nous considérons que ce qui a d'abord été traité dans le psychisme en vient à être rabattu sur une motricité compulsive, alors il nous faut considérer que les «cris post déambulation» ne sont pas assimilables à ceux qui la précèdent. De «cris qui appellent», ils sont devenus «cris qui repoussent». De fait, lesdits cris ne peuvent pas tous être pensé au regard d'une pulsion invocante, mais doivent faire signe d'une déconstruction pulsionnelle. Ils seraient donc des comportements moteurs au même titre que la déambulation l'est. Toutefois, il n'en reste pas moins que l'angoisse qui les motive peut trouver à s'apaiser dans le commerce avec un autre parlant. Ce faisant, la voix recouvre son caractère pulsionnel et la parole peut de nouveau advenir.

Bien que ces deux modèles de manifestations (démence bien et mal

mentalisée) soient très différents (encore que les tableaux cliniques pures n'existent pas), nous pensons devoir les unir dans un même ensemble au regard du traitement de l'angoisse. En effet, nous voyons que l'angoisse peut être contenue dans la pensée ou bien déborder dans le corps et qu'elle peut investir un contenu représentatif ou non. Pour autant, elle se définit toujours d'être somato-psychique et d'être consciente ou pré-consciente. *«C'est bien pourquoi l'affect, même dissocié de la représentation, s'appelle encore une «présentation» pulsionnelle. Sa fonction de présenter le corps dans l'âme en fait déjà une grandeur psychique.»*³⁷⁹ A ce niveau d'organisation, l'angoisse est pré-objectale et se motive d'un «trop de présence» de l'Autre.

II. LES SPCD PASSIFS : VERS UNE DÉMENTALISATION ?

*L'un de nous a prononcé le mot
«immanence» : il s'est perdu.
Un autre a ramassé le mot tombé par terre
- il criait, l'homme -, puis il est mort.*³⁸⁰

1. D'une angoisse non-perçue

Nous nous proposons de soutenir l'hypothèse selon laquelle les spcd passifs sont, contrairement aux apparences, la manifestation de l'angoisse du sujet. Les spcd actifs, alors qu'ils trahissent un lourd affaiblissement de l'instance moiïque, montrent dans le même temps qu'une angoisse est perçue consciemment (ce qui ne veut pas dire qu'elle soit reconnue dans sa qualité d'angoisse) et donc que le Moi n'est pas totalement détruit. En effet, nous avons vu que le discours des patients sur «l'urgence de partir», ou encore l'agitation motrice elle-même, nécessite qu'une instance psychique traite la charge d'angoisse. Il semble qu'il en va autrement dans le cas des spcd passifs. L'angoisse est non-consciente, du fait même de la chute totale de l'instance dédiée à la perception/conscience, c'est-à-dire du Moi. Pour autant, elle n'est pas sans effets. Pour comprendre notre hypothèse et en saisir l'intérêt nous développerons deux points :

- L'angoisse est non-consciente.
- La pulsion n'exerce plus de tension. (Ce qui n'est pas dire qu'il n'y a plus de poussée. L'absence de plus de jouir, n'implique pas l'absence de jouissance.)

Pour Isée Bernateau (dressant un tableau métapsychologique de Georges

³⁷⁹ RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006, p 478.

³⁸⁰ VOLUT, Dorothée. *À la surface*, Eric Pasty Editeur, 2013, p 86.

Perec), la déconstruction des représentations neutralise les perceptions «*en ne les distinguant plus les unes des autres*».³⁸¹ La première des conséquences en est, selon elle, la prédominance du principe de Nirvana qui se définit d'être un principe «*de réduction économique des excitations internes et externes*»³⁸². Ainsi, l'aplanissement des représentations les rendant à leur indifférenciation originelle, leur «soupe primordiale»³⁸³, traduirait à la fois l'indifférenciation et l'indifférence caractéristique de la pulsion de mort. «*Le plaisir d'ouïr (est un) préalable nécessaire à un désir d'entendre, (de même) un "plaisir de penser" doit précéder un "vouloir" ou un "désir de penser"*»³⁸⁴. Il faut que la psyché soit une «zone-fonction» dont «l'idée» soit l'objet pour que, d'une part le représentant se sépare du représenté et que, d'autre part le représentant investisse le représenté. Ainsi, nous avons vu avec les SPCD actifs que le «désirer penser» est corrélatif de l'organisation du Moi et qu'il peut donc se désolidariser du trajet pulsionnel pour laisser la pulsion se décharger dans le corps. Nous verrons avec les SPCD passifs que le «plaisir de penser» peut lui-même s'évanouir laissant ainsi la pulsion en dehors de tout ce qui peut en venir à la représenter dans le psychisme. Les temps d'inactivité seraient donc en large part des temps atemporels de «vide de la pensée» dont nous avons vu qu'ils devaient être interrogés au regard des consciences thétiques et non thétiques. Ainsi, l'aperception, par définition «conscience de percevoir» ou «connaissance réflexive», semble achopper. Cette dégradation moïque, où le jugement d'attribution persiste tandis que le jugement d'existence s'effondre, n'est pas sans conséquences sur le vécu d'angoisse. D'abord au titre de son déclenchement, mais également au titre de ce qu'il est possible au sujet d'en percevoir. De fait, cohérent à la découverte freudienne, nous postulons que l'appétition (pour Thomas d'Aquin : visée du bon) est première sur l'aperception (visée du vrai), qui ne la recouvre que dans le second temps, fantasmatique, de la présentation dans la dimension du langage de l'innommable de la rencontre à l'objet. Comme nous l'avons développé, il nous faut donc considérer que le sujet continue d'avoir affaire aux effets du réel, quand bien même celui-ci ne trouve plus à se masquer de langage. De fait, ce qui «se joui» du sujet, que nous nommons angoisse pour souligner la précarité de son traitement par l'appareil psychique, continue de se présenter aux portes du sujet.

Pour saisir les ressorts de cette «non-conscience de l'affect», il nous faut faire un retour sur le concept de «pare-excitation» qui nous permet, à partir d'un autre discours, d'entrevoir que la non-représentation psychique de la pulsion n'équivaut pas à un contournement complet de l'appareil psychique. Quelque chose y fait

³⁸¹ BERNATEAU, Isée. *Psyché prise au corps*, dans «Le corps de Psyché», puf, 2013, p 88.

³⁸² BERNATEAU, Isée. *ibid.*

³⁸³ Voir physique nucléaire et physique des particules.

³⁸⁴ AULAGNIER, PIERA. (1975) *La violence de l'interprétation*, Le fil rouge, puf, 2010, p 71.

passage, ou frayage, sans pour autant y faire trace. Autrement dit, ce qui pousse encore de la pulsion «traverse» le système psychique sans rencontrer la résistance du Moi qui semble être à l'origine du traitement de la pulsion par la représentation. Ce travail de pare-excitation serait donc la condition nécessaire de la perception (et de la conscience) de l'excitation. Nous en déduisons que le Moi, plongeant dans le pré-conscient, est largement détruit dans la démence sévère ou du moins, ne s'imprime d'aucune résistance à l'excitation lors des moments qui se manifestent par les SPCD passifs. Ainsi, le moi n'intégrant plus les «petites perceptions» qui lui arrivent, ne serait plus en mesure de les unifier à partir d'une aperception consciente. Autrement dit, ce qui pousse de l'excitation, ne fait plus tension pulsionnelle.

2. L'analogie avec la douleur

La disparition de l'instance moïque, lieu de la perception-conscience, a des effets sur la qualité de l'angoisse. En effet, l'angoisse prend sa fonction de signal de frayer l'appareil psychique et de reproduire, a minima, les conditions dans lesquelles celui-ci a déjà vécu le traumatisme de l'irruption violente d'une charge d'excitation. Le système pare-excitant offre «(...) *une surface de résistance ayant subi une neutralisation des investissements, mais susceptible de recevoir, d'éponger et de transmettre les excitations de l'extérieur*»³⁸⁵. C'est donc la résistance du système pare-excitant qui prend la mesure, dans une tentative de réduction de son potentiel d'excitation, de la charge d'angoisse. Ainsi, c'est la résistance qui fait la conscience de l'angoisse. Nous comprenons que l'absence d'affect d'angoisse ne veut pas dire absence d'angoisse, mais absence de perception de l'angoisse.

Il est ici possible de faire une analogie avec la douleur, qui est le lieu de questionnements éthiques de premiers ordre et de première nécessité dans la prise en soin des patients les plus atteints, dans la mesure où «*lors de l'événement de douleur, c'est manifestement la quantité (Q) qui fait effraction en venant de l'extérieur*»³⁸⁶, mais également parce qu'«(...) *Il faut faire intervenir dans (...) le phénomène subjectif de la douleur (...) non pas seulement cette effraction d'une force externe, mais encore l'instauration d'une source interne d'énergie et surtout le travail psychique sur place (...)*».³⁸⁷ qui circonscrit et bloque l'objet douloureux.

³⁸⁵ GREEN, André. (1983), *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, Les éditions de minuit, 2010, p 120.

³⁸⁶ FREUD, Sigmund. (1895) *Esquisse d'une psychologie scientifique*, (première parution en 1950) document en ligne, WWW.lutecium.org/Jacques_Lacan/transcriptions/freud_esquisse_fr.pdf, trad Suzanne Hommel.

³⁸⁷ LAPLANCHE, Jean (1980) *Problématiques I, L'angoisse*, puf, 2006, p 194.

Canguilhem indique à ce sujet, citant Leriche, que : *«La douleur physique n'est pas un simple fait d'afflux nerveux courant d'une allure déterminée dans un nerf. Elle est la résultante du conflit d'un excitant et de l'individu entier.»*³⁸⁸ Canguilhem ajoute *«Il nous paraît tout à fait important qu'un médecin proclame que l'homme fait sa douleur - comme il fait une maladie ou comme il fait son deuil - bien plutôt qu'il ne la reçoit ou ne la subit.»*³⁸⁹ Ainsi, cette «pseudotrieb» qu'est la douleur, n'est conscientisée par *«le sujet qui l'éprouve»* que du fait d'un «contre-investissement» défensif de la représentation contre la charge d'excitation externe qui fraye l'appareil psychique. De la même manière que la résistance consciente ou pré-consciente à la douleur en accroît la perception (et permet peut-être d'en éviter les ravages) et que l'attention portée ailleurs la minimise, la non-résistance à l'affect effractant implique son invisibilité pour la conscience. *«Il est connu que, pour les douleurs dans les organes internes, nous recevons des représentations spatiales et autres de telles parties du corps, qui d'habitude ne se trouvent pas du tout représentées dans l'activité de représentation consciente. Le fait remarquable que, en cas de déviation psychique par un intérêt d'une autre espèce, les douleurs corporelles les plus intenses ne se produisent pas (on n'a pas le droit de dire ici : restent inconscientes), trouve lui aussi son explication dans le fait de la concentration de l'investissement sur la représentance psychique de l'endroit du corps douloureux.»*³⁹⁰ Comme l'indique cette citation de Wilhelm Busch rendue célèbre par Freud : *«l'âme se resserre, toute entière, au trou étroit de la molaire»*³⁹¹. Bien que le texte de Freud appuie sur la concentration de tous les investissements secondaires sur le narcissisme primaire, nous pouvons quant à nous insister sur le fait que le Moi semble, par ce contre-investissement, résister. C'est la résistance qui prend mécaniquement la mesure de la pénétration du stimulus dans le système psychique. Ainsi, sans le Moi (au sens de la perception/conscience), pas de douleur. L'hystérie par exemple a pu offrir à voir que le Moi pouvait négativer certaines douleurs par une opération de clivage. Pour le moment, nous notons que le système pare-excitant fonctionne par liaison de la charge d'affect à une représentation. Cette opération réalise la possibilité d'investissement libidinal d'une excitation. Ainsi, c'est l'investissement pulsionnel et la liaison à une chaîne de représentations qui, dans leur fonction de «colmatage», détermine la perception du stimulus. Ainsi, la chute de la résistance n'est pas la chute de l'excitation, dont on ne sait pas ce qu'elle devient. La question se pose donc de savoir ce qu'il advient de l'excitation lorsque sa représentation elle-même semble totalement dissoute.

³⁸⁸ CANGUILHEM, Georges. (1966) *Le normal et le pathologique*, puf, 2010, p 56.

³⁸⁹ CANGUILHEM, Georges. op. cit. p 57.

³⁹⁰ FREUD, Sigmund. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, 2009, p 83-84.

³⁹¹ FREUD, Sigmund. (1914) *Pour introduire le narcissisme*, dans «La Vie sexuelle», Paris, Puf, 1969.

Nous avons pu voir que le non-représenté, c'est-à-dire ce qui, dans sa forme, ne peut renvoyer à aucune autre connue du sujet, équivaut chez Freud au «trauma». Le trauma se définit à la fois d'être un stimulus qui se présente pour la première fois, donc non encore re-présenté et en même temps comme un irreprésentable, c'est-à-dire que la trace du trauma, parce qu'elle est trop chargée d'excitation, ne peut pas s'insérer après-coup dans l'ensemble des représentations. La non-inscription de l'excitation excessive, qui tout de même fraye l'appareil psychique, engage donc le psychisme à souffrir de ce qu'il ne recouvre pas. Il y a là «manifestation du réel.» Dans le cadre de la démence sévère, nous avons établi que la valeur traumatique de l'excitation, sa non-représentation, est d'avantage le fait de la défaillance du système pare-excitant que de l'excitation elle-même. Pour F. Bianchi *«ce quelque chose se serait inscrit au niveau cérébral (synaptique) comme un « signe de perception», ayant une qualité prépsychique : elle ne s'est pas psychisée par manque de processus d'élaboration, voire de transcription»*.³⁹² Ainsi, la démence sévère, et en particulier les SPCD passifs, nous engagent à penser la perception au niveau le plus somatique qu'il soit. Nous nous approchons dans notre compréhension des SPCD passifs d'un très joli tableau d'Esquirol : *«Plusieurs de ceux qui sont en démence ont perdu la mémoire, même pour les choses qui touchent de plus près à leur existence. Mais c'est surtout le faculté de rappeler les impressions récemment reçues qui est essentiellement altérée ; ces malades n'ont que la mémoire des vieillards ; ils oublient dans l'instant ce qu'ils viennent de voir, d'entendre, de dire, de faire ; c'est la mémoire des choses présentes qui leur manque, ou plutôt la mémoire ne les trahit-elle point, parce que les sensations étant très faibles, les perceptions l'étant aussi, ne laissent point ou presque point de trace après elles»*.³⁹³

Toutefois, non seulement nous indiquons que les perceptions ne sont pas à ce stade simplement diminuées en quantité, elles le sont en qualité (trace perceptive), mais également nous appuyons sur le fait que ce traitement précaire de l'excitation a des effets d'angoisse. Autrement dit, il est impensable que la démence sévère permette un traitement de l'objet qui ne se distingue de la pleine santé que d'être soumis à un oubli aussi rapide que massif. Nous soutenons que l'objet perçu l'est avec si peu de réalité que sa mémorisation en est de facto compromise. Nous en trouvons un exemple dans le peu d'affect que déclenche la présentation d'un objet d'amour ou d'attachement. Ce manque de réalité (ou de présence) de l'objet l'engage à ne s'inscrire que très peu dans la mémoire. Ainsi, l'affect n'est pas qu'un ressort de la mémoire, il est la mémoire (qui situe le sujet dans son rapport à l'objet). Le non traitement de l'excitation sur le plan de l'affect implique de fait l'angoisse (soit qu'il

³⁹² BIANCHI, Ferruccio. *La notion de trace perceptive : quelques hypothèses sur l'origine de la pulsion de mort*, puf, Revue française de psychanalyse 2007/4 - Vol 71, p 1151 à 1171.

³⁹³ ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. (1838), *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, J.B. Baillière, libraire de l'Académie Royale de Médecine, vol II, site Gallica, mise en ligne 2007, p 44-75.

soit délié d'une représentation soumise au refoulement, soit que le manque réel de la représentation interdit l'affect lui-même).

3. Le sur-investissement des bords

Les SPCD passifs ressortissent donc d'économie psychique particulière. La représentation de chose semble achopper, c'est-à-dire que la traduction psychique de l'excitation elle-même semble compromise. Non seulement la représentation d'un objet, qu'il soit persécuteur ou de satisfaction, est entravée, mais la constitution d'une image de l'excitation semble également impossible. C'est le fonctionnement primaire lui-même qui est enrayé au profit d'une «perception pré-psychique» qui traduit d'avantage la quantité d'excitation qu'elle n'a les moyens d'en traduire la qualité. Là où les SPCD actifs mal mentalisés permettent l'investissement d'une représentation de l'excitation, tel par exemple la production d'une image souffrante du corps, les SPCD passifs en trahissent parfois l'impossibilité. Ainsi par exemple, le bruit d'un claquement de porte peut déclencher l'angoisse signalée s'il surgit par la porte quelqu'un d'imprévu. A un autre niveau, l'angoisse automatique peut survenir s'il n'est simplement pas possible de supposer la cause du claquement de porte. L'angoisse pointe là de fantasmer que quelque chose échappe à la rationalité traditionnelle. A ce niveau, *«s'il existe un doute à propos du degré de réalité du dehors, c'est que du dedans rejeté l'investit»*³⁹⁴. Un niveau encore inférieur de déclenchement de l'angoisse, qui joue son rôle dans les SPCD actifs, est la difficulté de mettre une image (de porte qui claque) sur le bruit entendu. Le sujet se demande alors qu'est ce qu'il a entendu et pourra plaquer secondairement une imagerie angoissante sur l'évènement traumatique.

L'angoisse dont il s'agit dans les SPCD passifs n'a pas trait à ces différents niveaux de béances dans la compréhension. Les personnes qui y sont sujettes ne sont jamais surprises par ce qui échappe au sens commun, pour la raison qu'elles fonctionnent en deca dudit sens et ne peuvent associer une image de chose à une excitation. Elles se tiennent dans le champ d'un hors-cause, qui les marque pourtant de ces effets. Ce qui donc peut déclencher l'angoisse est le caractère éfractant du bruit lui-même. C'est cette absence de traduction psychique qui en conditionne la non-conscience. Pour autant, comme nous l'avons vu, la vigilance au monde extérieur des personnes qui fonctionnent à ce niveau indique que la non-conscience de l'excitation n'en est pas la non-perception (au sens de la trace perceptive ou de la conscience (d')objet de Sartre). Ainsi, le bruit irrupteur s'il n'est pas contre-investi doit logiquement irradier tout le sujet, qui n'a plus affaire à ce niveau à un «avoir mal», mais qui, traversé par l'excitation, «est douleur». Or, ce que nous observons

³⁹⁴ POMMIER, Gérard. *Qu'est-ce que le «réel» ?*: Essai psychanalytique, Erès, 2004, p 19.

contredit que toute stimulation incursive (la porte qui claque par exemple), n'étant pas isolée, concaténée et éconduite par sa représentation, vienne totalement perturber le sujet. L'angoisse ne transparait pas, contre toute attente nous n'observons pas d'agitation massive. L'absence de distinction intérieur/extérieur, rend caduque les conduites d'aspiration d'air souvent associées à la survenue de l'effroi (ou de la surprise), de même puisque la cause de l'excitation n'a pas de réalité psychique, ces personnes ne tournent pas la tête vers sa source potentielle. Pourtant, dans ces moments là, certaines personnes froncent les sourcils ou écarquillent les yeux. Le plus souvent certaines d'entre elles, si la source d'excitation ne s'éteint pas rapidement, s'agiteront. Preuve s'il en faut que la stimulation est bien perçue.

J. Press indique qu'il n'y a pas d'inscription (psychique) au moment du traumatisme : *«Quelque chose s'est passé qui n'a pu s'inscrire psychiquement et à ce quelque chose correspond dans le psychisme une zone vide, "vide" étant ici à prendre au sens de non psychisé et/ou non psychisable. Ce vide (zone de non-psychisable) même agit comme effraction du pare-excitation et provoque un surinvestissement à ses bords»*.³⁹⁵ A suivre cette hypothèse, il n'est donc pas juste de penser que le contre-investissement libidinal de l'excitation est aboli. Si la représentation dans le psychisme de l'excitation fonctionne comme contre-investissement de la tension induite dans le système par l'excès d'excitation (résorber la violence du bruit dans et par l'image d'un claquement de porte), alors il nous faut faire le pari qu'existe un autre mode de contre-investissement. Cette vigilance tranquille nous convoque à penser que l'excitation, pour ne pas être désorganisante, est contre-investie en ses bords, c'est-à-dire isolée. Le sujet investi ce qu'il a de libido, non pas dans la représentation de la chose, mais dans le barrage de l'excitation. Il mobilise alors toutes ses ressources attentionnelles puisqu'il n'a pas d'autres choix que de les déployer grossièrement, ce qui rend difficile la construction d'un acte dans le temps (tel que de se nourrir). En plus d'effets d'angoisse, ce type de rapport immédiat entrave largement la temporalité nécessaire à l'émergence d'une action, dirigée vers un objet, et visant la satisfaction. Ainsi, même les personnes qui ne semblent pas s'agiter à table par exemple, verront leurs difficultés à manger largement majorées. Selon ce modèle, il nous faudrait donc considérer que le système psychique continu de pare-exciter les stimulations qui lui parviennent, soit comme représentation de chose déliée de toute organisation temporelle et de tout tissus associatifs, soit comme pure intrusion, violence immédiate et an-objectale. Nous rejoignons ici la notion de «trou» qui interviendrait dans la démence à un niveau de désorganisation généralisée, qui ne se verrait recouvrir par aucune construction hallucinatoire et qui serait en soi le lieu cause de l'angoisse (en tant qu'elle est hors-cause). Les SPCD passifs signent donc la chute

³⁹⁵ PRESS, J. *La perle et le grain de sable*, éd Delachaux & Niestlé, coll Champs psychanalytiques, 1999, p 69.

radicale du Moi et de fait, puisque «*le signal d'angoisse se produit au niveau du moi*»³⁹⁶, une immanence qui implique sa non-perception consciente. La simple observation situe donc l'angoisse du côté des spcd actifs. Pourtant l'angoisse, en tant qu'elle est le fond de la vis psychique, est toujours présente. Les moments où l'angoisse est observable ne caractérise pas son émergence, mais celle de l'instance qui en permet la traduction, la lecture et enfin la liaison (métabolisation). A considérer «*l'angoisse comme énergie*»³⁹⁷, il est donc certainement plus juste de dire que les spcd passif sont un «tout angoisse» plutôt qu'une absence totale d'angoisse. Fonctionnant en-deçà de toute possibilité fine de pare-exciter les stimulations environnementales, ce niveau d'organisation implique un engagement massif des ressources attentionnelles pour border l'inassimilable du trauma.

4. La poussée pulsionnelle

Une telle idée du surinvestissement des bords et du rabattement des excitations sur leur niveau de présentations le plus perceptif, nous nous renseigne pas tout à fait sur ce qu'il advient de la poussée pulsionnelle. En effet, même à considérer que les excitations externes ne soient pas perçues, il nous faut comprendre ce qu'il advient des excitations internes, c'est-à-dire des pulsions auxquelles, a priori, le sujet ne peut échapper. Peut-on considérer que les pulsions ne poussent plus ?

Pour Ferenczi, le grand âge coïncide avec l'abandon des investissements d'objet et une régression au narcissisme, liés à un arrêt de la production libidinale. Il dit de l'économie libidinale des personnes âgées qu'elle est comparable à «*l'assèchement d'un golfe coupé de la mer et qu'aucun fleuve ne vient alimenter*»³⁹⁸. Nous pourrions donc à première vue inscrire cet effondrement libidinal démentiel dans le cadre plus large d'une dégénéralisation de la libido, puis de l'affaissement global de cette dernière relatif au vieillissement. Toutefois, ce que les SPCD passifs donnent à voir ne permet pas de penser que l'investissement libidinal reflue sur les objets anciennement prisés pour finalement se centrer exclusivement sur les sensations du corps. Bien que nous puissions clairement observer l'absence de «jugement d'existence» et un fonctionnement primaire dans certains stades démentiels, nous ne pouvons tirer les mêmes conclusions en ce qui concerne le stade relatif aux spcd passifs. Bien que la démence semble être

³⁹⁶ LACAN, Jacques (1960-1961). Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2001, p 421.

³⁹⁷ LACAN, Jacques. *ibid.*

³⁹⁸ FERENCZI, Sandor. (1921) *Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge*, Œuvres complètes, tome III ; 1919-1926, Payot, 1974, p 150-155.

accompagnée d'une «*diminution de la libido et des investissements objectaux*»³⁹⁹, il apparaît que le stade sévère de la démence ne peut trouver toute son explication dans la théorie de la régression.

Bien que certains sujets déments sévères puissent se centrer exclusivement sur une zone ou sensation du corps (pour certains sur des douleurs chroniques attestant dans ce cas d'un certain narcissisme primaire), sur des objets hallucinés entre les doigts (sur lesquels nous aurons à revenir), sur quelques boutons ou pan de tissu qui sont soutenu comme des objets détachés, qui risqueraient de tomber des vêtements auxquelles ils appartiennent, nous n'observons pas de traits régressifs. Dans ces tableaux cliniques, l'intérêt ne semble être porté à aucun objet du Moi, aucun bastion reculé précairement conservé. Aucun primat donné à tel ou tel stade psycho-sexuel, à un appel incoercible à la présence d'un autre, à l'auto-érotisme ou à un fonctionnement primaire délirant diversement hypocondriaque, automutilatoire ou encore érotomaniaque, aucun intérêt électif pour une douleur, une partie du corps, un objet tel un chausson qui se dérobe régulièrement, une paire de lunette, une chevelure revêche, l'auto-conservation elle-même semble être détruite où défailante et expose le sujet à beaucoup de danger (épuisement, chute, refus alimentaire, etc.). L'économie libidinale de la démence sévère, à ce niveau de fonctionnement passif, semble se tenir en deçà de ces types d'organisations et de rapports à l'objet. Ainsi, bien qu'il soit observation une régression sur le narcissisme primaire, nous n'observons pas de pallier régressifs qui consisterait en un retour à des modes de satisfaction passés et en une centration sur des modes privilégiés de satisfaction. Pour M. Peruchon, avec laquelle nous nous accordons à penser que la démence provoque une «sortie» hors du champ du mentalisable : «*certaines configurations de démences séniles de type Alzheimer «pauvres» sont marquées par un désinvestissement massif et exemptes de possibilité régressive*»⁴⁰⁰. De fait, la chute de la poussée pulsionnelle ne peut trouver une explication qui soit suffisante et spécifique dans la théorie de la régression. Alors, comment expliquer l'apparent effondrement de la libido autrement que par l'aphanisis (au sens de Ferenczi) et la régression ?

Comme nous l'avons vu, le système pare-excitant est un système de liaison qui permet avec une petite dépense d'énergie, de réduire le potentiel irrupteur d'une stimulation. Le manque de représentation de mot conduit dans un premier temps l'appareil psychique à contre-investir l'afflux d'excitation par la représentation de chose, plus coûteuse car non bordée par le refoulement qu'implique le signifiant. Par suite, la représentation de chose elle-même s'estompant, le système pare-excitant, pour limiter l'hémorragie, investit les bords du trou creusé par l'effraction du non-

³⁹⁹ PERUCHON, Marion. *Identité et vieillesse. Point de vue métapsychologique*, dans «Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement», vol. 2, n° 2, 125-31, juin 2004.

⁴⁰⁰ PERUCHON, Marion. *ibid.*

représenté. Ce «*surinvestissement à ses bords*»⁴⁰¹ semble être particulièrement couteux en libido puisqu'il fonctionne avec une énergie libre, non concaténée, qui se ressert tout entière autour d'un «ça souffre». Ainsi, la libido semble toute entière mobilisée à border l'excitation au service du principe de plaisir et de sa tendance à l'homéostasie. Le système perception-conscience effondré, ne permettant plus d'abaisser le potentiel d'action de l'excitation pour la traiter dans le psychisme, implique qu'une grande quantité de libido soit requise par le contre-investissement. Ainsi, l'hyper-vigilance et la non-fermeture des zones érogènes laisse entendre que la pulsion de mort n'a pas remporté la guerre et que la libido ne s'est pas complètement effondrée, pour autant, elle semble toute entière mise au service du système pare-excitant.

Cette position conceptuelle quant à l'investissement libidinal nous permet de penser les spcd passifs en tant qu'ils ne sont pas un désinvestissement, mais un sur-investissement de la «trace perceptive» effectivement éffractante. Nous comprenons donc que ces sujets atteints de démence sévère ne sont pas «coupées du monde» ou bien en «retrait du monde», mais dans ce que nous appelons une «vigilance sereine». En effet, il semble que la coupure d'avec le monde nécessite l'absence d'un traitement libidinal de l'excitation. De même, il semble que le retrait nécessite un repli de la libido sur les objets internes anciennement investis et une impossibilité de traiter les nouveaux (radotage, centration sur le corps, etc.). Bien au contraire de ces deux cas de figures l'état de «vigilance sereine», que nous ne nommons ainsi qu'au titre unique de l'observation, peut s'expliquer de la surdétermination des deux phénomènes que nous apportons:

-le trou dans les représentations

-le sur-investissement des bords

La conséquence en est que la libido est mobilisée pour faire front aux excitations d'un monde an-objectal. La double implication en est l'absence de décharge libidinale par les voies efférentes du corps ainsi que la non-conscience, ou l'extreme imprécision, de la stimulation du système pare-excitant. L'excitation semble donc ne plus avoir d'effet sur le sujet qui pourtant l'investi dans la tentative de ne pas venir totalement s'égaliser à l'excitation qui le heurt.

Les SPCD actifs bien mentalisés traitent certaines perceptions, internes ou externes, par l'hallucination. De même, les SPCD actifs mal mentalisés traitent des perceptions spécifiques en les déchargeant par le circuit efférent. Bien que quelque chose achoppe de la re-présentation, ces excitations sont re-connues comme «image de chose». Or, dans les cadre des SPCD passifs, il nous faut faire l'hypothèse d'un contenu de pensé pré-symbolique, voir pré-psychique. Ce n'est pas tant telle ou telle

⁴⁰¹ PRESS, J. *La perle et le grain de sable*, éd Delachaux & Niestlé, coll Champs psychanalytiques, 1999, p 69.

charge d'excitation qui est non-conflictualisable, non-représentable dans tel registre ou encore non-psychisable, mais au contraire, d'une manière non-différencié, ce sont toutes les excitations quelles qu'elles soient, qui semblent ne pas trouver le chemin d'une quelconque perception. Leur caractère traumatique se prend d'un excès quantitatif de l'excitation qui est le résultat de la non-résistance du système lui-même. Ainsi, les SPCD passifs ne semblent pas être le fait d'un inconciliable ou d'un irréprésentable de la chose perçue, mais la conséquence du vacillement de l'appareil percevant lui-même. Tout ce passe comme si le système psychique affaibli devait dépenser d'autant plus d'énergie qu'il manque de ressource et, ce faisant, s'affaiblissait de plus en plus. *«L'acte de "réfléchir" est une activite du Moi qui exige du temps, qui ne peut pas avoir lieu quand le niveau de l'affect met en jeu de grandes quantites (Q η).»*⁴⁰² Ainsi, la charge d'affect excédante, traumatique, contrevient au travail de penser. Or, dans la démence, il semble que le travail de penser, désorganisé, contrevient lui-même à l'abaissement de la charge d'affect. De fait, toute présentation d'un stimulus est potentiellement traumatique. Le mécanisme est donc bien différent que celui que Freud établie dans l'Esquisse. D'une part l'affect n'est pas traité car l'appareil psychique n'en a pas les moyens, d'autres part, le démantèlement de la capacité de penser implique que tout affect, même ceux qui ont déjà frayé l'appareil psychique et qui ne sont plus, de fait, traumatique, fasse courir un risque de ravage à l'appareil psychique. Cette surdétermination semble ne pas pouvoir offrir d'issue favorable au traitement de l'angoisse.

Avec une telle idée de la place du corps dans la psychopathologie démentielle, et en particulier du rôle majeur du cerveau en tant qu'il est le véhicule de la psyché, il est particulièrement ardue de trouver dans la théorisation de la psychose des outils pour penser la démence. Nous l'avons vu quant au concept de régression, mais cela est également vrai du concept d'hallucination négative ou encore de forclusion qui, à ce stade très avancé de la progression démentielle, ne nous sont pas d'un grand secours dans la mesure où il semble que ce soit dans le corps du dément sévère que le réel se loge et que le mot s'efface. C'est à partir de là qu'il nous faut penser la démence et prendre à rebours la pensée classique. Ainsi, à la place de dire : l'inconciliable de la représentation (refoulement) ou l'irréprésentable de la conciliation, c'est-à-dire du rapport (forclusion), constitue le ferment d'un trou dans le tissu associatif par lequel le sujet tente et échoue à se représenter. Nous devrions peut-être dire à propos de la démence : Le trou dans le tissu associatif des représentations détruit d'abord le représentant de la représentation, puis la représentation et enfin l'instance représentante elle-même. C'est-à-dire que le manque du mot produit d'abord un rabattement sur la représentation de chose, dont

⁴⁰² FREUD, Sigmund. (1895) *Esquisse d'une psychologie scientifique*, (première parution en 1950) document en ligne, WWW.lutecium.org/Jacques_Lacan/transcriptions/freud_esquisse_fr.pdf, trad Suzanne Hommel.

la première des conséquences est la chute du refoulement, mais surtout attaque la division subjective nécessaire à la différenciation d'un intérieur et d'un extérieur au sujet, ce qui aura pour conséquence dernière, non pas une régression sur le primaire, mais une destruction du primaire. Le sujet dément sévère en proie à la manifestation d'un SPCD passif, ne se faisant plus «instance représentante» ou «contenant psychique», en vient à «regarder sans plus rien voir»⁴⁰³. C'est-à-dire qu'à ce degré de démentalisation, la pulsion n'a plus de représentant : elle est an-objectale. Autrement dit, bien qu'elle soit motivée d'une effraction réelle, elle ne s'oriente pourtant plus de ce qui la cause. (Pour exemple, le regard (objet a) ne s'articule plus comme retour persécutif.)

5. Les SPCD passifs et la sollicitation de l'autre

Cette approche des spcd passifs soulève une question fondamentale qui a trait au désir lui-même dont il nous faut l'articuler à l'extinction pulsionnelle. Dès lors que nous avons défini ce concept, avec Lacan, comme champ de l'aliénation à l'Autre en même temps que comme champs du refus d'y venir satisfaire totalement, il n'est pas inintéressant de poser la question dans une forme retournée : Pourquoi ces personnes semblent répondre positivement, dès lors qu'elles les comprennent, aux demandes qui leur sont faites ?

Ce qui vient encore à poser problème dans la compréhension de cet état ressortit de ce que la sollicitation par un autre est accueillie sans jugement subjectif, sans positionnement face à la demande de l'autre de faire telle ou telle chose (manger, se lever, etc.). Ainsi, nombre des patients dits apathiques répondent par l'action motrice à la sollicitation du personnel de faire, sans que rien ne puisse être perçu par le patient du sens de l'action, ni de celui, pragmatique, de la demande. Nous avons donc pu observer qu'à l'injonction énigmatique de soignants «Suivez-moi !», sans d'autres formes d'explications, les patients se mettent en mouvement et suivent (vers l'inconnu) le soignant qui impose l'acte. Ainsi, cet «être au monde» ne se superpose pas au tableau clinique de la catatonie. Bien que l'on puisse retrouver dans les deux cas la perte de l'initiative motrice, la raideur généralisée, l'attitude figée, la catalepsie et l'écholalie, il nous semble devoir faire cas, dans un souci de diagnostic différentiel, de ce qui se manifeste dans la démence sévère comme «acceptation passive». Cette position face à l'autre, loin d'être comparable à ce qui s'observe transitoirement dans la schizophrénie catatonique, semble être la règle dans la démence sévère à manifestation passive. En effet, le dément apathique accepte volontiers qu'on lui «fasse faire». La position passive, sans qu'y soit adjoint une quelconque jouissance, lui est permise si un autre supplée à la perte d'élan

⁴⁰³ BERNATEAU, Isée. *Psyché prise au corps*, dans «Le corps de Psyché», puf, 2013, p 88.

motivationnel. De quel ordre est donc cette suppléance ? Nous avons affaire, du point de vue de l'observation, à deux types de positionnement et d'amorçage de l'action :

- La suggestion transitive
- L'amorçage physique

D'avoir épinglée avec Lacan l'angoisse comme la «*la sensation du désir de l'Autre*»⁴⁰⁴ nous a permis de soutenir qu'à l'absence de perception consciente correspond une absence de l'Autre en tant qu'il manque comme manquant. La non-cession de l'objet dont la perte est nécessaire à produire une représentation de la cause puis, l'articulant au fantasme, une articulation de la cause du désir, implique un collage à l'objet, un vécu d'immédiateté ainsi qu'une résorption du désir. Autrement dit, le dément, ne pouvant mettre une image sur ce qui lui arrive, ne peut plus aliéner son désir. Par exemple, tiraillé par la faim, il ne s'hallucine pas manger. La production imaginaire qui représente une projection du sujet en avant, l'engage normalement à venir coller à cette image. Il fait. Ce n'est pas le cas des déments dits apathiques ou apragmatiques, pour lesquels plus rien ne vient faire cause initiale, motivation à faire.

6. Le deuil et l'aphanisis du désir

Cette nécessité de puiser dans les représentations pour saisir ce qui, dans l'actuel, se présente de la pulsion, en appelle à une vectorisation temporelle de la pulsionnalité. Elle produit nécessairement la dimension temporelle du passé (dans un procès de retrouvailles) et, tout aussi nécessairement, implique l'émergence d'un futur de l'action. Le désir en passe par l'image renvoyée de l'autre d'un changement d'état, d'une sortie de l'immobilisme, d'une diplopie que le déliaison pulsionnelle vise et tend à résorber (pulsion de mort). L'action nécessite la liaison pulsionnelle dans la mesure où le sujet se faisant autre, se voyant faire, agir, penser, se projette en avant de lui-même ; en terme heideggerien, il «*a à être*». Ainsi, l'Autre implique le temps. Inversement, la chute des représentations induit un non recours à l'Autre et donc une chute du désir, c'est-à-dire l'apathie, une identité d'être (n'être qu'égal à soi) et enfin l'impossibilité de la subjectivation du fait de l'absence de détours par l'Autre qui règlent le rapport aux objets. L'a-topisme implique l'a-temporalité. Le manque du manque dans l'Autre réalise donc l'effondrement du désir. En ce sens, nous ne pensons pas qu'une quelconque dépression puisse expliquer l'apragmatisme des déments sévères. A ce degré de déconstruction de la relation d'objet, la dépression ne peut pas être co-morbide de la démence. Au contraire, la relation non-

⁴⁰⁴ LACAN, Jacques (1961-1962). Leçon du 04/04/62, dans Le Séminaire, Livre IX, L'identification.

médiate à l'objet trahit une impossibilité franche d'engager un travail de dépressivité qui consiste justement en la possibilité d'une séparation et donc d'une relation, c'est-à-dire d'une relation distanciée. *«Dans la théorie psychanalytique, la théorie du deuil inclut la perte d'objet, qui n'est en aucun cas assimilable à une perte de représentation de mot»*.⁴⁰⁵ Le dément apathique, confronté à la perte du mot, se tient donc dans un tout autre registre. *«L'essence de l'Hilflosigkeit, de la détresse psychique, ne réside pas dans la perte d'objet mais dans la perte de la représentation de l'objet (...) plus que la perte d'objet, c'est le danger de la perte de sa représentation, héritière de la satisfaction hallucinatoire du désir, qui est synonyme de détresse»*.⁴⁰⁶ Ainsi, les personnes lourdement malades ne dépriment pas, mais sont dans un état de détresse qui préfigure, par une angoisse radicale, le risque d'un désaide. (Ou hilflosigkeit que nous abordons en dernière partie de ce chapitre.) Madame F donne un bon exemple de ce rapport du Moi à la perte.

Madame F semble avoir une vie affective en prise directe avec les objets de la réalité. Lorsqu'elle est devant son assiette, il est très fréquent qu'elle pleure sur un mode anxieux. Dans la mesure où sa démence est très avancée, nous rejetons l'idée qu'elle vive une tristesse nostalgique (qui nécessiterait un voyage auto-néotique rendu à ce stade de déconstruction de la mémoire épisodique impossible). Nous pensons qu'il ne s'agit pas à ce moment, pour elle, de se confronter au souvenir d'un temps heureux et perdu que lui évoquerait le repas, ni non plus d'une quelconque «mise en échec» et autre compréhension lucide de son état pathologique. Nous ne pensons pas non plus que le comportement du personnel soignant soit s'y inadéquat qu'il la violente. Selon nous, s'il y a violence, c'est dans la présentation de l'objet. A saisir la logique de ce cas à la lumière de notre hypothèse il nous semble pouvoir avancer que la prise alimentaire réactive la fonction du manque elle-même et enclenche un travail de deuil habituellement hors jeu. C'est donc dans la mesure où Madame F a encore les ressources pour perdre l'objet, c'est-à-dire pour reconnaître sa présence à l'extérieur, qu'elle se déprime. La possibilité de relation est intimement liée à la perte. En dehors de ces temps de repas et de pleurs, Madame F est traversée d'une angoisse visible, elle est le plus souvent apathique, en dehors de tout désir. Lorsque Madame F est accompagnée lors des repas par un autre qui lui parle, alors il lui devient possible de vivre cette perte, nécessaire à la subjectivation, sur un autre mode que celui radical de la perte de soi. L'objet se loge alors dans la dimension du pensable, du manipulable. La composante anxieuse de ces moments de pleurs pourrait donc s'expliquer par la possibilité momentanée de traiter la violence de la perte par la réémergence de l'instance du Moi au moment même où

⁴⁰⁵ GREEN, A. *Le rejet de la psychanalyse* par C. Levy Strauss, Revue française de psychosomatique, 2010/2, Vol 38, p 151.

⁴⁰⁶ BOTELLA, César et Sara. (1983) *Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation*, Revue française de psychanalyse, vol. 47.

l'objet, de se présenter, indique virtuellement la disparition subjective. Au moment de se retrouver, le sujet mesure l'horreur de la perte. Autrement dit, la présence de l'objet présentifie son absence. La rendant manipulable, l'objet lui-même, dans sa présence séparée, engage le travail de dépressivité. La présence de l'autre, bien qu'elle n'apaise pas toujours l'angoisse, permet tout de même de la dériver sur un mode moins radical. Lorsque Madame F est accompagnée (par la parole), elle mange avec une relative facilité et plaisir. (Il est à noter, pour preuve de l'émergence de la dépressivité consécutivement de la division subjective, que les affects qui nécessitent une situation face à l'Autre ré-émergent. Il en va ainsi du plaisir, mais également de la honte ou de la colère par exemple. Encore une fois, ces affects, parfois violents et générateurs de souffrance, doivent être accompagnés et soutenus, mais ne sont pas, en eux-mêmes, pathologiques.)

7. Identification primaire et aphanisis du sujet

Ainsi, ce que les SPCD passifs donnent à voir ressortit d'une radicale déconstruction du désir et de son caractère d'illusion nécessaire. C'est-à-dire que la satisfaction du principe de plaisir ne passe plus par la médiatisation de la représentation qui se faisait support glissant du manque cause du désir. *«L'objet a une certaine fonction de complémentation par rapport à quelque chose qui se présente comme un trou, voire comme un abîme dans la réalité»*.⁴⁰⁷ Alors que le recouvrement de *«Das Ding»* par la litanie de ses représentants permet à la fois de jeter le voile sur ce qui fait cause et effroi et, de ce fait, permet, nécessite, l'entrée en désirance, son dévoilement fait surgir la vérité du manque. Ce n'est que d'être masqué que le champ de la cause prend sa fonction. *«L'objet est avant tout un poste avancé contre une peur instituée qui lui donne son rôle, sa fonction à un moment»*.⁴⁰⁸ Si l'objet est *«placé sur fond d'angoisse, c'est pour autant que l'objet est instrument à masquer»*.⁴⁰⁹ Or, dans la démence sévère, là où le reflux du désir doit révéler sa vérité d'angoisse, n'apparaît qu'un manque de manque, il n'y a plus rien qui puisse venir à manquer. L'angoisse est hors cause, elle est an-objectale et ne trouve à se border de rien. Ce désaide, fait signe d'une réelle souffrance. L'effondrement du désir équivaut donc à l'effondrement de l'Autre, non pas en tant qu'il serait à soustraire de nos modélisations, mais en tant que, collé, il ne soutient plus la division subjective. Ainsi, le dément apathique semble loin de se tenir dans une «bulle autistique» qui le couperait tout à fait des stimulations extérieures. Ce

⁴⁰⁷ LACAN, Jacques (1956-1957), Le Séminaire, Livre IV, *La relation d'objet*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1994, p 446.

⁴⁰⁸ LACAN, Jacques. *ibid.*

⁴⁰⁹ LACAN, Jacques. *ibid.*

niveau d'expérience de l'être, qui semble attester de la persistance d'une identification primaire, non pas encore se soutient, mais colle à l'Autre. Les fréquentes conduites transactivistes semblent en attester. (A ce titre et pour exemple, il est intéressant d'envisager qu'un patient qui tente de nourrir le soignant qui lui tend une cuiller atteste par là de son désir de manger plus que de son refus.)

Le sujet n'éprouve plus de désir, il n'a pas besoin de parler, de répondre de son choix, il ne donne plus à voir, il se soude d'avantage à ce qu'il est, non désirant. A la désorganisation pulsionnelle angoissée (le patient mange, se lève, se rassoit, etc.) sans logique globale, succède l'abaissement massif de la pulsion. De fait, la satisfaction est en passe de se réaliser dans la disparition subjective. Ce qui tend à se réaliser dans l'apathie démentielle n'est pas une aphanisis du désir, devant laquelle le sujet fait l'expérience de l'angoisse, mais une aphanisis, au sens Lacanien, du sujet. Pour autant, quelque chose semble subsister de l'organisation pulsionnelle. Le fait qu'un autre puisse co-construire une relation avec un patient apathique en fait preuve. L'angoisse, continue de marquer le déséquilibre vital caractéristique de la pulsionnalité. Dans cette absence de l'Autre, la pulsion hors tension, continue de pousser.

V. UN SYNDROME DE GLISSEMENT ?

1. Un en-deçà de l'identification primaire

L'observation clinique nous conduit à isoler un quatrième sous-groupe de la démence sévère. Nous subdivisons en deux sous-stades les SPCD passifs dans la mesure où succède fréquemment à ce qui nous semble être une «vigilance sereine» (non exempte d'investissement libidinal) une fermeture totale aux stimulations environnementales. En effet, il est possible d'observer une apathie totale et une passivité inébranlable là où, quelques temps avant, certains sujets semblaient encore avoir les ressources d'être dérangés par les stimulations excédantes. (Le déplaisir, c'est de l'angoisse liée.) Alors que nous observons couramment des patients qui par exemple, n'initiant pas d'eux-même l'acte de manger, ouvrent cependant la bouche à la nourriture tendue, ceux présentement décrits gardent la bouche close. Tentons de savoir dans quelles mesures ce fonctionnement est-il similaire à ce que nous avons décrit comme SPCD passif et dans quelle mesure en diffère-t-il. Que devient donc l'angoisse dans cette configuration d'apparente insensibilité?

Il est dit de la démence de type Alzheimer qu'elle est une atteinte

dégénérative, insidieuse, irréversible et létale. En effet, il n'est pas exceptionnel de constater, peu avant le décès, une fermeture totale de ces personnes à tout commerce avec le monde. Elles ne parlent plus, ne marchent plus et ne s'alimentent plus. Ce «syndrome de glissement» se caractérise pour M. Péruchon *«d'une désorganisation foudroyante tant psychique que somatique»*⁴¹⁰, il provoque *«anorexie, confusion mentale, mutisme, cachexie, affections somatiques (et) achemine le sujet, qui ne veut plus vivre, vers le terme fatal en quelques semaines»*⁴¹¹. La loi Leonetti et le cadre donné aux soins dits palliatifs organisent l'accompagnement de ces personnes en «refus de soin». Il est demandé aux professionnels de placer le confort de vie devant un déraisonnable acte de soin aux conséquences incertaines. Autrement dit, lorsque la personne ne peut ou ne veut se maintenir en vie, la prise en soin privilégie la qualité à la quantité de vie, et ce, que le patient dispose d'un jugement éclairé ou non. Dans la mesure où l'atteinte cérébrale finit par avoir une incidence sur le système végétatif lui-même (ou système nerveux viscéral) et peut donc entraîner en cascade un certain nombre de défaillances fonctionnelles, il est malaisé de parler en ce cas de syndrome de glissement. Pour autant, il n'est pas si aventureux de considérer une certaine surdétermination des phénomènes somatiques et psychiques faisant se précipiter les refus alimentaires, incontinences, occlusions, fausses routes, pneumopathies, etc. qui ont, eux-mêmes, une incidence sur le caractère létal reconnu à la démence. Deux questions se posent alors :

- Peut-on considérer que l'état de fonctionnement de l'économie pulsionnelle puisse jouer un rôle dans certains cas de fin de vie de personnes démentes sévères ?
- Que penser, au regard du tableau démentiel, du «ne vouloir plus vivre» dont parle M. Péruchon ?

Nous savons que Freud, attribuant la haine aux «pulsions du Moi», la constitue comme force au service de la survie. Pour autant, son origine et ses déterminants ne sont pas univoques puisque, au-delà de toute notion d'adaptabilité, la haine, au service du principe de plaisir, s'attaque à tout ce qui provoque le déplaisir et donc, en premier lieu, au manque. *«(La haine) provient du refus primordial que le moi narcissique oppose au monde extérieur, prodiguant les excitation»*.⁴¹² Ainsi, la haine garante de l'auto-conservation, si elle en vient à se délier de la libido, quittant son service, est un facteur de mort. La haine dans cette configuration ne travaille plus à l'appropriation de l'objet, mais à sa destruction.

⁴¹⁰ PERUCHON, Marion. *Identité et vieillesse. Point de vue métapsychologique*, dans «Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement», vol. 2, n° 2, 125-31, juin 2004.

⁴¹¹ PERUCHON, Marion. *ibid.*

⁴¹² FREUD, Sigmund. (1915) *Pulsion et destins des pulsions*, dans «Métapsychologie», folio essais, 2005, p 42.

C'est entre autre à partir de ces considérations que Freud refondra le dualisme pulsionnel qui n'a jamais quitté ses élaborations théoriques autour des pulsions de vie et des pulsions de mort. La pulsion de mort sera, après 1920, dans l'ordre du principe de plaisir, l'au-delà qui vise la satisfaction comme extinction du désir. «*Le principe de plaisir semble être en fait au service des pulsions de mort.*»⁴¹³ «*(...) il veille tout particulièrement sur les accroissements d'excitation provenant de l'intérieur qui viendraient rendre plus difficile la tâche vitale.*»⁴¹⁴ Ainsi, il est pensable que le concours du psychisme au glissement soit de l'ordre d'un désinvestissement radical. La suppression de l'angoisse s'entendrait ici, non plus comme tentative, mais comme satisfaction effective de la pulsion de mort. La réussite de l'opération coïnciderait avec la mort somato-psychique.

Pour autant, nous souhaitons garder la plus grande réserve quand à une quelconque détermination psychique de la mort par «glissement» ou par «altération de l'état général». Si le psychisme concours de quelque manière au «glissement», c'est au titre de «*l'aspiration la plus générale de tout ce qui vit à retourner au repos du monde anorganique*»⁴¹⁵. La pulsion de mort, travaillant à séparer, détruire, rendre inerte et clore chacune des plus petites unités sur elles-mêmes, serait le nom freudien de cette «aspiration» a-subjective et mythique qui conduit chaque partie du corps à travailler pour son compte, puis à ne plus fonctionner. En cohérence avec cette notion, nous avons avancé que la démence sévère ne se caractérise pas d'une jouissance du sujet, mais d'un «être joui» a-subjectif.

2. La zone objet complémentaire

Les théorisations de P. Aulagnier nous éclairent largement sur les phénomènes que nous observons dans cette phase qui sont principalement la clôture des yeux, le refus de manger ou l'impossibilité d'avaler et l'immobilisme général. La notion de désinvestissement nous pousse à considérer que ces différents éléments renvoient tous à une «fermeture» du corps sur un équilibre morbide. Selon Aulagnier, il est possible au psychisme de fonctionner en deçà du primaire à un niveau dit «originnaire». Ce niveau de fonctionnement implique une an-objectalité où le sujet qui se représente (le représentant) équivaut réellement, du fait même de l'action de représenter, à l'objet (le représenté). L'objet et la zone par où il est perçu sont unifiés et hors cause. L'objet, la sensation qu'il imprime au corps et la zone

⁴¹³ FREUD, Sigmund. (1920) *Au-delà du principe de plaisir*, dans *Essais de psychanalyse*, trad Laplanche B et J-B Pontalis, Payot, 2005, p 127.

⁴¹⁴ FREUD, Sigmund. *ibid.*

⁴¹⁵ FREUD, Sigmund. (1920) *Au-delà du principe de plaisir*, dans *Essais de psychanalyse*, trad Laplanche B et J-B Pontalis, Payot, 2005, p 126.

percevante ne font qu'un. Ainsi, le plaisir fait coïncider de facto la qualité de plaisir du représenté et le plaisir de se représenter. A l'inverse le déplaisir invalide la relation comme telle puisqu'elle ne peut être envisagée que comme satisfaction, c'est-à-dire, selon le postulat de l'originaire, comme représentation du représentant. *«Le résultat sera que le rejet de l'objet, son désinvestissement impliqueront un même rejet et désinvestissement de la zone complémentaire»*.⁴¹⁶ Ainsi, *«Dans l'originaire tout organe de plaisir peut devenir ce dont on se mutile afin d'annuler le déplaisir dont il se montre tout à coup responsable.»*⁴¹⁷ Le désinvestissement est donc un «abandon» de zones électives du corps qui à ce niveau fonctionnent pour leur compte (pulsions partielles). Ainsi, pour Aulagnier, *«(...) L'objet vu ne peut être, en cette phase, rejeté qu'en renonçant à la zone visuelle et à l'activité qui lui est propre.»*⁴¹⁸ C'est-à-dire qu'en plus de désinvestir la zone, c'est la fonction elle-même qui est abolie.

Le nourrisson théorique dont nous parle Aulagnier, ne pouvant encore construire la représentation d'un ailleurs de sa toute puissance (en mettant le déplaisir au compte de l'Autre, ce qu'il fera dans le primaire) n'a pas d'autre ressource que de faire équivaloir le déplaisir à *«la néantisation du désir et de sa quête»*⁴¹⁹. Il y a là relation d'équivalence instantanée, c'est-à-dire non dialectisée en question/réponse ou cause/conséquence. Autrement dit, dans l'originaire le déplaisir de la stimulation (ou, ce qui est la même chose, du manque) implique un déplaisir à représenter.

Ce qu'il nous est possible de traduire de ce modèle à la clinique de la démence sévère pourrait donc prendre la forme d'une inversion de la mécanique économique : «l'impossible représentation» vide le psychisme par où advient le «plaisir minimal» nécessaire au maintien du représentant. Ainsi, la destruction du contenu psychique engage de facto la destruction du contenant lui-même. A accepter ce renversement, cohérent à notre hypothèse, nous posons qu'à ce stade, le dément n'a plus affaire qu'au réel. Ce réel prend sa source, non pas dans la violence de l'irreprésenté, mais dans l'irreprésentable consécutif de la défaillance du corps (neuro-dégénérescence). Cette déconstruction du système psychique engage la fermeture du corps pulsionnel et exclut tout à fait la dimension de l'altérité.

D'un point de vue économique le syndrome de glissement est donc le point où s'achève la déliaison libidinale entre Eros et Thanatos. D'une part l'agressivité au service de l'autoconservation nécessaire à la décharge motrice et à l'orientation vers l'objet s'effondre de n'être plus soutenu par la libido. C'est-à-dire que le plaisir,

⁴¹⁶ AULAGNIER, PIERA. (1975) *La violence de l'interprétation*, Le fil rouge, puf, 2010, p 64.

⁴¹⁷ AULAGNIER, PIERA. *ibid.*

⁴¹⁸ AULAGNIER, PIERA. *ibid.*

⁴¹⁹ AULAGNIER, PIERA. *ibid.*

principe moteur de toute action (du faire et du penser), ne peut plus assurer la motivation de l'acte. D'autre part, la pulsion de mort, dont l'existence nous semble validée par le fait même du syndrome de glissement qui, par définition, précipite la mort en dehors de toute atteinte somatique causale, ne disparaît pas de n'être plus au service d'Eros. Elle reste donc libre comme force de désinvestissement. Ainsi, non seulement la non représentation de l'excitation n'en permet pas la métabolisation psychique, mais la pulsion de mort tendant à détruire tout ce qui heurte le principe de plaisir, c'est-à-dire visant à détruire tout ce qui excite le système somato-psychique, désinvesti les zones sensorielles responsables de la conduction de l'excitation. Le patient agonise. Enfin, le contre-investissement, qui coûte tant d'énergie, lâche. L'hyper-vigilance cède sa place à un repli total et une indifférence vraie. Les zones-objets complémentaires sont désinvesties et le corps est abandonné aux rares automatismes vitaux qui tiennent encore. Quelques rares et violentes poussées d'angoisses secouent encore le corps qui glisse rapidement vers la mort. Le tableau clinique, souvent infectieux, dévoile des constantes vitales très mauvaises. Au déficit des fonctions supérieures prises en charge par le social (manger, boire, etc.) succède l'effondrement progressif du système neuro-végétatif. Le patient va mourir. Ainsi, le refus de se nourrir par exemple, qui ne peut procéder d'un acte au sens où il impliquerait, ou causerait la subjectivité, témoigne de l'arrachement de la zone érogène orale (lèvres, langue, larynx, gorges et intestins) prise sous le coup d'une pulsion de mort qui tend à la fermeture de tout orifice précédemment destiné à l'échange par la pulsion de vie. De même, les yeux se ferment car la lumière ne permet plus le plaisir de voir, c'est-à-dire de discriminer, les rayons lumineux ne sont plus que stimulation intrusives et le coût d'ouverture des paupières un surcoût. La violence qui permet la vie cèdera sa place à la pulsion de mort. Toute l'économie pulsionnelle sera conduite par une force de déliaison. Il nous semble que cette construction théorique peut tout à fait s'accommoder du concept Greenéin de «narcissisme négatif». Le «*narcissisme négatif (...) va vers l'inexistence, l'anesthésie, le vide (...)*»⁴²⁰. Il est «*aspiration au niveau zéro, expression d'une fonction désobjectalisante qui ne se contenterait pas de se porter sur les objets ou sur leurs substituts mais sur le processus objectalisant lui même... Nous retrouvons ici le rôle majeur d'une destruction par désinvestissement*».⁴²¹ Ainsi, le dément en passe de mourir réalise tout à fait la satisfaction du principe de plaisir qui tend à la dépense minimum. Radicalement, il ne manque plus.

⁴²⁰ GREEN, André. *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, Paris, PUF, 2002.

⁴²¹ GREEN, André. *ibid.*

3. Il n'y a pas de désir de mort démentiel

Du point de vue clinique, il nous faut bien comprendre que le désaïde démentiel n'est pas celui du nourrisson. Le nourrisson lâche prise au bout de plusieurs tentatives qui, s'accumulant, deviennent trop lourdes d'abandon. Le dément, pour sa part, tombe dans le désaïde très vite, il en sort aussi très facilement. Ce «laisser mourir», tant que la zone érogène est investie, est révocable. La subdivision des SPCD passifs en deux sous-classes n'a donc pas qu'un intérêt théorique puisqu'à ne pas envisager les différences radicales qui séparent ces deux «êtres au monde», l'observation naïve pourrait laisser penser que plus rien ne peut ouvrir la personne, qui semble totalement passive et fermée, à la relation. Nous soutenons au contraire que ceci n'est vrai que dans certains cas et dans les tout derniers moments de vie. Alors, qu'est-ce qui, au cœur de cette dynamique de désinvestissement, déclenche donc le désaïde ?

Pour Freud, le désaïde du nourrisson est un état de non-demande provoqué par l'absence d'une réponse humanisante à l'appel fait à l'autre de reconnaître le désir en la demande. *«Les pulsions de mort se caractérisent d'être sans représentations résiduelle de relations érotiques à l'autre. Elles sont le fait d'un corps non alertable par le désir. Les pulsions de mort incitent régulièrement le sujet à se retirer de toute image érogène (...).»*⁴²² Ainsi, c'est l'absence de reconnaissance par l'autre qui fait taire les revendications vitales du nourrisson. Or, dans la démence, même s'il est très malaisé d'en juger, l'appelle à l'autre ne semble pas être une constante et le glissement ne semble pas non plus devoir être associé à la non-réponse de l'autre. Une fois encore, il semble que ce soit l'impossibilité de produire des représentations objectales qui annule la dimension de l'Autre. La coupure dans le circuit de l'intersubjectivité n'est pas opérée au niveau d'une hypothétique défaillance de l'Autre, mais au niveau des possibilités réelles du sujet à représenter et à être représenté dans l'Autre. Ainsi, ce n'est pas tant l'absence de l'autre de la réalité, ou son absentéisation en pensée, sa présence vide, qui semble faire cause, mais la disparition complète des insignes qui le représentent pour le Sujet.

Ces considérations nous introduisent à la question du «désir de mort» de ces patients au stade terminal de la maladie. Il nous semble qu'avec le traitement que nous faisons du concept de réel, nous ne pouvons soutenir une hypothèse qui en appelle au désir, quand bien même serait-il désir de mort. Au contraire, nos hypothèses sur la résorption du manque nous conduisent à penser que ce qui meut l'économie somato-psychique dans ce type d'organisation n'est pas le désir de mort, mais un *«impensable pour le discours : (un) avant de la vie, avant du désir, avant*

⁴²² DOLTO, Françoise. (1984) *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1992, p 34.

du plaisir toujours payé d'un déplaisir (...)»⁴²³. La destruction du cerveau, impactant sur l'organisation pulsionnelle qui fait lien entre psychique et somatique et d'où se source le sujet, peut détruire la libido comme telle, mais également le fonctionnement automatique du corps. A la délibidinalisation, s'adjoint un dysfonctionnement du corps. Alors que dans les SPCD passif, la délibidinalisation de la zone orale pouvait conduire la personne à ne plus avoir envie de manger, à être touchée par le dégoût, voir à garder la nourriture en bouche, cette phase de la démence se caractérise, au niveau le plus somatique qui soi, d'un dysfonctionnement de l'organe. La personne déglutit mal ou ne déglutit plus. Au-delà de la libido, les fonctions instinctuelles, telles que la faim par exemple, dont nous constatons qu'elle est d'un grand secours lorsque la libido s'absente et qui est parfois un des derniers leviers ou facilitateurs de la prise alimentaire, se désorganisent. L'apparente absence d'un dégoût qui motiverait le refus, nous indique donc que la personne se tient en deçà de la délibidinalisation.

Il est impossible, nous semble-t-il en l'état de notre réflexion, d'isoler en deçà du désir un premier temps logique qui déterminerait ce type de syndrome de glissement. Il est éminemment somatique. Si, dans son acception classique, le glissement peut s'apparenter à un «désir de non-désir», s'il est fréquent d'en trouver expression à d'autres stades démentiels, il est difficile de le considérer ainsi dans ce dernier temps de la démence sévère où il n'est souvent plus possible de repérer une quelconque manifestation subjective. Révoquant l'existence, pour le stade que nous décrivons, d'une quelconque libido moriendi, nous ne pensons pas que ce stade ultime de la maladie soit d'aucune manière surdéterminé par l'économie pulsionnelle. Pour autant, la destruction totale de la libido est corrélative de la mort somatique.

4. Les traitements de l'angoisse et leurs objets

Les premiers temps de la démence sévère sont marqués par la régression. Par la suite, sous le coup de la progression des lésions cérébrales, ce mécanisme échoue à trouver un nouvel équilibre de satisfaction. Le sujet s'affronte alors à un trou (traumatique) qu'il borde en sur-investissant les bords. Enfin, le sur-investissement des traces perceptives cèdent leur place à un désinvestissement, d'abord de l'activité représentante, puis du corps qui s'en soutient. L'angoisse alors s'effondre dans la satisfaction de la pulsion de mort et prépare la mort somato-psychique.

Nous avons fait le choix de subdiviser ce parcours en fonction de différentes

⁴²³ AULAGNIER, PIERA. (1975) *La violence de l'interprétation*, Le fil rouge, puf, 2010, p 64.

modalités de traitement de l'angoisse. Nous avons donc trois types d'angoisses qui entretiennent un rapport de recouvrement. Bien qu'elles soient exclusives les unes des autres, il semble que le passage de l'une à l'autre soit possible.

-Une angoisse objectale qui est mentalisée. Elle est une angoisse qui sourdre du Moi. (angoisse paranoïde et d'abandon) Elle est perçue et consciente. Elle est voilée par une imagerie de perte, de séparation...

-Une angoisse pré-objectale qui est agit ou non. Elle se caractérise d'un agir non-mentalises. (myoclonie, balancement, cris) ou d'un contre investissement massif. Elle est pré-consciente (pare-excitation).

-Une angoisse an-objectale qu'il nous faut qualifier de détresse. Elle se caractérise d'un désinvestissement massif et annonce la clôture complète du sujet. Elle est non-consciente.

Voici indiqués quelques-uns des modes de traitement de l'angoisse aux différents stades de la démence sévère. La démence est donc un glissement dans le hors-cause, tandis que les manifestations de la démence, les SPCD, sont des tentatives d'organisation de ce hors-cause (en ré-injectant du manque). Au regard de cette thèse, qui lie l'effondrement du sujet à l'atteinte de l'Autre qui le cause, «trésor des signifiants», quel peut être le ressort d'une thérapeutique de la démence sévère ? Pour le moment, nous avons acquis la ferme certitude que la thérapeutique des SPCD, combinant différentes méthodes et outils, doit en premier lieu s'insérer dans une attitude clinique, laquelle se légitime de trouver appuie sur une théorie du sujet, de la relation au sujet et de la pathologie. Reprenons nos conclusions théoriques pour en donner quelques implications et applications cliniques.

CINQUIEME PARTIE

Les traitements des symptômes

I. BALISES POUR DES TRAITEMENTS DE L'ANGOISSE

- Monsieur L : *«Vous savez monsieur, je connais des gens qui perdent la tête.
On les prend comme ça et on les mets là sans rien dire.»*
- Le psychologue : On ne fait pas ça ici monsieur L, on se parle.
- Monsieur L : *«Alors, vous allez me laisser vivre encore un peu !»*
- Le psychologue : Nous avons encore des chose à nous dire.
- Monsieur L : *Oui, si vous le voulez !?*
- Le psychologue : Bien sûr monsieur L

*Dans quelle mesure et jusqu'à quel point puis-je compter sur l'Autre ?
Qu'est-ce qu'il y a de fiable dans les comportements de l'Autre ?
Quelle suite puis-je attendre de ce qui déjà a été par lui promis ?⁴²⁴*

1. Traitement de l'angoisse par le langage

Ce que nous observons dans la clinique, qui ne vaut pas pour preuve, est que les personnes atteintes de démences dont le discours est interprétable, c'est-à-dire sur qui l'interprétation a des effets d'apaisement, ne sont pas (radicalement) anosognosiques. Cela nous donne certaines indications. En effet, il semble qu'il y ait des personnes dont le discours, d'apparence décousu, non congruent à la situation, permette une mise en sens. Cette mise en sens permet à son tour d'apaiser l'angoisse, pour deux raisons logiquement, mais aussi parfois chronologiquement, successives. D'abord, le feed-back moïque (perception de la perception, c'est-à-dire compréhension) les met en situation d'échec et d'isolement à n'être pas compris. L'angoisse ici est secondaire et s'apaise par la validation de l'énoncé par l'autre. Ensuite, parce que l'angoisse automatique, générée par la déliaison pulsionnelle d'avec les signifiants qui la pare-excite, se résorbe dans le sens de l'autre. Existe un autre pallier qualitatif où l'interprétation n'est plus possible, est sans effets et reste lettre morte. A ce niveau, la mise en sens est nécessaire au professionnel pour refouler la situation et pour savoir comment appréhender l'autre dément, mais il n'est plus possible de dire que s'opère en ce dernier un «vouloir dire insu» du message qui attend son adresse pour révéler son sens. Il semble que nous soyons là dans le registre de l'ininterprétable. Notons que ces tableaux théoriques ne se retrouvent pas dans leur forme pure dans la clinique et qu'il est possible aux patients de passer d'un état à l'autre et inversement. C'est d'ailleurs à accompagner cette progression qu'il nous faut travailler.

Voilà donc, à considérer la «chute du mot» comme radicale, la vie psychique démentielle épinglée comme «ininterprétée». C'est-à-dire que non seulement l'accès

⁴²⁴ LACAN, Jacques (1958-1959), Le Séminaire, Livre VI, *Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013, p 445.

au monde n'est plus médiatisé par la représentation qui, plus qu'irrécupérable, est effacée, mais également que ce mouvement d'interprétation (au sens premier Aristotélicien de l'effet du nom sur la chose) engage l'être à n'être plus que ce qu'il est, immanent, adhérent. Etre représenté, nous dirions «interprété», relève d'une nécessité autre que pratique, qui ne permet pas seulement le discours sur soi, mais engage l'être à «ex-sister». Du fait de «l'ininterprété», les manifestations démentiellles sévères semblent ininterprétable par un autre.

Il est donc difficile de considérer qu'existe un sujet de la démence sévère. Pour autant, de n'être pas totalement sortie de la dimension qui le fonde, le sujet semble offrir une prise à sa ré-émergence. A. Quaderi, s'en référant à une définition lacanienne de l'Autre, indique que «*Le clinicien serait ainsi dans une place A, trésor de signifiants au sens premier du terme : lieu où s'énonce un dit constituant par le «je» qui parle (le praticien), le «je» qui entend (le dément)*»⁴²⁵. S'ouvrirait alors une voie qui pourrait départir l'ininterprété de l'ininterprétable : l'incarnation de la virtualité de l'interprétation par un autre en présence. En effet, ce que nous nommons «virtualité de l'interprétable», cette mise en souffrance de l'adresse, ce suspend, pourra peut-être échapper au «réel» de l'ininterprétable à la condition que soit envisageable qu'un autre vienne incarner cette virtualité, c'est-à-dire qu'un autre interprète (au strict sens Aristotélicien), même malgré lui, les SPCD. Il s'agirait alors pour cet autre de donner corps à l'Autre en perdition de n'être plus le lieu d'où le code circonscrit l'être. Comme nous l'indiquions dans notre développement théorique : la question du sujet est caduque à ne pas faire intervenir l'Autre. En ce sens, la thérapeutique des SPCD, qui est un traitement de l'angoisse, est un traitement par le langage au sens où l'autre est requis.

2. Division subjective et mémoire de l'oubli

A avoir cheminé aux côtés de sujets en démence sévère et à nous laisser enseigner par eux sur les ressources qu'ils déploient au contact de l'autre, nous avons pris distance d'avec le constat théorico-clinique que nous faisons selon lequel : le dément «n'ex-siste pas». Ainsi, notre développement théorique nous permet de pondérer ce propos et d'établir que le dément sévère n'existe pas sans l'autre (corps présent). La logique palliative de l'abord thérapeutique se trouve ainsi subvertie. En aucun cas il n'est pensable que l'autre en présence puisse se faire relais ou support de l'histoire subjective du patient. Le sentiment intime de l'existence, la production d'un objet Moi réflexif, est connecté à la possibilité du souvenir comme à la possibilité de l'oubli. D'une part le sujet doit se rassembler dans le sentiment de sa

⁴²⁵ QUADERI, André. *Mémoire et souvenir dans la clinique du dément*, dans «Le Journal des psychologues», 2007/7 (n° 250), p 72.

propre continuité d'être, d'autre part il doit s'extraire de l'immanence par le refoulement des sensations présentes, ravageuses et non coordonnées. Pour autant, l'autre ne peut prétendre à l'agencement de cette expérience dans l'histoire. Plutôt que de pallier à la perte de mémoire, il doit se faire garant de la possibilité d'oubli. Plutôt que de se satisfaire de la part visible de l'expérience de remémoration, il doit s'attacher à ce qui structure et conditionne cette émergence même. Autrement dit, plus que référence pour l'autre (dément), nous soutenons qu'il doit être garantie de l'Autre. Cette garantie, à défaut de pouvoir être une garantie du savoir⁴²⁶, doit être une garantie de l'être et de la continuité d'être. En ce sens, ce qui fait signe du sujet n'est pas la mémoire (qui peut émerger sans sujet), mais le sentiment de l'oubli (qui se fonde de la représentabilité de l'absence). C'est pour cette raison que l'anosognosie au sens large (comme oubli de l'oubli), nous est apparu comme un tournant capital.

Selon A. Quaderi : *«Le dément ne se souvient pas tout seul, la présence d'un autre semble s'imposer pour qu'un souvenir (aussi mince et fragile soit-il) puisse se manifester.»*⁴²⁷ Il indique également qu'*«en aucun cas, les patients atteints de démence ne peuvent se souvenir qu'ils ne se souviennent pas sans la présence de l'autre, ici trésor des signifiants au sens le plus fondamental qui soit»*⁴²⁸. Ainsi, A. Quaderi souligne que la question de la mémoire ne se tient pas au niveau unique d'une quelconque récupération, mais qu'elle engage «l'être dément» bien plus radicalement qu'à partir de «l'avoir» un souvenir. Il ouvre donc une voie : «L'Autre du langage» semble pouvoir être réintroduit dans sa fonction de garantie par l'autre qui parle. Le dément sévère peut ré-accéder à la dimension du manque, au sentiment de l'oubli, à la condition que ce trou soit marqué et assumé au champ de l'Autre. Paraphrasant A. Quaderi, nous dirions que le dément n'existe pas seul et que le (petit) autre peut faire valoir la dimension du (grand) Autre comme garantie. L'autre, réintroduisant la dimension symbolique dans l'acte de parole, permet donc de ré-établir une continuité d'être, inscrite au champ de l'Autre, marquée d'identifications (nomination), mais aussi de la représentabilité de ce qui en elle fait trou. Cette dimension de la trace, parce qu'elle représente l'absence, engage l'être à s'extraire de l'immanence. Bien que l'oubli démentiel continu de s'imposer de l'Autre (d'où le code s'effondre), la présence d'un autre permet, dans une relative mesure, de supporter cette béance en prenant à elle les traces de l'oubli. A partir de cette garantie de l'Autre, l'oubli ne rompt plus la chaîne signifiante et s'intègre à elle

⁴²⁶ Lacan dans son deuxième enseignement, après 58, indique qu'il ne peut y avoir de garantie du savoir de l'Autre. Il indique donc la position du sujet face à l'Autre troué comme «S de A barré».

⁴²⁷ QUADERI, André. *Mémoire et souvenir dans la clinique du dément*, dans «Psychothérapies», Médecine & Hygiène, 2007/4, Vol 27, p 213 à 219.

⁴²⁸ QUADERI, André. *Mémoire et souvenir dans la clinique du dément*, dans «Le Journal des psychologues», 2007/7 (n° 250), p 72.

pour en permettre le déroulement diachronique, la continuité d'être. C'est dans la mesure où l'objet n'est pas disjoint et que le sujet n'est pas divisé sur le plan synchronique qu'il porte une coupure desubjectivante sur le plan diachronique. Cette coupure permanente implique la destruction du sentiment de l'existence dans le temps. Cette forme particulière de l'a-temporalité est épinglée par A. Quaderi comme «continu-actuelle». Ainsi, la thérapeutique doit s'orienter de réintroduire la coupure.

3. La mise en scène du soin : Coupez !

La notion «d'être dément» semble engager une expérience essentielle très fruste qui implique une distinction sujet/objet très peu sensible. De fait, l'être dément se tient en deçà du sentiment d'être qui s'actualise dans la représentation scénique de «l'être avec», de «l'être seul» ou encore de «l'être soi» qui sont des sentiments d'être qui se soutiennent déjà d'une objectalité, voir d'une subjectivité vécue comme telle. Le dément sévère a donc une existence précaire et, loin d'être dans la position de ne pas supporter sans angoisse «l'être seul», semble dans les derniers stades de la maladie, ne soutenir que difficilement le sentiment d'existence de «l'être». L'enjeu n'est pas pour lui «d'être distinct», mais «d'être». Ainsi, toute la dynamique conceptuelle qui tente de saisir l'angoisse au travers de ce que la structuration de «l'avoir» permet d'apaisement semble caduque dès lors que l'on saisi l'être dément aux moments les plus précaires et terminaux de l'évolution de la maladie. Nous l'avons dit, l'angoisse démentielle sévère n'a pas à voir avec la castration en tant qu'elle scénarise ce qui peut être offert à l'Autre pour en satisfaire la demande. Elle est relative à l'angoisse qui s'empare du sujet quand son sentiment d'être est menacé. Ainsi, ce qui implique que l'être puisse n'être plus se présente au corps comme pure violence, trauma. En fin de parcours, elle est la réalisation de la menace, ne signalant plus le désaide, elle est détresse d'un sujet non-causé. Or, les équipes soignantes semblent être conduites, du fait de la pathologie qu'elles accueillent, à réaliser un peu plus ce collage. Nous voyons combien cela est délétère pour les déments qui seront de fait en proie aux assauts d'une angoisse majorée, retour de violence. Ces sursauts vitaux et agressifs devront donc s'expliquer, non pas de la maladie, mais de l'Autre qui les cause par sa présence synchrone et imperceptible! C'est là le ressort du transitivisme dans lequel le patient plonge l'autre soignant. Les soignants le disent : «ils ressentent tout, ils savent». Ainsi, non seulement le patient colle à ce qu'il voit de l'autre, mais aussi le soignant ne secondarise pas son «être avec le dément». Autrement dit, surajoutant à la démence elle-même, un certain positionnement soignant engage le dément à céder sur son désir. Les effets d'agression et de retour d'agression, sursauts vitaux et tentatives de coupure, sont immédiats. (Pour exemple, le soignant qui se crispe pour faire barrage

au dément et qui pense en être légitimé par la manifestation agressive du patient qu'il ignore avoir lui-même généré en miroir de la sienne. Le transactivisme est là déjà une tentative balbutiante «d'être séparé» de l'Autre, qui n'est pas le soignant mais que le soignant, malgré lui, incarne.) Ainsi, le vocabulaire soignant «il est opposant», donne une indication du vécu subjectif du patient, mais ne dit rien de ce à quoi il s'oppose. (Encore une fois, nous pensons que la démence est une violence faite à l'autre avec laquelle ce dernier doit faire, en générale en groupe (réunion, analyse des pratiques, supervision). Nous n'adoptons ici que l'unique point de vue du patient. D'une part nous ne disons rien de ce qui se joue du côté des personnes qui les prennent en charge, d'autre part nous ne confondons pas l'autre en présence, et l'Autre auquel le sujet dément a affaire.)

Pour reprendre notre exemple, la réaction transactiviste fait réponse à une surstimulation qui déborde les capacités de pare-excitation et qui attaque le sentiment d'existence. La violence ressentie (qui n'est pas forcément comprise dans l'intention du soignant) vient faire coller l'être du dément à ce qui, de le cibler, le détruit. La seule marge de manœuvre pour conserver une existence séparée se traduit par le comportement transactiviste. Cette réalisation du «même» est une tentative précaire de n'être pas l'Autre, c'est une opposition dans le même. «L'opposition» du dément est toujours une tentative, souvent transactiviste, pour pallier à la disparition de l'être. Ainsi, l'opposition transactiviste résulte d'un pic d'angoisse qui attaque l'être, réduit ces marges d'existence et implique que le patient dément s'oriente, pour s'en séparer, de «l'être de l'autre» dans lequel il risque d'être inclus. Il devient le «même», mais face à l'autre, dernière voie pour une existence séparée. L'opposition du patient est donc une réponse à l'opposition de l'autre à «l'être séparé». Ainsi, la violence perçue par le patient ne se caractérise pas uniquement de l'agressivité de l'autre. Toute conduite de collage, de séduction ou de rejet du sujet dément, niant la séparation des espaces psychiques, vaut pour une négation du caractère de séparation que nécessite la relation. Que la relation soit interdite par l'agressivité ou par le collage (compréhension trop hâtive et omnisciente, pensée magique, déni ou non dit) est équivalent. Ces conduites valent pour des violences. Ce coup porté à l'être par la négation de la pensée, troc du désir contre la jouissance, est la cause des SPCD. (Encore une fois, au titre où l'Autre est en jeu et non pas l'autre soignant.)

Au contraire, la douceur ou la fermeté sont marquées toutes deux du désir pour un patient séparé et lui permettent, contrant l'angoisse, de prendre place dans le monde. C'est à s'assumer comme manquant, c'est-à-dire ne comprenant pas trop vite, qu'il est possible au professionnel d'aménager une place habitable à l'autre

dément. La dimension du sens, afin d'éviter l'écueil du «bon sens»⁴²⁹, qui est toujours le sens totalitaire ou totalisant de l'autre, ne doit advenir que dans le second temps d'une co-construction. Elle nécessite en premier lieu que le soin mette en scène le patient, lui ménage une trouée dans le savoir de l'Autre. Une telle opération implique que le soignant lui-même se mette en scène, feignant par exemple d'ignorer l'heure que le patient demande, plutôt que de se faire porteur du savoir. Une telle mise en scène doit se jouer à trois (le sujet dément, l'autre et la savoir) et implique donc que le patient ne soit pas objet du savoir que l'autre incarne, mais qu'il soit, par et avec l'autre, sujet face au savoir. Nous reviendrons sur la condition ternaire de la subjectivation.

Il convient donc de faire le pari, le plus longtemps qu'il nous est permis d'espérer, que se loge sous la demande du patient une autre demande, qui est demande de demande. Cette demande, qui glisse sous le texte conscient, est donc une demande de trouée dans l'Autre. Il nous semble qu'il est possible d'orienter la pratique avec les personnes qui formulent encore de telles demandes à partir de cette notion d'un manque subjectivant. Cette pratique doit donc manier la position de savoir avec précaution. Précautions sur lesquelles nous aurons à revenir. Ainsi, il semble que le savoir rate ce qu'il vise (dans le projet thérapeutique) s'il ne se laisse pas enseigner par le patient, mais encore il est caduque, voir néfaste, dès lors que la demande n'est pas ou plus demande d'assistance. Le besoin de présence protétique des débuts ne peut pas éclairer seul la demande des stades finaux. Le sujet dément sévère a besoin de décompleter l'Autre, c'est-à-dire de faire exister les autres. L'institution, dès lors qu'elle intègre les professionnels à son discours, qu'elle les identifie à ses commandements, est en ce sens extrêmement pathogène. Dans ce cadre, l'autre est invisible, il sait, il fait, il peut, mais ne permet rien. Il est synchrone d'un ordre insu et tend à y comprendre le patient. Il comprend même trop vite et précède l'émergence du «vouloir». Lorsque, par exemple, un patient triture une poignée, il convient donc de ne pas l'ouvrir à sa place, au risque d'écraser par là toute émergence d'un désir subjectivé, pourtant rendu possible par le regard d'un autre. Si le patient se détourne de la porte enfin ouverte, il ne faudra pas non plus y voir l'expression d'un trouble, d'une désorientation, l'expression d'une perte de l'esprit ou de la volonté. Il convient au contraire de repérer que l'ouverture de la porte, qui tente d'advenir comme «acte», est le représentant d'un «vouloir» et que la présence de l'autre est le moyen de ce «vouloir». Ainsi, en aucun cas une telle pratique ne peut se légitimer du maintien de l'autonomie physique qui, en plus de n'être qu'un moyen, est une parfaite illusion. Le professionnel, quel qu'il soit, ne trouvera pas d'issue thérapeutique à choisir dans le registre de l'autonomie entre un

⁴²⁹ «*En plus y'a du sens qui se fait prendre pour « le bon sens », et par-dessus le marché pour « le sens commun »* ... «*Le bon sens représente ce qui opère dans la suggestion.*» LACAN, Jacques. (2001) *Télévision*, dans «Autres écrits», Paris, Seuil, 2004.

«faire» et un «faire faire»⁴³⁰. La pratique a au contraire à s'orienter de l'autonomie psychique, qui permet de penser l'accompagnement comme «présence en parole» visant à faire advenir la coupure qui permettra l'acte subjectivé. L'approche thérapeutique doit se définir de creuser dans cet espace plein, non manquant, un lieu qui résiste, qui coince, qui en appel à la nécessité d'un affrontement qui fera émerger le «vouloir» du sujet. La bienveillance consensuelle, lorsqu'elle est une grimace de l'agressivité, entrave là où elle dit permettre.

4. S'orienter du patient

La prise en charge thérapeutique, comme toute prise en charge du type, ne va pas de soi. L'éthique de l'efficacité ne peut à elle seule diriger le travail au risque que l'absence de rémission en marque l'arrêt. De même, la souffrance psychique ne peut à elle seule orienter le soin des personnes démentes sévères pour la raison qu'elle n'est pas toujours avérée et ne fait que rarement l'objet d'une demande d'assistance. Enfin, l'approche déficitaire, en sus de manquer l'essentiel du fonctionnement du sujet, tend parfois à le mettre hors jeu. Ainsi, les professionnels du soin peuvent se heurter au risque de démanteler par leur acte les «solutions et trouvailles» singulières que chaque patient a mis en place pour palier à sa souffrance. C'est à partir de ce type de considérations que les thérapies contraignantes et rééducatives trouvent leurs limites. Ainsi, la déambulation par exemple, est aujourd'hui rendue possible, voir encouragée, par les professionnels. L'architecture même des locaux est destinée à recevoir les patients qui se livrent à ce type de comportement. Il est donc admis que la déambulation n'est pas un symptôme qu'il faut traiter. Actuellement, beaucoup de professionnels travaillent à faire entendre qu'elle est elle-même un traitement. Nous dirons, un traitement de l'angoisse. Il nous semble qu'une pratique clinique orientée de l'angoisse permet aux professionnels de se positionner dans un projet thérapeutique singulier pour deux raisons :

- Cette clinique ne s'oriente que des solutions du patient lui-même. Soit elle les reconnaît et les encourage, soit elle en permet l'apparition, la construction singulière.
- Elle se construit autour du projet de permettre une moindre dépense économique au patient (ce qui ne veut pas dire une moindre dépense psychique).

Ainsi, ne se référant pas uniquement au «pied de la lettre» de la demande ou de la plainte, cette clinique débusque l'angoisse pour s'en orienter. Lorsque madame N vient nous dire : *«J'ai faim, je veux quelque chose, je vais pas rester comme ça.»*,

⁴³⁰ Cette notion oriente largement les formations soignantes à partir de la notion d'autonomie (physique).

son angoisse est patente, elle nous donne une indication. Après nous être installé dans un bureau, ce qu'elle acceptera volontiers, elle dira que ces enfants lui manquent, puis après que nous ayons échangé sur ce thème, madame N viendra à s'apaiser. D'une part, il semble que la réponse à la demande (apparente) aurait bouché le discours de la patiente qui pourtant jouait un rôle quant à l'angoisse. Il est clair qu'une telle réponse n'est pas sans valeur d'apaisement et conditionne la survie du corps, pourtant, il nous a semblé que la demande profonde de la patiente était une demande de parole. Ainsi, d'autre part, nous ne pouvons inférer que la patiente réclamait là une interprétation et que ladite interprétation a trouvé à lier l'angoisse. Pour autant, par la mise en mot, ce qui de l'angoisse trouvait à se représenter du côté du besoin, en est venu à s'organiser dans le registre plus large de l'attachement affectif. De fait, l'échange verbal a pu se déployer plus largement, offrant ainsi à madame N des ressources nouvelles d'éconduction et de diffusion de l'angoisse dans le réseau de ses représentations. Ce qui du manque était maintenu précairement du côté du besoin et qui était en soi une solution pare-excitante, a trouvé à s'imaginer d'une manière moins fruste. Pour autant que l'angoisse a suscité la plainte, la demande que madame N parvint à soutenir a été l'essentiel du ressort thérapeutique. Cela est d'autant plus vrai que le discours de madame N sur son lien à ses enfants a pu éveiller l'intérêt du thérapeute qui ne voulait pas centrer son désir sur un registre trop régressif de la relation d'objet.

II. UNE CLINIQUE DES TROUVAILLES SINGULIÈRES

«Ca disparaît, ça rate, ça disparate.»⁴³¹ Sic.

1. Monsieur C : la norme contre le singulier

Monsieur C est un patient atteint d'une démence sévère, il est logorrhéique et jargonophasique (sous-classe d'aphasie fluente) et déambule le jour durant. Bien qu'il ne puisse qu'au prix de grandes difficultés se tenir tout entier à une tâche simple pendant plus des quelques secondes (voir quelques minutes), monsieur C trouve à focaliser son attention et son intérêt sur des exercices de dessin. Ainsi, bien qu'il ne peut que rarement se concentrer sur les tâches qui lui sont imposées ainsi que sur d'autres que son corps réclame (tel que s'asseoir lorsqu'il est fatigué, manger, etc.), cette activité élective l'absorbe parfois des heures durant. Le fait même qu'il parvienne d'avantage chaque jour passé en institution à rester un peu plus assis à

⁴³¹ LAURENS, Camille. *Encore et jamais*, nrf, Gallimard, 2013, p 140.

table où au salon nous semble indiquer que ses conduites déambulatoires sont motivées par son angoisse. Il nous semble toutefois que le dessin, auquel il s'adonne avec une certaine constance, est un espace un peu à part sur lequel nous pensons devoir faire quelques remarques. Monsieur C ne dessine pas, il s'applique à colorier des modèles vierges (livrets de coloriage). Il ne poursuit pas un but organisé vers une fin, il saute d'une partie du dessin à une autre. En ce sens, sa concentration est troublée. Pourtant, aucune stimulation environnementale ne le dissipe ou ne le perturbe, il reste affairé sur le dessin qui semble être un espace particulier, encadrant son attention. A ce titre, il semble que ce ne soit pas la procédure, le geste, qui constitue l'essentiel de l'opération, mais le cadre de l'acte de dessiner lui-même. D'autre part, monsieur C ne colorie pas son modèle à proprement parler, il en trace les contours, il borde plus qu'il ne remplit. Il nous semble difficile d'avoir un discours précis sur ce que met en jeu monsieur C dans l'acte de surligner et de tracer ces contours, pourtant il apparaît qu'il traite son angoisse par le dessin. Il n'est pas exacte de dire que le dessin l'apaise, pour autant il semble être un lieu particulier dans la mesure où ses préoccupations et son agitation ne se déploient que dans le strict cadre du dessin (ce type de persévérance n'est pas observable dans d'autres activités). En ce sens, c'est un traitement, une solution singulière qui doit être le socle de notre approche et de nos propositions de prise en charge.

Passés quelques mois où cette «solution singulière» est restée stable, monsieur C a commencé à faire un autre usage du dessin. Les feutres proposés sont quasi systématiquement enroulés dans la feuille de papier que monsieur C conserve avec lui lors de ses déambulations. Dans son jargon, il semble parler de l'objet qu'il tient, en dire la présence et l'intérêt. D'un certain point de vue, plus ou moins normatif, il est possible de s'arrêter sur l'échec apparent du «traitement» mis en place par ce sujet. Pour autant, si l'on cherche à dégager une structure de l'action plus que des schèmes moteurs, il nous semble pouvoir dire que monsieur C continue de tenter un bordage de l'angoisse qui le traverse. Peut-être ce bordage nécessite-il un traitement moins symbolique, en trois dimensions, de l'objet qu'il cherche toujours à définir, à constituer comme distinct, à rendre manipulable. Certainement l'opération est-elle restée la même. Bordant d'abord le vide, il masque maintenant l'objet, le constituant dans les deux cas comme manquant. Une telle interprétation irait dans le sens de nos hypothèses qui indiquent que le sujet échappe au réel de la jouissance en fondant l'objet comme manquant. La thérapeutique consistera alors à suivre son parcours, à se laisser enseigner de lui tout en l'accompagnant par la parole. Lui sont ainsi proposées des boîtes dans lesquelles mettre des objets, des journaux, etc.

Ce qui du manque de manque angoisse, trouve également à se résorber dans l'hallucination et la construction délirante. Nous avons établi que l'hallucination, bien qu'obéissant aux lois du primaire, porte en elle la potentialité d'une coupure.

Elle s'offre comme possibilité de maniement du manque. Il est possible d'y répondre, non pas en bouchant le trou, mais en permettant à la personne d'en parler pour consolider par le plus de voies possible le tissu associatif qui s'effondre. Lorsque les patients déments s'adressent sur un mode anxieux à un autre, ils énoncent une demande énigmatique qu'il s'agit de ne pas comprendre et recouvrir trop vite. Ils disent qu'ils doivent aller ailleurs, qu'ils manquent de quelqu'un ou qu'ils ont perdu quelque chose.

Me S : *Je dois prendre le bus, où est la sortie ?*

M A : *J'ai perdu mon porte feuille avec tout mes papiers !*

Me P : *Mes parents m'attendent, ils vont s'inquiéter, je ne peux pas rester ici !*

Ainsi, les manifestations de la démence sévère, bien que déprises du lien, peuvent être considérées comme des tentatives de reconstruire du manque, de trouver matière à le représenter. Un tel parti pris théorique nous conduit, de même qu'avec la logique rééducative, à prendre distances d'avec une éventuelle position de réconfort. Il ne s'agit pas pour nous d'évacuer toute position de soutien, mais de l'incliner d'avantage vers un soutien de la pensée que vers un soutien de l'affect. En effet, le soutien en tant qu'il est un réconfort supposé, bouche la tentative esquissée par le patient d'organiser dans un dit (ou dans un faire) ce qui se présente à lui d'abord sous l'espèce d'un collage incompréhensible. Le dit du patient, s'il est considéré en tant qu'il est une coupure, doit donc être traité autrement que dans la résorption de ce qui le motive. *«C'est dans ce cadre que le patient pourra enfin non seulement parler mais surtout s'entendre parler lui-même.»*⁴³² Il s'agira alors de soutenir ce qu'il tente de dialectiser. Il convient de prendre ce «dit» comme une mise en paradigme⁴³³ de la situation du sujet dans l'actuel de ce qui lui arrive de l'extérieur, d'en soutenir l'articulation conflictuelle, en lieu et place où la pratique et la position soignante quotidienne engage d'avantage à l'abrasion dudit conflit et confine le sujet au non-advenu, au non-dialectisable et finalement, au non-sens. Le sens, s'il faut lui trouver une place, n'émerge qu'à ce niveau de dialectisation. Avec une telle vision du travail psychique nécessaire à l'élaboration d'un «savoir y faire» avec l'angoisse, il n'est pas permis de considérer que la réponse thérapeutique puisse être un «donné». Elle n'est pas une valeur absolue et ne trouve à opérer qu'à partir

⁴³² PELLERIN, Jérôme. *La démence, obstacle ou contribution pour penser la mort ?*, Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer, EREMA, janvier 2011, p 1-8.

⁴³³ Au sens littéral où Barthes prend le terme de paradigme comme ce qui désigne un mot comme faisant sens de relever d'un choix contre un autre. Le mot exclut a ici toute son incidence sur le sens qui choit du terme retenu. Cet ensemble conflictuel, producteur de sens, est le paradigme. *«Le paradigme c'est quoi ? C'est l'opposition de deux termes virtuels dont j'actualise l'un, pour parler, pour produire du sens.»* ... *«Le paradigme c'est le ressort du sens; là où il y a du sens, il y a un paradigme, et là où il y a un paradigme (opposition), il y a un sens... le sens repose sur le conflit (le choix d'un terme contre l'autre) et tout conflit est générateur de sens.»* (BARTHES, Roland. (1977-1978) *Le Neutre*, traces écrites, Seuil IMEC, 2002, p 31.)

du singulier de chacun. La thérapeutique est une co-construction.

2. Les lunettes de Madame M

Madame M est résidente d'un service spécialisé dans la prise en charge des déments dits déambulants. Elle est très angoissée et aborde l'entourage soignant avec une insistance qui ne parvient pas à s'apaiser. Sur fond de catastrophe existentielle, elle en appelle à l'autre en disant répétitivement : «*Monsieur, ça va pas*» «*j'ai tout perdu, y a plus rien, c'est là!*»

Les réponses apportées à ses demandes l'apaisent un temps très court, puis l'angoisse la pousse à les réitérer. L'autre semble l'apaiser dans les temps unique de sa présence. Le travail élaboratif est largement compromis et madame M ne parvient pas à dire ce qui l'angoisse. Ce qui ressort de ses dires est le sentiment vague que quelque chose lui fait défaut. Elle est toutefois parvenue, sur une période de plusieurs jours, à indiquer que ses lunettes la dérangent. En effet, elle les perdait régulièrement et trouvait chaque fois quelque réconfort à ce qu'on les lui lavât et rendît. Madame M semblait attacher beaucoup d'importance à ce que ces gestes soient accompagnés de parole. A ce titre, elle nous enseigne.

Afin que madame M ne perde plus ses lunettes nous nous proposons d'y mettre un cordon. Elle en choisira la couleur et nous l'installerons sur les branches avec elle. Elle retrouve donc des lunettes fiables, solidaires. Quelques temps plus tard, dans la même demi-journée, elle nous dira que le cordon la gêne. Elle indiquera, comme un au-delà de la gêne physique : «*Je veux que ça tienne tout seul*». Nous coupons le cordon devant elle, ce qui semble la satisfaire à nouveau. La phrase qu'elle nous livre, à elle seule, doit nous permettre de penser l'accompagnement autrement que comme une réponse à apporter à un trouble. Ce qui se construit dans la relation vaut pour une opération, un accompagnement de la temporalité psychique. Bien que peu de choses fassent trace, il y a un avant et un après. Ainsi, il ne s'agit pas de lui laisser perdre les lunettes (elle en a besoin), mais il ne s'agit pas non plus d'y mettre un cordon pour l'empêcher de perdre. Nous ne pouvons pas penser que la séquence se déroule en essai, erreur et rectification. C'est un tout, il était nécessaire d'apaiser l'angoisse de la perte sans résorber les moyens qu'elle avait mis en place pour imaginer la perte (devenue, «perte des lunettes»). Ainsi la perte du cordon fait exister la lunette comme symbole cessible. Lorsque madame M indique qu'elle veut que «*ça tienne tout seul*», ne fait-elle pas des lunettes un pur symbole, dont la prise dans la matérialité n'est que secondaire à l'emploi qu'elle en fait ? A notre grande surprise et depuis lors, elle n'a plus jamais perdue ses lunettes. Pour cela, elle devait perdre quelque chose. Le jeu de pertes et de retrouvailles, passant dans le geste, dans le corps, semble c'être déplacé dans le

domaine du pensable. Il est donc important que le cordon est été proposé, puis enlevé, coupé. Ce détour, n'est pas un retour au point de départ, quelque chose c'est déplacé dans le symbolique. Pour cette raison, comme nous l'enseigna madame M, ce qui importe de l'opération est sa prise dans la parole, y compris au sens de la parole donnée, de l'engagement. La «bonne pratique» ne nous semble pas pouvoir s'établir en termes de réponse type, ni se fonder d'un résultat ou d'une cause finale, mais bien au titre, dialectique, d'un co-questionnement.

3. Le dentier de Madame O

Madame O est une patient démente et déambulante. Le dentier de madame O se décolle, il bouge dans sa bouche. Ce mouvement répétitif et incessant pose question à l'équipe qui aborde le fait en réunion clinique. L'infirmière du service conclura «qu'elle joue avec», qu'il n'est pas pensable qu'une solution définitive soit trouvée au problème. D'abord nous pensons la réponse qui doit être apportée à ce comportement en termes de solution, nous pensons que le dentier doit être mieux collé, que madame O ne «joue» pas. En effet, dès qu'il est recollé, elle se sent mieux, elle est moins en demande et semble moins angoissée. Puis elle s'emploi à le décoller. Ainsi, madame O, le faisant aller et venir dans sa bouche, nous indique combien notre paradigme est bouché, combien il manque ce qui se joue et ne permet rien. L'infirmière du service avait parfaitement raison ; elle joue avec. Mais de quoi joue-t-elle avec ce dentier ? Notre paradigme doit être changé. Il ne s'agira plus pour nous de trouver réponse, mais de saisir en quoi cette manifestation comportementale est, en soi, une réponse.

D'autres éléments vont émerger lors de cette réunion qui renforcent cette position. En effet, le soir venu, madame O s'oppose à ce qu'on lui ôte son dentier. Elle est, dit-on, opposante. Elle souhaite depuis plusieurs mois, dormir avec. Si un aide soignant lui enlève, elle est plongée dans une grande angoisse et ne peut dormir. Pourtant, mal fixé, il est source de gêne. Doit-elle le garder, ou doit-on lui reprendre ? Il semble que la question ne puisse être posée en ces termes. D'abord, si l'on lui laisse, ce n'est pas pour qu'elle le garde, mais pour qu'elle le perde. Ensuite, si l'on lui reprend, alors nous glissons à la place exacte, persécutrice, qui déclenche son angoisse. Parce qu'il est une partie du corps, qu'il est aisément manipulable et que ces mouvement sont accompagnés de sensations très précises, cet objet est devenu l'objet électif d'un jeu imaginaire. Telle la bobine Freudienne, il va et il vient dans la bouche de madame O. Elle joue la perte contre l'absence. Ce travail de représentation, étayé sur le va et vient de la sensation, fait advenir l'absence au champ du pensable. De fait, cet objet lui permet de penser. Il semble donc que ce soit à ce titre qu'elle refuse qu'on lui enlève la nuit. Non pas qu'elle veuille l'avoir,

mais elle a besoin de le perdre. Le dentier est cédé à l'Autre afin de ne pas disparaître. Un «avoir» est cédé en pâture au lieu de l'être. Le moment de l'endormissement, moment d'aphanisis, majore cette crainte et rend d'autant nécessaire le jeu avec le dentier. La perte du dentier, semble offrir au sujet une (précaire) garantie de retour là où la chute dans le sommeil préfigurait la mort *ad libitum*, l'offrande à un Autre insatiable, non troué. Au delà de l'image de soi, ou de la sensation, qui ont leur rôle dans ce jeu de présence/absence, ce qui est en jeu est la possibilité de perte comme telle. Autrement dit, le défaut du symbolique à organiser, dans le manque, la situation du sujet face aux objets, contraint madame O à manipuler imaginairement un objet cessible. Le détour par les sensations vient pallier à ce défaut, mais cette opération, in-inscriptible au registre symbolique, nécessite d'être répété sans cesse. Pour autant, elle permet de conserver la catégorie du «manque» comme telle qui fait basculer la pure perte dans le champ du pensable. Ainsi, ce symptôme ou SPCD est clairement une tentative de guérison. Il ne doit pas être liquidé sans plus de procès. Il est une trouvaille du sujet pour se maintenir comme tel. Tel le robinet du petit Hans, qui se visse et se dévisse, pur symbole cessible, le dentier de madame O se colle et se décolle, à la différence que dans le cas présent, aucune espèce d'inscription ne semble advenir. Toutefois, cette non-inscription au registre symbolique, moyennant la répétition, n'indique en aucun cas que cette trouvaille soit sans effet d'apaisement. Loin d'être inepte, le caractère répétitif de la chose n'indique donc pas qu'il y est là un échec. Au contraire, madame O a trouvé à vivre avec ses moyens. Elle a trouvé à se réorganiser. Le travail thérapeutique n'a consisté ici qu'en la reconnaissance de la trouvaille singulière de madame O.

Dans les mois qui suivirent, après un long pallier plutôt encourageant, madame O a totalement changé son rapport à l'objet. Elle c'est recentrée sur une oralité exclusive et anxieuse où le besoin de se nourrir prédomine (en cela elle est poussée par une sensation, un signal du corps qui fait réponse à un diabète inquiétant). Sa bouche, après avoir lâché depuis quelques temps sur le jeu avec le dentier, à commencer à réclamer une nourriture plus matérielle. Plus tard, cette oralité auto-érotique, bouclée sur elle-même, a donnée lieu à des comportements coprophiles et coprophages quotidiens. La crainte de l'écoulement, l'angoisse de disparition, non-médiatisé par les trouvailles symboligènes que madame O avaient fait siennes, la pousse alors à manipuler et à ingérer ce qui s'échappe du corps. Ainsi, l'angoisse fait signe de moments de bascule où le plus intime du sujet est touché par le risque de sa propre disparition. Les constructions (ou solutions) causées par l'angoisse peuvent donc être étayées, de même que l'irruption paroxystique de l'angoisse peut faire signe de la nécessité de proposer des modalités de traitement absentes de l'économie psychique actuelle. Dans les deux cas, la construction mise en place avec l'aide de l'autre est toujours le produit singulier du patient (qu'elle soit déjà présente ou nécessite d'être co-créée). Au lieu d'une méthode re-éducative ou

orthopédique se joue alors une thérapeutique qui ne contraint ce qui nécessite justement de se déployer.

4. La psychothérapie contre l'orthopédie

La proposition d'accompagnement ne consiste pas en un redressement du déficit ou de la déviance, mais s'appuie sur ce que le patient lui-même produit (ce qui est différent que de parier sur la capacité restante). A considérer la manifestation psycho-comportementale comme une stratégie économique (quand bien même elle ne ressortit pas d'une défense), nous pouvons, faisant le pari que l'être s'y exprime, partir de son expression afin de saisir ce qui se joue et de proposer d'accompagner ce travail. L'effort thérapeutique consiste donc à s'appuyer sur les trouvailles du sujet et de tenter de les rendre moins couteuses. Ainsi, la pratique clinique consiste en un traitement de l'angoisse qui soit moins invalidant que celui-là même qui est déjà mis en place par le patient. Nous tentons de liquider l'angoisse en nous appuyant sur les SPCD dans l'espoir que le sujet puisse se saisir de ce qui s'offre à lui comme nouveaux canaux de décharge. Considérant d'abord que le symptôme est une part expressive de l'être et ensuite que le passage à l'expression implique de fait que cette dernière soit une tentative de régulation de l'excitation, nous ne visons en aucun cas la liquidation directe du symptôme.

Une telle position théorique donne nombre de repérages cliniques et, parce qu'elle s'oriente du singulier, permet d'éviter d'étendre trop vite des méthodes ou techniques trop générales. Il en va ainsi de la notion de contenance psychique. Lorsqu'une personne déambulante ne peut rester assise à table pendant la durée du repas, une réflexion est menée sur ce qui lui est angoissant. Il sera alors possible, dans la mesure où nous constatons qu'elle a faim, de veiller à ne pas la laisser devant une assiette vide, de réfléchir sur sa place à table, sur ce à quoi, de cette place, elle a à faire, voit ou entend, etc. Si, une fois l'environnement réorganisé en fonction de ce qui lui est possible de supporter ou non, la conduite de déambulation persiste, alors nous pourrions envisager un travail sur la contenance. Il est fréquent d'observer le retour visible d'un apaisement du patient lorsque sa chaise est maintenue, bloquée, et que lui-même est contenu par la chaise (à l'aide de coussins par exemple). Ce type de travail est donc une méthode de contenance de l'angoisse par le corps et non une contention du corps. La logique de contention du corps cède donc sa place à celle de contenance psychique. Dans cette perspective, si le patient ne trouve pas réconfort dans ce maintien de son corps et qu'il tente de se dégager de son carcan, nous considérons que la solution que nous lui proposons lui est moins efficace que celle qu'il met lui-même en place. Sans attendre, le soignant qui l'accompagne pour le repas l'aidera à se lever et, le contenant par la parole, le laissera partir. Ce petit

exemple, pioché parmi tant d'autres, nous permet d'indiquer que les approches théoriques différentes engagent à des cliniques différentes. Bien loin de n'avoir que des effets dans la pensée, elles permettent aux professionnels de travailler différemment, quand bien même les techniques utilisées peuvent sembler équivalentes. L'acathisie-tasikinésie est donc repérée comme signe d'angoisse⁴³⁴. C'est à cette angoisse que le travail de contenance fait réponse. En aucun cas, le travail ne consiste à faire taire par la contention un symptôme ou trouble isolé. De même que pour cette nécessité impérieuse de se mettre en mouvement, l'astisie-abasie sera pensée (en particulier dans le cadre de la crainte de tomber) dans le même registre de l'angoisse⁴³⁵.

III. UN TRAVAIL ÉCONOMIQUE

L'enjeu, dans une économie de la satisfaction immédiate (angoisse automatique), est donc double. Il convient non seulement de proposer des «solutions» supérieurement complexes et moins coûteuses que celles actuelles (qui pourtant s'y appuient et s'y embranchent), mais encore il faut les présenter de sorte à ce qu'elles soient instamment acceptable dans le registre où le patient se satisfait. Le travail de secondarisation répond à ces deux critères pour trois raisons :

- La baisse du coût
- La hausse de l'efficacité
- Le détour par l'autre (qui implique la perte qui fait défaut au patient)

1. La baisse du coût

Le démembrement des capacités de penser engage le sujet à pare-exciter son environnement avec une énergie déliée et peu spécifiée. Ce fonctionnement peu mentalisé, n'usant pas de représentations psychiques, fonctionne avec de grandes quantités d'énergie. Ainsi, les moyens mis en place par le patient pour éconduire l'excitation, par définition en excès, sont extrêmement coûteux. Ce fonctionnement, nous l'avons épinglé comme «sur-investissement des bords». Nous avons établi dans ce travail que la régression économique et dynamique évide, happant à elle toute l'énergie pulsionnelle, toute possibilité pour le sujet de se satisfaire sur un mode plus complexe. De ce point de vue, différentes tendances pourraient cohabiter,

⁴³⁴ Nous laissons volontairement de côté la question de la iatrogénie des neuroleptiques.

⁴³⁵ Encore une fois nous laissons de côté, sans les nier, les troubles d'ordre neurologique.

certaines très régressées et d'autres plus élaborées, si un quantum d'affect pouvait rester à disposition de ces différents modes de satisfaction. Ainsi, une voie semble s'ouvrir à la thérapeutique : en travaillant à rendre caduque certains mode de satisfaction, d'autres, plus élaborés, pourront être investi. Cela suppose deux préalables :

- que le système de représentation soit opérant
- qu'il y ait un gain à traiter l'excitation sur ce mode

Ce passage est un risque pour l'économie psychique qu'il faut finement encadrer. En effet, la pure et simple suppression du fonctionnement premier aura bien souvent pour effet une augmentation massive de l'angoisse (dès lors non-traitée) et entravera le travail d'accompagnement. Par ailleurs, n'y pas toucher priverait totalement les mécanismes secondaires de l'énergie dont ils ont besoin pour fonctionner. Nous verrons que le travail sur l'attention du patient, spécifiant l'investissement et n'usant que de petites quantités d'énergie, s'avérera souvent nécessaire. En effet, selon Freud lui-même : «*L'apparente inexcitabilité des organes sensoriels reposerait sur le retrait de l'investissement d'attention.*»⁴³⁶ Cette attention devra donc, avant que de se centrer sur un objet électif, trouver les conditions de son advenue.

Notre développement sur les différents traitements de l'irruption traumatique des stimulations trouve une traduction clinique directe, tant au niveau des SPCD que nous disons actifs qu'au niveau de ceux dits passifs. Dans le cadre des SPCD actifs, nous avons établi que l'impossible insertion de la stimulation dans le réseau représentationnel, son incompréhension, cause d'abord l'angoisse pour ensuite être surdéterminée par cette dernière. L'angoisse serait ainsi d'abord effet, puis cause de «l'incompréhension». Ainsi, à la défaillance somatique se surajoutent des difficultés qui trouvent leur cause dans le fonctionnement psychique (et non plus neuronal). Ainsi, en traitant l'angoisse, il devient possible au patient de retrouver des ressources d'investissement pour les mettre au profit du traitement de l'angoisse lui-même. De fait, il est possible de limiter certaines de ses manifestations, ce qui n'est pas dire qu'une prise en charge psychothérapeutique réduise la maladie. Nous pensons cependant qu'elle permet au sujet d'en prendre distance et, dans la mesure où nous avons établi que c'est justement du manque de distance qu'il est malade, d'en être apaisé. De même, dans le cadre d'un fonctionnement psychique marqué de SPCD passifs, l'économie de contre-investissement (puis le désinvestissement) qui le caractérise surdétermine la «perte du mot» d'abord imputable à la neurodégénérescence. Dans la mesure où ce retrait a à voir avec la dynamique psychique, nous considérons que l'intervention thérapeutique au niveau de cette

⁴³⁶ FREUD, Sigmund. (1895) *Esquisse d'une psychologie scientifique*, (première parution en 1950) document en ligne, WWW.lutecium.org/Jacques_Lacan/transcriptions/freud_esquisse_fr.pdf, trad Suzanne Hommel.

dernière a toute légitimité. La psychothérapie, s'inscrivant dans le champ du langage et travaillant avec et à partir de lui, peut permettre un réinvestissement significatif et la remobilisation des ressources nécessaires au traitement des stimulations traumatiques. Dans tous les cas, parce que le sujet a part dans ce qui se joue en lui, une psycho-thérapeutique est possible. Il semble donc que la notion «d'investissement» permette un repérage clinique, sur lequel nous aurons à revenir en conclusion de cette partie, et ouvre une voie à la prise en charge.

2. La hausse de l'efficacité

Non seulement le système de représentations fonctionne avec de petites quantités d'énergie, mais encore il obéit également à d'autres lois. « (...) *la liaison n'épuise pas, comme la décharge, la tension. En liant, elle maîtrise en partie, et conserve par le lien ce qui disparaît en s'épuisant dans la décharge*». ⁴³⁷ Ainsi, l'énergie liée reste à disposition, d'une part parce qu'elle n'est pas toute entière dépensée, mais aussi parce que «*le processus de penser laisse derrière lui des traces durables*» ⁴³⁸. Dans le système de représentation psychique, contrairement à la décharge directe dans le système efférent, l'énergie se lie et se diffuse en petites quantités en activant, par sommation, un réseau de représentation. L'enjeu en est de passer d'un non-traitement de l'excitation à la trace de frayage traumatique, pour permettre ensuite un traitement par le primaire et enfin au refoulement de l'actuel au profit d'une pensée construite obéissant aux lois du secondaire. L'inhibition quant au but, mécanisme de la «conservation», est la condition du maintien d'une continuité temporelle insécable (identité moiïque) qui dépasserait le simple temps de la poussée/retombée pulsionnelle pour la consolider dans ce que Freud dit être une «poussée constante».

Les atteintes lésionnelles généralisées du cerveau entravant largement toute possibilité d'un maintien de l'excitation qui puisse faire mémoire, cette

⁴³⁷ GREEN, André. (1983), *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, Les éditions de minuit, 2010.

⁴³⁸ FREUD, Sigmund. (1895) *Esquisse d'une psychologie scientifique*, (première parution en 1950) document en ligne, WWW.lutecium.org/Jacques_Lacan/transcriptions/freud_esquisse_fr.pdf, trad Suzanne Hommel, P 26.

«consolidation» manque de fait au dément.⁴³⁹ Pour autant, un appareillage externe porté par l'autre peut permettre de palier ce manque, du moins dans l'instant de sa présence, en réactivant le réseau des représentations. Cette possibilité nouvelle de traiter l'excitation par la pensée implique de fait que l'activation des représentations n'est pas conditionnée totalement à leur substrat somatique. Quelque chose passe donc dans l'investissement de la pensée qui n'est pas réductible à la représentation mentale. En effet, *«le mot n'est pas retrouvé par la reconstruction de chose, mais grâce à une liaison affective»*.⁴⁴⁰ Cet affect liant déborde donc l'organisation somatique autant qu'il déborde la mécanique du sens et consiste en un branchement sur l'autre. Ainsi, *«la relance d'une pensée en recherche de signification ne semble possible, quand elle a lieu, qu'après un temps d'investissement de l'interlocuteur»*.⁴⁴¹

L'étiollement de la dynamique désirante qui se soutenait du langage implique que le patient dément soit pris dans une temporalité continue-actuelle. Le désir ni ne vectorise ni n'ordonne plus les différents temps linguistiques. Il en va *«ainsi donc du passé, du présent, du futur, comme enfilés sur le cordon du souhait qui les traverse»*⁴⁴², et qui dans la démence, se resserrant autour d'une simple binarité de la poussée/retombée pulsionnelle, ne fait plus trace. Pour ces raisons, la temporalité des déments semble extrêmement précaire et ne prendre les référents qui la flèchent, non pas du désir inassouvi (c'est-à-dire d'une coupure entre le Moi idéal et l'idéal du Moi), mais de la lutte contre leur disparition, c'est-à-dire contre l'anéantissement subjectif. Ils cognent, dans un vécu « continu-actuel », aux portes de l'Autre. Ce gel consécutif de la destruction du principe de réalité nécessite, pour être dépasser et permettre un traitement psychique de ce qui se présente d'excitation actuelle, de trouver une voie de satisfaction hic et nunc qui soit conforme au principe de plaisir. De même, l'angoisse actuelle, ne trouvant aucune garantie de fin, ne peut être un ressort vers un autre mode de traitement de l'excitation (puisque le patient ne peut pas «souhaiter» ou «espérer» en sortir).

⁴³⁹ Nous ne traitons pas ici des caractéristiques histologiques qui permettent de distinguer les souvenirs anciens, dont le fraying fait trace, des impressions récentes qui ne parviennent pas à ce maintenir. Notons tout de même que Freud pense en 1895 (dans l'«*Esquisse*») un modèle selon lequel les «cellules de perception» sont distinctes des «cellules de souvenir» pour la raison qu'elles ne disposent pas d'une «barrière de contact» qui en modifierait l'état après le passage de l'excitation. Une telle dotation en barrières de contact des cellules de souvenir serait à l'origine d'un maintien minimal de la charge d'excitation qui permettrait de faire trace et serait à l'origine de la mémoire.

Ces considérations échappant largement à notre champ de compétence ainsi qu'à notre propos, nous les laissons à la marge pour nous centrer sur les effets subjectifs d'une telle atteinte du corps.

⁴⁴⁰ LE GOUES, Gérard. (2000) *L'âge et le principe de plaisir*, Dunod, Paris, 2010.

⁴⁴¹ LE GOUES, Gérard ; PERUCHON, Marion. *Ultimes processus de pensée*, Revue française de psychanalyse 1992/1 - n° 56.

⁴⁴² FREUD, Sigmund. (1906-1908) *Œuvres complètes*, VIII, Paris, PUF, 2007, p 165.

Cette conception du fonctionnement psychique démentiel nous permet de faire le pari que l'implication d'un autre, impliquant une extériorité Autre, peut permettre un saut radical vers un autre traitement de l'angoisse. En effet, le détour par l'autre (et plus largement par l'environnement) semble être l'embrayeur nécessaire pour offrir au patient dément les ressources (hallucinatoires) pour traiter l'excitation traumatique. D'une part, ce saut est facilité par l'autre qui prend à sa charge le travail psychique, d'autre part le coût inférieur d'un tel fonctionnement, comparativement à celui que le patient met en place seul, est moindre. Ainsi, durant le temps de la présence de l'autre (et de parole), le fonctionnement le plus mentalisé sera préféré à condition que l'angoisse qu'il suscite soit également prise en charge par l'autre (ou par un traitement de l'environnement).

3. Le détour par l'autre

La tentative de redonner assise au Moi se traduit, non pas par une liquidation de l'angoisse, qui est le fond de la vie psychique, mais par de nouvelles possibilités de traitement de l'angoisse. C'est par l'émergence du Moi que l'angoisse pointe à la conscience d'être enfin perçue. «... *dans ces fameux moments de lucidité où la démence semble annulée, il (le dément) se trouve au bord d'un abîme, d'une réalité qui le menace d'engloutissement*». ⁴⁴³ Ainsi, ce qui peut sembler être une angoisse accrue, trouve au contraire de nouveaux moyens de représentation et de traitement. Le sentiment d'une «menace d'engloutissement», parce qu'elle fait place à l'autre, doit permettre le travail thérapeutique. Autrement dit, l'angoisse-automatique, déchargée dans le corps, ne possède pas en substance les qualités nécessaires à son traitement secondaire, tandis que l'angoisse-signal engage parfois à ce travail. L'enjeu de l'accompagnement est donc de liquider une angoisse primaire au profit d'un traitement de l'angoisse plus secondarisé. A cette condition, il est possible de se servir de cette angoisse comme d'un levier vers la relation. Nous observons couramment que cette angoisse manifeste ne barre pas la route à la rencontre, à la condition qu'elle émerge dans une économie ouverte à d'autres modes de traitement. Autrement dit, la présence de l'autre doit toujours être accompagnée de sa parole. Le déséquilibre ainsi créé dans l'économie psychique est un ressort à la relation. Le sujet dément s'étaye de l'autre pour métaboliser son angoisse. Une porte nouvelle s'ouvre alors à la relation.

Poser que l'angoisse est le résultat d'une déliaison engage à penser que le travail de mise en mot est le premier ressort d'une prise en charge thérapeutique des SPCD (qui sont les fruits de l'angoisse). Ainsi, ces symptômes sont autant de

⁴⁴³ GROSCLAUDE, Marie. *Démence, perte de l'objet, dépression et deuil*, dans Perspectives psy, Vol 44, N°5, décembre 2005, p 387.

manifestations de ce qui ne se pense pas. Alors que la théorie trace le chemin qui va de l'affect délié à la représentation, la clinique emprunte ce même chemin pour indiquer que l'angoisse doit être traitée par le mot. *«Prôner une raison d'être au symptôme, dans le sens d'une économie d'angoisse, (...), parler de la souffrance sous-jacente, c'est tenter d'offrir à celle-ci une porte de sortie moins désénergisante qu'une maladie, moins désocialisante qu'une démence.»*⁴⁴⁴ Le retour de l'affect dans les voies progrediantes du traitement secondaire, permettant la ré-émergence du Moi, ne se fait pas sans le détour par un autre qui écoute. *«Faire le pari du sens contre l'absurde, c'est travailler avec l'hypothèse que la maladie aurait un sens ou, au minimum, c'est travailler avec la volonté d'écouter ce qui pourrait vouloir se dire au travers des symptômes organiques et qui ne trouverait pas «les mots pour le dire» ou quelqu'un qui veuille entendre.»*⁴⁴⁵ Pourtant, faire le pari du sujet (ce pari qu'avec A. Quaderi nous faisons) n'est pas faire le pari du sens. Ce dernier intervient, selon nous, de façon tout à fait secondaire. D'abord parce que l'économie des représentations psychiques confine au non-sens, ensuite parce que le SPCD ne présuppose pas toujours le sens. Ainsi, nous rejoignons tout à fait l'élève de Platon sur le primat de «l'économie d'angoisse», mais nous l'articulons d'avantage au Réel de la jouissance qu'à la notion de sens. Ce qui de l'excitation ne se fait pas l'objet d'une élaboration, se jouit dans des décharge erratiques. Une telle position clinique implique de ne pas faire porter tout le poids de cette angoisse au défaut de «vouloir entendre» des professionnels du soin et implique même que ce désir d'entendre, c'est-à-dire de comprendre, puisse devenir un frein à l'apaisement de l'angoisse. L'accompagnement ne se caractériserait donc pas d'une traduction en mot de ce qui «veut se dire» dans le SPCD, mais par un premier temps d'aliénation à la mise en énoncé de ce qui n'est gros d'aucun «vouloir», d'aucune virtualité, mais qui nécessite pourtant ce passage au langage, puis par la proposition d'une adresse par laquelle pourra émerger le «vouloir» comme tel.

4. Monsieur V : Du collage à l'éloignement de l'Autre

Monsieur V est un sujet dément sévère aux capacités langagières préservées. Son discours pourtant évolue dans le sens d'un appauvrissement. La recherche des mots manquants est marquée par une difficulté croissante à s'en débrouiller par des périphrases. Les néologismes sont de moins en moins perçus. Ce sujet est le plus souvent apathique. Il est régulièrement, à la suite de son commerce avec un autre, envahi d'un sentiment de tristesse qu'il identifie comme tel et qui se traduit par de

⁴⁴⁴ PLAQUET, Brigitte. *Faire le pari du sens contre l'absurde*, Générations, avril 1996 N°7-8, p 18 à 22.

⁴⁴⁵ PLAQUET, Brigitte. *ibid.*

chaudes larmes. Bien que ces possibilités de liaison soient de plus en plus mises à mal, ce sujet est encore riche de nombreuses ressources psychiques. Voici une séquence d'entretien :

M V : *Je suis perdu.*

Le psychologue : Oui, vous m'en parler bien.

M V : *De moins en moins, je parle de moins en moins bien*

Le psychologue : Vous avez le sentiment de parler de moins en moins bien, vous avez des difficultés à trouver les mots pour parler ?

M V : *C'est pas qu'on peut pas parler, c'est qu'on nous écoute de moins en moins.*

Le psychologue : Ca vous inquiète ?

M V : *Oui, c'est infantile. Regarder ça !*

M V montre un homme endormi sur sa chaise.

Le psychologue : Oui, c'est un homme qui dort.

M V : *C'est ça, ça nous regarde cet homme qui dort. Et regardez ça.*

Un homme parle seul en marchant.

Le psychologue : Cet homme parle seul.

M V : *Oui, ça parle seul.*

Le psychologue : Monsieur V, je vous retrouve quand vous me parlez de vous. C'est important que vous me parliez de vous.

M V : *Oui, je sais que c'est important pour vous.*

Après quelque minutes d'entretien, monsieur V est submergé d'un affect qui lui fait expulser de l'air et semble l'emplir de chagrin. Il pleure. La subjectivation croissante de son discours à mesure que nous parlons l'engage dans un travail de dépressivité, c'est-à-dire de perte. Le transactivisme d'abord massif trouvant un peu de jeu, la ré-émergence d'un «peu d'altérité» permet de faire supporter à l'autre une préoccupation dont primairement le sujet ne pouvait pas faire l'expérience. L'apathie cède à une angoisse vécue puis à un traitement de l'objet enfin précairement séparé par une dépressivité défaillante. Il nous semble que monsieur V parvient à un tel niveau d'organisation du manque comme perte dans la mesure où il se décolle de l'objet dans son commerce avec un autre. Le fait qu'il indique par deux fois au psychologue «regardez ça», nous semble en attester. La ternarité fait déconsister l'objet qui se réinstalle comme objet interne à partir de sa perte. Reprenons la séquence terme à terme :

- «Je suis perdu».

La suite de l'échange tendra à montrer que monsieur V n'indique pas en ces mots une quelconque «désorientation spatiale». Il indique bien plutôt la perte du sentiment de son identité. Nous avons pu indiquer au cours de notre développement que la désorientation a à voir avec un «ne pas s'y retrouver», indiquant que l'effondrement de l'Autre ne permettait plus que le lieu ne dise quoi que ce soit de l'identité. Le sujet, de n'être plus pris dans le désir de l'Autre, ne sait plus qui il est. (Nombreux sont les patients à dire : «je ne sais pas ce que je fais là!?»)

- «Je sais que c'est important pour vous.»

L'autre contient l'angoisse nouvellement perceptible par le désir d'écoute bien sûr, par l'offre de mot également, mais il est, nous semble-t-il, avant tout le lieu d'où le sujet se subjective. Il est le lieu possible d'une émergence de «l'être pour un autre». *«Il y a usage propre du signifiant à partir du moment où, au niveau du récepteur, ce qui importe n'est pas l'effet du contenu du message (...) mais ceci qu'au point d'arrivée du message, on prend acte du message. C'est l'accusé de réception qui est l'essentiel de la communication en tant qu'elle est, non pas significative, mais signifiante.»*⁴⁴⁶ A ce titre, et pour orienter cette clinique singulière de la démence sévère, il semble important de poser que l'autre doit avoir un désir à proposer, mais qu'il ne doit pas non plus prendre trop de place avec son propre être. Ce trop de place, dont nous avons établi qu'il provoque un envahissement intolérable pour le dément, doit donc céder la place à un lieu vierge qui puisse accueillir l'être de l'autre dément, en accuser réception. Il ne s'agit pas ici de proposer une boussole prise à la clinique des psychoses (qui préconise de ne pas trop désirer à l'endroit des psychotiques en raison d'un transfert inversé qui les positionne en place de «a» objet du désir⁴⁴⁷), mais de s'orienter dans son désir propre de ce qui fera écho à celui, ré-émergeant, du patient.

- «C'est infantile.»

L'évocation par monsieur V de l'infantile à la vue d'un homme endormi ne va pas sans faire penser à la difficulté de liaison de l'angoisse de l'enfant et à son incompréhension du monde, signant ainsi la trajectoire régressive, que marque l'endormissement, dans laquelle cet homme est pris.

- «Ca nous regarde cet homme qui dort.»

L'a-subjectivation du discours se mesure à sa difficulté de dire «je» mais surtout au transitivisme d'avec l'image d'un autre qui fait support au «je» sur l'axe a-a'. Ainsi, l'image dégradée de l'autre lui permet de soutenir quelque chose d'un contenu de pensé et de fait, d'un discours, conscient, sur sa propre déréliction. Monsieur V est concerné, littéralement regardé, par l'image du double. En ce sens,

⁴⁴⁶ LACAN, Jacques (1955-1956). Le Séminaire, Livre III, *Les psychoses*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1981, p 213.

⁴⁴⁷ Dans le transfert névrotique c'est l'analyste qui s'efforce d'être en «a» pour le sujet.

d'être causé par l'autre, quelque chose du sujet émerge tout de même. Ne serait-ce qu'au titre du sentiment de sa disparition.

- «Ca nous écoute de moins en moins.»

Traiter cette production à partir de sa propre culpabilité n'équivaudrait qu'à un rabattement réducteur de cette production langagière, paradigmatique de l'hypothèse que nous soutenons, sur la réalité une et partageable. Ainsi, considérer que la personne démente s'effondre dans l'impensé, du fait d'un manque d'écoute de l'entourage soignant, nous semble être le chemin le plus court pour se faire sourd à ce qui se joue chez elle. Bien que la non-écoute précipite ce phénomène, il nous paraît malheureux d'interpréter une telle production sur ce versant. Il nous semble au contraire que la démence nous engage à travailler non pas à partir de l'impensé, mais de l'impensable. Le fading (ou aphanisis) du sujet serait de ce point de vue la conséquence de cette mise en sourdine progressive, de cet amortissement de l'Autre comme adresse. «*Ca nous écoute de moins en moins*» signerait ainsi l'étonnement de ce sujet à sentir l'Autre, non pas dans la pensée, mais du moins dans le psychisme, s'éloigner. Passé un certain cap, que nous avons défini dans la partie sur l'anosognosie, l'étonnement cède lui-même pour ne se réduire, impensable, qu'à ses manifestations réelles.

- «Ca parle seul.»

Cet énoncé sans autre sujet de l'énonciation qu'un «ça» impersonnel indique la désobjectivation. Ici le psychologue insiste sur le «vous» (qu'il prononce deux fois) afin d'appuyer sur la nomination et tenter une réintégration subjective de l'énoncé. S'appuyant sur ce «vous» qu'il répétera, monsieur V produira un énoncé emprunt de réflexivité (je sais que...) et d'un intérêt pour le sentiment supposé de l'autre (c'est important pour vous). Remarquons tout de même que cette différenciation balbutiante reste quelque peu empêtrée à un certain degré de transitivisme.

Un autre jour :

M V : *C'est un peu mort !*

Le psychologue : *Quoi vous ?*

M V : *Oui, je suis pas dans le coup. J'ai pas de téléphone. Il m'est arrivé une couillonnade. Il y a eu un décès. J'ai pas pu appeler. On m'a pas donné le numéro. Le téléphone a eu marché, mais la communication marche plus. Ils se foutent de moi. (...) Je bégaye peut être un peu parce que ça m'a remué.*

Monsieur V bégaye en effet.

Le pronom démonstratif neutre «c'», utilisé pour désigner l'inanimé, prend la place du shifter «je». Cette forme nous semble à même de donner l'idée de ce que peut être le défaut de subjectivation dans la parole démentielle, quand bien même l'embrayeur «je» s'y trouverait (ce qui est régulièrement le cas). Bien que la présence d'un «sujet de l'énonciation» dans le discours ne garantisse en aucun cas que le «sujet de l'énoncé» y soit signifié, il nous semble que son absence implique radicalement cette impossibilité de représentation pour un Autre. Impliquant un «ça parle», où en l'occurrence un «c'est mort», il dit «l'être joui» dans son in-existence. Pourtant, pris dans le désir d'écoute et l'adresse d'un autre, il sort du hors-cause. À nouveau le réel se voile et cause le sujet. (Il nous semble cependant que notre clinique ne nous permet de faire de telles hypothèses qu'à propos des sujets déments sévères les moins malades). A partir de ce repérage théorique, le psychologue s'autorise à proposer une nomination «vous», identifiant par là le sujet au signifiant «mort». Monsieur V acquiesce et indique ses embrouilles avec la langue. Ce faisant, un discours se déploie. Cette difficulté qu'il appelle «décès» semble ressortir d'un défaut de différenciation. L'«il y a eu» n'implique ni temporalité précise, ni topologie, ni sujet de l'énoncé. Cela c'est passé. Monsieur V indique que l'impossibilité de dire son être («J'ai pas pu appeler») ne ressortit pas tant de l'être que de la non-rencontre avec le code («On m'a pas donné le numéro»). C'est le langage en tant que s'y fonde de fait une adresse qui fait défaut, pas le sujet («Le téléphone a eu marché, mais la communication marche plus»). Monsieur V, utilisant ses ressources défensives, parvient à imaginer la cause de ce dévoilement du réel en faisant de ce qui échappe à l'illusion de sa maîtrise, le désir de l'Autre (à lui nuire). («Ils se foutent de moi.») Peut-être ce bref échange et l'opération de nomination qu'il contient ont-ils permis un pas vers une assumption subjective, si précaire soit-elle. Sa dernière phrase nous semble l'indiquer. («Je bégaye peut être un peu parce que ça m'a remué»). L'affect émergeant, parce qu'il peut se dire, trouve à être limité. Une causalité logique semble être restaurée, et de fait, un sujet trouve à être représenté par un «effet de corps» (le bégaiement). Le corps se marque ainsi d'une manifestation éminemment subjective. Le bégaiement signe donc la ré-émergence de *«cette coupure dans la chaîne signifiante (qui) est seule à vérifier la structure du sujet comme discontinuité dans le réel»*⁴⁴⁸.

Nous ne souscrivons donc pas à l'existence d'une quelconque alexithymie dans la démence sévère. La pensée est pensée de l'affect qui à ce titre, est pris dans les raies de la langue. Ainsi, non seulement le sentiment est usiné par le mot, sans lequel il reste affect non dégrossi (et avant tout angoisse), mais encore l'intervention parlée d'un autre permet autre chose que l'expression du sentiment, il en permet l'émergence. Une telle position théorique laisse entrevoir l'exigence éthique de l'accompagnement, corps présent et en parole, du dément. *«Cette «psychothérapie*

⁴⁴⁸ LACAN, Jacques (1966). *Écrits II*, Paris, Seuil, «Essais», 1999, p 281.

*du lien», comme on l'a appelée quelques fois, est par essence narrative.»*⁴⁴⁹ Le sujet ne se tient pas dans un défaut du «pouvoir dire», ni non plus du «vouloir dire», mais il s'efface de ne pas trouver de garantie dans l'Autre qui lui livrerait son texte.

IV. LA NOMINATION : UNE CLINIQUE TERNAIRE

*Je ne sais plus parler ni être un personnage.
Tout est droit, rien n'est penché.
Je me divise entre ce rien et le nom qu'on m'a donné.
Je suis une petite sphère sans pesant.
Je mange de la viande pour garder du poids au milieu d'autres viandes.
Pourtant toutes mes phrases commencent par Je : y es - Tu ?*⁴⁵⁰

Nous avons établi que le registre de l'Autre, en tant qu'il cause le sujet par un effet d'adresse, localise le Moi. Qu'est-ce que cette opération de nomination ? Quelle forme peut-elle prendre dans la clinique de la démence sévère et quels en sont les enjeux thérapeutiques ? Le Moi, précipité imaginaire de l'aliénation subjective, situe d'où le sujet se voit être. C'est en ce point fixé par l'Autre du langage que le sujet, s'oriente face à ses objets, pense, mais aussi ressent, s'émeut, etc. La démence sévère réalise la destruction de cette instance dont nous avons vu qu'elle est nécessaire à pare-exciter l'environnement et à lier l'angoisse. Ainsi, une clinique qui s'oriente de l'angoisse doit s'affairer à rendre au sujet les insignes qui le représentent.

Nous faisons le pari clinique qu'il est possible de rendre au patient le sentiment de son intériorité et donc l'illusion de l'ex-sistence et de l'auto-détermination, si l'on prend la peine de le nommer avant de l'enjoindre à nommer son environnement. Avant que de demander à un patient s'il veut un sirop de fraise ou de citron, il est nécessaire de s'assurer de l'ex-sistence du sujet de l'énonciation. C'est-à-dire que le sujet dément ne parvient pas à puiser dans le registre de ses identifications afin d'assumer un vouloir. (Ce que j'aime moi, c'est la fraise.) Ainsi, le patient, ne pouvant engager son vouloir dans l'acte de parole, répondra à la sollicitation soit par pure transitivisme, soit par soumission à l'énoncé de l'autre. Il est possible également que le patient reste interdit, ne sachant que faire de ce qui se présente à lui. Cette opération d'aliénation à l'autre en présence peut donc permettre une action (que le patient boive un verre d'eau par exemple), sans que le sujet y prenne part. Cela est quotidien dans les EHPAD et permet que certains actes nécessaires à la survie de l'individu soient réalisés. A ce titre cela n'est pas

⁴⁴⁹ QUADERI, André. *Approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer*, De boeck, 2013, P 32.

⁴⁵⁰ VOLUT, Dorothée. *À la surface*, Eric Pasty Editeur, 2013, p 90.

contestable. Toutefois, il nous semble que cette opération doit être bien identifiée par le praticien et qu'à cette condition il est possible de faire advenir au sujet le sentiment de sa propre autonomie. Cette manifestation de l'être peut se présenter comme une plainte, un refus, un pleur, un choix, un dire, etc.

Dans cette visée, il convient de travailler à partir d'une clinique du cadre qui, dans une même opération, fixe l'identité et borde la jouissance. Cette clinique, que nous épinglons du cadre, est une clinique du langage au sens où l'Autre y est impliqué de fixer l'identité par le signifiant qui représente le sujet. Ainsi, l'identité émerge dans l'écart existentiel que le mot creuse entre «l'être et l'être» et dégage le sujet en l'extrayant d'une mêmeté in-appréhendable. L'identité se définit donc d'un détour divisant le sujet qui n'équivaut dès lors plus à lui-même. Ce cadre, dont nous voyons la dissolution dans les manifestations psycho-comportementales de déambulation, d'errance, dans la DTS (désorientation temporo-spatiale), etc. semble pourtant ne pas pouvoir offrir d'appui au clinicien. La signification des lieux s'effondre (la salle à manger n'indique rien de ce qu'il est attendu du sujet) et le rassemblement d'individualités ne fait pas groupe. L'environnement signifiant, effondré, ne fait plus cadre. C'est-à-dire qu'il ne porte pas l'Autre en imposant une situation d'énonciation. Il ne permet aucune nomination du sujet, qui s'y perd. La notion de «nomination» nous permet de saisir combien le cadre ou l'environnement sont avant tout organisés au champ des signifiants. Ainsi, autant que le manque du mot pour se représenter, la démence engage un manque à «être représenté» par et dans le cadre signifiant. De fait, le travail de cadre est un travail de situation du désir de l'Autre. R. Gori indique que «*le cadre, c'est le clinicien*»⁴⁵¹. En dehors d'une clinique du transfert, il semble donc possible au clinicien d'insister, non pas sur son désir altruiste, mais sur ce qui, de son désir, identifie le sujet. Comment se délie, dans la clinique de la démence sévère, l'opération de nomination ?

1. De l'usage du nom

Nommer, c'est en premier lieu user et abuser de l'usage du nom dans la relation au patient afin que se précipite une identification de ce dernier à son nom. Cette opération peut s'entendre comme «nomination», en ce sens qu'elle consiste à désigner le sujet comme séparé. La nomination fait par définition coupure en proposant un principe d'identité. Cette identité, à la fois référence à de l'autre (personne n'est égal à son nom) et à un Autre (le nom en porte la marque énigmatique), permet donc le détour objectal nécessaire à la relation de soi à soi, c'est-à-dire à la représentation. Nous saisissons dans la clinique de la démence que cette identification ne suffit pas toujours à faire identité, toutefois, elle localise

⁴⁵¹ Séminaire universitaire oral

quelque chose du désir de l'autre qui s'adresse au sujet dément. Il apparaît, au regard de cette fragilité des identifications secondaires, que le nom offre une enveloppe pare-excitante à un sujet qui ne peut savoir ce que l'autre lui veut. Ainsi, l'assomption du Moi par le nom doit être rejouée à chaque rencontre, avant chaque proposition de relation pour la raison que le nom fait rempart à la demande énigmatique de l'Autre. Dans son séminaire «RSI»⁴⁵², Lacan avance que «*la nomination est la seule chose dont nous soyons sûrs qu'elle fasse trou*». Elle touche au réel. Au delà de la possibilité de rendre au sujet dément une compréhension de sa propre parole, il semble que ce qui s'opère de nomination fonctionne au niveau de l'Autre. Le caractère énigmatique de la nomination, ré-ouvrant le trou dans l'Autre, réamorçage la dynamique désirante. Cette opération se marque d'ailleurs très souvent de la jubilation du patient à l'écoute de son nom, signant ainsi l'échappée belle, la rencontre évitée de justesse avec la jouissance de l'Autre et la pointe d'angoisse qu'elle suscite. Se dégagent donc deux raisons pratiques à l'usage massif du nom :

- Premièrement, la nécessité de rejouer ce qui ne s'inscrit plus de l'identification au nom.⁴⁵³
- Deuxièmement, d'offrir une dérivation à ce que la demande de l'autre peut avoir de persécutif.

La pulsion de mort, œuvrant à l'indifférenciation, trouve une limite dans le travail de représentation dont nous avons dit avec Lacan qu'il est toujours et avant tout, travail de coupure. L'angoisse à laquelle le sujet a affaire lorsqu'il risque l'absorption dans l'Autre s'apaise avec l'émergence de l'objet (objet Moi). La disparition de l'objet implique donc indifférenciation et angoisse. La pulsion de mort est, de ce point de vue, ce qui tend à se réaliser et qui efface le sujet. La tendance, visant la satisfaction, vise avant tout sa propre disparition. Nous pouvons donc affirmer avec (le second) Lacan⁴⁵⁴ que «*l'énigmatique du désir maternel, est d'abord énigme de la jouissance*».

L'extraction des insignes du moi, coupure d'avec l'Autre, permet dans un détour par l'objet, de causer le désir. Cet objet, à l'occasion identificatoire, œuvre à lester la jouissance en la ramassant en un point qui, dans le même mouvement, la réalise et la limite. Nous orientant de cette théorie de l'angoisse, longuement dépliée dans ce travail, nous pouvons indiquer que le Moi, s'étayant du nom, est rempart à l'angoisse. De fait, toute présence soignante qui ne se propose pas comme présence séparée, ne permet aucun travail sur ladite angoisse.

⁴⁵² LACAN, Jacques (1974-1975) Le Séminaire, Livre XXII, *R.S.I.*, Ornicar ?, 5, Paris, Lyse.

⁴⁵³ A ce titre, l'usage du prénom renvoie à d'autres identifications et n'est donc pas équivalent à celui du nom. Ces deux signifiants n'engagent pas le sujet à être de la même manière, c'est-à-dire qu'estampillé par l'un ou l'autre, le sujet ne parle pas du même endroit.

⁴⁵⁴ A partir de 58-59 et du livre VI.

- Soit le sujet dément ne perçoit rien de ce qui s'avance (que cela soit le fait d'une dynamique défensive ou le fait d'une incapacité fonctionnelle).
- Soit le sujet dément trouve les ressources de résister à l'avalement dans l'Autre.

Ce second cas de figure recouvre selon nous une large part de ce qui se donne à voir comme «conduite d'opposition». De fait, ces conduites ou comportements ne doivent en aucun cas, dans les derniers temps de la démence sévère, être pensés comme refus d'une proposition de soin, mais comme refus de s'offrir à la jouissance de l'Autre. Il en résulte, selon nous, qu'il n'est pas possible de penser ce refus en termes de compréhension ou de connaissance. En aucun cas, le dément sévère angoissé ne se tient dans un refus éclairé, instant lucide, de ce qui est en jeu dans le soin et qui lui disconvient. Il ne se tient pas non plus dans un défaut de compréhension, mauvais schéma cognitif, qui lui indiquerait de manière déformée une chose déplaisante en lieu et place du soin. Il ne comprend ni ne «mé-comprend». Il a bel et bien affaire avec une vérité que la rationalité de l'autre ne peut contester. Il s'offre (ou est offert) à la jouissance. Si le sujet en démence sévère n'a plus affaire à la réalité partageable, il est en prise directe sur le réel (de la jouissance). C'est à ce titre qu'il doit être pris au sérieux, et non au titre du sens. Encore une fois, ce qu'il nous intéresse de souligner pour orienter notre clinique, c'est qu'au-delà de la connaissance (que traite la psychologie scientifique et qu'il serait absurde de remettre en cause) le connaître s'adjoint toujours à la jouissance. Le temps de certitude angoissée dans lequel le dément est plongé par la pression de la demande de l'Autre est un temps de suspension hors sens. Ce temps qui spécifie le sujet dans l'entre deux d'une bascule, nous nous gardons d'avoir à le définir comme non-être, pourtant nous avançons qu'il a à voir avec un défaut d'ex-sistence. C'est l'intervention de l'autre qui déterminera l'émergence de la dimension du sens. Selon qu'il est possible ou non au patient de faire usage de l'autre, la violence sera mise à distance dans un «vécu (distancié)» ou l'enserrera totalement dans un «être (violenté)». L'illusion de la révélation d'un contenu de pensée par le dire de l'autre, de sa manifestation, signe en fait l'émergence des conditions nécessaires à son advenue.

2. Nomination et tierciarité

La nomination ne peut être obtenue dans la relation duelle. Le stade du miroir nous enseigne sur le détournement nécessaire par l'image et par le langage. La mère vient donc occuper, non pas une place seconde, mais une place tierce. Or, la démence sévère, détruisant le Moi, détruit également les conditions de la tierciarité. «L'image du moi» comme «l'Autre du langage» ne sont plus support à la situation de l'Un (face à l'Autre). Ainsi, l'identification du nom donné par l'autre sera d'autant

plus permise qu'elle implique la reconnaissance d'un troisième. Cette démarche thérapeutique insiste sur le passage d'un «parler au dément» à un «parler du dément». Il est souvent indiqué qu'il ne convient pas de parler de quelqu'un en sa présence à la troisième personne. De même, l'effort fait pour parler à un patient présent dont on s'enquière auprès de son accompagnant n'a aucun effet subjectivant si l'échange ne comporte pas une reprise de ce qui vient d'être dit à l'accompagnant et reste cloisonné, coupé de la situation d'énonciation. Un tel rejet du sujet de l'énoncé hors de l'échange langagier vaut pour la négation de sa possible énonciation. Il est déshumanisant. Ce type d'intervention présente l'exclusion du sujet en dehors de la reconnaissance de l'Homme par l'Homme. Toutefois, il nous semble important d'insister sur le ressort thérapeutique majeur que peut offrir une telle configuration.

L'adresse directe au patient dément ne vaut pas pour une reconnaissance, mais parler le patient pour un autre peut faire émerger la division nécessaire à l'existence. Ainsi, déambulant avec un patient, il ne suffit pas de dire bonjour à un autre patient que l'on croise sur son chemin pour permettre la nomination. Le circuit des échanges reste dans ce cas ouvert et aucun feed-back ou bouclage n'est possible. Le professionnel, se faisant, indique à chacun qu'il existe pour lui, mais ne donne aucune existence à ces derniers dans sa parole (pour un autre). Il convient donc de nommer l'un pour l'autre. «Bonjour M untel, je suis avec Me Unetelle et nous marchons dans le couloir». Cette ouverture de l'échange au troisième nous semble avoir des effets, tant sur l'un que sur l'autre. Lorsque dans le premier cas les patients restent chacun collé au soignant qui leur donne consistance, dans la parole ou dans le corps offert à l'agrippement, dans le second cas nous observons très fréquemment que les personnes accompagnées se présentent l'une à l'autre. Ainsi, cette opération permet un bouclage rétroactif des échanges ainsi que la possibilité d'exister pour un autre que la première configuration de collage ne permettait pas nécessairement. Dans ce cas, nous observons une plus grande capacité des patients à se détacher de l'accompagnant (dans la parole ou dans le corps). Ce travail à trois fait séparation, tandis que la relation duelle confine d'avantage au collage et, bien qu'elle soit fondamentale, prête souvent le flan à un rapt de la pensée de l'un par l'autre. Ce type de technique est d'autant plus nécessaire que l'Autre du langage ne fait plus fonction tierce pour le patient dément. L'enjeu n'est donc pas simplement de garantir sa propre parole donnée, mais de garantir au sujet dément l'existence de la dimension de la parole. Donnant représentation à un patient dans une parole pour un autre, l'accompagnant produit hic et nunc la dimension de la parole comme champ d'existence autonome. De même, il nous semble que ces nominations à plusieurs participent de «l'effet de cadre» qui est l'essentiel du travail de groupe. Il est donc de toute première importance de prendre le temps des présentations avant chaque atelier. Ce travail est d'autant plus intéressant que chacun est situé et parlé pour les autres. «Merci Madame unetelle. Vous Monsieur untel, vous êtes assis à

côté de Madame unetelle et vous venez de dire quelque chose qui l'intéresse. N'est-ce pas Madame unetelle ? etc.» Dans cette configuration, le clinicien n'incarne pas un petit autre (ce qui n'est pas nécessaire puisque d'autres sont là qui ont besoin d'être reconnus), il prend fonction de garantir le langage comme valeurs tierciarisante entre les uns et les autres. Il n'est pas garant d'un affect non dit. Il est garant du langage lui-même en tant qu'il permet l'émergence d'un dire par le dit. Ainsi, à l'instar de tout travail de groupe, le psychologue ne travaille pas à partir de ce qu'il peut offrir en modèle de son propre moi, il s'efface comme garant de la parole et s'emploie à la faire circuler. De fait, aucune clinique qui s'oriente des effets narcissisants de la présentation d'un Idéal-du-Moi n'est ici convoqué.

3. Collage et détour par l'objet

Madame S est un sujet en démence sévère aphasique et apathique. Elle séjourne dans une unité de soin spécifique pour la prise en charge de personnes démentes de type Alzheimer. Alors qu'elle ne s'exprime que très peu par le langage parlé et qu'elle reste le plus clair de son temps assise, paraissant ne rien faire ni ne rien attendre, elle est parfois traversée de moment d'agitation. Cette agitation est comprise par l'équipe soignante sur le versant de son opposition aux stimulations contraintes que sa prise en charge nécessite (aide à la toilette, prise alimentaire, etc.). Un nouveau comportement est apparu à plusieurs reprises chez madame S. Lorsque lui est demandé de se déplacer pour se rendre dans un endroit où, par exemple, lui sera proposée une toilette, elle se jette violemment à terre. Ce comportement, retransmis en réunion par l'équipe soignante est interprété comme la réponse à une violence faite. Il est extrêmement culpabilisant pour ces professionnels du soin. Du point de vue théorique, nous ne pouvons pas penser, au terme du raisonnement ici déplié, que madame S se jette par terre pour signifier son refus ou son mécontentement. Nous ne réfutons pas pour autant cette «interprétation». Dans la dimension du sens et le registre de la parole, cette interprétation est sans doute la bonne. Pourtant, le présent travail insiste sur le fait que ce qui se joue pour ce sujet se tient dans un autre registre qui se caractérise justement de ne pouvoir se penser. Ainsi, nous pensons que pour en saisir les mécanismes il faut en premier lieu éviter de projeter sur le sujet dément sévère ses propres mécanismes secondaires.

Dans cette vignette clinique, nous voyons clairement ce que «l'être» a de radicalement insoutenable pour le sujet. Pour madame S, «être» implique «être jeté à terre». Le langage, détruit, ne lui permet pas d'ex-sister à ce «dit en acte». Madame S ne peut penser son être comme objet laissé tombé par l'autre garant de son humanité. Elle est située, lorsqu'une demande lui est trop impérative, au point

exact où «ça ne se pense pas», livrée à l'Autre. Madame S ne se jette pas par terre pour signifier ce qui, étant déjà là, ne parvient pas à se dire. Au contraire, elle est jetée à terre du fait de l'absence de signifiant. Il n'est pas trop hasardeux, nous semble-t-il, de considérer que l'impensable implique le passage à l'acte. Cette logique est saisissable à partir d'une interrogation sur la place de l'objet. La non extraction de l'objet, ne permettant pas la situation du sujet face à la demande de l'Autre, l'y colle tout à fait. L'absence de l'objet implique donc une identification (primaire) du sujet (comme non advenue) à la demande de l'Autre. Si nous continuons de penser que l'agitation est la manifestation de l'angoisse de collage ou de disparition, alors nous pouvons saisir que «l'être jeté à terre» est une tentative de coupure. Ce geste passivé, subit, implique en effet que, l'absence de pensée ne permettant de se faire autre, l'être ne puisse être autre chose que ce qu'il est, en même temps qu'il est encore une réalisation de l'être séparé. Ce fonctionnement pré-ambivalent est donc virtuellement une disparition, un jeté à terre, autant qu'il est une tentative d'être, c'est-à-dire un refus. Par son acte, cette patiente nous indique combien il est urgent d'entendre son «dit en acte» et d'en déplier le dire dans la parole.

Comme nous l'avons déplié dans ce travail, le dément sévère a toujours affaire avec l'Autre, mais en tant qu'il ne manque pas. Ainsi lorsque l'autre (soignant) s'avance vers le sujet avec une demande impensable, rien ne vient se loger entre l'être et l'Autre, besoin ou désir, qui puisse donner suffisamment de flexibilité pour faire lien, séparation, sauf à ce que le soignant parvienne à offrir son manque, parole trouée et non impérative. Cette clinique ne s'oriente donc pas du sens objectivé, mais de l'être à l'Autre, d'une raison d'être à l'Autre, en son sens Kantien de «factum»⁴⁵⁵. Ainsi, la thérapeutique, avant que d'être un traitement par le sens, doit avant tout être une thérapeutique de la parole. Avant de saisir la cause, il est donc intéressant de décrire au patient ce qui se joue pour lui. Si la thérapeutique du dément peut prétendre être une psycho-thérapeutique, c'est-à-dire de rendre compte non pas de l'activité mentale, mais de la «fonction subjective», c'est au titre

⁴⁵⁵ (Ou Faktum) Bien que Kant résiste à faire l'épreuve de l'inconscient en fondant un Autre plein, il n'en reste pas moins que le factum Kantien «*reste pour les analystes un point de départ extraordinaire*». Ainsi, J. Aleman, dans un éloge à Kant insiste sur ce que le «fait de raison», le factum, «*démontre que nous sommes capables de réintroduire le règne de la liberté dans la subjectivité, de décider, de construire une subjectivité qui a une autre perspective que les lois de la nature (...) sans qu'il y ait incompatibilité avec la science développée dans la Critique de la raison pure*». L'intérêt de Kant pour Newton et ses errances théologiques montre assez bien combien le monde mathématisé est un monde de mathématicien et qu'au-delà de ce champ précis quelque chose qui ne cesse pas de ne pas s'écrire échappe à la mise en sens. (ALEMÁN, Jorge. *Lakant*, Séminaire des journées d'étude de l'EEP-ECFB à Barcelone en 2000, Collection Rue Huysmans, Diffusion Navarin Seuil, 2003, p 17.)

qu'elle trouve ses coordonnées non pas dans les causes, mais dans les raisons⁴⁵⁶. La jouissance enfin traduite, déchiffrée, pourra peut être céder sa place à l'activité de penser. De «l'être joui», le patient pourra passer à la position d'être objet pour quelqu'un. De cette position découlera la possibilité d'émergence d'un affect, d'une crainte, d'un désaccord, d'un plaisir, etc. Autrement dit, il est dès lors permis au patient une distance d'avec ce qu'il est pour l'autre. De l'être déchet, il passe à l'être en désaccord. Le travail par la parole est donc en premier lieu une tentative d'extraire un objet qui puisse représenter le sujet.

La clinique quotidienne est pleine de patients qui refusent de se lever de leur fauteuil lorsqu'on leur demande. Ils s'y opposent. Il est important de saisir, que la non-extraction de l'objet interdit à ces patients de se projeter dans une autre situation que la présente. Les sensations du corps, lové dans le fauteuil, sont peut être les seuls étayés, les seuls remparts à la disparition subjective que le fait de se lever implique. L'impossibilité de se représenter implique que toute modification dans l'économie sensible soit grosse d'un risque de mort subjective. La non représentation du sujet fonctionne donc sur un mode binaire de l'être : être (assis) ou ne pas être (assis). Dans la mesure où l'être est directement branché sur un Autre trop présent d'être sans demande, l'être comme le non-être sont pareillement insoutenables pour le sujet. Ils impliquent tout deux la mort du sujet.

L'existence dans le langage est la seule garantie de la continuité de l'être. Le temps pour parler au dément n'est donc pas un temps pour le comprendre ou pour se faire comprendre, mais un temps pour le faire advenir, au sens où la compréhension implique un savoir troué, un premier temps d'imcompréhension. La démence débutante à modérée donne clairement à voir la perte et la recherche de mots ainsi que le soulagement qui peut être apporté par la restitution par le professionnel de mots qui manquent à la personne. Dans le cadre de la démence sévère, il semble qu'il en soit autrement. Le comportement de la personne et son attitude face à l'accompagnement laisse entendre que ce qui se joue de la «relation» n'a pas trait au mot perdu, mais à ce que le langage lui-même permet d'humanisation. Ainsi, au-delà de la tentative de comprendre ou de se faire comprendre par le dément sévère, il convient de lui parler pour rendre assises et garanties à cette dimension symbolique humanisante.

⁴⁵⁶ LAURENT, Eric. *Usages des neurosciences pour la psychanalyse*, Conférence de du 27 Mai 2008 au Collège de France.

4. La main dans l'objet

Quand est-il alors du statut de l'objet dans une telle configuration ?

Nous avons indiqué que l'objet manque au monde du dément sévère. La clinique quotidienne donne à voir nombres de patients, apathiques ou déambulants, qui ne se saisissent d'aucun objet matériel si ce n'est de leur propre corps qui, de fait, leur semble indifférencié. Ces personnes vont ou restent immobile, tenant dans leur main un bouton, un pan de leur vêtement ou encore dont les doigts semblent collés entre eux par une nécessité supérieure et insu (sans rétraction musculaire). Très certainement ces conduites trouvent une explication dans telle ou telle lésion cérébrale, toutefois, cet usage de l'objet n'est pas sans effet sur la dynamique psychique et doit nous poser question. Est-ce bien d'un objet dont il s'agit ? Quelle ouverture reste-t-il à une éventuelle relation si un objet-corps en bouche toute la béance vitale ? Lacan dit du psychotique qu'il a l'objet dans la poche indiquant ainsi (entre autre) la position (a) du sujet psychotique dans le traitement analytique. Nous oserons avancer que le dément sévère, non pas l'a dans la main, mais qu'il a la main dedans. Il y est tout à fait englué, collé, non-disjoint. Pour autant, et bien que l'objet ne se tienne pas face au sujet dans son «être là», fondant le «se *tenir devant*» d'un être séparé, cette opération du sujet dément peut sembler être une tentative pour rassembler en un point une zone de contact, un espace sans réserve, sans béance, qui puisse dans un bouclage formel donner consistance à l'être.⁴⁵⁷ Plus qu'embarrassé de l'objet (névrose) ou identifié à l'objet (psychose), il y est enfoui. Cet enfouissement est donc déjà une modalité d'être, une solution thérapeutique qui conserve l'être au raz de l'ornière de l'angoisse de disparition. De ce point de vue, le dément tenterait de faire de l'objet un objet séparé mais n'aurait d'autres options que de le faire dans une adhérence totale. Ainsi par exemple, de nombreux patients tiennent en main un bouton de leur veste et semblent craindre qu'il ne tombe s'ils viennent à le lâcher. La main comme l'objet se perd donc dans sa tentative de différenciation. Lorsque l'on souhaite proposer sa présence à une personne qui est agitée par ce type de comportement, il n'est pas rare qu'elle ne puisse s'en défaire. Il est également remarquable qu'il est angoissant pour la personne malade de lâcher cet objet pour faire réponse à la main tendue vers la sienne. Elle prendra le temps, se caressera la main pour la dégager de ce collage dont, parce qu'un autre est là devant elle, elle s'aperçoit. Ainsi, une certaine angoisse a conduit la main à s'enserrer elle-même, et c'est une autre angoisse, perçue cette fois, qui saisit la personne lorsqu'il s'agit de l'ouvrir. Cette angoisse nouvelle, ou plus exactement ce nouveau traitement de l'angoisse, deviendra le ressort de la relation naissante. Pour cette raison, la

⁴⁵⁷ Au sens où Heidegger indique un «être sous la main» qui, bien qu'il n'y permette aucun renvoi constituant, implique l'être (dans une fermeture sur lui-même). Nous renvoyons ici à la lecture de *Etre et temps*.

nomination, mais également la poignée de main sont des outils précieux du travail d'accompagnement thérapeutique. Le patient qui a la main dans l'objet, par la présence parlée d'un autre, en vient à avoir l'objet dans la main. Ainsi, parce que «*la perception de mon corps se place, chronologiquement, après la perception du corps d'autrui*»⁴⁵⁸, le détour par l'autre fait littéralement advenir le sujet. Le dément sévère, ainsi angoissé, devra être ensuite soutenu par l'autre parlant. La qualité de la relation ainsi que les ressources de chacun détermineront le retour en arrière du patient ou l'ouverture à l'objet. Le plus souvent nous observons que le langage seul vient faire coupure. Le seul geste de tendre la main au patient ne suffit pas à lui permettre d'engager l'effort inconsidérable qui consiste à lâcher sur cette boucle auto-érotique pour s'ouvrir à la poignée de main. Le langage ici n'est pas requis au titre de l'explication (prenez ma main car c'est l'usage), mais d'une adresse qui s'indique séparée dans la nécessité d'en passer par le langage. Cette opération de séparation est une prémisse absolue à toute proposition de relation. Le langage ouvre la voie à la poignée de main qui, rétroactivement, se fait simple outil d'ouverture vers le langage. Ainsi, le comportement de ces patients gravement atteints nous le donne à voir, l'objet n'intervient pas par adjonction, mais par extraction, non du lien, mais de la coupure. Soit le soignant fera le choix de laisser au patient le réconfort de cet auto-bouclage et renoncera à la relation, soit il voudra faire une proposition au patient, venant vers lui avec un projet quelconque et devra alors prendre le temps de l'ouverture de ce circuit clos.

5. Rendre le savoir à qui il n'appartient pas

Nous avons établi que le savoir qui manque au dément se définit et se motive de n'être plus soutenu par l'Autre. L'Autre, manquant réellement du manque, n'organise plus le champ du savoir (qui se définit justement de manquer à se dire totalement). Le champ du symbolique, bouché, ne peut plus s'organiser en un savoir. Cet effondrement du savoir implique donc l'effondrement du discours qui s'oriente, s'articule au réel de ce qu'il ne peut dire. Partant de ce point, la clinique doit se faire tentative de rendre le savoir au patient dément sévère. Cette tentative passe, non pas par la simple restitution de signifiants manquant (bien qu'il y ait là un levier), mais par la ré-injection d'un «savoir sur le sujet» dans l'Autre. L'échec de l'aliénation au savoir de l'Autre, tant au niveau d'un énoncé identificatoire (refente) que de l'assomption de sa propre image spéculaire (fente), implique, nous l'avons vu, l'impossibilité pour l'être dément d'ex-sister à sa parole. Si nous faisons le pari que l'autre en présence peut permettre de réamorcer une dynamique subjective et désirante chez le dément, alors nous devons considérer qu'il peut être amené à

⁴⁵⁸ SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011, p 399.

proposer lui-même un énoncé aliénant. Cette pratique consiste, pour le professionnel du soin, à rendre le savoir en l'assumant d'abord. Ce que ces énoncés impliquent de situation de l'être vaut pour une nomination. Le «vous êtes» peut constituer un premier pas vers l'être différencié et ainsi permettre l'émergence du désir, «*traitement de la pulsion de mort*»⁴⁵⁹. A ce titre, la nomination ne bouche pas le désir, elle l'ouvre. En aucun cas un «vous avez faim» ne doit se changer en un «il faut manger».

Madame P est très sévèrement démente et grabataire. Elle passe ses journées dans un immobilisme quasi total. Elle est cependant parcourue de quelques spasmes et semble parfois se plaindre de douleurs. Lorsque quelqu'un s'approche d'elle en lui parlant, elle semble toujours prête à l'étonnement. Quoi qu'on lui dise, elle répond sur un ton interrogatif : «*Ah bon !?*» Si lui est demandé comment elle va, elle répondra, quel que soit l'interlocuteur : «*Ah bon !?*» ; Ou bien : «*Je sais pas !?*». Elle semble être très angoissée par cette apparente incapacité à appréhender ses propres états psycho-affectifs. Lorsque nous tentons avec elle un commerce sur le mode affirmatif, ses réponses se font plus variées et plus en rapport avec ce qu'il nous semble que nous lui proposons. Nous ajoutons, pour que l'affirmation ne soit pas trop assertive, voir persécutante, quelques modulations, conditions, et laissons place au doute : «*Vous allez bien. Vous me semblez aller bien !*». Me P répond alors : «*Ah oui? ... Oui, ça va!*» Nous poursuivons : «*Vous prenez votre petit déjeuner. Vous aimez la confiture d'abricot.*» Me P répond : «*Oui, c'est bon.*». Il nous semble alors que l'affirmation du clinicien quant à l'état de la patiente (que nous disions «vous allez bien» ou «vous me semblez aller mal, être fatiguée, avoir faim», etc.) lui permette d'entrer en relation, c'est-à-dire de faire réponse à un énoncé qui la situe. Ses énoncés se dialectisent quelque peu. Ainsi, même si «*Les réponses présentées sous une forme interrogative sont une autre preuve de la non assumption du message par le sujet.*»⁴⁶⁰, il semble que les énoncés affirmatifs du clinicien donnent un peu de jeu à la subjectivation du message.

Cette vignette clinique montre comment l'utilisation de la forme affirmative, non seulement permet au clinicien d'avoir le sentiment d'avoir affaire à Madame P, mais encore qu'au-delà du sens, la mélodie de l'affirmative permet à Madame P ce que l'interrogative ne permet pas de subjectivation du discours. L'affirmative fait passer le savoir sur son état du côté de l'autre. C'est à cette condition que Madame P peut l'assumer et que le clinicien peut tenter d'entrer en relation avec elle. Toute présence à l'autre est affirmation d'une demande, le passage à la parole la décomplète d'un savoir absolu et inentamé. Le fait de situer le sujet de l'énonciation du côté de l'autre permet de décompléter le savoir et par là, de situer un sujet de l'énoncé. Nous vérifions très régulièrement que cette première étape, affirmative, est

⁴⁵⁹ ALEMÀN, Jorge. *Lakant*, Collection Rue Huysmans, Diffusion Navarin Seuil, 2003.

⁴⁶⁰ IRIGARAY, Luce. *Le langage des déments*, Mouton, The Hague, Paris, 1973, p 348.

la condition nécessaire pour que Madame P accepte, par exemple, de participer à une activité. Lorsque le professionnel n'emploie pas cette forme, bien qu'une explication sur ce qui est proposé soit systématiquement donnée, Madame P refuse d'un «*non, non, non*» anxieux toute proposition et repousse son corps en arrière. Ce cadre semble permettre la re-émergence du Moi qui s'étaye d'une identification que l'Autre, jusque-là inopérant, soutient. Ce dire de l'autre est une nomination, un énoncé aliénant aux signifiants qui représentent le sujet. Ce forçage est un préambule absolu à la relation. Dans un second temps, il sera possible, souhaitable et judicieux de permettre à la personne de faire des choix et d'être reconnu dans son individualité à travers eux. Ainsi, le «forçage nominatif» intervient sur l'être et non sur le désir. Vous êtes ceci ou cela, ne doit pas équivaloir dans la pratique à un «vous voulez» désubjectivant, ni non plus à un «je veux» emprunt de jouissance. Tout au contraire, ce ne doit en être qu'une condition préalable d'émergence. La nomination subjectivement assumée doit permettre l'identification qui localise le lieu d'où le sujet désire. Bien qu'une telle position se heurte parfois au transactivisme massif des patients, ces derniers n'organisant pas leur position en réponse à celle de l'autre, mais en écho, la durée des échanges semble souvent permettre un passage par delà le transactivisme et l'instauration d'une relation où l'existence séparée de l'un et de l'autre semble être attestée par une forme nouvelle, structurée et enrichie, des productions verbales.

6. Un cheminement vers l'objet

*«*Separere*», séparer, ici se termine en «*se parere*», s'engendrer soi-même.
(...) Qu'on sache seulement que ce glissement est fondé
dans leur commun appariement à la fonction de la «*pars*».
La partie n'est pas le tout (...) Elle n'a avec le tout rien à faire (...)
Ici, c'est de sa partition que le sujet procède à sa parturition.»⁴⁶¹*

Note : La partie («*pars*») ainsi que l'enfantement («*partus*») prennent leur racine latine à la même source.

Ces types d'angoisse font réponse aux différents niveaux de traitement du manque. Nous avons affaire dans la clinique à un traitement du manque dans la pensée, puis dans le corps, pour, en fin de parcours, voir apparaître des comportements qui traduisent l'échec de ces solutions. L'accompagnement que nous proposons s'oriente donc d'une volonté d'apaisement de cette angoisse et nécessite un repérage des solutions abordables pour chaque sujet. Dans la mesure de l'immense hétérogénéité des expressions cliniques de la démence (largement relatives à la diversité des lésions histologiques), nous n'avons pas proposé de modèle strictement chronologique des dégradations du système psychique afin de

⁴⁶¹ LACAN, Jacques (1966). *Ecrits II*, Paris, Seuil, «Essais», 1999, p 323.

mieux mettre en lumière ce qui, chez chacun, faisait difficulté ou solution. C'est à partir de ce repérage, qu'il nous est donc possible de proposer une progression vers l'objet à partir de l'endroit où le sujet se tient. L'approche clinique décline trois temps logiques cohérents aux trois modalités d'être que sont : «l'être indistinct», «l'être séparé» et «l'être avec». Ces trois temps visent trois dépassements (logiquement) successifs. Nous les livrons comme suit à fin mnémotechnique et pour en faire sentir la continuité comme les ruptures radicales :

- *par-excitation* (Mu par l'excitation)
- *part-excitation* (départi de l'excitation)
- *pare-excitation* (protégé de l'excitation)

Les patients que nous rencontrons sont, en fin de parcours démentiel, plongés dans une apathie massive. Ils se trouvent, en deçà de toute plainte et de tout appel, dans un état d'agonie somato-psychique. L'angoisse est alors comparable à une énergie pure qui trouve à exciter le corps. Ces soubresauts sont les seules manifestations de ce qui meut le corps. Nous pensons pourtant que le système somato-psychique dispose d'une quantité de libido qu'il dépense à contre-investir les stimulations qui heurtent le principe de plaisir. L'angoisse ferait donc, à ce niveau, à la fois obstacle à la pulsion de mort (voir à la mort comme telle) et engagerait dans le même temps le lâché prise. Il est donc important de travailler à limiter les excitations provenant de l'environnement, pour limiter cette violence. Toutefois, ce travail sur l'environnement doit impérativement être suivi d'une mise à profit de la libido libérée de sa tâche de contre-investissement. Il convient donc de proposer d'autres stimulations, moins saturées que les bruits diffus et les mouvements désordonnés de l'environnement immédiat, sans toutefois vider ce dernier de toute source d'excitation. Si la sur-stimulation fait violence, la sous-stimulation risque à l'inverse de prolonger à l'extérieur le «rien» intérieur et, ce faisant, de n'arrimer à rien une immanence dont l'être ne peut se soutenir. Il est donc possible de proposer au patient une parole dont la première qualité devra être la douceur de la prosodie et des inflexions. Ce «bain de langage» offre une certaine résonance dans le caisson du vide intérieur. Il amorce, à un niveau pré-symbolique (ou perceptif) un début de coupure. La perception n'est pas encore à ce niveau située dans un rapport de causalité, mais elle est toutefois perçue, c'est-à-dire qu'elle commence d'être départie de l'appareil percevant. Cette esquisse perceptive de la coupure entre percevant et perception implique la perception de l'angoisse. Loin d'être un recul au regard de l'apparent apaisement de niveau précédant de traitement, cette angoisse est un ressort (à la condition de n'être pas trop violente). Le patient peut à ce niveau mettre en place des solutions de maintien de l'être tel que le cri ou un mouvement stéréotypé. Pourtant, cet effort de perception n'empêche pas une certaine coaptation du sujet par l'objet ; les deux se trouvant indifférenciés. Le vécu du patient est ici au joint de la persévération et de la permanence, la seconde

inscrivant la coupure que la première ne peut que répéter (créant ainsi un effet de boucle où le cri appelle le cri et où les mouvements du corps ne trouvent pas à s'arrêter). Puis, l'accompagnement serein et la mise en mot, permettant parfois au patient de s'appuyer sur la mélodie des mots pour la rejeter, fait émerger l'intentionnalité de l'Autre : la voix s'absente derrière le signe. Ce saut qui marque la ré-émergence du Moi, non seulement en tant qu'il perçoit mais également en tant qu'il se perçoit, fait à nouveau affleurer l'angoisse. L'émergence du sens pare-excitera les stimulations et offrira des possibilités nouvelles de traiter l'angoisse, moins couteuses, c'est-à-dire mieux mentalisées. Dans la mesure où le lien à l'objet reste précaire et ne tient plus en dehors de sa présence sensible, la présence de l'autre reste requise. Si le clinicien doit donc donner du corps, puis donner de la représentation et enfin donner du manque, c'est-à-dire un représentant de la représentation, c'est au service d'une possibilité progressive de coupure.

La dignité du patient, dont toutes les approches théoriques ou simplement pratiques de la démence s'accordent à dire qu'elles la visent, nous semble toujours achopper à être définie dès lors qu'elle est érigée au niveau de l'idéal et qu'elle est prise comme essence. Il n'y a pas de dignité de l'Un. Elle ne peut se définir d'être une qualité humaine qu'en tant qu'elle est prêté à l'autre. La dignité se trouve là, dans la reconnaissance de l'autre que seule permet l'existence séparée.

CONCLUSION

Ce travail d'écriture a pris son départ d'un double constat. D'abord les manifestations psycho-comportementales de la démence sévère nous ont semblé être ce qui objecte à la prise en soin des sujets en démence. Ensuite, il nous a semblé que le discours institutionnel lui-même ne livrait pas les outils nécessaires à un tel accompagnement. Des questions liminaires en ont découlé qui concernent les rapports des troubles à leur compréhension. D'abord incompréhension du patient lui-même, les SPCD se sont révélés à l'examen être la part qui échappe aux théorisations actuelles. Nous avons du côté du patient un sujet désarrimé du savoir et du côté du soignant un savoir ignorant du sujet. Nous avons donc marqué notre surprise et pris le parti de considérer comme n'allant pas de soi qu'un même objet fasse trou dans le savoir des uns et des autres, patients et soignants. La superposition du sujet et de la connaissance (ou de la conscience) nous a semblé, après avoir quelque peu éclairé notre propos à la lumière phénoménologique, être une voie d'impasse.

Après avoir déplié les rapports du sujet à la connaissance au travers de différentes définitions des termes, nous avons pu envisager les traits singuliers qu'il prend en démence. L'anosognosie, dont nous faisons un saut qualitatif radical qui fait de la démence sévère un «être au monde» distinct de celui des sujets affectés d'une démence (débutante à modérée), marque pour nous le cas particulier du sujet en démence sévère qui se définit de ne plus parvenir à «se dire». De telles considérations sur la connaissance (de soi) nous ont permis d'articuler l'anomie démentielle à l'impossible de «se représenter». Les développements qui suivent sont consacrés à la théorie psychanalytique de l'angoisse et nouent la possibilité de représentation à la possibilité d'une «mise en scène» d'où le sujet puisse prendre part et parti. Ainsi, l'angoisse caractérise le vécu démentiel et fait preuve de l'existence subjective dans la mesure où elle signe la crainte, puis la réalisation, d'un effacement du sujet.

Une définition du sujet comme «sujet du langage», nous a permis de déplacer notre paradigme premier pour saisir le sujet en tant qu'il est causé par le savoir de l'Autre. Le reflux du langage chez le dément, méconnaissant sa destruction, implique de ce point de vue une atteinte de l'Autre. Notre hypothèse s'en est déduit : le sujet dément s'efface de ne plus rencontrer le savoir dans l'Autre. L'idée d'un «Autre non manquant» nous a semblé convenir à indiquer que le dément est encore confronté à sa situation dans le monde, en même temps que, n'articulant plus cette question dans l'Autre, rien ne la lui signifie. Parce que le dément ne peut être envisagé sans son environnement, il ne peut y prendre place.

D'une part, le délitement de l'appareil du langage, ne pare-excitant plus les stimulations, les laisse dans un hors-sens traumatique. L'angoisse est la traduction

somato-psychique de cette déliaison. D'autre part, le vécu d'angoisse ne résulte pas de manière univoque de ce défaut d'outillage, mais réalise la réduction du sujet qui, alors qu'il se définit classiquement «d'avoir à être», ne trouve plus, d'une part à se supposer cause, d'autre part à être causé. Autrement dit, non seulement la clinique permet d'observer une destruction du Moi, mais également les manifestations passives (apathie, etc.) laissent entendre un affaissement du sujet lui-même. Dès lors, la perception elle-même devait être mise à la question, notre hypothèse excluant radicalement la notion d'un sujet de la perception unique et inaltérable en son essence. De fait, non seulement le «sujet» comme concept en devient incontournable, mais encore il faut considérer que par le «percevoir», le sujet est modifié. L'anomie, considérée comme «désignification du monde», n'implique pas une mauvaise perception, modification dans l'objet perçu, mais un déplacement du sujet percevant. De ce point de vue, et bien que cela soit par définition irréprésentable imaginativement pour l'observateur, il n'est pas exclu que le sujet dément sévère puisse avoir affaire, par exemple, à un monde en ultraplat, décolorisé ou encore qu'il soit pris dans une perspective *ad libitum* qui avale sa déambulation sans jamais trouver à la satisfaire. Dans tout les cas, la désorientation, si caractéristique de la démence sévère, ne nous semble pas dire l'impossibilité du sujet à s'orienter dans le monde, mais l'incapacité du monde à dire quelque chose du sujet. Le monde désignifié ne dit plus rien du sujet qui ne trouve plus à s'y faire représenter. Le sujet dément n'est donc pas comptable de ces transformations qui procèdent du perceptum, au lieu de l'Autre. Nous avons donc postulé que la non-représentation ne conduit pas le dément à se couper du monde, à n'avoir affaire à rien, mais à être saisi par un réel qui continue d'avoir des effets d'angoisse. Cette angoisse, nous avons souhaité la postuler comme constante, énergie pure marquant le refus d'une réalisation totale de l'être dans le non-être. La démence, que nous définissons d'être un manque du manque dans l'Autre, n'implique pas pour autant que le dément ne se confronte plus au réel. Bien que ne jouissant pas de venir s'identifier au trou de la signification phallique, il n'en reste pas moins traversé d'un en-trop néantisant. Ne se confrontant pas, dans le langage, au réel de la jouissance de l'Autre, il n'en reste pas moins substance jouissante. La désorganisation libidinale qui caractérise les derniers stades démentiels, débordant les capacités régressives, indique en effet que l'an-objectalité démentielle ne confine pas à la mort ou à la perte, mais à l'en-trop, au débordement d'angoisse. Ainsi, les SPCD nous ont semblé, à deux titres différents, prendre valeur d'expression singulière de ce qui, n'étant plus un parlêtre, continue néanmoins de se défendre du non-être. D'abord d'un point de vue théorique, il nous est apparu que les SPCD, d'objecter au savoir, échappaient à la notion idéalisante d'un ordre du monde et d'une nécessité naturelle. Ensuite d'un point de vue clinique, les SPCD se sont révélés être la réponse faite à la violence qu'implique le collage de l'autre, d'abord par ses propositions énigmatiques ensuite par l'énigme de leur absence. Les SPCD nous ont

donc semblé ne pas être de pures décharges d'excitation mais des tentatives de coupures, manifestations d'une objection opposée par le sujet à sa prise dans un «savoir» non-troué.

L'accompagnement dès lors ne pouvait plus être entendu comme effort de réduction des troubles, mais comme reconnaissance de ce qui s'y manifeste. Les SPCD, d'abord pensés en marge de la démence, comme troubles associés, devaient donc être rendu à leur place centrale. Les SPCD, de ce points de vue, devaient prendre la valeur d'une contestation qui, débordant largement la notion de «fonction supérieure» (attention, conscience, etc.), nous a semblé parfaitement impensable sans postuler l'existence d'un espace psychique. Espace dans la réduction duquel les SPCD prennent leur cause, espace également dans le soutien duquel la thérapeutique prend son efficace. Ainsi, la psychanalyse, à ne pas céder face à la neuro-dégénérescence, nous a semblé livrer des outils opérants à saisir et à traiter la démence sévère.

La quatrième partie est consacrée à une découpe catégorielle de ce que nous nommons «SPCD» afin d'éviter toute confusion avec la définition freudienne du «symptôme». Nous avons d'abord développé l'idée selon laquelle une part au moins des SPCD sont une modalité d'injection du manque qui manque à faire jouer la structure (qui nécessite un trou dans le réel pour injecter du semblant). Nous avons pris en premier lieu l'exemple de l'hallucination démentielle pour la raison qu'elle exemplarise de manière paradigmatique notre hypothèse. L'hallucination démentielle, avant que d'être un trouble, est une tentative (mentalisée) de faire avec le défaut du manque. Par la projection scénarisée, palliant au défaut de fantasme, elle le met en scène et donne place supportable au sujet. Des stratégies, qui sont nécessités par la structure, se mettent en place qui consistent en l'émergence, dans l'imaginaire, du manque que l'effondrement du langage a abrasé. A ce stade, un traitement imaginaire du réel est encore possible pour la raison que le texte même de l'hallucination permet un découplage du sujet et de l'objet. Par la suite, les SPCD actifs cèdent la place à ceux passifs dont nous faisons l'expression d'un contre investissement couteux et désorganisé. Ce «surinvestissement des bords» que nous observons dans la clinique indique d'une part que l'apathie démentielle n'est pas un retrait autistique et nous évite d'autre part d'avoir à recourir à la notion psychologisante et théoriquement intenable d'une «volonté de retrait du monde». A ce niveau les SPCD semblent de moins en moins faire réponse à l'angoisse et sont d'avantage les effets immédiats de la désorganisation somatique. Enfin, nous indiquons que la fin de vie des déments sévères ne nous semble plus pouvoir s'expliquer en terme d'organisation libidinale.

Nous concluons ce travail avec quelques propositions d'éclairage de la pratique à partir des hypothèses que nous avons formulées et des définitions qui s'en sont déduites. Jusqu'au stade ultime de sa vie, le sujet dément ne cesse de tenter une

coupure, ne cesse de viser l'ek-sistence. Ainsi, le travail sur la singularité ne nous semble pas devoir s'en tenir, dans sa définition, au simple cas par cas que les «recommandations de bonnes pratiques» promeuvent. La pratique, nous semble-t-il, ne peut s'orienter des propositions singulières qu'elle fait à chaque patient, sans passer tout à fait à côté de la singularité qu'elle vise. La prise en charge singulière (que l'on retrouve notamment dans la notion de «projet d'accompagnement personnalisé») doit s'élaborer à partir de la «solution singulière» du sujet lui-même. C'est à se faire enseigner par lui, en lui supposant non pas un savoir, mais un mode de traitement de «sa» jouissance, qu'il est possible de l'accompagner vers moins de souffrance. Le savoir, en tant que, comme savoir sur l'autre, il rate toujours le sujet et que, comme savoir supposé à l'Autre, il est inopérant chez le dément lui-même, doit donc être lâché au profit d'un étonnement nécessaire. Le «comprendre trop vite» de la psychologie scientifique et le «transfert» de la psychanalyse doivent donc, parce qu'inopérants, faire place à une autre clinique. Cette clinique du détail, de la petite solution, du tâtonnement, nous semble devoir se tenir sur un solide transfert à la théorie et se déployer à partir du désir du praticien à aller à la rencontre du singulier dans l'autre dément. Ainsi, elle n'est pas une clinique du savoir ou de la suggestion, elle n'est pas non plus une clinique transférentielle, mais elle se doit pourtant de n'en pas moins rester une clinique «sous transfert». Dans cette perspective, les SPCD ne sont pas ce qui doit être réduit ; ils sont ce qui gagne à être reconnu comme tentatives de réduction (de l'angoisse). Le traitement ne s'oriente pas de leur liquidation, mais consiste à leur donner plus de force et à en réduire le coût. Ce que nous proposons comme «nomination», non sans en corrompre quelque peu la notion, tente d'indiquer l'effet de l'effort d'un autre à reconnaître le sujet dément en lui rendant place sur la scène intersubjective. La clinique de la démence sévère est donc une clinique de la parole, traitement de la jouissance plus que du sens, qui s'oriente de l'angoisse, soit à partir des trouvailles du sujet, soit parce qu'elle indique l'endroit où le sujet souffre et doit trouver à se satisfaire.

Tout au long de ce travail il s'est agit pour nous d'indiquer que l'absence du manque continu d'avoir des effets (réels). Le langage effondré échoue à extraire l'objet dont le sujet a besoin pour articuler un désir. De ce point de vue, et du seul fait qu'il y ait angoisse, le dément sévère ne sort en aucun cas de «l'humanité». L'enjeu clinique est de promouvoir une représentation du manque. Il faut donc permettre au patient de le représenter. Notre idée du «réel dans la démence» implique que notre propos ne se situe ni dans une logique déficitaire, ni dans une logique essentialiste ou idéalisante qui fasse du dément «celui qui se libère». Il n'y a pas de «réel de la démence», mais un «réel dans la démence», ce en quoi nous confirmons notre souscription à la notion introduite par J. Pellissier de «symptôme dans la démence». Ainsi, nous persistons à considérer qu'existe «La démence», mais non sans détour. Ce détour est l'os du présent travail que ne se réclame que d'être introductif. Ainsi, pour resserrer notre propos nous faisons retour sur la thèse,

centrale à notre propre travail, du professeur A. Quaderi : Le dément n'existe pas. Après avoir, par plusieurs voies, tenté de déplier la non ek-sistence comme «être», puis comme «être joui», il nous est possible de rendre saillant ce qui a motivé notre propos en insistant sur le pronom plus que sur le nom : LE dément n'existe pas. La démence se définit de ne pas trouver d'exception qui fasse ensemble. Pas «d'au-moins-un» Russelien qui en constitue l'unité. Autrement dit, le sujet dément sévère n'a plus affaire avec les bornes de la castration et de la jouissance phallique.⁴⁶² Il semble évident que le dément, dont nous avons insisté sur l'anosognosie, ne se sait pas dément ou faisant partie du groupe des déments. La théorie des ensembles, dont fait usage Lacan, nous permet pourtant d'indiquer que la démence sévère réalise un effondrement du fantasme et, de fait, ne permet pas que s'y repère un sujet de l'inconscient. C'est à ce niveau que nous repérons la «cause» et c'est à ce niveau que nous postulons sa destruction dans la démence. Ainsi, «l'apathie» et la destruction des pulsions partielles, le vécu d'immédiateté, l'absence de «distance métalinguistique», etc. nous ont conduit à faire l'hypothèse d'une non-division subjective caractéristique d'un en-deçà de l'aliénation. Cette non-division, nous l'avons d'abord pointé, à partir de la phénoménologie, comme chute du «manque d'être», puis, à partir de l'enseignement de Lacan, comme a-topisme caractérisé d'une non-garantie au lieu de l'Autre. A ce second niveau, nous définissons «l'être dément» en tant que, ne rencontrant pas au lieu de l'Autre le manque réel comme «objet a», il est non-causé. Ainsi, dans les moments où l'angoisse l'assaille le plus, son «être joui» ne localise rien qui puisse faire bord. L'effondrement des contenus psychiques, laissant un vide intérieur, finissent par emporter avec eux le contenant lieu-même, qui ne circonscrit plus le vide comme tel. Rien ne manque plus à sa place, pour raison d'absence réelle de place. Le dément sévère, parce qu'il continue d'être joui, est donc avant tout un «sans lieu». Il est (réellement) l'inclassable, l'insituable, l'a-topos, celui «*qu'on ne peut (...) foutre nulle part*»⁴⁶³. En cela, il continue d'objecter à sa mathématisation. A ce titre, LE dément n'existe pas, il n'y a pas en lui de référence à l'ensemble ou à l'Autre qui par l'opération symbolique, creusant un trou dans le réel, en donne la position. Si LA démence peut avoir un sens quelconque de désignation, c'est au titre d'une reconnaissance de cette inexistence. LA démence est le nom des «sans-lieu». Autrement dit, bien que le sujet dément ne soit pas sujet de l'inconscient, c'est-à-dire un «parlêtre», il ne fait pas pour autant retour aux lois et à la «nécessité» du monde. Que le dément ait affaire à un «réel plein» implique donc qu'il ne puisse s'insérer, pièce mécanique, dans

⁴⁶² Il ne s'agit pas pour nous d'attribuer au sujet dément une «jouissance supplémentaire», ni de l'insérer dans une logique du «pas-tout» dont Lacan caractérise La (barré) femme, mais de désigner par là ce que la démence sévère représente de sortie en dehors du champ de l'aliénation au signifiant (de l'Autre).

⁴⁶³ LACAN, Jacques (1960-1961). Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2001, p 128.

l'ensemble continuiste du «monde». Sa dysharmonie ne peut être pensée à partir de la référence à une virtuelle harmonique totalisante. Si «les démences» indiquent quelque chose de la souffrance cérébrale, il nous faut reconnaître que «La démence» prend son sens et son unité à partir d'un autre référentiel que celui somatique et désigne, d'avoir affaire au « lieu bouché de l'Autre», la (non)-situation de l'être dans le réel. L'enjeu, à partir de cette reconnaissance du réel dans la démence, est de produire des institutions, c'est-à-dire un discours, qui fasse place à la singularité de chacun des sujets déments. Passer de l'établissement à l'institution, qui soit un lieu pour les sans-lieu, nécessite d'abord de reconnaître que d'être joui, le dément sévère a affaire à l'angoisse.

Afin de ramasser notre propos nous livrons une image en clin d'œil à la psychanalyse lacanienne. Pour nommer la spécificité de l'opération démentielle nous nous proposons de décrire le sujet dément en tant qu'il est amuï. Il est très clair que cet exercice de pure analogie ne prétend en aucun cas à permettre les opérations logiques que permet, par exemple, la notion d'élimination du sujet autiste qui, contrairement à ce que nous proposons ici, s'appuie sur le structuralisme linguistique pour faire jouer le sujet dans l'énoncé. L'amuïssement du sujet dément sévère nous semble simplement imaginer une grande partie des propositions que nous avons avancé et permettre que celles qu'il ne parvient pas à dire s'en laissent déduire.

En effet, cette notion, trivialement extraite par nous de la phonétique, indique en premier lieu que le sujet dont nous parlons a tout à voir avec le langage. Ensuite, elle nous permet d'indiquer que l'être de la lettre comme du sujet est distinct de son existence parlée. A ce titre, le sujet amuï serait le non-parlé, celui dont nous avons soutenu que sa mêmeté l'impliquait comme «ininterprété». Le sujet amuï est donc celui qui est, mais qui n'existe pas. Ainsi, la forme pronominale réfléchie du verbe «s'amuïr», indique bien l'effacement de l'ek-sistence de celui qui est. Ici la préposition «de» (génitif) est à prendre dans ses formes active et passive. Nous pourrions par exemple le mettre entre parenthèse à la manière dont Sartre le fait, et pour les mêmes raisons, dans sa formule qualifiant la conscience non-thétique de «connaissance (de) soi». Ainsi la distinction que nous faisons entre «être» et «existence» nous permet d'éviter absolument de supposer un acte volontaire d'effacement. En ce sens, nous nous opposons tout à fait à la notion de psychogenèse de la démence dès lors qu'elle est prise sur son versant psychologisant ou volontariste. La notion d'amuïssement indique que le sujet amuï l'est de n'être pas parlé. S'il s'amuï, c'est de ne pas trouver à être causé. S'il est sujet, il n'est pourtant pas comptable de cet effacement. En cela, nous reconnaissons pleinement le cerveau dans sa valeur de substrat, de véhicule, qui n'est cause de la démence qu'à produire sur la scène psychique un effondrement de la dimension de la cause comme

telle. Cet effondrement du «percipere», nous le posons avec Lacan comme non-division, débranchement radical de la question de sujet dans l'Autre, lieu d'un savoir effondré. Le sujet amuï a donc affaire à un Autre, bouché, non-manquant. Comme de la lettre amuïe, l'Autre l'emploi, mais ne sait plus qu'en faire. Encore, pour la raison que nous souhaitons écarter de notre discours la notion psychologisante de «volonté», nous ne confondons pas l'autre et l'Autre. Le sujet dément n'est pas amuï par un défaut d'écoute du petit autre qui le conduirait à se soustraire du monde, à se refermer sur lui et à déshabiter le langage. Nous soutenons au contraire que le sujet est dément du fait d'un manque du manque dans l'Autre, ce qui implique son réel, non sa volonté. La demande du sujet dément sévère n'est pas frustrée, mais réellement effondrée. En ce sens, l'analogie avec l'amuïssement de la lettre, qui n'est pas l'action d'un petit autre, mais l'usage d'une langue, comme lieu de l'Autre, abonde dans le sens de notre parti pris théorique. L'amuïssement indique encore fort bien que le sujet amuï, continuant cependant d'être, ne soutient plus l'organisation libidinale, à l'instar de la lettre dite «muette», persistant en sa trace, qui, parce qu'elle ne se dit, ne satisfait plus à l'oralité. Encore, il indique que, comme la lettre, le sujet amuï, bien que non parlé, continue de porter témoignage de l'existence passée en même temps que des usages, c'est-à-dire des modalités d'existence, qui en ont supprimé l'expression. Enfin, de la même manière que la lettre dans la langue française n'est jamais amuïe dans un procès continu, mais que les formes qui conduisent à l'actuelle sont très distinctes et portées par des nécessités pratiques, motivées de la rencontre de la contingence des précédentes d'avec l'articulation phonatoire, de la paresse d'usage, de l'investissement du mot ou de son désinvestissement, le procès démentiel n'est pas celui d'un effondrement régulier, lente et uniforme désorganisation, mais la succession de nombreux réaménagements, paliers d'organisation motivés de la double contingence des consistances de l'Autre et du désir d'écoute d'au moins un autre. Nous en concluons que l'éthique du soin, de même que l'étymologie ne permet de restituer la vérité du sens, ne peut s'orienter uniquement de «l'identité» passée du sujet à toute fin de reconnaissance. Ainsi, comme pour la langue, ce n'est pas l'essence qui se révèle dans la déconstruction, mais des formes d'existence (ou d'inexistence) ou de «Dasein», contraintes par le caractère réel des usages, qui se succèdent sans jamais toucher, dans un accomplissement total, au réel de l'être. Pas plus que n'existe de forme pure ou première du langage d'où le symbolisme, enfin abordé, puisse devenir caduque d'avoir touché la vérité, pas plus n'est de réel de l'être qui, une fois atteint, dans sa course à l'étymon, ne pousse au silence extatique. La déconstruction du moi puis du sujet en démence ne révèle pas l'être. Pas d'herméneutique ou de vérité révélée. Le doigt du symbolisme ne pointe pas le vrai, il est, dans et par le

mouvement de se dire, la vérité qui «parle je»⁴⁶⁴. Pour cette raison, de l'être dément sévère comme de la lettre amuïe, il n'est permis de trouver aucune mécanique qui livre par l'étude actuelle les formes de remplissement⁴⁶⁵ précédentes, pas d'avantage que d'après-coup où le futur antérieur d'un ça «aura été» jetterait quelques lumières sensées sur le non-sens démentiel, encore moins de pronostic, de finalisme du «tu seras», qui laisserait présager d'un chemin de déviance de l'adéquation à l'inadéquation. Pour autant, le sujet dément n'échappe pas non plus comme le «parlêtre» échappe : il est cette échappée, directement motivée du réel. Bien qu'il nous semble difficile de postuler un «être-le-là» comme ek-sistence dans la démence sévère, il n'en reste pas moins que l'épreuve de l'angoisse, bien qu'elle ne soit plus «l'angoisse signal» à laquelle s'attache très certainement Heidegger, nous laisse penser que le Dasein, qui n'est pourtant plus «témoignage de l'être», continu de faire du dément un sujet non adéquat à lui-même. A ce titre, le sujet en démence reste en humanité.

Le pari d'écriture qui est le notre, de refuser radicalement que le sujet dément reste lettre morte, est une tentative d'insérer un espace de tension, tant dans la théorie (comme reconnaissance de l'angoisse en tant qu'elle signe une dysharmonie subjective) que dans la clinique (comme soutien des SPCD en tant qu'ils opèrent une coupure), qui se motive de la reconnaissance du fait que le sujet dément, n'articulant plus toujours de plainte, reste cependant l'être (lettre) en souffrance.

⁴⁶⁴ «Moi, la vérité, je parle... Cela veut dire tout simplement ...(que)... la vérité se fonde de ce qu'elle parle, et qu'elle n'a pas d'autre moyen pour se faire.» LACAN, Jacques. (1966) *La science et la vérité*, dans «Ecrits II», Paris, Seuil, «Essais», 1999, p 349.

⁴⁶⁵ Au sens d'HUSSERL

LIMITES ET OUVERTURES

«Il est certain que se coltiner la misère du monde (...) c'est entrer dans le discours qui la conditionne, ne serait-ce qu'au titre d'y protester.»⁴⁶⁶

Nous souhaitons indiquer quelques-unes des limites majeures que notre discours peut contenir ou rencontrer. Nous les déplaçons une à une, certaines participent de limitations internes, d'autres marquent les lieux d'heuristique où notre cheminement s'achève.

- limite 1 :

Nous nous sommes heurtés dans ce travail à la question du choix des termes. Notre parti pris a été de faire tourner les manifestations démentielles, pour une très large part de notre propos, autour de la notion d'angoisse, pour la raison que ce concept a d'une part le grand avantage, sinon d'être compris par tous, du moins de faire écho au vécu de chacun et d'autre part qu'il se connote d'emblée de l'idée d'un inconfort et d'une souffrance qu'il nous était important de reconnaître au vécu démentiel sévère. Nous souhaitons insister, avec ce terme, sur la nécessité pour tout professionnel du champ gériatrique de diriger son regard et ses préoccupations vers les sujets les plus déments avec le sentiment vif de l'urgence à agir.

Pour autant, l'articulation de vécu démentiel à l'angoisse ne se fait pas sans forçage. En effet, toute la théorie psychanalytique, particulièrement celle lacanienne, articule l'angoisse au manque et au désir. Ainsi, la construction de notre hypothèse à partir d'un défaut du manque nous a semblé éclairante, en même temps que l'idée que nous avons avancée d'un effondrement radical de la dimension du désir dans la démence sévère nous a posé difficulté pour la raison que l'angoisse (chez Lacan) ne peut se dire qu'à être articulée au désir. C'est cependant au cœur de la théorie lacanienne que nous trouvons une voie : le concept de «jouissance». La jouissance, articulé qu'elle est à la douleur (jouissance n'est pas plaisir), n'en est pas moins difficile à articuler à un «objet a» qui nous a semblé être très largement absent dans la démence (nous avons postulé que le primaire lui-même était déconstruit, désorganisé). Nous avons tout de même, à travers cette notion, pu étayer l'hypothèse d'un Autre bouché, c'est-à-dire toujours présent. Ainsi, grâce au concept de jouissance, il est devenu pensable pour nous qu'un Autre d'où ne s'articule plus la question du sujet, puisse continuer de le marquer des effets d'un «ça jouit». De ce point de vue, le dément sévère n'est pas angoissé, il est joui. Pour autant, nous avons largement conservé dans notre analyse des SPCD la notion d'angoisse. D'abord parce que le concept d'angoisse comme notion énergétique nous a permis de penser

⁴⁶⁶ LACAN, Jacques. (2001) *Télévision*, dans «Autres écrits», Paris, Seuil, 2004, p 25.

la jouissance dans la démence, ensuite parce que nous espérons qu'à partir d'elle, une transmission de nos hypothèses aux professionnels avec lesquels nous partageons la préoccupation de ces patients gravement atteints, soit facilitée. Il nous semble qu'à faire autrement nous nous serions privé des ponts nécessaires à la discussion et aux échanges multidisciplinaires. Le risque aurait alors été de laisser penser qu'un tel discours n'a aucune incidence pratique alors même qu'il nous semble essentiel à donner une orientation au quotidien du travail clinique. Pour cette raison, nous avons pris le parti d'imprimer à ce travail un certain mouvement. Prenant son départ d'une réflexion sur le discours usuel en EHPAD, il interroge donc le discours médical, puis la phénoménologie, s'attache à penser avec Freud, en prolonge les notions avec le Lacan structuraliste, pour se terminer avec le dernier Lacan et son approche du Réel.

- Limite 2 :

Notre indication selon laquelle «La démence n'existe pas» est nécessitée par le fait que le dément n'ex-siste pas sans l'autre. Cela nous l'avons déplié. Cependant, pour nous rendre intelligible nous avons cédé à l'écueil qu'implique une seconde lecture de cette assertion : La démence n'est pas une catégorie structurale. En ce sens, non seulement le sujet résiste à sa classification, mais encore cette dernière ne peut être constituée en unité. Il n'y a pas «La» démence. Ainsi, si l'anatomopathologie repère «Des» démences, la psychologie quant à elle, se soustrayant à ces considérations somatiques, devrait pouvoir en pousser d'avantage la partition en indiquant que l'être dément est toujours à prendre au singulier.

Pourtant, nous avons tenté d'articuler un trait d'organisation de la démence en soulignant la «place» particulière du réel pour le sujet dément. En effet, bien que chaque sujet ait affaire à un réel singulier et que le réel, par définition, ne trouve pas place où se ranger, il n'en reste pas moins que «La» démence est le nom d'une certaine expérience du réel. Ce réel, nous le repérons dans le caractère de coupure des SPCD. Notre clinique ne nous permet pourtant pas de ranger toutes nos observations sous cette notion. Ainsi, nous sommes face à deux possibilités :

- Soit, notre compréhension des manifestations démentielles ne nous permet pas encore de retrouver chez chaque patient ce qui s'opère pourtant comme tentative de coupure. Auquel cas notre compréhension du modèle proposé est simplement insuffisante à en rendre compte finement.
- Soit, les patients échappent radicalement à cette logique, auquel cas l'élargissement de la population observée rendra caduque cette théorisation dès lors qu'elle aura à rendre compte d'un ensemble plus large. Auquel cas, c'est le modèle lui-même qui, plus qu'insuffisant, devra se révéler faux.

Dans tous les cas, il nous semble qu'une voie s'ouvre qui nous permettra,

quand bien même serait-ce dans sa réfutation, d'engager la réflexion avec des confrères et professionnels de la démence. En ce sens, les notions de vrai et de faux importent moins que les effets non encore prédictibles du discours dans lequel nous nous inscrivons.

- Limite 3 :

L'hypothèse d'une délibinalisation des sujets en démence sévère nous apparaît être soumise à un biais important dès lors que l'observation est faite dans un milieu institutionnel appauvrit. Il nous semble qu'une telle absence d'objets est à même d'être un ressort thérapeutique à certains moments de la démence, en même temps qu'elle est profondément pathogène à d'autres.

Bien que cette hypothèse soit de première importance et que sa prise en compte doive conduire les unités spécialisées des EHPAD à se doter d'avantages d'objets, il n'en reste pas moins, selon nous, que l'appauvrissement délétère de l'environnement est avant tout la conséquence d'un manque de présence et de parole humanisante de «l'autre soignant». Ici, l'organisation de soin appauvrit en relation vient sur-imprimer l'œuvre de destruction que la démence elle-même implique en produisant un collage désubjectivant.

- Limite 4 :

Il nous semble qu'un biais inévitable a traversé toute notre argumentation qui est celui du traitement neuroleptique. Une très grande partie des patients que nous rencontrons, et qui présentent des SPCD, sont traités en vue de limiter l'expression desdits troubles et d'apaiser leur angoisse. De fait, les manifestations démentielles tendent à être atténuées sous l'effet des antipsychotiques. La conséquence en est un rabattement partiel des SPCD actifs sur ceux passifs, mais également un vidage des processus psychiques, au premier rang desquels la dissociation. Bien que nous souscrivions tout à fait à la nécessité de trouver des solutions d'apaisement pour ces patients dont nous avons dit que leur vécu d'angoisse peut se révéler extrêmement violent, il nous semble que la chimiothérapie contribue à déconstruire les «solutions de traitements» que les patients ont eux-mêmes mis en place. Au regard de ces éléments, il apparaît donc que le vide de la pensée que nous décrivons dans les SPCD passifs et que nous originons dans la destruction des processus secondaires et de la «conscience de soi» est largement surdéterminée par les traitements médicamenteux.

- Limite 5 :

Notre lecture de la démence à partir de l'existentialisme sartrien et son articulation au «retour à Freud» lacanien nous apparaît montrer plus de limites que de possibilités de compréhension. Pourtant, d'une part, la compréhension elle-même, comme «forme du connaître», parce qu'elle est libido sciendi (non exempte de jouissance), nous semble être révoquée par les conceptualisations du dernier Lacan fondant la «clinique du réel», d'autre part il nous a semblé intéressant, dans la mesure où nous avons mis la notion existentielle «d'angoisse» au centre de notre réflexion, d'indiquer comment la lecture de Sartre a infléchi toute l'œuvre lacanienne. (Nous renvoyons ici à la lecture du livre de Clothilde Leguil «*Sartre avec Lacan*».) Enfin, dans un souci de synthèse nécessité par le cadre de l'exposé, il nous est apparu que le travail de Sartre permettait d'indiquer quelques points de fuites en direction de ce qu'il nomme «les trois H» que sont Husserl, Hegel et Heidegger. Dans la mesure où nous croyons fermement que la place de la psychologie clinique dans le champ éminemment somatique de la démence neuro-dégénérative est celle d'une réflexion philosophique appliquée à la clinique, il nous semble que la lecture de ces auteurs fondamentaux est nécessaire à tout discours qui ne voudrait pas se priver de ce que la notion de sujet, dans son articulation à l'être du phénomène, apporte d'éclairages capitaux.

- Limite 6 :

Il serait intéressant d'aborder le traitement de l'angoisse dans la démence sévère au regard de l'investissement précoce du langage et de la base de sécurité apporté par les imagos parentaux. De même, l'analyse des défenses secondaires à l'œuvre en début de démence, telle que la capacité de remanier l'histoire, de transformer l'infortune ou les difficultés en gloire, le déni, et les ré-élaboration narratives, permettraient certainement de mieux saisir la position qu'emprunte chaque dément sévère et qu'elle forme prend l'angoisse chez eux (abandon, perte d'amour, de sécurité, violence de l'autre, etc.) Notre clinique ne nous a pas permis de telles constructions longitudinales.

- Limite 7 :

Enfin, bien que nous ayons insisté sur le fait que la démence sévère ne consiste pas en un retrait autistique, il nous semble que la clinique de l'autisme et les concepts qui lui donne son articulation, tels que les «objets autistiques» ou la notion «d'élision du sujet», sont des outils qu'il serait riche, dans un prochain travail, de mettre à l'épreuve de la démence.

BIBLIOGRAPHIE

- AFSSAPS. *Communiqué de presse du 9 décembre 2008 sur la sécurité d'emploi des antipsychotiques classiques chez les patients âgés déments*. (ANESM)
- ALEMÀN, Jorge. *Lakant*, Collection Rue Huysmans, Diffusion Navarin Seuil, 2003.
- AQUIN, Saint Thomas d', (1256-1285), *Dieu, la création*, dans «Somme théologique», Prima pars (Ia Pars), question 2, article 3: Dieu existe-t-il?, site Grand portail philosophique, WWW.thomas-d-aquin.com.
- AQUIN, Saint Thomas d', (1256-1285) *La morale particulière*, dans «Somme théologique», secunda secundæ, (IIa IIæ), article 7 de la question 64: L'homicide : «Est-il permis de tuer un homme pour se défendre?», site Grand portail philosophique, WWW.thomas-d-aquin.com.
- ARISTOTE, (385 env.-322 av. J.-C.) Organon, second traité, Peri Hermêneias, «De l'interprétation», trad Tricot (1936), en ligne, éd Les Échos du Maquis, v. : 1,0, janvier 2014.
- AULAGNIER, PIERA. (1975) *La violence de l'interprétation*, Le fil rouge, puf, 2010.
- AZAM, Edith. *Décembre ma ciguë*, P.O.L, 2013.
- BADDELEY, Alan D ; THOMSON, Neil ; BUCHANAN Mary. (1975) *Word length and the structure of short-term memory*. Verbal Learning Verbal Behavior, Vol 14, 1975.
- BARTHES, Roland. (1977-1978) *Le Neutre*, traces écrites, Seuil IMEC, 2002.
- BAUDRILLARD, Jean. (1981) *Simulacres et simulation*, Galilée, Paris, 2010.
- BERNATEAU, Isée. *Psyché prise au corps*, dans «Le corps de Psyché», puf, 2013.
- BIAGI-CHAI, Francesca. *Sinthome ou suppléance comme réponses au vide*, site Uforca, Lacan-université.fr.
- BIANCHI, Ferruccio. *La notion de trace perceptive : quelques hypothèses sur l'origine de la pulsion de mort*, puf, Revue française de psychanalyse 2007/4, vol 71.
- BOTELLA, César et Sara. (1983) *Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation*, Revue française de psychanalyse, vol 47.
- BROUSSE, Marie-Helene. *Panic attack*, intervention orale dans Les chemins de la connaissance, France culture.
- CANGUILHEM, Georges. (1966) *Le normal et le pathologique*, puf, 2010.
- CASTANET, Hervé. *Comprendre Lacan*, Max Milo, 2013.

- CHARAZAC, Pierre. *Soigner la maladie d'Alzheimer –Guidance des aidants et relation soignante*, Dunod, 2012.
- CHEMAMA, Roland ; VANDERMERSCH, Bernard. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse in extenso, 2009.
- CLEMENT, F ; BELLEVILLE, S ; GAUTHIER, S. *Cognitive complaint in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease*, Journal of the International Neuropsychological Society, mars 2008, 14/2.
- CYRULNIK, Boris. *Sauve-toi, la vie t'appelle*, Odile Jacob, 2014.
- DEL VOLGO, Marie-José. (1997) *L'instant de dire*, érès, 2012.
- DESCARTES, René, (1637) *Discours de la Méthode* (partie V), dans *Œuvres et lettres*, La Pléiade, 1937.
- DOLTO, Françoise. *Au jeu du désir : essais cliniques*, Seuil, Paris, 1981.
- DOLTO, Françoise. (1984) *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1992.
- DURAS, Marguerite. (1960), *Hiroshima mon amour*, folio, 2014.
- ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. (1805) *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Thèse de médecine.
- ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. (1838), *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, J.B. Baillière, libraire de l'Académie Royale de Médecine, vol II, site Gallica, mise en ligne 2007.
- FERENCZI, Sandor. (1921) *Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge*, Œuvres complètes, tome III ; 1919-1926, Payot, 1974.
- FOUCAULT, Michel. (1972) *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, coll TELL, Liège, 2010.
- FINKEL, S.I ; COSTA, E ; SILVA, J ; COHEN, G ; MILLER, S ; SARTORIUS, N. *Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment*, International Psychogeriatrics, 8, suppl 3, 1996.
- FREUD, Sigmund. (1891), *Contribution à la conception des aphasies*, puf, 2009.
- FREUD, Sigmund. (1895) *Esquisse d'une psychologie scientifique*, (première parution en 1950) document en ligne, WWW.lutecium.org/Jacques_Lacan/transcriptions/freud_esquisse_fr.pdf, trad Suzanne Hommel.
- FREUD, Sigmund. (1914) *Pour introduire le narcissisme*, dans «La Vie sexuelle», Paris, Puf, 1969.

- FREUD, Sigmund. (1915) *L'inconscient*, dans «*Métapsychologie*», OCF, XIII, puf, 2005.
- FREUD, Sigmund. (1915) *Pulsion et destins des pulsions*, dans «*Métapsychologie*», folio essais, 2005.
- FREUD, Sigmund. (1918) *L'homme aux loups*, dans «*Cinq psychanalyses*», trad Bonaparte, M et Lœwenstein, M, PUF, 1973.
- FREUD, Sigmund. (1920) *Au-delà du principe de plaisir*, dans *Essais de psychanalyse*, trad Laplanche B et J-B Pontalis, Payot, 2005.
- FREUD, Sigmund. (1924) *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 2005.
- FREUD, Sigmund. (1925) *La négation*, dans «*Résultats, idées, problèmes*», II (1921-1938), trad J. Laplanche, puf, 2009.
- FREUD, Sigmund. (1906-1908) *Œuvres complètes*, VIII, Paris, PUF, 2007.
- FREUD, Sigmund ; ABRAHAM, Karl. (1907-1926) *Correspondance*, (lettre de 1914), Gallimard, Paris, 1994.
- FREUD, Sigmund. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, 2009.
- FREUD, Sigmund. (1938) *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, coll Bibliothèque de psychanalyse, 1975.
- FROMAGE, B ; BRESSEAU, C. *La question du sujet dans la maladie d'Alzheimer*, L'information Psychiatrique, 2006/5, vol 82.
- GIL, Roger. *Vieillesse et Alzheimer: comprendre pour accompagner*, L'harmattan, 2012.
- GIMENEZ, Guy. *La psychothérapie des patients psychotiques hallucinés*, Cahiers de psychologie clinique, 2003/2 N°21.
- GORI, Roland. *La fabrique des imposteurs*, LLL, 2013.
- GREEN, André. (1973) *La conception psychanalytique de l'affect*, PUF, coll Quadrige, 2004.
- GREEN, André. (1983), *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, Les éditions de minuit, 2010.
- GREEN, André. (1983) *Le travail du négatif*, édition de minuit, coll Critique, 1993.
- GREEN, André. (1990) *La folie privée. Psychanalyse des cas limites*, Gallimard, Paris, p 128.
- GREEN, André. *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, Paris, PUF, 2002.

GREEN, A. *Le rejet de la psychanalyse par C. Levy Strauss*, Revue française de psychosomatique, 2010/2, Vol 38.

GREEN, André, *Penser la psychanalyse*, Ithaque, 2013.

GROSCLAUDE, Marie. *Démence et psychosomatique ? à propos des rapports Psyché/Soma dans la démence*, dans Psychologie médicale, 1991, vol 23, n°8.

GROSCLAUDE Marie et Jacques. *Le trauma et ses relations avec la démence sénile de type Alzheimer*, dans «Psychothérapies des démences, quels fondements ? quels objectifs ?», John Libbey Eurotext, 1997.

GROSCLAUDE, Marie. *Démence, perte de l'objet, dépression et deuil*, dans Perspectives psy, Vol 44, N°5, décembre 2005.

GUEY, Nicole. *Le bonheur du phallus*, Lussaud, 2013.

GZIL, Fabrice. *Problèmes philosophiques soulevés par la maladie d'Alzheimer*, thèse doctorale, 2007.

HAS (Haute autorité de santé). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* dans Recommandations de bonne pratique, synthèse de Mai 2009.

HAS (Haute autorité de santé). Recommandation de bonne pratique HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles, Décembre 2011.

HOLVOET, Dominique. *Réglementer le mental : un indice de démocratie*, Quarto, n° 107, 2014.

HUSSERL, Edmund. (1929) *Méditations cartésiennes*, trad G. Peiffer ; E. Lévinas, Paris, Vrin, 1986.

IRIGARAY, Luce. *Le langage des déments*, Mouton, The hague, paris, 1973.

KANT, Emmanuel. (1781) *Critique de la raison pure*, puf, 2012.

KLEIN, Mélanie. (1946) *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*, dans «Développements de la psychanalyse», Paris, P.U.F, 1966.

KNOPMAN, DS ; PARISI, JE ; BOEVE, BF ; CHA, RH ; APAYDIN, H ; SALVIATI, A ; EDLAND, SD ; ROCCA, WA. *Vascular dementia in a population-based autopsy study*. Archives of Neurology Journal, 2003, n°60.

LACAN, Jacques. (1955-1956) *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1981.

LACAN, Jacques. (1956-1957) *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1994.

- LACAN, Jacques. (1957-1958) *Le Séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1998.
- LACAN, Jacques. (1958-1959) *Le Séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation*, Paris, La Martinière, «Champ Freudien», 2013.
- LACAN, Jacques. (1959-1960) *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1986.
- LACAN, Jacques. (1960-1961) *Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2001.
- LACAN, Jacques. (1961-1962) *Le Séminaire, Livre IX, L'identification*.
- LACAN, Jacques. (1962-1963) *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2004.
- LACAN, Jacques. (1963-1964) *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 1973.
- LACAN, Jacques. (1966) *Ecrits I*, Paris, Seuil, «Points», 1970.
- LACAN, Jacques. (1966) *Ecrits II*, Paris, Seuil, «Essais», 1999.
- LACAN, Jacques (1969-1970). *Le séminaire, Livre XVIII, L'envers de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1991.
- LACAN, Jacques. (1971-1972) *Le Séminaire, Livre XIX, ...Ou pire*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2011.
- LACAN, Jacques. (1974-1975) *Le Séminaire, Livre XXII, R.S.I., Ornicar ?*, 5, Paris, Lyse.
- LACAN, Jacques. (1975-1976) *Le Séminaire, Livre XXIII, Le sinthome*, Paris, Seuil, «Champ Freudien», 2005.
- LACAN, Jacques. (2001) *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001.
- LACAN, Jacques. *Une pratique du bavardage*, dans *Ornicar ?*, n° 19, 1979.
- LAISNEY, Mickaël. *L'altération du réseau lexico-sémantique dans la maladie d'Alzheimer et la démence sémantique à travers le prisme des effets d'amorçage sémantique*, *Revue de neuropsychologie*, 2010/1, Vol 2, éd John Libbey Eurotext.
- LAPLANCHE, Jean (1980) *Problématiques I*, *L'angoisse*, puf, 2006.
- LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, J. B, (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, puf, (2007).
- LAURENS, Camille. *Encore et jamais*, nrf, Gallimard, 2013.

- LAURENT, Dominique. Préface au «*Choix du partenaire*» par PASCO, Dominique, Lussaud, 2014.
- LAURENT, Eric. *Nouveaux appareillages du corps*, MENTAL, Revue internationale de psychanalyse, Octobre 2013.
- LAURENT, Eric. Usages des neurosciences pour la psychanalyse, Conférence de du 27 Mai 2008 au Collège de France.
- LECHEVALIER, B ; EUSTACHE, F ; VIADER, F. *Traité de neuropsychologie clinique*, De Boeck, 2008.
- LE COZ, Pierre. *Petit traité de la décision médicale*, Seuil, 2007.
- LE GOUES, Gérard. *Le psychanalyste et le vieillard*, puf, 1991.
- LE GOUES, Gérard ; PERUCHON, Marion. *Ultimes processus de pensée*, Revue française de psychanalyse 1992/1 -n° 56.
- LE GOUES, Gérard. (2000) *L'âge et le principe de plaisir*, Dunod, Paris, 2010.
- LEGUIL, F. *Quelle clinique pour quel traitement ?*, Retranscription audio de la conférence «Psychopharmacologie et psychanalyse» à Lausanne le 01.02.2014, Blog «Lectures Freudiennes».
- MAISONDIEU, Jean. (1989) *Le crépuscule de la raison : La maladie d'Alzheimer en question*, Bayard, 2001.
- MC CRACKEN, Peter N ; M,D ; FRCPC ; KAGAN, Leon ; M.D. et PARMAR, Jasneet ; MBBS. *Reconnaître et traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, dans La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, 2009, vol 12, n°1, en ligne [http://www. stacommunications. com](http://www.stacommunications.com).
- MICHON, Agnès ; GARGIULO, Marcela. *L'oubli dans la maladie d'Alzheimer: le vécu du patient*, Cliniques Méditerranéennes, n°67, 2003/1.
- MILLER, J-A. *Le réel dans l'expérience analytique*, cours du 18 novembre 1998, (google drive).
- MILLER, J-A. *Le réel dans l'expérience analytique*, cours du 25 novembre 1998, (google drive).
- MILLER, J-A. (Séminaire des journées d'étude de l'EEP-ECFB à Barcelone en 2000) *Lakant*, éd Rue Huysmans, 2003.
- MILLER, J-A. *Nouveaux appareillages du corps*, MENTAL, Revue internationale de psychanalyse, Octobre 2013.
- MILLER, Judith. Interview pour ADN CULTURA, 8 décembre 2009, dans «Tout autre».

- PACHET, Pierre. *Devant ma mère*, Gallimard, coll L'un et l'autre, 2007.
- PAYAN, Ségolène et SAFOUANE, Abdel Majid. *Transfert et vécu du temps avec les patients alzheimer*, éd L'Esprit du temps, Topique 2010, vol 3, n°112.
- PELLERIN, Jérôme. *La démence, obstacle ou contribution pour penser la mort ?*, Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer, EREMA, janvier 2011.
- PELLISSIER, Jérôme. *Au sujet du livre de Peter Whitehouse*, site «jerpel.fr», 2010.
- PERUCHON, Marion. *Le déclin de la vie psychique*, Paris, Dunod, 1994.
- PERUCHON, Marion. *Identité et vieillesse. Point de vue métapsychologique*, dans «Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement», vol. 2, n° 2, 125-31, juin 2004.
- PERUCHON, Marion. *La maladie d'Alzheimer perspectives*, Martin Média, dans Le Journal des psychologues, 2012/4 - n° 297.
- PERUCHON, Marion. *Démence et vie opératoire*, dans «Cahiers de psychologie clinique», 2001/1 - n° 16, De Boeck Supérieur.
- PERUCHON, Marion. *La maladie d'Alzheimer: Entre psychosomatique et neuropsychanalyse: Nouvelles perspectives*, Hermann, 2011.
- PERUCHON, Marion. *Du moi-peau : applications à la gérontologie et à la ritualité*, dans «Psychologie clinique et projective», volume 7-2001.
- PINEL, Philippe. Citation dans, (FALRET, Jean-Pierre. (1864) *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, Broché, éd Sciences en situation, 1998, p 180)
- PLAQUET, Brigitte. *Faire le pari du sens contre l'absurde*, Générations, avril 1996 N°7-8.
- PLATEL, Hervé. *La mémoire sémantique musicale : apport des données de la neuropsychologie clinique et de la neuro-imagerie fonctionnelle*, dans Revue de neuropsychologie, 2010/1, Vol 2, éd John Libbey Eurotext.
- PLOTON, Louis. *Maladie d'Alzheimer: A l'écoute d'un langage*, dans «Chronique Sociale», 2009.
- PLOTON, Louis. *La question de l'articulation neuro-psychique, illustrée par le débat sur la psychogenèse de la maladie d'Alzheimer*, dans «Gérontologie et société», 2001/2, n°97.
- PLOTON, Louis. *Le compromis démentiel*, dans Psychologie médicale, tome 23, n°8, 1991.
- PLOTON, Louis. *À propos de la maladie d'Alzheimer*, Fond. Nationale de Gérontologie, Gérontologie et société, 2009/1 - n° 128-129.

- POMMIER, Gérard. *Qu'est-ce que le «réel» ?*: Essai psychanalytique, Erès, 2004.
- POMMIER, Gérard. (2004) *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, 2010.
- PONCET, Michel. *L'Être Dément: L'approche phénoménologique comme accès à "l'essence de la façon de vivre" de la personne démente*, Université d'été Alzheimer, en ligne <http://www.espace-ethique-alzheimer.org>, 2012.
- PONCET, Michel. *Les maladies d'Alzheimer: de quoi s'agit-il ?*, en ligne sur www.larevuedupraticien.fr, vol 61, 2011.
- PRESS, J. *La perle et le grain de sable*, éd Delachaux & Niestlé, coll Champs psychanalytiques, 1999.
- QUADERI, André. *La psychanalyse au risque de la démence*, Cliniques méditerranéennes, n°67, 2003.
- QUADERI, André. *Mais un dément, cela n'existe pas*, Habilitation à diriger des recherches, 2011.
- QUADERI, André. *Mémoire et souvenir dans la clinique du dément*, dans Cliniques méditerranéennes, n°79, 2009.
- QUADERI, André. *La connotation dans les paroles de patients atteints de la maladie d'Alzheimer : une méthode d'écoute*, Annales medico-psychologiques, vol 169, n°9, 2011/11.
- QUADERI, André. *Mémoire et souvenir dans la clinique du dément*, dans «Psychothérapies», Médecine & Hygiène, 2007/4, Vol 27.
- QUADERI, André. *Approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer*, De boeck, 2013, P 32.
- RICŒUR, Paul. (1965) *De l'interprétation, Essai sur Freud*, Seuil, 2006.
- RIGAUX, Nathalie. *Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer*, dans «Etudes», 2012/6 tome 416.
- RONDAL, Jean-Adolphe. *Troubles du langage: bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Mardaga, 1999.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. (1755) *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, 1re partie, éd Gallimard, 1965.
- SAINT-AUBERT, L ; PUEL, M ; CHOLLET, F ; PARIENTE, J. *Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer*, dans «revue neurologique», n°168, 2012.
- SARTRE, Jean-Paul. (1943) *L'être et le néant*, Gallimard, 2011.

SCHNEIDER, Lon S ; TARIOT, Pierre N ; DAGERMAN, Karen S et coll. *Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease*, New England Journal of Medicine, 12 octobre 2006; n°355.

SKINNER, Burrhus Frederic. (1954), *The foundations of science and the concepts of psychology and psychoanalysis*, dans «Minnesota studies», vol 1, éd par Herbert Feigl et Michael Scriven, Univ of Minnesota Press, 1956.

SMADJA, Claude ; SZWEC, Gérard. *Argument*, P.U.F., Revue française de psychosomatique 2001/1 - n° 19.

TATOSSIAN, Arthur. *Phénoménologie des états démentiels*, Psychologie médicale, SPEI medical, vol 19, n°8, 1987.

VANIER, Alain. *Passion de l'ignorance*, dans «Cliniques méditerranéennes», 70-2004.

VOLUT, Dorothée. *À la surface*, Eric Pasty Editeur, 2013.

WHITEHOUSE, Peter-j ; GEORGE, Daniel. *Le mythe de la maladie d'Alzheimer: Ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*, De Boeck Solal, 2009.

WINNICOTT, Donald, Woods. (1975) *Fragment d'une analyse*, PBP, 1979.

WINNICOTT, Donald, Woods. (1971) *Jeu et réalité*, Trad. C. Monod et J-. B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975.

WITT, Jean. *La Plume du silence, Toi et moi... et Alzheimer*, Presses de la Renaissance, 2007.

ZEKRY, D ; DUYCKAERTS, C ; HAW, J. *Les démences mixtes : point de vue neuropathologique*, dans «Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement», 2005, n°3.