



**HAL**  
open science

# Déficits fonctionnels sémiotiques dans la maladie d'Alzheimer.: Remise en question des schémas descriptifs actuels et propositions thérapeutiques

Philippe Thomas

► **To cite this version:**

Philippe Thomas. Déficits fonctionnels sémiotiques dans la maladie d'Alzheimer. : Remise en question des schémas descriptifs actuels et propositions thérapeutiques. Linguistique. Université de Limoges, 2020. Français. NNT : 2020LIMO0008 . tel-02935788

**HAL Id: tel-02935788**

**<https://theses.hal.science/tel-02935788>**

Submitted on 10 Sep 2020

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

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

**Université de Limoges**

**ED 611 - Sciences du Langage, Psychologie, Cognition, Éducation (SLPCE)**

**Centre de Recherches Sémiotiques CeReS, EA 3648**

Thèse pour obtenir le grade de  
**Docteur de l'Université de Limoges**  
Sciences du Langage

Présentée et soutenue par  
**Philippe Thomas**

Le 22 juin 2020

**Déficits fonctionnels sémiotiques dans la maladie d'Alzheimer.**

Remise en question des schémas descriptifs actuels et propositions thérapeutiques.

Thèse dirigée par Gérard Chandès et Nicolas Couègnas

JURY :

Président du jury

M. Didier Tsala Effa, Professeur, CeRes, Université de Limoges

Rapporteurs

Mr Régis Gonthier, Professeur honoraire, Université Jean Monnet de St Etienne

Mme Patrizia Violi, Professoressa, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna

Examineurs

M. Gérard Chandès, Professeur émérite, CeRes, Université de Limoges

M. Didier Tsala Effa, Professeur, CeRes, Université de Limoges

M. Nicolas Couègnas, MCF HDR, CeRes, Université de Limoges

M. Joel Belmin, Professeur, LEPS, Sorbonne Université de Paris

# **Déficits fonctionnels sémiotiques dans la maladie d'Alzheimer.**

Remise en question des schémas descriptifs actuels et propositions thérapeutiques.

A un spécialiste de l'imaginaire symbolique du moyen âge à aujourd'hui

On voit maintenant pointer à l'horizon, non pas les traits d'une médecine psychologique, mais plutôt d'une psychiatrie humanisée. Toutefois, le médecin qui verrait encore son rôle comme celui d'un technicien montrerait que son patient n'est pour lui qu'une machine et non un être humain malade.

**Eugène Minkowski**

## Remerciements

---

Le travail et la réflexion sur le sens et la maladie d'Alzheimer a été débuté il y a des années, même s'il n'a été mis en forme que plus récemment dans le cadre de cette thèse. Beaucoup m'ont appuyé pour sa réalisation, à commencer par les malades, leurs familles et les soignants qui s'en occupaient. Qu'ils soient remerciés ici par tout ce qu'ils ont pu m'apporter sur le plan humain. Mes collègues psychiatres et gériatres, praticiens et enseignants ont jalonné mon travail de médecin au service des patients. Il est clair que l'exercice du Métier est une formation permanente et qu'elle se fait au lit du malade, par les contacts professionnels, par l'enseignement donné et reçu et pas seulement dans les livres ou par les congrès. Je remercie tout particulièrement ici le Professeur Joel Belmin qui a accepté de participer au Jury de cette thèse et le Professeur Régis Gonthier qui en est l'un des rapporteurs.

Sortir du champ médical, de la recherche scientifique en gériatrie, en psychogériatrie et en systémique pour une recherche en sémiotique est une reconversion. Il m'a fallu me former. L'équipe du laboratoire de recherche du CeRes et l'école doctorale m'ont accueilli et m'ont apporté un enseignement riche et je dois dire, parfois intensif. Leurs membres ont toujours été disponibles pour répondre à mes questions. Qu'ils en soient remerciés, en particulier Mme le Professeur Isabelle Klock-Fontanille, directeur du CeRes et Mr le Professeur Didier Tsala Effa directeur de l'école doctorale, qui a accepté de participer au Jury de cette thèse. Je remercierai encore tout particulièrement le Pr Jacques Fontanille que j'ai sollicité de multiples fois et qui a pu régulièrement me conseiller. Une grande part de l'enseignement en sémiotique que j'ai reçue est due au dévouement du Professeur Nicolas Couègnias. Avec le Professeur Gérard Chandès, il a codirigé cette thèse. Le Professeur Fontanille, les deux codirecteurs de la thèse, les Professeurs Gérard Chandès et Nicolas Couègnias, ont accepté de copublier sur le l'approche du sens du malade dans la maladie d'Alzheimer. De très nombreux échanges ont permis de construire le travail de recherche et de le mettre en forme. Un grand merci à tous les deux. L'accompagnement du Professeur Chandès a été un encouragement permanent et il s'est montré d'une très grande disponibilité pour encadrer, mais aussi participer activement au travail de recherche. Sa rigueur et ses compétences sémiotiques sont pour beaucoup dans la conceptualisation, l'organisation scientifique de cette thèse et dans ses avancées.

Merci encore à Mme le professeur Patrizia Violi de venir de Bologne pour participer au Jury de cette thèse.

Je me tourne vers ma famille pour les derniers remerciements, pour leur soutien affectif pour ce travail. Mais pas seulement. La thèse a été l'occasion de nombreuses discussions avec mes proches sur les points aussi importants que le sens de la vie. Le Docteur Hazif-Thomas a une place particulière dans ce travail. Il a participé à la recherche, de nombreuses publications ont été faites avec lui. Son sens critique scientifique a été très précieux. Merci enfin à Catherine Morice-Chaveau et à mon épouse pour la relecture de la thèse et leurs propositions de corrections syntaxiques et orthographiques.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Résumé

### **Déficits fonctionnels sémiotiques dans la maladie d'Alzheimer. Remise en question des schémas descriptifs actuels et propositions thérapeutiques.**

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative touchant principalement, mais non exclusivement, les personnes âgées et très âgées. Elle connaît une évolution progressive. Dans sa description classique, elle altère principalement la mémoire en particulier la mémoire épisodique. D'autres segments de la cognition sont altérés : le jugement et les fonctions exécutives. La conscience du trouble par le malade porte surtout sur les conséquences de la maladie qui lui sont difficilement contournables. La maladie a des conséquences en matière de déficits et d'incapacités dans la vie quotidienne, conduisant à une perte d'autonomie progressive et à l'émergence de la nécessité d'une aide extérieure indispensable pour assister le patient dans les actes élémentaires de la vie. La maladie respecte longtemps la dimension émotionnelle qui est une des sources de la douleur morale pour lui, mais aussi une ressource thérapeutique.

L'approche de cette thèse de sémiotique vise à comprendre le sens que le malade essaye de trouver dans son contexte de vie où il perd progressivement ses repères et son emprise. La lenteur d'installation des incapacités nécessite de prendre en considération non seulement les déficits et les incapacités, mais encore la psychodynamique de la maladie. Une analyse des fonctionnements de la mémoire à partir des percepts (encodage) ou à partir des traces mnésiques (rappel) est proposée pour montrer quelles étapes de la signification sont altérées et quels palliatifs le patient met en place pour maintenir un temps une cohérence de lui-même afin de continuer à s'inscrire dans une continuité temporelle. La maladie mobilise le système tensif dans une dynamique régressive. Au fur et à mesure de l'évolution, le déploiement extensif se réduit et l'intensité vécue s'acutise.

Lorsque la maladie évolue, la personne se focalise surtout sur la saisie de ce qu'il maîtrise encore. Il fait preuve d'autoritarisme relationnel et tend à fermer son espace de vie. La dépendance à des tiers et à l'environnement conduit le patient à une situation où le monde est la source et lui, la cible. Tant qu'une visée est possible, le champ de présence ouvert, il peut soit fuir, fuguer de son domicile ou de l'établissement où il vit, soit s'y réfugier, s'y enclorre comme dans une citadelle intérieure, un « petit monde ». Lorsque le monde se ferme, par exemple pour assurer sa sécurité, il est piégé. Il peut résister un temps avant de lâcher-prise et de se laisser aller à une régression.

Le langage est altéré dans la démence d'Alzheimer, l'organicité de la maladie touchant les centres cérébraux les concernant. La psychodynamique de la maladie s'entremêle avec des mécanismes dégénératifs. Les références lexicales et sémantiques s'émoussent. La mémoire mobilise des informations personnelles, collectives et les bibliothèques sémantiques qui sont altérées par la

maladie. Des phénomènes traumatiques propres à l'histoire de vie du malade et l'absence de mobilisation régulière des registres mnésiques durant la vie adulte favorisent des blocages de l'accès à la mémoire sémantique. Les mots les plus courants persistent un temps, mais l'oubli gagne les moins utilisés. La structure syntaxique des énoncés est plus résistante à la maladie que le vocabulaire mobilisable. Sur le plan énonciatif, progressivement et parallèlement à l'ébranlement identitaire, le sujet débraye de son discours. Il finit par s'y absenter, témoignant par là de la disparition de sa présence au monde.

Trois directions de recherche et d'applications ont été proposées pour permettre une réintégration d'une présence de soi au monde, pour favoriser une reprise de la pensée dans un univers intérieur où l'élan vital puisse se déployer et le malade s'inscrire dans une temporalité vécue, une durée, afin de sortir de la prison du présentisme.

La première concerne l'utilisation d'objets symboliques introduisant le malade au monde de l'imaginaire : les analogons. L'analogon est un substitut d'objets signifiants pour le malade, permettant une pratique sans objectifs concrets à réaliser, mais porteurs de l'élan vital. Il permet d'asseoir à nouveau une présence de soi au monde, une présence sans synthèse préalable, n'impliquant pas les schémas cognitifs de la construction d'une signification préalable. L'analogon restaure la sensorimotricité et par-là des traces mnésiques.

La seconde porte sur la position énonciative du malade, et la réhabilitation du "je" dans le discours. La position énonciative du sujet reflète la conscience de son identité. Au cours de la maladie, le "je" se retire peu à peu du discours du patient qui devient impersonnel, non assumé. Le malade est hésitant dans ses assertions et sans recherche d'une quelconque transformation de son environnement. La volonté du malade semble inexistante, sauf pour s'opposer à tout changement. La réhabilitation du "je" est une reprise d'une présence de soi au monde. Elle passe par la relation humaine, l'accueil bienveillant et la validation de ses dires, et un engagement relationnel.

La troisième piste concerne la temporalité vécue du malade. La maladie touche la mémoire épisodique et par ce biais la mémoire biographique. La mémoire émotionnelle, la biognèse, est longtemps préservée. Elle permet, à partir d'une présence à soi et au monde, sans synthèse préalable, d'asseoir une intention et de déployer des agirs, de déployer un élan vital. L'art-thérapie et en particulier la musique donne accès à une durée au sens de Bergson, non scandée par des intervalles, sans limitation a priori du maintenant. La présentification et la magie de l'instant s'opposent au présentisme où le passé s'est absenté, l'avenir s'est obscurci et où le présent est désinvesti d'une présence à soi.

## Table des matières

---

Introduction.....	13
Chapitre 1. Rappels sur la mémoire et la maladie d'Alzheimer .....	29
I.    Rappels sur le fonctionnement de la mémoire .....	29
II.   Rappels sur la maladie d'Alzheimer .....	46
Chapitre 2. Éléments de sémiotique perceptive et mémoire .....	56
I.    Le signe et la perception .....	56
II.   Perception et signification.....	62
III.  Représentation, conscience et présence .....	77
IV.  Elaboration du contenu psychique.....	81
V.    La perception du réel .....	82
VI.  La simplification du réel .....	86
VII.  Les difficultés de symbolisation dans la maladie d'Alzheimer .....	90
Chapitre 3. Du corps et de la présence .....	97
I.    Sens, signification et proprioception.....	97
II.   Le corps propre, le Soi-peau et le Moi-chair .....	101
Chapitre 4. L'espace tensif et la maladie d'Alzheimer .....	112
I.    Rappels sur la notion d'espace tensif.....	113
II.   Application de l'espace tensif à la mémoire .....	124
III.  Schéma tensif et démence .....	124
IV.  Quelques points de synthèse concernant les chapitres parcourus .....	129
Chapitre 5. Les parcours sémiotiques et les formes de vie.....	137
I.    Le parcours génératif pour l'analyse du plan du contenu.....	137
II.   Le parcours génératif pour l'analyse du plan l'expression.....	140
III.  Les formes de vie.....	152
Chapitre 6. Construction, adaptation et fragilité de la mémoire .....	158
I.    Les fluctuations de la mémoire humaine .....	159
II.   Le puzzle de la mémoire.....	167
III.  La carte cognitive .....	168
IV.  Les empreintes mnésiques.....	172
V.    La consolidation des souvenirs.....	184
VI.  La déliaison des figures du corps.....	185
Chapitre 7. Etude N°1 : Narrativité et mémoire dans la maladie d'Alzheimer .....	189
I.    Contexte de l'étude.....	190
II.   Méthodes .....	191
III.  Résultats .....	193
IV.  Discussion.....	197
V.    Conclusions de cette première étude .....	199
Chapitre 8. Etude N°2 : Ambiguïté des limites et maladie d'Alzheimer.....	202
I.    Contexte scientifique .....	202
II.   Méthodes .....	211
III.  Résultats .....	213
IV.  Discussion.....	215
V.    Conclusion et sémiotique de l'ambiguïté des limites.....	216
Chapitre 9. La musique et le sens du temps pour un malade Alzheimer.....	231
I.    Quelques remarques préliminaires sur le temps et les soins .....	232
II.   Affects, mémoire et musique.....	233
III.  Musique et cerveau.....	234

IV.	Quelle efficacité de la musicothérapie dans la maladie d'Alzheimer .....	237
V.	Trois cas cliniques illustratifs.....	239
VI.	Le temps de la musique et le temps de la maladie d'Alzheimer.....	245
Chapitre 10.	La reconstruction de la signification dans la démence.....	250
I.	Cas clinique de Monsieur Henri B .....	250
II.	Commentaires de l'étude.....	252
III.	La psychothérapie de l'ellipse .....	259
IV.	Retrouver le sens par les ateliers psychothérapeutiques .....	262
Chapitre 11.	Cas clinique de Mr Gilbert : analyse d'une pratique .....	267
I.	Cas clinique de Mr Gilbert H.....	271
II.	Méthodes d'analyse de la scène prédicative .....	273
III.	La scène prédicative et les interactions avec le système soignant .....	279
IV.	Les conditions pour la prise en compte du sens du symptôme .....	281
V.	Remarques de synthèse à propos du cas clinique de Mr Gilbert.....	284
Chapitre 12.	Cas clinique de Mme Gilberte : un cadre bleu .....	290
I.	Cas clinique de Mme Gilberte N.....	293
II.	Analyse clinique.....	296
III.	Temps de l'attente et désir dans la maladie d'Alzheimer.....	300
Chapitre 13.	Topologie de l'organisation du sens dans la maladie d'Alzheimer.....	306
I.	Déficits fonctionnels sémiotiques dans la maladie d'Alzheimer.....	306
II.	Evaluation des hypothèses de travail initiales .....	314
III.	Des pistes nouvelles pour une prise en charge des malades.....	321
IV.	Sens du symptôme dans la maladie d'Alzheimer.....	324
Conclusions.....		326
Références bibliographiques.....		331
Index.....		356
Glossaire.....		358
Annexes.....		363

## Table des illustrations

---

### Chapitre 1

Figure 1 : Patiente dans des stéréotypies gestuelles et orales .....	39
Figure 2 : Le modèle de Baddeley .....	40
Figure 3 : Les systèmes de la mémoire et leur fonctionnement .....	42
Figure 4 : Les interactions entre mémoires personnelle, groupale et sociale .....	43
Figure 5 : Schéma des troubles principaux de la maladie d'Alzheimer .....	49
Figure 6 : Lutte entre une patiente qui veut renverser son café et l'aide-soignante .....	52
Figure 7 : Développement de la maladie d'Alzheimer .....	53

### Chapitre 2

Figure 1 : Processus sémiotique illimité en théorie .....	59
Figure 2 : Le test VOSP.....	63
Figure 3 : Objet et représentation interne de Bion.....	67
Figure 4 : Le réel pris au pied de la lettre .....	68
Figure 5 : Séquence comportementale d'un patient .....	75
Figure 6 : De la quête de sens à la construction de la signification .....	88

### Chapitre 3

Figure 1 : Aires de déploiement des pratiques en fonction des présentations identitaires .....	107
--	-----

### Chapitre 4

Figure 1 : L'espace tensif .....	117
Figure 2 : Les quatre schémas d'évolution de la tension dans un événement .....	118
Figure 3 : Espace tensif : deux valences .....	122
Figure 4 : Evolution tensive spatiale chez une personne démente.....	126
Figure 5 : Evolution tensive temporelle chez une personne démente .....	127
Figure 6 : Patients fermant volontairement les yeux.....	129
Figure 7 : Les mots et les images selon Magritte .....	133

### Chapitre 5

Figure 1 : Le cycle perceptif de Neisser .....	152
--	-----

### Chapitre 6

Figure 1 : Les souvenirs se modifient chaque fois qu'on y accède.....	165
Figure 2 : Carré sémiotique des figures du corps.....	181

Figure 3 : Le déploiement des quatre figures de la typologie du corps .....	182
Figure 4 : Corps et mémoire.....	183
<b>Chapitre 7</b>	
Figure 1 : Pourcentages d'inversions et d'intrusions en fonction du MMSE.....	195
<b>Chapitre 8</b>	
Figure 1 : Schéma narratif de l'intersubjectivité .....	208
Figure 2 : Pourcentage de réponses positives à l'échelle de plaintes.....	213
Figure 3 : Scores à l'échelle d'ambiguïté des limites.....	214
Figure 4 : Niveau des plaintes chez les aidants .....	215
Figure 5 : Binarité et symétrie. Schéma de la sémiosphère .....	222
Figure 6 : Schéma d'interactions entre énonciateur et énonciataire .....	223
Figure 7 : Madame Géraldine s'accroche au sac d'un visiteur.....	225
Figure 8 : Conditions nécessaires et interdépendantes à la sémiologie dans les échanges .....	227
<b>Chapitre 9</b>	
Figure 1 : Les changements tensifs et le temps de la maladie d'Alzheimer.....	241
<b>Chapitre 10</b>	
Figure 1 : Déploiement extensif spatial de l'espace tensif chez Monsieur Henri .....	254
Figure 2 : Schéma d'affrontement de la liberté et des contraintes réglementaires .....	259
Figure 3 : Le schéma de l'ellipse.....	260
<b>Chapitre 11</b>	
Figure 1 : Pratique de l'écrit avec une cuillère chez monsieur Gilbert .....	273
Figure 2 : Système des pratiques chez Mr Gilbert.....	274
<b>Chapitre 12</b>	
Figure 1 : Liens entre longues périodes de faibles revenus et démence .....	291
Figure 2 : Mme Gilberte et son cadre bleu .....	295

## Table des tableaux

---

### Chapitre 1

Tableau 1 : Mémoire et degrés de conscience .....	33
---	----

### Chapitre 2

Tableau 1 : Typologie des saisies d'une scène .....	84
Tableau 2 : Changements des modes de saisies de l'environnement dans la démence.....	91

### Chapitre 3

Tableau 1 : Quelques fonctions organiques de la peau transposée au Moi-peau.....	103
Tableau 2 : Modes synesthésiques de l'homogénéisation de l'existence sémiotique.....	110

### Chapitre 4

Tableau 1 : Postulats théoriques du schéma tensif .....	114
Tableau 2 : Couples de valences .....	119
Tableau 3 : Subvalence du Tempo .....	119
Tableau 4 : Subvalence de la Tonicité .....	120
Tableau 5 : Subvalence de la temporalité .....	120
Tableau 6 : Subvalence de la spatialité .....	120

### Chapitre 5

Tableau 1 : Les niveaux du parcours génératif pour l'analyse du plan du contenu .....	138
Tableau 2 : Parcours génératif d'une saisie d'une perception .....	146
Tableau 3 : Régime topologique des formes de vie .....	155

### Chapitre 6

Tableau 1 : Les sept péchés capitaux de la mémoire.....	167
---	-----

### Chapitre 7

Tableau 1 : L'histoire du lion .....	193
Tableau 2 : Données sociodémographiques et scores aux différents tests .....	194
Tableau 3 : Nombre d'intrusions et d'inversions en fonction du syndrome frontal .....	196
Tableau 4 : Corrélations des différents tests pour la population.....	197
Tableau 5 : Estimation des coefficients de régression .....	198

### Chapitre 8

Tableau 1 : Deux types d'ambiguïté des limites.....	204
Tableau 2 : Echelle d'ambiguïté des limites .....	205
Tableau 3 : Liste des plaintes de l'aidant .....	213
Tableau 4 : Dialogue de Madame Géraldine avec un soignant.....	226

### Chapitre 9

Tableau 1 : Du son à la conscience imageante.....	235
---	-----

### Chapitre 11

Tableau 1 : Trois zones dans lesquelles tout énoncé d'une pratique doit se déployer .....	287
---	-----

## Introduction

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui touche principalement, mais non exclusivement, les personnes âgées. Plus de 800 000 personnes étaient concernées par la maladie en France en 2017. Selon l'association France Alzheimer, 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Elle est l'une des maladies les plus coûteuses en matière de ressources humaines et financières, pour la société comme pour les malades et pour leurs familles. La maladie n'affecte pas seulement la mémoire, mais aussi d'autres segments du fonctionnement cognitif, en particulier le jugement. Elle provoque des altérations du langage et des troubles visuo-spatiaux. Plus la maladie d'Alzheimer progresse, moins la personne malade est capable de s'orienter, de décoder le sens des symboles qui l'entourent. Elle est ainsi moins capable d'organiser sa vie. Ses capacités de symbolisation se rigidifient, ce qui est source d'une appréhension désordonnée, voire chaotique, du réel (1). La situation du malade Alzheimer, de sa famille et des soignants qui le prennent en charge est très hétérogène. Il n'y a pas un modèle type de malades et les problèmes rencontrés par leurs aidants sont multiples. L'analyse sémiologique actuelle de la démence n'est que descriptive et apporte au malade comme à son entourage des solutions palliatives le plus souvent partielles et temporaires. Leurs difficultés constituent de fait une invitation, pour ne pas dire, compte tenu de leur souffrance, une incitation à analyser leurs difficultés. Des analyses de cas et de situations à partir de modèles sémiotiques doivent pouvoir conduire à des approches innovantes du soin.

### I. Objet général de la thèse

L'objet général de cette thèse est d'évaluer la valeur des signes échangés dans la maladie d'Alzheimer par le malade, sa famille, les soignants ; d'aborder la maladie démentielle selon la perspective de son sens pour le malade et son entourage ; d'intégrer ces données dans de nouvelles perspectives de soins.

Le point de vue choisi est celui de la perception du sens par le malade et la construction d'une signification singulière de l'environnement dans lequel il vit, construction possible malgré ses déficits ; comprendre et réduire les difficultés d'adaptation qui résultent des déficits fonctionnels sémiotiques ; valider les solutions palliatives qu'il découvre et promouvoir les supports du sens que l'aide humaine ou environnementale peut lui apporter.

## II. Cadre scientifique

La thèse est volontairement limitée à la maladie et à la démence d'Alzheimer, certaines autres formes de démences, notamment frontales, présentant d'autres relations pathologiques entre les troubles de mémoire et les troubles du langage.

### II-1. Quelques définitions

Un signe est une chose perçue qui permet de conclure à l'existence et à la vérité de cette chose, dont il est distinct et à laquelle il est lié. Dans le Dictionnaire raisonné de la théorie du langage, Greimas et Cortés<sup>1</sup> donnent la définition suivante du signe : « Le signe est une unité du plan de la manifestation, constitué par la fonction sémiotique, c'est-à-dire par la relation de présupposition réciproque (de solidarité) qui s'établit entre des grandeurs du plan de l'expression (ou signifiant), et du plan du contenu (ou signifié), lors de l'acte du langage » (2). Pour Sonesson (3), le signe est indépendant de l'objet référent. Il est subjectivement distinct du référent. Il est composé de deux parties, un plan de l'expression et un plan du contenu, les processus sémiotiques unissant les deux plans sont différenciés de l'objet référent, quand bien même habituellement, dans le monde de tous les jours, ce n'est pas toujours le cas. L'objet référent, le signe, le symbole sont utilisés indépendamment de leur signification sémiotique. Les deux plans présentent une double asymétrie. Le plan de l'expression renvoie plutôt à l'expérience du sujet, le plan du contenu le plus souvent est focalisé par celui-ci, se référant à l'existence.

La sémiotique étudie les processus de la construction de la signification, c'est-à-dire la production et la codification des signes. Elle est destinée à expliquer la façon dont fonctionnent les signes et leurs interrelations. À propos de la sémiotique cognitive, Sonesson donne la définition suivante : « ... la sémiotique constitue une tradition de recherche poursuivie à travers des siècles, s'adonnant à un certain nombre de problèmes émergeant d'un point de vue particulier sur la réalité ainsi que les solutions apportées à ces problèmes et les nouveaux problèmes résultant de ces solutions. Dans le cas de la sémiotique, ce point de vue est le phénomène du sens », et plus loin, il rappelle que la sémiotique « a développé des concepts et des systèmes notionnels, dont aucune autre tradition ne dispose » (4).

Nous prendrons comme définition de la symbolisation, l'ensemble des processus permettant de percevoir le monde tel qu'il est (l'état des choses), d'en construire la signification (anasémiose) pour

---

<sup>1</sup> Algirdas Greimas et Joseph Cortés. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Entrée « Signe ». Page 349.

se représenter le monde tel qu'il est pour soi (états d'âme), conduisant à une appropriation internalisée, subjective et subjectivante, à une interprétation -une représentation interne rendue intelligible-, permettant d'éveiller une attente ou d'y inscrire une intentionnalité (catasémiose\*). Le sens est ainsi une promesse de catasémiose\*<sup>2</sup> (5), et enfin d'incarner une présence au monde. Nous prendrons en compte ici les processus engageant aussi bien un objet (signe ou figure), un texte ou un ensemble figuratif corporel, une pratique, une stratégie ou une forme de vie (5-7).

## II-2. De la perception à la représentation interne : la mise en mot, la construction d'un texte, l'énonciation\*

L'énonciation\*<sup>3</sup> (8) et les pratiques du malade sont deux champs de travail dans cette thèse. Nous envisagerons trois étapes (Mot, énoncé-récit, énonciation-discours) dans la relation entre les percepts et les représentations psychiques, relation requérant le langage chez une personne sans troubles cognitifs. En premier lieu, le percept doit être mis en mot. Nous utiliserons ici les notions de représentations de mot et de chose de Freud, à propos de ses réflexions sur l'aphasie (9). La première internalisation du monde extérieur, le premier percept, est une représentation sommaire et éphémère, à la fois émotionnelle et cognitive. À ce stade, la chose perçue n'est pas encore dénommée, elle est vague. Bion la dénomme représentation ou objet\*  $\beta$  (10). La mise en mot permet la transformation de la représentation  $\beta$  en représentation  $\alpha$ , une représentation interne plus élaborée, mais pas encore achevée.

En second lieu, les mots permettent de construire un récit, une narration\* intérieure organisée et cohérente. Sa fonction est d'assurer la continuité de soi et de permettre une intelligibilité du monde. Ce récit « pour soi » est une auto-description, un énoncé de la scène intérieure telle qu'elle est vécue (11). Il implique le langage (12). Enfin, la personne peut, à partir de ce récit, construire un discours de vie, en se positionnant et en investissant une présence à soi et au monde (2)<sup>4</sup>. Elle s'approprie ainsi sa représentation interne, une présence consciente à soi, un « je suis » et au monde, un « il y a ». Cette

---

<sup>2</sup> Francis Edeline et Jean-Marie Klinkenberg. Principia Semiotica. Page 140

<sup>3</sup> Acte de production individuelle du discours dans des circonstances données. L'énonciation est un métalangage descriptif qui prédique l'énoncé. Elle « affiche sa propre activité, la code et en fait un événement sensible et observable » Jacques Fontanille. Sémiotique du discours. Page 283.

<sup>4</sup> Algirdas Greimas et Joseph Cortés. Sémiotique, dictionnaire raisonné de la théorie du langage. p.290 : entrée « Présence » « Dans la perspective sémiotique, on considérera la présence (l' « être-là ») comme une détermination attribuée à une grandeur qui la transforme en objet de savoir du sujet cognitif. Une telle acceptation, essentiellement opératoire, établie dans le cadre théorique de la relation transitive entre le sujet connaissant et l'objet connaissable, est très large : sont présents, en ce cas, tous les objets de savoir possibles, et la présence s'identifie, en partie, avec la notion d'existence sémiotique »

prise de conscience est celle du moment particulier de la scission, de la séparation du Soi d'avec le monde, du monde extérieur d'avec le monde déjà internalisé, le non-Soi. Cette conscience produit une présence pour Soi et à Soi, un « je » prend position, à la fois sujet et objet de sa propre conscience<sup>5</sup> (13). Le « je » de l'énonciation\* est destiné aussi bien à lui-même (discours intérieur) qu'à autrui pour communiquer.

Nous verrons les conséquences de la perte du mot pour le malade atteint de maladie d'Alzheimer, ses difficultés à construire une représentation interne, en particulier en élaborant un récit de vie cohérent, et enfin les conséquences de ses difficultés énonciatives.

Nous rattacherons dans le cours de cette thèse, à propos des figures du corps et de leur rôle dans la mémoire, le Soi, à l'expérience du monde et à un plan de l'expression. L'identité est ici confrontée à l'altérité du monde, construisant la séparation entre le Soi et le non—Soi. Le Moi sera le plan du contenu, en particulier des sensations, de la sensorimotricité, le support de la présence au monde et à soi (14, 15). « Le Soi est la donnée existant a priori dont naît le Moi. Il préforme en quelque sorte le Moi. Ce n'est pas moi qui me crée moi-même : j'advies plutôt à moi-même» (16).

### II-3. Interdisciplinarité

Cette thèse est un travail de recherche interdisciplinaire sur le sens du symptôme dans un domaine de la psychogériatrie, explicité grâce à l'heuristique de la sémiotique, et faisant appel à d'autres disciplines, gériatrie, psychiatrie, neuropsychologie et psychanalyse en particulier. La complexité du champ de recherche nécessite de s'appuyer sur des disciplines différentes ainsi que sur les compétences acquises au cours de la vie professionnelle de l'auteur de cette thèse. Cette démarche n'est, bien entendu, pas sans le risque de représenter de façon imparfaite les concepts convoqués par ces différentes disciplines et les langages qui les articulent. Pour cette raison, la démarche interdisciplinaire sera abordée ici à travers des propositions, des hypothèses, avec certes des justifications, mais sous la responsabilité de l'auteur. L'interdisciplinarité suppose le chevauchement de concepts et de langages dans différents domaines d'études, de recherches et de travail, se situant donc dans un champ de partage, entre l'ouverture de certaines disciplines aux autres ou leur fermeture

---

<sup>5</sup> Jean-Paul Sartre. L'être et le néant. Pages 113-114. « La présence à soi suppose qu'une fissure impalpable d'être glissée dans l'être. S'il est présent à soi, c'est qu'il n'est pas tout à fait soi. La présence est une dégradation immédiate de la coïncidence, car elle suppose la séparation. Le pour-soi est l'être qui se détermine lui-même à exister en tant qu'il ne peut pas coïncider avec lui-même. »

hermétique pour d'autres. « Certaines conceptions scientifiques maintiennent leur vitalité parce qu'elles se refusent à la clôture disciplinaire » ou d'autres, au contraire, « ont des langages et des concepts propres qui vont isoler la discipline par rapport aux autres et par rapport aux problèmes qui chevauchent les disciplines» (17).

L'interdisciplinarité peut être regardée comme une illusion<sup>6</sup> (2) ou une utopie. Rendue possible, elle permet au niveau de la substance des alliages et au niveau de la forme de dégager de nouveaux outils conceptuels (18). Nous nous appuyerons sur des études expérimentales et sur une analyse phénoménologique et sémiotique de cas cliniques. La dialectique entre elles permettra d'aborder les capacités résiduelles et les structures qui permettent leurs interrelations chez les malades. Elle permettra encore de documenter les hypothèses soulevées dans leurs efforts pour construire une signification à travers leur comportement (4).

### III. Remarques préliminaires

Trois remarques préliminaires portent sur le sens et la maladie d'Alzheimer. La première soulève la question du non-sens dans la construction de la signification que le malade manifeste à travers ses troubles du comportement. La seconde concerne la conscience de ses troubles. La dernière souligne son combat pour construire une signification dans ce qu'il vit pour rétablir une présence à soi et au monde.

#### III-1. Non-sens et sens

L'interrogation du groupe  $\mu$  « Pourquoi y a-t-il du sens plutôt que rien ? » (5) se confronte à la constatation de la présence du sens, du « il y a », si bien versifié par Angelus Silesius au 17<sup>e</sup> siècle<sup>7</sup> : « La rose n'a pas de pourquoi... ». Donc, demandons-nous plutôt « comment le sens est-il constitué ? », « par quoi se différencie-t-il tout en constituant un sens » (4) et en particulier du non-sens. La question du non-sens et de l'irrationnel supposés des malades est soulevée, en particulier par l'entourage, lorsque les malades présentent des troubles du comportement. Le non-sens n'est pas l'absence de sens, et le non-sens fait partie du sens. « Il est facile d'ôter tout sens au langage et aux actions et de les faire apparaître comme absurdes si on les regarde d'assez loin. C'était le procédé de Voltaire dans

---

<sup>6</sup> Greimas AJ et Courtès J. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Entrée : Psychosémiotique. Page 301

<sup>7</sup> « La rose est sans pourquoi ; Elle fleurit parce qu'elle fleurit, Elle n'a pas le souci d'elle-même, Elle ne se demande pas si on la voit. »

Micromégas. Reste à comprendre cette autre merveille que, dans un monde absurde, le langage et les conduites ont un sens pour ceux qui parlent et agissent » (19).

Le sens du trouble du comportement, tel que **les soignants peuvent le comprendre**, est une demande du malade d'étayage identitaire, d'élaboration d'une souffrance et d'aide palliative de ses pratiques défaillantes. La maladie d'Alzheimer s'associe certes à une perte du mot, mais pas forcément à une perte de sens, du fait de la persistance de foyers de mémoire résiduelle (mémoire limbique, procédurale ...) et de bribes de réminiscences. Les oublis sont hétérogènes chez un malade et d'un malade à l'autre. La mémoire procédurale (mémoire des pratiques surappries) et la mémoire limbique, émotionnelle, sont ici des ressources bien plus durables que la mémoire épisodique\* (mémoire des événements vécus avec leur contexte spatial et temporel).

De ce contexte de conscience de soi plus fragmentée qu'effacée et d'une enveloppe du Soi de plus en plus perméable, fragilisant l'identité confrontée à l'altérité, naît une hypersensibilité à diverses angoisses dont l'angoisse de mort. Des phobies d'implications et/ou des moments de panique s'extériorisent par des troubles du comportement, faute de mots pour élaborer la douleur morale, en raison des difficultés pour construire un récit cohérent et interpréter l'environnement, faute de pouvoir se positionner envers soi comme envers autrui pour énoncer et partager cette souffrance avec autrui.

**Une autre perspective** est possible. Soutenir le malade dans ses efforts pour trouver du sens dans ce qu'il vit et ce qu'il fait, trouver le sens d'un symptôme au-delà d'un trouble du comportement, l'aider à construire et à énoncer son discours de vie intérieure. Il est donc important de lui apporter l'aide qu'il demande souvent maladroitement.

### III-2. La conscience du trouble

Lorsque le malade est conscient de son trouble, il peut réaliser, d'une part, l'écart entre ce qu'il perçoit de son environnement, vécu fragmentaire, décousu, inutilisable pour construire une intention adaptée et, d'autre part, son désir d'une mise en pratique. Il est encore souvent conscient, malgré les troubles de la mémoire, de qui il était et de la prison dans laquelle son identité a été enfermée par la maladie, de ce qu'il faisait et de ce qu'il aimerait encore faire (20). La conscience du trouble amène donc des tensions irréductibles et incontournables, sources de la dépression chez le malade d'Alzheimer (21). La conscience de ce non-sens est, néanmoins, l'un de ses points d'appui pour les efforts qu'il fait pour se sortir de la noirceur de la maladie.

### III-3. Le combat du malade pour réintégrer le réel

Le malade se bat avec ses moyens fragilisés, pour construire une signification à travers ce qu'il manifeste. « L'irrationnel limite le rationnel qui lui donne à son tour, sa mesure. Quelque chose du sens, enfin, que nous devons conquérir sur le non-sens » (22). Un étayage de ses efforts est possible pour mettre en sens son univers et ses pratiques par des recours, des secours extérieurs.

## **IV. Les hypothèses de travail**

Nous proposons quatre hypothèses de travail : la mise en place de conditions de vie adaptées dans l'environnement matériel et humain du malade peut lui permettre d'y accéder et d'y **inscrire sa présence** ; le malade ne vit qu'au présent, il est possible de le réinscrire sur une **ligne de temps**; les empreintes mnésiques ne sont pas toutes effacées, mais sont floutées ou momentanément inaccessibles, laissant entrevoir une **réversibilité** au moins partielle ; le champ de présence du malade est rétréci par les troubles cognitifs, un « petit monde\* » peut être **élargi**, en particulier par l'art-thérapie.

### IV-1. Un monde à nouveau accessible

Par des manifestations comportementales, le malade exprime son désarroi, son angoisse. Elles sont construites à partir des éléments cognitifs épargnés par la maladie (23, 24), et dès lors qu'elles sont organisées, elles sont susceptibles d'une analyse sémiotique. Elles naissent des tensions qui résultent de la perception de la maladie, ce qui était possible autrefois ne l'est plus aujourd'hui, des tensions entre le malade et son environnement où il ne se reconnaît plus et où il n'est plus reconnu. À partir de l'analyse des troubles du comportement, il reste possible de l'aider ou de le secourir en récupérant de nouvelles conditions pour des possibles qui lui soient accessibles.

### IV-2. L'espace tensif et la présence à soi et au monde

Selon Husserl, le temps vécu est un passage perpétuel par lequel le présent s'enrichit de ce qui a été vécu (la rétention) et s'ouvre à de nouveaux possibles (la protension\*) (25). La rétention\* et protension\* sont les deux horizons d'un moment de présence. La rétention est un vécu enveloppé dans un champ de présence, la protension est l'attente de ce qui existe seulement sur le mode d'un

possible. La conscience du temps\* est la conscience d'un maintenant comme point source qui retient par rétention et projette par protension. La durée est le recouvrement de ces deux horizons, une présentification\* temporalisante et la temporalisation fait l'étoffe de la vie subjective<sup>8</sup> (26). La maladie d'Alzheimer altère la conscience du temps\*, la mémoire est défaillante (rétention), l'attente du moment à venir a disparu (protension). La disparition de ces deux horizons équivaut, pour la personne malade, à un retrait du champ de présence et une impossibilité de se positionner dans une instance d'énonciation.

Deux approches d'une réalité sont possibles selon Bergson (27). L'une peut concerner la totalité perçue, par exemple la vue d'un troupeau de moutons, l'autre en dénombrant les animaux les uns après les autres. La première renvoie à la **subjectivité**, une dimension qualitative éprouvée, une intensité vécue par le Moi, « la sensation représentative, envisagée en elle-même, est une qualité pure », l'autre à l'**objectivité**, un espace quantitatif dans la dimension extensive, et à saisir dans « la notion de multiplicité distincte »<sup>9</sup>. La saillance\*<sup>10</sup> d'un objet dans un champ d'observation est visée par la subjectivité, l'objectivité saisit son étendue quantitative.

Zilberberg rappelle à ce propos que la description d'une grandeur n'est possible qu'à partir de son immersion dans un espace tensif (28), comportant deux dimensions, intensive (mobilisant la visée) et extensive (mobilisant la saisie). L'intensité est le lieu imaginaire de l'intensité du sensible, des **états d'âme**. Vivre le temps de la présence à soi et au monde, c'est vivre celle-ci à un niveau élevé d'intensité<sup>11</sup> (26). L'extensité correspond à l'**état des choses**. Leur **jonction** définit l'**espace tensif**. L'état des choses dépend des états d'âme. Le sensible a autorité sur le cognitif (28). La dimension intensive comporte deux sous dimensions, le tempo et la tonicité. Le tempo gouverne la durée

---

<sup>8</sup> Herman Parret. *Épiphanies de la présence*. Pages 151-152

<sup>9</sup> Henri Bergson. *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Pages 80-81. « Remarquons, en effet, que nous appelons subjectif ce qui paraît entièrement et adéquatement connu, objectif ce qui est connu de telle manière qu'une multitude toujours croissante d'impressions nouvelles pourrait être substituée à l'idée que nous en avons actuellement. »

<sup>10</sup> Francis Edeline et Jean-Marie Klinkenberg. *Principia Semiotica*. La saillance intervient après discrétisation du champ de perception (seuillage). Page 207 : « ... on peut avancer un troisième principe, résolument plus satisfaisant : la quête d'optimisation économique. Selon ce principe, toute catégorisation est le résultat d'un équilibre entre l'exigence d'un coût minimal dans la manipulation et celle d'une rentabilité cognitive maximale. Il s'agit de couvrir le plus grand nombre possible de besoins (besoin qui vont décider de la saillance de tel ou tel trait), et cela grâce au plus petit nombre de catégories. »

<sup>11</sup> Herman Parret. *Épiphanies de la présence*. Page 154

temporelle de la présence, sa vitesse l'abrège. La tonicité, au contraire l'augmente, agrandissant son déploiement. La dimension extensive comporte deux sous dimensions : la temporalité et la spatialité.

L'espace tensif est perturbé dans la maladie d'Alzheimer. En matière d'extensité, lorsqu'il y a une altération de la perception spatio-temporelle, du fait d'une maladie, que ni le passé (lorsque les traces des empreintes sont inaccessibles), ni le futur ne sont disponibles (altération de l'intentionnalité, disparition des attentes), la personne qui aurait besoin d'une emprise sur le contrôle de la durée, le « maintenant » de sa présence du Moi au monde, ne peut se reprendre. L'absence de reprise motivationnelle est l'une des causes de l'apathie des malades qui survient après plusieurs années d'évolution de la démence (29). En matière d'intensité, dès lors que la mémoire est atteinte, tout événement qui survient est un imprévu, « ...une dérouté modale et pathémique instantanée que le sujet ne peut subir qu'en toute passivité. Dans un sens, l'événement, arrivé à l'improviste est nécessairement une défaite, un déficit qui se manifeste dans le changement de tempo et une tonicité plus insistante » (26)<sup>12</sup>.

#### IV-3. Sortir de la prison du présentisme : la présentification

La présentification\* est un surcroît de présence, lorsqu'elle est prise au sens d'Husserl (les éléments du passé participent à la conscience du présent) (25). Au sens de Sartre, elle a le sens de présence : rendre présent à la conscience ce qui est effectivement présent, rendre quelqu'un présent à ce qui est, l'être en tant que présence à soi et au monde (13). Nous différencierons cependant, dans la suite du texte, présentification et nous n'en garderons que le sens de Husserl, et présence à ce qui est réellement présent, les deux termes ne renvoyant pas à la même relation de l'Être au temps.

Nous opposerons présentification\* et présentisme\*. Lorsque la présentification\* n'est plus possible, ce qui est le cas dans la démence, elle fait place à un présentisme (30, 31) où l'absence de référence au passé et d'inscription dans le futur ne permet pas de bâtir un maintenant. Le sujet débraye de sa présence au monde. Le malade vit dans un éphémère présent, scandé par des intervalles de vide existentiel de plus en plus longs, faute de stimulation suffisante par le monde extérieur (absence de présence du monde à soi, absence de « il y a »), et de vie intérieure pour en construire la jonction (absence de présence de soi au monde, absence de « je suis »). Le temps devient discontinu, les rares instants de présence sont une constellation de rares « maintenalements », des instants dispersés par des intervalles de vide et d'absence sans représentation et sans présentification, trop éloignés pour

---

<sup>12</sup> Ibid. Page 156

être mis en lien, obscurcis par les brouillards de la conscience : des îles dispersées dans un vaste océan recouvert par la brume. La présence au monde du malade atteint de maladie d'Alzheimer est discontinuée, superficielle, le champ de présence ne pouvant plus être suffisamment investi. La présence se fait dans un climat tensif qui est loin d'être serein pour le patient et ses aidants. L'inscription du malade dans un champ de présence qui lui soit accessible pourrait permettre d'amender une partie de ses troubles.

La présence à soi et au monde n'est pas seulement cognitive. Elle est sensible et chargée d'émotions et de passions mobilisant l'intimité du Moi. Elle implique l'existence pour lui-même, pour le Moi dans le monde (26). Elle comporte une dimension spatiale, temporelle et actantielle. La personne prend position dans le champ de présence et le met en perspective (28, 32), le passé est convoqué dans le présent, le futur également pour anticiper et inscrire une intention. Porter attention à la présence renvoie à trois prédicats distincts : le **réel intérieur**, la représentation interne (Vorstellung), l'**existant conscientisé** (Darstellung), l'**éveil intentionnel**, virtualisation de possibilités de devenir actant et sollicitation volitionnelle (25, 26). Une tension douloureuse naît de la confrontation entre présence et représentation désertifiée, lorsque les troubles cognitifs sont installés (33), le malade étant plus ou moins conscient de ne plus être présent au monde. Le monde se dérobe à lui. Le patient est devant une représentation intérieure vide ou appauvrie. Sa conscience le renvoie à l'absence de quelque chose qui était présent autrefois, qui devrait être présent aujourd'hui, une présence absente au présent.

#### IV-4. Quelques empreintes mnésiques ne sont que floutées.

La maladie d'Alzheimer conduit à un appauvrissement des bibliothèques sémantiques, pratiques, stratégiques et des formes de vie (sémiothèques), et donc produit une déception pour ses utilisateurs (34). L'appauvrissement est hétérogène, variable dans sa gravité et son évolutivité selon les malades. Il s'aggrave, dans tous les cas de figure, avec l'évolution de la maladie. Au cours de l'évolution de la pathologie, le champ de présence au monde se rétrécit, l'horizon de la visée tensif se rapproche et limite les perspectives anticipatoires (35). La mémoire a besoin d'oublis pour focaliser l'attention et l'intentionnalité sur le maintenant.

La maladie d'Alzheimer peut être une maladie de l'oubli, lorsque la mémoire du malade est saturée par des souvenirs irréfragables (36). L'oubli est l'une des conditions des possibles pour le fonctionnement de la mémoire. « Sans l'oubli total d'un nombre prodigieux d'états de conscience et l'oubli momentané d'un grand nombre, nous ne pourrions-nous souvenir. L'oubli sauf dans certains

cas, n'est donc pas une maladie de la mémoire, mais une condition de la santé et de sa vie » (37, 38). L'impossibilité d'oublier affecte la mémoire. L'oubli dans la maladie d'Alzheimer peut avoir trois autres origines liées à la personne, trois difficultés qui concernent les empreintes : l'effacement des traces mnésiques, la distorsion de la mémoire par implantation de faux souvenirs ou de souvenirs manipulés par des émotions hors du contrôle de la cognition défaillante (39), et l'existence d'entraves à l'accès des empreintes mnésiques.

L'accès au souvenir peut être inhibé par des problèmes psychologiques, une dépression associée, des refoulements de souvenirs intolérables, des réminiscences de honte ou de peur d'échec de ses pratiques personnelles. D'autres difficultés d'accès renvoient à l'intégration ou non de la personne dans son univers social. La personne démente peut vivre seule, sans grand contact social, ou s'isoler, refusant le monde où elle ne se sent plus à sa place. Le cadre social dans lequel évolue le malade peut encore être insuffisamment contenant, voire être délétère. La mémoire personnelle est étayée par la mémoire collective. Les cadres sociaux de la mémoire nécessitent, en effet, le partage de références mnésiques personnelles et collectives, linguistiques, spatiales et temporelles (40).

Les empreintes mnésiques sont partiellement ou totalement effacées. L'appauvrissement des bibliothèques et la désertification des étagères où sont rangés ses souvenirs n'expliquent donc pas tout. Le patient peut avoir des difficultés d'accès aux empreintes, personnelles ou sociales. L'indexation est perdue. Il n'y a pas de bibliothèque qui ne soit pas indexée (33), pour y retrouver ce que l'on cherche dans les registres disponibles contenant la liste organisée et structurée des index pertinents. Une partie des désordres mnésiques est encore liée à la consultation de ces registres devenus introuvables. Les difficultés cognitives sont une gêne pour retrouver les bons index lors du rappel mnésique, pour sélectionner et pour trier les éléments pertinents dans une situation donnée. Une aide palliative extérieure pourrait laisser entrevoir ici une possibilité de réversibilité au moins partielle.

#### IV-5. Le « petit monde »

Le malade ne comprend plus le monde dans lequel il évolue. Il perd peu à peu son autonomie, une dépendance matérielle et humaine s'installe. À la précarité du malade s'ajoute une précarisation liée à ses interactions avec l'environnement, convoquant là encore le système tensif, expliquant le mal-être du malade et sa tendance à se replier sur lui-même. Il vit de plus en plus dans un « petit monde » au sens d'Eco (41), un monde où il se réfugie, là où il lui reste du sens et où il vivait sa présence au monde. Ce « petit monde » sur le plan diachronique tend à se déplacer vers le passé, et à s'éloigner du

présent. Il s'agit ici non d'une régression, mais d'une rétrogression qui se manifeste par la désorientation temporo-spatiale des malades. Faciliter l'accès aux empreintes mnésiques jusque-là inaccessibles, repousser les limites du champ psychique et ainsi l'horizon des perspectives, sortir le malade du présentisme et le réhabiliter en profondeur, améliorent les conditions de nouveaux possibles pour lui (28). Le « petit monde » peut s'agrandir.

## V. Méthodologie et avancées possibles

Deux travaux ont été réalisés pour asseoir le cadre psychogériatrique et établir quelques passerelles interdisciplinaires entre neuropsychologie et sémiotique. La première étude porte sur la narrativité et a concerné 151 malades Alzheimer suivis en consultation à l'hôpital de Brest (42). Outre un certain nombre de tests neuropsychologiques permettant de définir le profil cognitif des malades, le test de Barbizet a été utilisé pour analyser, en fonction de la gravité de la maladie, la mémorisation d'un énoncé de 22 items. La mémorisation a concerné les items et leur ordonnancement (43). L'étude a permis de montrer un affaiblissement plus important de la dimension paradigmatique\*<sup>13</sup> par rapport à la dimension syntagmatique<sup>14</sup> et l'importance de la dimension tensive pour la mémorisation.

La seconde étude a concerné l'ambiguïté des limites appliquée à la maladie d'Alzheimer à partir d'un questionnaire rempli par des aidants familiaux (44). Tous champs perceptifs, tensifs, de présence, d'analyses des situations..., impliquent des limites, comme les objets nécessitent des formes pour être reconnus. Quatre-vingt-huit aidants/patients ont été inclus. L'étude a permis de montrer la progression de l'ambiguïté des limites avec le cours de la maladie, accentuant la désespérance de leurs aidants, satellite de la désorganisation de la pensée chez les malades.

Quatre présentations cliniques ont été présentées : une réflexion sur la musicothérapie et trois cas cliniques. Leur étude a porté sur des analyses phénoménologiques et psychiatriques. Elle a été complétée par l'analyse des phénomènes sémiotiques expliquant les efforts que fait le malade pour se raccrocher à la réalité qui se dérobe à lui, et sur la construction d'une signification à son environnement avec ses moyens résiduels, à partir du sens de ce qu'il perçoit de son univers, avec son investissement affectif et ses émotions. D'autres exemples plus ponctuels ont été utilisés dans le cours du texte pour illustrer les problématiques sémiotiques évoquées.

---

<sup>13</sup> Elle renvoie à l'ensemble des formes que peut prendre un mot.

<sup>14</sup> Elle concerne les rapports entre les unités successives de l'énoncé et leur hiérarchisation dans la production de la phrase.

## **VI. Principales conclusions attendues**

Les principales conclusions portant sur ces études concernent l'appauvrissement des ressources sémantiques et l'aggravation des déficits sémiotiques chez les malades. Les patients rencontrent en particulier des difficultés énonciatrices, pour construire l'expression de leurs difficultés, tant dans leur discours où ils peinent pour se positionner et investir le champ de présence, qu'à travers leurs modes de comportement.

### VI-1. Paradigmatique et syntagmatique

Dans la première étude, le test de Barbizet, l'énoncé restitué est un texte à trous, avec de nombreux oublis d'items, d'autant plus que les troubles cognitifs sont davantage installés. Cependant le schéma global du texte qui est restitué - l'ordre des mots, du moins ceux qui sont remémorés-, est souvent respecté. Il reste donc une certaine organisation de la pensée, indépendamment du nombre des items oubliés au cours de la maladie. La dimension syntagmatique\* semble donc moins altérée que celle dite paradigmatique\*. Les termes chargés d'émotions sont plus facilement mémorisés que les termes neutres de ce point de vue. Pour les tests des fluences lexicales (nombre de mots commençant par « L » cités en une minute) et catégorielles (nombre d'animaux cités en une minute), utilisés dans la première étude, le fonctionnement analogique (fluences catégorielles) se révèle plus solide pour l'accès aux mots que l'usage des index sémantiques.

### VI-2. L'ambiguïté des limites

La dissolution des limites notée dans la deuxième étude, va de pair avec les difficultés cognitives, majorant la détresse des aidants, et par-là, l'insertion des malades dans leur propre famille. La dissolution des limites a des conséquences tensives, une béance sur le plan spatial, une fragmentation du temps confinant à un présentisme, un égrènement désorganisé et éphémère de l'instant. L'horizon du champ de présence tendant à se rapprocher jusqu'à se rétrécir et le malade a des difficultés à s'y positionner et définir une perspective.

L'ambiguïté implique qu'un plan de la signification puisse être associé confusément à plusieurs plans de signifiés, générant une perplexité du malade dans un champ de présence (et donc entravant les actes) et une impossibilité de se positionner dans une énonciation (et donc gênant la communication), une incapacité à mettre en formes les flux d'énergie psychiques ou physiques, externes et internes, avec lesquels il se confronte. Le malade a des difficultés à apprécier la valeur des objets perçus et à les mémoriser comme appropriés pour les rattacher à ses souvenirs. Ce phénomène

accentue le floutage des empreintes, habituel avec l'âge, caricatural dans la démence, accentuant encore les troubles mnésiques. Les souvenirs Gist, fortement connotés sur le plan émotionnel, mais approximatifs, prédominent fortement chez lui sur les souvenirs Verbatim, plus précis, rattachés à la mémoire sémantique, impliquant la narrativité et la mémoire épisodique (39, 45).

### VI-3. Le tri axiologique

Le tri intervient pour le rappel mnésique et est insuffisamment fonctionnel dans la maladie d'Alzheimer. Trier les objets et les souvenirs selon leur valeur pour les catégoriser et pour définir leur pertinence dans l'instant d'une situation est ardu pour les malades. Le tri axiologique fait partie des conditions de possibles pour réorganiser une pensée confuse, car faisant appel à un discernement altéré par les troubles cognitifs du malade dément. Le tri des objets pertinents pour interpréter une situation lui devient difficile et conduit à des résultats inadaptés. La nécessité d'un tri axiologique efficace intervient à plusieurs niveaux dans le fonctionnement des malades, organisations perceptives et mnésiques, utilisations du vocabulaire, pratiques et stratégies, formes de vie. Le déficit du tri axiologique a des conséquences sur l'accès aux empreintes mnésiques et leur utilisation, comme sur les pratiques des malades et leurs comportements.

### VI-4. Raisonement non plus digital, mais analogique

Les raisonnements implicatifs\* (si... donc...) ou concessifs\* (malgré ... je persévère) (46) sont altérés du fait des troubles cognitifs. Les malades ont spontanément, ou artificiellement par une aide extérieure (indigage, iconisation), la possibilité de s'appuyer sur des raisonnements analogiques (comme... donc...), sur leur fonctionnement thymique pour organiser leur réel, non plus sur des mots ou des phrases, mais par des figures et leurs agencements.

## **VII. Pistes pour les nouvelles prises en charge thérapeutiques**

Trois domaines d'application ont été mis en évidence pouvant constituer des pistes intéressantes pour une future prise en charge.

### VII-1. L'analogon

Le premier domaine concerne la substitution d'objets par le malade en lieu et place d'outils adéquats, objets ayant une fonction indicielle, car renvoyant à une empreinte mnésique jusque-là enfouie et une fonction iconique d'une pratique jusque-là en échec. Le terme analogon a été proposé

pour ces objets substitués. Le mot analogon se réfère au sens sartrien d'ouverture à une conscience imageante : « Il faut donc - puisque nous pouvons parler d'images, puisque ce terme même a un sens pour nous -, il faut que l'image, prise en elle-même, renferme dans sa nature intime un élément de distinction radicale. Cet élément, une investigation réflexive nous le fait trouver dans l'acte positionnel de la conscience imageante » (47). L'analogon\* permet de retrouver ou de consolider une organisation figurale syntagmatique\* et paradigmatique\*, et une ébauche de formes de vie. L'analogon permet tout autant d'initier de nouvelles pratiques et de nouveaux comportements que de faciliter l'énonciation d'un récit de vie. L'analogon permet de passer de la fiction au jeu, du jeu à la didactique d'une pratique. Il s'ouvre sur une présence à soi et au monde, sans parcours de la signification et sans synthèse préalables et assied une intention.

## VII-2. La position énonciative

Le second domaine renvoie à la position énonciative du malade dans son discours ou ses écrits, dans sa pratique. Il s'agit ici de restaurer l'instance d'énonciation, en premier lieu sa présence comme énonciateur. On pourra ici s'appuyer sur l'hexis\* du malade<sup>15</sup>, l'éthos comme l'expression dans et par le corps dans le monde social (48, 49), et sur la position d'un énonciataire empathique permettant de consolider par sa présence et son écoute l'identité de l'énonciateur malade. Cette méthodologie permet de repousser l'horizon des champs de présence dans la pratique comme dans l'organisation tensive engagée par le malade, et au-delà. Son « petit monde »(41) s'agrandit encore en y prenant position.

## VII-3. L'art-thérapie

Le troisième domaine renvoie au schéma tensif réveillé par l'art-thérapie en particulier par la musique. Par iconicité, le malade peut avoir accès à des empreintes jusque-là enfouies, mais réveillées par des émotions. La musique éloigne un temporel douloureux, réinvente des durées prolongées dans

---

<sup>15</sup> Pierre Bourdieu. Ethos, habitus, hexis. Questions de sociologie. Page 133 : « ... (et cela d'autant plus qu'en compartimentant l'habitus en dimensions, ethos, eidos, hexis, on risque de renforcer la vision réaliste qui porte à penser en termes d'instances séparées). En outre, tous les principes de choix sont incorporés, devenus postures, dispositions du corps : les valeurs sont des gestes, des manières de se tenir debout, de marcher, de parler. La force de l'éthos, c'est que c'est une morale devenue hexis, geste, posture. »

l'harmonie du moment<sup>16</sup> (26) et donne accès à un kairos, un temps de présence à soi et au monde (50). Le résultat ne s'applique pas seulement sur l'instant de l'atelier et à une gamme étroite de souvenirs. Il implique le malade dans un univers plus vaste et plus ouvert, à nouveau accessible. La présence à soi est à nouveau possible pour le malade dans un espace-temps harmonieux. Son comportement va s'améliorer au-delà dans la durée et dans d'autres domaines de vie, en particulier relationnels.

---

<sup>16</sup> Herman Parret. *Épiphanies de la présence*. Page 156 : « Créer par la musique le silence harmonieux du ciel, éloigner le temporel, inventer des durées éternelles en mélangeant des sons colorés et des timbres très complexes, voici l'ambition du compositeur ... »

## Rappels sur la mémoire et la maladie d'Alzheimer

Dans ce chapitre, nous ferons quelques rappels sur le fonctionnement de la mémoire et sur quelques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. La mémoire sera abordée selon trois approches, cognitive, tensive et corporelle. Ces deux dernières feront l'objet de chapitres spécifiques. Nous verrons dans un autre chapitre la construction, l'adaptation et les problématiques de la fragilité de la mémoire.

### I. Rappels sur le fonctionnement de la mémoire

L'encodage\*, le stockage et le rappel sont les trois temps du fonctionnement de la mémoire. L'encodage\* dépend de la saillance\* d'un objet ou de l'aspect d'une situation, de quelque chose qui se détache du fond du champ de perception. Ces objets saillants sont des kernels\*, le plus souvent associés à des objets satellites, des entités avec lesquels d'une part ils partagent une qualité dans le champ de perception (5) et d'autre part, avec lesquels ils interagissent (51-53). La **distinction** par le sujet des objets particuliers, des kernels et de leurs satellites (52), permet sa **focalisation** sur eux. L'une et l'autre sont liées à ses apprentissages antérieurs, cognitifs, affectifs et gestuels. Elles renvoient à l'attention que le sujet déploie sur l'environnement, à ses attentes à un moment donné (54) et donc à l'intérêt que le sujet porte aux objets qui ne sont plus maintenant simplement distingués, simplement **perçus** mais **observés**, car focalisés par l'intérêt porté par le sujet et enclenchant une dimension phorique (plaisant/déplaisant). L'encodage dépend encore de la signification qu'un sujet est capable de bâtir (anasémiose\*) pour construire une image interne intelligible susceptible d'être mémorisée, impliquant des opérations cognitives et sensibles d'homogénéisation synesthésique\* (contribution de plusieurs organes des sens à la perception d'un objet), de tri axiologique pour dégager les valeurs pertinentes, de simplification pour rendre la perception intelligible et manipulable par la psyché. La prise de conscience d'une image interne permet d'installer une intention (catasémiose\*), qui s'appuie sur les attentes et l'intérêt du sujet (5). Elle permet d'anticiper les conséquences d'une future action (55). De l'image interne conscientisée peut encore émerger le sentiment d'une présence à soi et au monde.

L'expérience perceptive construit et renforce à la fois des processus de fonctionnement de la mémoire et des contenus mémorisables. Elle permet de mémoriser des processus d'acquisition de connaissances sur les trois segments en augmentant ainsi la compétence cognitive du sujet : **anasémiose** pour la mémorisation des méthodes personnelles de saisie de l'environnement, **représentation interne** rendue intelligible, conscientisée pour la construction des cartes cognitives\*, **catasémiose** pour expérimenter et développer des intentions adaptées à la personnalité, au goût et au style de la personne. Les acquis des expériences perceptives participent ainsi à ses formes de vie\*. Les contenus mémoriels issus de l'expérience perceptive intègrent des composants sensoriels, émotionnels et sensorimoteurs (56) ainsi les processus mis en œuvre dans la perception.

Le cerveau conserve le souvenir d'événements vécus ou observés, des faits et les émotions qui y étaient rattachés, mais aussi des sensations corporelles sensorimotrices, cœnesthésiques (sens des positions) et kinesthésiques (sens du mouvement), au moment de l'encodage\* (57). La qualité du souvenir dépend de l'affordance entre la nature du stimulus et la réponse motrice qui en dérive, satisfaisante ou non pour le sujet (58, 59). Il dépend encore des tensions vécues par le sujet à l'encodage. Anasémiose, parcours des percepts à la représentation interne rendue intelligible, et catasémiose, processus nés de l'intention et tournés vers l'objet observé, font intervenir des processus de catégorisation<sup>17</sup> (60), appris au cours de la vie ou par un enseignement. Anasémiose et catasémiose appartiennent à la compétence propre du sujet et sont susceptibles d'être affinés au cours de la vie (59, 61).

Le stockage se réfère aux processus de conservation des traces de l'événement initial encodé. Le stockage des traces ne porte pas uniquement sur des contenus conservés, mais aussi des capacités et des processus nécessaires pour faire émerger le souvenir et la dynamique mobilisée par les interrelations entre diverses traces, en particulier des souvenirs d'objets similaires préalablement encodés. Le stockage n'est pas passif. Il peut être consolidé par différents mécanismes : répétitions, mise en pratique, ré-évoqueries périodiques. En dehors de toute pathologie, il est susceptible d'altérer la mémoire à long terme en transformant le souvenir, nous en verrons des exemples.

---

<sup>17</sup> La catégorisation construit le passage du continu ou discret, mais pose le problème de la continuité de l'intuition. Petitot Jean. Morphologie et esthétique. Pages 54-55 : « Dans le domaine conceptuel, c'est la catégorisation qui résout le problème du passage du continu ou discret (...). Mais la catégorisation est un mode d'abstraction conceptuelle (...). Chaque œuvre hérite d'une singularité indépassable du fait que l'espace est une intuition pure et non pas un concept. Comment donc introduire le distrait dans des compositions irréductiblement singulières ? »

Le rappel permet d'extraire de la mémoire à long terme, une information préalablement apprise, avec plus ou moins de fidélité. Les processus de **rappel\*** sont liés à ceux de l'**encodage\***. Les indices ou les similitudes d'anciens souvenirs avec l'objet dans la situation présente, similitude aussi bien entre l'**objet perçu** et des objets préalablement mémorisés, et que similitudes entre les **mécanismes impliqués** dans la perception actuelle et les mécanismes d'un encodage préalables, permettent de façon plus ou moins consciente, de façon intuitive et parfois volontaire, d'accéder aux contenus de la mémoire (62). Leur couplage permettent l'émergence du souvenir (63). Le couplage de l'objet et des processus ne renvoie pas uniquement à une récupération de données, mais à une mise en relation les expériences du présent et du passé lors de l'encodage, incluant les faits, les émotions, les ressentis du corps et les actions accomplis, préparant ainsi le futur. La signification d'un objet correspond, encore à ce qu'une personne **peut faire avec cet objet**, et confronté à son souvenir, à ce **qu'elle en a préalablement fait** (sensorimotricité). L'action est une des conditions de l'émergence des souvenirs. Ils émergent par la similarité des interactions sensorimotrices dans l'environnement de la situation présente et celles du passé. Le geste du Corps-actant\* présent « énonce » ainsi le souvenir, le faisant apparaître<sup>18</sup> (59). La façon dont nous pensons le corps dépend du corps que nous avons, des actions qu'il permet dans des circonstances données (64). « C'est en ce sens que, pour lui, la mémoire est incarnée et située »<sup>19</sup>.

### I-1. La mémoire sensorielle

La mémoire sensorielle est une mémoire automatique, involontaire et inconsciente, du monde extérieur. Elle concerne les cinq sens. Très brève, quelques millisecondes, elle correspond au temps de perception d'un stimulus par des organes sensoriels. Les informations qui atteignent les sens peuvent être enregistrées dans d'autres registres de la mémoire. Un même stimulus peut être capté par différents systèmes sensoriels. La combinaison de ces perceptions permet l'identification de l'information (synesthésie\*). Sa faible durée permet un groupement d'un faible nombre d'informations, comme pour saisir une seule note de musique ou discriminer des notes dans une brève succession de notes séparées d'un court laps de temps, ou lorsqu'elles s'enchaînent pour en faire une suite continue. La saisie d'une série discriminée ou de la globalité de l'enchaînement sont deux mécanismes différents, nous le verrons. Elle permet encore la localisation de la source externe de la stimulation, par exemple le repérage du lieu d'origine d'une lumière, la localisation d'un bruit par la différence de temps entre l'arrivée du son à une oreille puis à l'autre. Les deux oreilles fonctionnent comme des dipôles (5). Par l'atténuation du son par le pavillon de l'oreille, elle participe au phénomène

---

<sup>18</sup> Remy Versace. Cognition incarnée. Page 99

<sup>19</sup> Ibid. Page 96.

de seuillage perceptif et permettant de repérer la saillance\* d'un objet sonore (5, 52). Les deux yeux fonctionnent de façon similaire.

## I-2. La mémoire déclarative ou mémoire explicite

La mémoire déclarative ou mémoire explicite, concerne l'encodage (modalités de l'impression de l'empreinte du souvenir), le stockage et le rappel mnésique\* : la récupération de données qu'un sujet peut faire émerger consciemment puis les exprimer par le langage (65, 66). Elle a deux composants, la mémoire épisodique et la mémoire sémantique, représentant une mémoire à long terme. Ces deux composants participent par la dynamique de leurs interactions dans le système des représentations mnésiques.

La mémoire épisodique est la mémoire des événements circonstanciés, individuels. La mémoire sémantique correspond à un savoir partagé avec l'environnement humain de la personne. La mémoire sémantique est une mémoire essentiellement cognitive, entretenue par un usage régulier. Les mots qui sont rarement utilisés sont plus facilement oubliés que les mots habituellement manipulés dans le quotidien. La mémoire épisodique comporte des éléments mémorisés d'origine cognitive, corporelle et tensive, et leurs conséquences passionnelles et modales. Nous verrons ultérieurement que certains souvenirs ont une forte connotation émotionnelle, renvoyant à certains aspects de leurs traces, mais pas à la totalité des empreintes inscrites dans la mémoire épisodique\* (traces Gist\*), et que d'autres mobilisent la surface des choses dans leurs détails et davantage les mots, donc les dimensions cognitives de la mémoire épisodique, ainsi que les registres sémantiques (traces Verbatim\*) (67, 68). Selon les personnalités développées au cours de la vie certains privilégient l'une ou l'autre.

### I-2-1. La mémoire épisodique

Elle concerne donc l'encodage\*, le stockage\* et le rappel\* de scènes de vie en les situant dans le contexte spatial, temporel et émotionnel de leur acquisition (mémoire de source\*) (69). Elle est modale et contextualisée. *Les attentats de New York ont eu lieu le 11 septembre 2001. Je les ai appris en direct à la télévision. J'étais alors avec les X, des amis de longue date, dans leur salon à Villejoie, dans le Limousin. Interloqués, nous avons arrêté toute discussion pour regarder l'émission. J'étais tellement surpris que j'ai cramponné les bras du fauteuil, à m'en faire mal.* La mémoire épisodique garde l'empreinte des faits, des sentiments au moment des faits (l'épisode, la scène de vie) et le contexte de l'apprentissage (la déixis\*). La mémoire épisodique est subjective. Elle comporte une dimension émotionnelle et identitaire. La réminiscence à distance ravive le souvenir ancien, avec le risque toutefois, de le déformer peu à peu à chaque rafraîchissement mnésique, par disparition de

traces mnésiques devenues peu pertinentes pour le sujet avec le temps, par floutage du souvenir (le temps gomme des détails), par recouvrement d'autres souvenirs, et par transformation du souvenir lors des énonciations successives. Le souvenir peut être raconté de multiples fois à des auditoires différents et dans des circonstances variées. *J'ai revu de nombreuses fois les X. Nous avons plusieurs fois rediscuté du 11 septembre. Cependant, ils m'ont fait remarquer que ce n'était pas de leur salon que nous regardions la télévision, celui-ci n'ayant été aménagé qu'en 2006. Mon souvenir s'était donc déformé.*

Tulving qualifiait la mémoire épisodique d'auto-noétique (70, 71). À la conscience du souvenir, s'ajoutent, en effet, des éléments auto-référentiels appartenant au Soi (54, 72). Tout objet perçu se détache par essence d'un arrière-plan perceptible. Toutes les perceptions potentielles ne sont pas relevées par les organes perceptifs. Seuls un ou quelques des détails sont saillants, des kernels\* et leurs satellites, ce qui présuppose une présensibilisation du sujet à quelque chose de similaire, justifiant ses attentes ou son intérêt particulier, et fait donc une référence à une expérience mnésique antérieure, cognitive, corporelle et tensive. La saillance\* focalise l'attention, permet la construction d'une représentation psychique interne conduisant à leur conscientisation superficielle ou accentuée (25), par un mécanisme réflexif et autodescriptif (tableau 1). Une intention et une présence du monde à soi couplée à une présence de soi au monde peuvent alors émerger d'une prise de conscience. La présence à soi et au monde, associée une conscientisation sans synthèse préalable peut émerger de l'esthésie ou de l'imaginaire en dehors de ce mécanisme (26), nous le verrons.

Tableau 1 : Mémoires et degrés de conscience

Mémoires	Degrés de conscience
Épisodique	Auto-noétique
Sémantique	Noétique
Procédurale	Anoétique

La noèse\* est l'acte par lequel on pense. Elle succède à la perception, selon Husserl (25). La pensée n'est pas seulement la conscience d'une chose simplement perçue, elle est conscience de ce qui est perçu, qui a une consistance pour le sujet et qui fait sens pour lui : une **présence**. Décrire une scène intérieure n'est pas encore suffisant pour la comprendre au tréfonds de soi. Elle doit être vécue,

incarnée dans des sensations corporelles (73), nous le verrons à propos du Moi-chair. Une chose est d'analyser et de saisir l'intelligible, de prendre conscience d'une représentation, **une autre est de vivre sa présence de façon incarnée et située** (73). D'un point de vue structuraliste, les objets et les figures mémorisées sont interreliés dans une topologie spatiale, une séquence temporelle et un développement actanciel, qui les unit dans un système dynamique cohérent (74), pour en produire une forme (Die Gestalt) (75). Le verbe *gestalten* signifie en allemand « mettre en forme, donner une structure signifiante ». La « gestalt », est donc la mise en forme structurée, complète, prenant sens et consistance au niveau du Moi profond (Moi-chair). Le plan du contenu, à partir d'une présentation structurée, l'internalisation du monde extérieur, l'expérience de l'être au monde et à soi, s'incarne dans une **présence**. Nous verrons que ce plan du contenu renvoie à un plan de l'expression, ce qui est préalablement expérimentée par le Soi (14, 15, 76)

La mémoire épisodique est essentielle à l'anticipation (35), et ses altérations conduisent à un désintérêt pour prendre position dans le champ de présence sur le réel (être au monde), et le mettre en perspective (agir sur le monde) (32). Elle renvoie à l'existence et à la sensorimotricité. La pathologie démentielle ferme la possibilité de la présentification du passé dans le présent (25) et la projection du passé sur l'avenir. L'altération de la mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer conduit le sujet malade au présentisme (30, 31) et à des troubles de l'attention, à un désintérêt pour le monde. Sur le plan collectif, elle conduit à un retrait social douloureux. Désintérêt du monde et retrait favorisent la dépression. L'investissement du plan collectif et l'euthymie sont essentiels au fonctionnement de la mémoire (77).

Le rappel épisodique reconstruit peu ou prou les souvenirs. Son manque de netteté, sa patine avec le temps, donne une idée de l'ancienneté du souvenir lorsque la mémoire de source\* n'est pas suffisamment efficace. Il permet d'élaborer les représentations mentales des souvenirs et d'asseoir le Soi. L'identité dans l'histoire de ses interrelations avec le monde extérieur, inscrit la personne dans une ligne de temps, son passé, le présent, son futur (78). Le rappel de la mémoire épisodique confronte l'identité à l'épreuve du temps, mettant en tension la persistance identitaire malgré les années, la mêmeté, et la persévérance à la maintenir dans les épreuves malgré la confrontation de l'identité à l'altérité du monde, l'ipséité (79). Un récit de vie pour soi, éventuellement destiné aux autres, permet de constituer une cohérence interne, une unité du Soi, et de vivre de façon synchrone avec l'environnement (80). La présence permet au "je" d'embrayer sur son discours de vie, et de le manifester.

Le caractère véridique ou véridictoire\* des souvenirs renvoie à la question de la réalité de leur réalité (81). Les certitudes issues de la mémoire épisodique, si elles semblent nettes et claires au sujet,

qui les considère comme vraies, peuvent, en fait, négliger ou oublier des détails devenus peu pertinents avec le temps et être recouverts de détails plus récents. « De toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'existe qu'une seule réalité. En fait, ce qui existe, ce sont différentes versions de la réalité, dont certaines peuvent être contradictoires, et qui sont toutes l'effet de la communication et non le reflet de vérités objectives et éternelles » (81). L'épisode se rafraîchit à l'occasion d'une nouvelle évocation. Cependant, avec le temps, la mémoire fléchit, se déforme, s'enrichit d'expériences proches et présentant des similitudes avec la scène initiale encodée, voire un souvenir se fabrique lorsqu'une personne vulnérable est dans les mains de psychologues indéclicats ou simplement du fait de la multiplication des énonciateurs (82, 83) et des variations des énonciations évoquant le même épisode.

L'épisode ne comporte pas que des éléments cognitifs mémorisés, il comporte aussi des empreintes corporelles<sup>20</sup>, tensives, modales et passionnelles, qui peuvent prendre davantage d'importance avec le temps que les faits objectifs eux-mêmes. Le rappel peut, au contraire, cacher et masquer des éléments refoulés (84). Tous les souvenirs ne sont pas plaisants à être évoqués de nouveau. Ils peuvent encore se construire avec le discours des autres. C'est tout particulièrement le cas pour les souvenirs d'enfance qui sont souvent construits à partir de ce que les parents ou l'entourage racontent aux enfants. La mémoire épisodique ne se structure que vers 4 ou 5 ans. Au-delà, l'enfant peut encoder objectivement et subjectivement les empreintes de ses propres souvenirs. Autre exemple de la variation des souvenirs pour de mêmes faits, un même événement rapporté par des témoins de bonne foi connaît plusieurs versions.

La mémoire épisodique sert d'assise pour une autre forme de mémoire importante dans la maladie d'Alzheimer, la mémoire du futur (85). Elle permet dans le présent, grâce à l'expérience vécue dans le passé, de se projeter dans l'avenir, des actes, des émotions et des contenus identitaires. *Envisageons un bon dîner avec des amis, de se réjouir à l'avance du repas partagé et de la joie de les retrouver. L'expérience du passé nous rappelle les liens avec les amis, les souvenirs gustatifs antérieurs, permettant, par anticipation, avant que l'événement se produise, de le construire mentalement.* Cette forme de mémoire du futur est l'une des premières altérations de la maladie d'Alzheimer (85).

---

<sup>20</sup> Clarapède, un médecin suisse, au début du 19<sup>e</sup> siècle, examinait un jour une patiente amnésique dont les capacités de raisonnement étaient intactes mais qui était incapable de se souvenir de son passé récent. Au cours d'une visite avec ses internes, il cacha une épingle dans sa main avec laquelle il piqua la patiente en lui serrant la main. Le lendemain, la patiente ne le reconnut pas, elle l'avait oublié. Lorsque Clarapède voulut lui serrer la main, il la vit tendre sa main et la retirer vivement avant le contact, comme si elle percevait une menace alors que sa mémoire était sévèrement altérée.

La maladie d'Alzheimer, maladie neurodégénérative d'évolution progressive sur quelques années, présente de multiples perturbations cognitives. De façon centrale et le plus souvent inaugurale, les troubles de la mémoire sont au premier plan. Ils s'associeront plus ou moins rapidement à un syndrome dysexécutif, des troubles du langage, des altérations visuospatiales, une dispersion et un affaiblissement de l'attention et des troubles thymiques. Les malades présentent à terme une altération de la pensée abstraite, du jugement et de la personnalité. Dans l'histoire évolutive de la maladie, ce qui est le plus remarquable est l'atteinte progressive de la mémoire épisodique (86, 87), qui va avoir des conséquences graves sur la vie quotidienne. La mémoire épisodique est essentielle pour se rappeler des événements importants et vivre de façon autonome, comme l'arrêt du gaz dans la cuisine, la bonne prise des médicaments, ou simplement, pour gérer le quotidien : clés non retrouvées, rendez-vous oubliés, factures non honorées, etc.

La relation au temps est fortement perturbée dans la maladie, confinant à un présentisme\*, un temps sans présence habitée. Dans le présentisme, seul le moment présent existe, volontiers fixé dans les archaïsmes rétrogressifs dans la démence, le futur n'existe pas, et l'expérience du passé n'est pas exploitée (88). La personne âgée démente se contente de ressasser son passé dans une sorte de rétrogression, de lecture décalée du présent vers un passé de plus en plus lointain, une lecture à l'envers de la partition de son passé, recherchant les dernières empreintes où son emprise cognitive sur son univers extérieur avait encore du sens et où son univers intérieur avait une consistance, une cohérence. En un mot, là où elle était présente au monde.

#### I-2-2. La mémoire sémantique

La mémoire sémantique est la deuxième forme de mémoire déclarative. Elle est dite simplement noétique, car renvoyant à la conscience d'objets ou de faits sans liens avec le Soi (70). Elle est amodale et décontextualisée. Elle concerne les mots, les concepts, des faits, mais sans lien avec les circonstances de l'acquisition. Les connaissances sont décontextualisées du temps et de l'espace, d'actions particulières et sont sans relation avec une mémoire de source\*. *Lyon est la Ville Lumière, Paris la capitale de la France, un bœuf charolais un animal courant dans des prés en Bourgogne. Nous ne savons pas et comment nous avons appris ces faits, qu'elle fût alors notre position identitaire et les émotions ou les passions vécues à ce moment-là. Ces concepts ne permettent pas de se projeter sur une exploitation identitaire future (71).*

Le savoir contenu dans la mémoire sémantique est largement partagé dans la collectivité ou dans les groupes restreints où évolue le sujet, dans sa sémiosphère\* (89). Il n'est pas pour autant universel. Les mots n'ont pas le même sens, la même amplitude ou la même polysémie dans une autre

culture, une autre sémiosphère\* (89). La structure de la sémiosphère modifie la communication et les jeux de langages entre les personnes. Ils sont différents selon qu'ils concernent des experts d'un sujet culturel ou social pour son centre, et pour sa périphérie selon le modèle élargi, des spécialistes, des amateurs, des profanes (90). Ceci est d'importance dans les communications du malade avec ses aidants, de ses proches avec les professionnels de santé (91). Le contexte référentiel, les formes du langage utilisées à une époque, les codes en vigueur, dans un contexte donné varient selon les niveaux culturels des catégories socioculturelles concernés, selon leur position dans une énonciation, mais aussi selon l'aire géographique et l'histoire locale. *Prendre un râteau n'a pas le même sens pour un jardinier et pour un jeune homme amoureux.*

Les mots, les énoncés explicites et implicites utilisés pour un dialogue interpersonnel présupposent pour être compris d'appartenir à des bibliothèques collectives sémantiques partagées, non nécessairement universelles (34). Tout dialogue avec un tiers et la mémorisation du sens particulier de leur interaction nécessitent un ajustement progressif référentiel pour lever les ambiguïtés éventuelles et préciser le sens (92). Cet ajustement est un processus cognitif. Il est altéré dans la maladie d'Alzheimer.

La perturbation de la mémoire sémantique dans la démence est moins marquée et surtout plus tardive que celle de la mémoire épisodique. Les altérations sont hétérogènes (93), portant au début sur la mémorisation de noms propres (94, 95) et les catégorisations de mots (96-99). Les troubles de la mémoire interfèrent avec les possibilités langagières (100). La maladie s'accompagne de difficultés de compréhension de la parole, de l'écriture, de la lecture (101). Les troubles du langage sont parmi les symptômes les plus significatifs de la maladie d'Alzheimer (102, 103). Au début, ils sont minimes, mais ils s'accroissent avec le temps selon des étapes prévisibles (104-107). Ils concernent trois temps dans l'organisation du langage, **la mise en mots des représentations de choses** (9), du percept éphémère et non ébauché (objet  $\beta$ ) à une représentation interne plus élaborée (objet interne) (10), la **construction d'un énoncé** pour que le sujet ait une représentation interne intelligible, et la **mise en forme d'un discours** pour une auto description, afin de la décrire pour soi et de la partager avec autrui.

Les travaux sur le langage des déments ont montré la conservation au moins relative et temporaire de la structure du langage (108-110). L'accent est mis souvent sur la bonne conservation de la langue (phonologie, syntaxe ...) par comparaison aux difficultés de l'accès aux bibliothèques et aux registres des mots, à l'appauvrissement progressif du vocabulaire (111-113). Les mots les moins usuels et les noms propres sont les premiers oubliés.

Les troubles du langage dans la démence d'Alzheimer ne se résument pas à une aphasie. Les schémas syntaxiques sont longtemps conservés, sans trop d'incohérences, malgré des difficultés à accéder aux bons mots, aux mots pertinents pour construire un énoncé cohérent. Lorsque la maladie est très évoluée, il reste quelques mots, quelques stéréotypies verbales peu informatives, stables qui semblent ne se réduire qu'à une fonction phatique (114, 115) (figure 1), la personne démente utilisant des lieux communs, des cris, des gestes répétitifs pour attirer un minimum d'attention sur elle (116), illustrant un rabattement archaïque de la psyché vers le soma<sup>21</sup> (117). Devant les représentations qui se dérobent, le corps reste un des rares moyens pour décharger l'angoisse<sup>22</sup> (118).

Les informations que la personne malade transmet diminuent qualitativement et elles perdent de leur pertinence, mais même si elles ne sont pas exprimées, elles ne sont pas toutefois supprimées. Certaines phrases construites avec un vocabulaire adapté émergent parfois brutalement dans une situation. *Une malade mutique depuis des mois dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées handicapées), à l'occasion d'une visite matinale d'un soignant qui lui demande avec le sourire comment elle va, répond sèchement « – Comment voulez-vous que j'aille bien en étant obligée de vivre ici ». Pour citer une autre expérience personnelle, pour une autre patiente sous tutelle, le juge me demanda de la prévenir de la vente de sa maison : son mari était ruiné par les coûts cumulatifs de l'EHPAD. À ma remarque que la patiente était aphasique est apathique depuis des mois, il me suggéra de le faire tout de même. Lorsque je lui ai annoncé la décision de son mari, la patiente se mit à pleurer. Suggérant que je pourrais essayer d'éviter ça, à ma surprise, la patiente ne répondit : «- Comment pouvez-vous vous y prendre pour éviter cela ? ». Le retrait de l'identité de la présence à soi dans la démence, à la lueur de ces deux exemples, n'est pas démontré. Il est difficile dans la démence de démêler ce qui résulte de l'organicité de la maladie, de ce qui est lié aux résistances du malade à affronter une réalité trop douloureuse et de ce qui est lié à son refus de rentrer en relation avec autrui, car il se sent en permanence non compris. Les difficultés des malades en situation d'échanges portent*

---

<sup>21</sup> Michèle Grosclaude. Les troubles du comportement démentiel à l'épreuve de la psyché. Page 58 : « « îlots de vie » que sont ses productions dont les troubles du comportement et les symptômes du processus, supposés dépourvus d'autre sens que de chaos organique : stéréotypies, radotage, déambulation, réminiscences égarées, fausses reconnaissances, sont des fragments supports de sens et de subjectivité, au statut de production du sujet, où se répète une matrice à fonction identitaire qui se confond dans la sémiologie démentielle d'expression corporelle, et réinvestissable par la relation du soin psychique. Celle du rabattement (et non de la lyse) de la psyché vers le soma, du retour de (et non à) l'originnaire et des états originnaires toujours prêt à ressurgir ».

<sup>22</sup> Marion Perruchon. Le déclin de la vie psychique. Page 68 : « Les représentations se déroband, l'angoisse existentielle réveillée par le défaut d'objet, tant externe qu'interne, a le plus grand mal à être prise en compte par un réseau mental substantiel, ne trouvant alors que le corps comme moyen de décharge privilégié ou comme butée »

principalement sur le discours, dès lors qu'une complexité se fait jour. Ils recourent alors à des phrases toutes faites d'usage courant, à des lieux communs, voire à des fabulations comme pour pallier les manques de logique attendus dans le dialogue.



Figure 1 : Patiente dans les stéréotypies gestuelles et orales « S'il vous plaît, s'il vous plaît...), sans à propos

### I-3. La mémoire de travail

La mémoire à long terme, sémantique\* et épisodique\*, n'a en théorie ni limites de capacité, ni limites de durée de stockage\* de la mémorisation. La mémoire à court terme\* ou mémoire de travail mobilise un nombre limité d'éléments (empan\*<sup>23</sup> verbal : 5 à 7 items), stockés sous forme verbale pendant quelques secondes (0 à 30). Il existe encore un empan\* visuel (VSTM : Visual Short Term Memory) d'environ quatre objets pour un adulte sain (119). Au-delà de l'empan, la mémoire de travail est insuffisante pour permettre la mémorisation de ce qui est perçu. La mémorisation de l'empan\* est très sensible aux distracteurs. Pour Cowan, elle est une partie provisoirement activée de la mémoire à long terme (120). La mémoire de travail pour Alan Baddeley est composée d'un administrateur central et de trois sous-systèmes (figure 2) : une boucle phonologique capable de retenir et de manipuler des informations sous forme verbale, un calepin visuo-spatial chargé des informations codées sous forme visuelle, et un buffer (tampon) épisodique permettant les échanges entre mémoire de travail et

---

<sup>23</sup> L'empan\* mnésique caractérise la quantité limitée d'informations pouvant être retenues par la mémoire à court terme pour une période d'environ 30 secondes. Les informations constituant l'empan\* mnésique sont très sensibles à l'interférence et la distraction.

mémoire à long terme (121-123). La boucle phonologique permet de maintenir en mémoire une série de chiffres répétés mentalement pour s'en souvenir ultérieurement, par exemple pour composer un numéro de téléphone. Le calepin visuospatial permet de se remémorer une topographie visuelle pour se repérer. Le tampon maintient brièvement en mémoire les éléments nécessaires à la compréhension d'un texte, ou pour suivre le cours d'un discours (124). L'administrateur central subordonne, coordonne et intègre les informations issues de la boucle phonologique et du calepin visuospatial. Il les met en relation avec les connaissances conservées dans la mémoire à long terme.

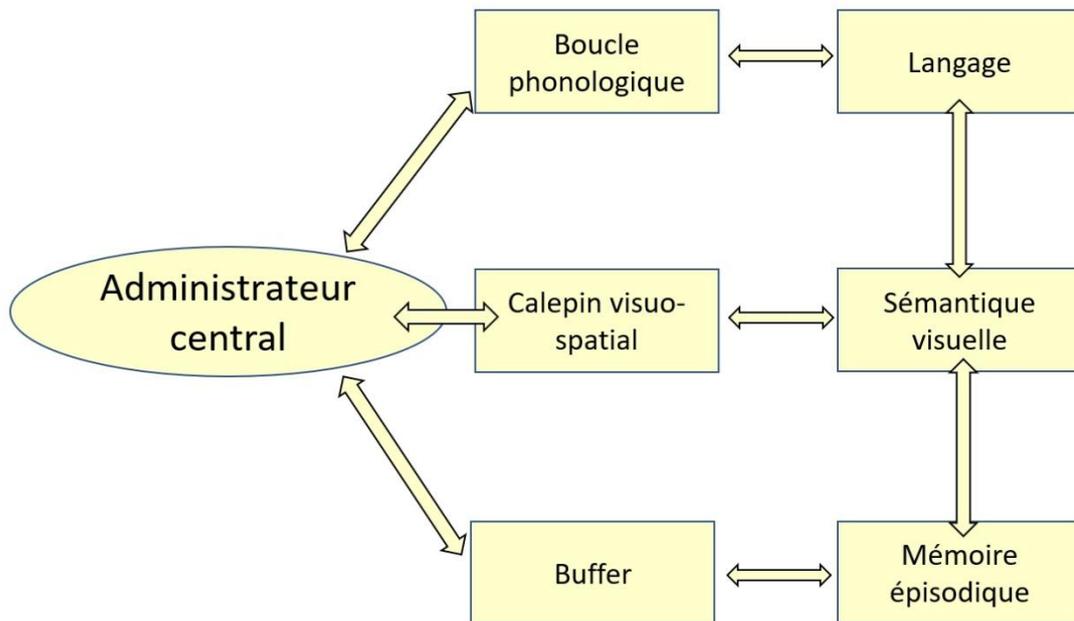


Figure 2 : Le modèle de Baddeley

L'atteinte de l'administrateur central est une des caractéristiques essentielles de la maladie d'Alzheimer. Elle expliquerait la plupart des déficits cognitifs selon Morris et Baddeley (125). L'empan\* mnésique se réduit de façon précoce dans la maladie d'Alzheimer, d'autant plus que le sujet est **distrait** ou que des tâches **simultanées** lui sont demandées (126). Dès le début de la maladie, les malades ont des difficultés avec des tâches quotidiennes nécessitant de traiter beaucoup d'informations simultanément, comme la conduite automobile. La mémoire de travail sollicite l'attention. Le trouble de l'attention, dans la maladie, pourrait être sélectif selon l'hémisphère cérébral sollicité (127). La maladie d'Alzheimer concerne l'attention soutenue (focalisée sur un seul objet) et surtout l'attention divisée (plusieurs objets saisis simultanément). Toutes les deux sont impliquées dans les actes moteurs comme le maintien de consignes et dans les interactions sociales, les activités intellectuelles et les apprentissages.

#### I-4. La mémoire procédurale

La mémoire procédurale est une mémoire non déclarative ou implicite. Elle est la mémoire des faits appris et surappris, celle des automatismes dans certains gestes. Elle regroupe non des représentations mémorisées, mais des process intégrés involontairement dans un système de pratiques préalablement apprises et répétées de multiples fois, ou surapprises. Il s'agit ici des gestes ou des comportements préprogrammés, sans ajustement, ne nécessitant pas une prise de conscience. Elle est anoétique et très résistante avec le temps, même dans la maladie d'Alzheimer. Un malade atteint d'une forme de la maladie très évoluée pourra continuer à faire du vélo, même s'il n'a plus le mot pour désigner son véhicule. Sa conservation dans des cas d'amnésie profonde suggère qu'elle utilise des voies indépendantes de la mémoire explicite. La dimension inconsciente de la mémoire procédurale renvoie une pragmatique, une programmation pratique dans le cours de l'action. L'inconscient freudien fonctionne avec pragmatisme dans la régulation des conflits intra-psychiques, certes dans des processus rationnels, hors des intentions et de la volonté du sujet, mais approximatifs quant aux résultats (128).

#### I-5. L'organisation et le système de la mémoire

La mémoire est structurée pour Tulving, selon cinq systèmes (Figure 3) : un système d'action (la mémoire procédurale\*) et quatre autres systèmes de représentations hiérarchisés selon le modèle SPI (Sérial, Parallèle, Indépendant) (65, 129). L'encodage est sériel. Le codage dans un système est dépendant du codage réussi dans le système qui le précède. Le codage en mémoire épisodique présuppose un codage dans la mémoire sémantique\*, le codage en mémoire sémantique présuppose un codage en mémoire perceptive. Le stockage\* des informations se fait en parallèle dans les différents systèmes. Le rappel mnésique des informations dans un système est indépendant du rappel dans les autres systèmes.

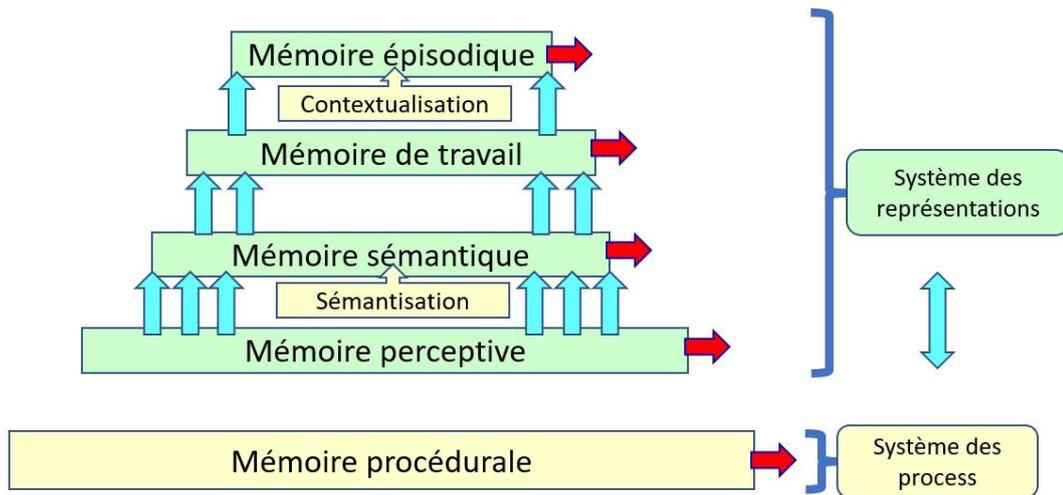


Figure 3 : Les systèmes de la mémoire et leur fonctionnement

#### I-6. Mémoire personnelle et mémoire sociale

Les processus mnésiques engagés dans la reconstitution au présent d'un souvenir individuel impliquent que la mémoire personnelle soit confrontée à la mémoire des groupes dans lequel la mémoire évolue (mémoire de transmission) (40). La mémoire historique, culturelle est colportée par les marques et les repères issus du récit national, les commémorations officielles (130, 131). Parfois elle censure de certains événements et en exalte d'autres. La mémoire sociale transmise par les médias modifie le récit personnel et les possibilités de l'exprimer (132), donc à terme elle peut transformer les souvenirs personnels (Figure 4). Tous les discours ne sont pas socialement pertinents à une période donnée, voire ne sont pas acceptés dans un contexte social particulier. L'oubli social participe en partie à l'enkystement de souvenirs personnels qui ne sont plus évoqués (36, 133).

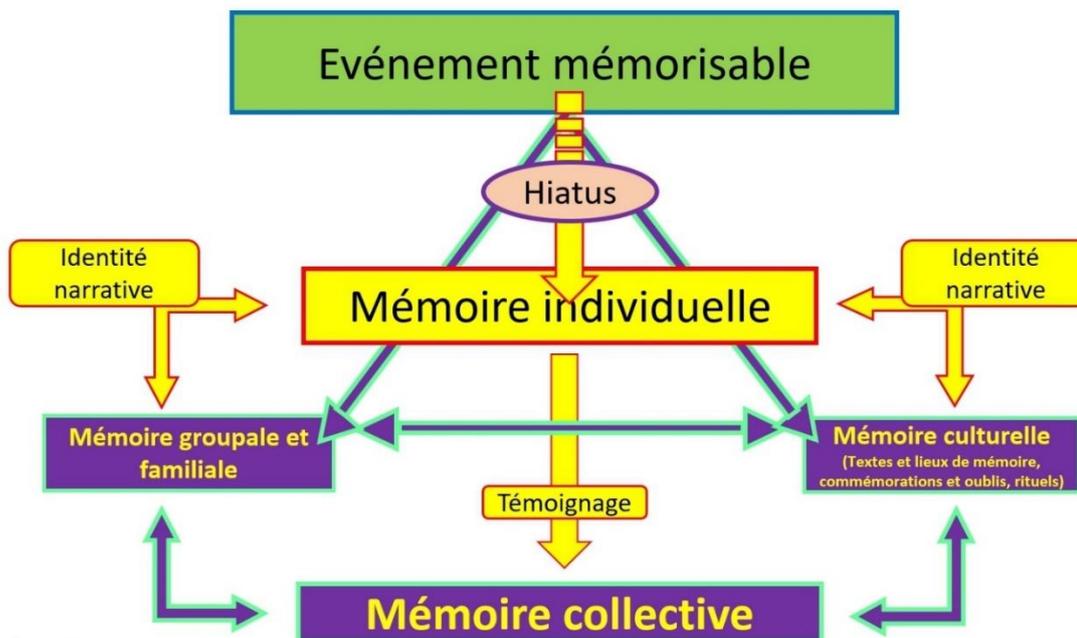


Figure 4 : Les interactions entre mémoires personnelle, groupale et sociale.

#### I-7. La construction de la signification de l'épisode mnésique

L'objet ou la situation sont perçus, observés, leur signification devient intelligible, la conscientisation de l'image interne assied une intention. L'ensemble des processus engagés peuvent être très brefs et se faire sur un mode intuitif. Ils peuvent s'égrainer de façon méthodique selon les attentes, l'intérêt et le temps dont dispose le sujet. La signification, d'un texte ou d'un événement vécu, n'est donc pas toujours instantanée, et peut nécessiter d'engager un parcours pour le comprendre, se positionner et éventuellement en tirer des conséquences pratiques, nous le verrons. Le parcours peut se faire à partir du plan des contenus (les éléments existentiels du Moi) ou de celui de l'expression (les éléments perçus, le Soi) (134). La mémorisation concerne aussi bien les contenus que les expériences sensorielles qui leur sont reliées, les pratiques et l'approche motivationnelle des situations qui en découlent. L'expérience résulte d'une élaboration mentale à partir de deux sources de la connaissance que sont la sensorialité, la sensorimotricité et l'entendement du côté des **afférences externes** d'une part, et d'autre part, de la réflexion et l'utilisation des **ressources internes**, de la mémoire (mémoires émotionnelle et sémantique, traces Gist et Verbatim) (68). Ces deux sources fonctionnent dans une dynamique interactive.

La perception désigne l'ensemble des processus chargés d'encoder, de sélectionner et organiser les informations en provenance de l'environnement afin de générer des représentations

adaptées à celui-ci, susceptibles d'être mémorisées. Le passage de l'expérience perceptive à la conscience existentielle, passe par une phase non-verbale de saisie\* non élaborée du phénomène perçu (par exemple une boîte d'allumettes tombe sur le sol), à quoi vont s'ajouter, des sensations corporelles, une dimension tensives et phoriques permettant une structuration de la pensée, une représentation figurée. Pour les personnes privilégiant plutôt la construction narrative, elle sera complétée d'une autre séquence, la mise en mots puis en récit, et en discours (c'est l'effet de la gravitation, la conséquence de ma maladie...) (135). D'autres articulent plutôt des images. Dans tous les cas, les objets manipulés par la psyché sont confrontés à des données préalablement mémorisées (images personnelles et images issues de la collectivité où vit le sujet) pour aboutir à la construction d'une image ou d'une représentation interne. Ces deux phases, figuratives et narratives, complémentaires pour l'abstraction, peuvent être mises en mémoire indépendamment l'une de l'autre, renvoyant à deux types de traces mnésiques stockées et fonctionnant en parallèle, Gist\* et Verbatim\* (68) : les traces littérales Verbatim, représentent les détails de surface des stimuli et les traces Gist représentent le sens général, le thème des stimuli. Ces dernières sont marquées sur le plan émotionnel.

La sensibilité perceptive implique une prise de position sur deux dimensions : une visée, le Corps-propre<sup>24</sup> se tournant vers ce qui suscite en lui une intensité sensible ou affective, et vers ce qui le questionne pour en connaître l'origine, et une saisie\*, qui opère sur le mode de l'étendue, pour apprécier distances, quantités, dimensions (136). L'entendement et le discernement permettent de donner un sens à l'expérience, d'unifier la diversité contingente et singulière de la sensation, pour réaliser une représentation mentale intelligible de l'existence.

Nous prendrons ici comme définition de l'expérience, une phénoménologie de la perception sollicitant le Soi, qui précède la réalisation mentale d'une existence inscrite dans le Moi, ce qui est pensé. L'**expérience** se convertit en dispositif d'expression pertinent sur le plan sémiotique, associé à un plan du contenu, l'**existence**. L'expérience est une connaissance qui articule l'objet qui affecte nos sens à un concept par lequel cet objet est pensé. En matière d'élaboration du sensible, l'existence (les formes), par exemple d'un objet, d'une situation présuppose d'en faire l'expérience (la substance). La perception du monde extérieur à l'humain est discontinue. Il s'agira donc pour le sujet d'élaborer une

---

<sup>24</sup> Le corps est considéré comme à la fois comme structuré et structurant le monde vécu. Merleau-Ponty reconnaît et décrit la pluralité des expériences du spatial, la perception qu'elle fait remonter jusqu'à un espace subjectif général. Le corps est le siège d'un ensemble de significations vécues, qui conditionne toute notre expérience et notre existence. Nous faisons l'expérience de notre corps comme un objet externe que nous percevons ; mais nous le sentons comme existant, étant nôtres. Le « schéma corporel » n'est pas une association d'images établie au cours de l'expérience, mais d'une unité spatio-temporelle qui les précède et conditionne cette association, l'unité de sens et l'unité de l'objet. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, coll. « Tel », 2005.

pensée cohérente, de passer de l'expérience extéroceptive, d'une discontinuité à une intégration intéroceptive, une incorporation dans une représentation mentale, continue. Ceci implique une structuration et hiérarchisation des étapes d'un parcours intégratif avec différents niveaux de pertinence de sémiotique.

L'instance énonçante, le Corps-propre, le « Corps phénoménal », notion développée par le philosophe Maurice Merleau-Ponty dans la phénoménologie de la perception comporte, comme nous l'avons vu, une instance existentielle (137), le Moi, Corps-chair\*<sup>25</sup> (73), récepteur et intégrateur des motions intimes, kinesthésiques, et des sensations, et le Corps-enveloppe<sup>26</sup> (Moi-peau de Didier Anzieu) (138), le Soi, récepteur et intégrateur de l'expérience de la coenesthésie et des déformations imprimées sur le Soi-enveloppe par l'environnement et les tensions internes (14). En tant que surface d'inscription, le Soi a une face tournée vers l'extérieur et une autre vers le milieu intérieur. Il assure une fonction de tri orienté des diverses énergies qui le sollicitent. Le Corps-propre accomplit le partage et élabore la sémiologie entre le monde extéroceptif qui lui fournit les éléments du plan de l'expression et le monde intéroceptif, proposés pour le plan du contenu<sup>27</sup> (8). Le Corps-propre réalise l'enveloppement et l'enlacement de la chair corporelle et de la chair du monde pour réaliser une présence incarnée et fixée dans le temps de la vie, l'être-au-monde (73). Il n'est pas un objet du monde que l'on s'approprie, il est le lieu où se noue la corporalité et l'altérité parce qu'il habite le monde et co-existe avec lui.

#### I-8. Mémoire et vieillissement normal

Les schémas de vieillissement sont individuels et très hétérogènes selon les secteurs de la psyché chez une personne et d'une personne à l'autre. Le vieillissement normal s'accompagne d'une hypofrontalité et notamment d'une altération des fonctions exécutives. Les capacités à rejeter des informations non pertinentes (soumises à un tri axiologique), à maintenir la focalisation de l'attention (évitant ou limitant les conséquences d'une distraction), et la flexibilité cérébrale pour passer d'une tâche à l'autre ( permettant de gérer les tâches multiples comme leur complexité), tendent à fléchir avec l'âge (139). Ce fléchissement est influencé par le niveau scolaire acquis et surtout entretenu (112). Avec l'âge, on note un ralentissement des tâches cérébrales et une altération progressive de la qualité

---

<sup>25</sup> Non la chose, la matière interstitielle, tissu conjonctif, mais le « sensible pour soi » : Merleau Ponty M. Le visible et l'invisible.

<sup>26</sup> Le Moi-Peau est un concept développé par Didier Anzieu pour exprimer les relations et la séparation entre le monde extérieur et la réalité psychique, le non-Soi et le Soi. Trois grands types de fonctions résument son rôle : contenance de la psyché, surface d'inscription d'empreintes mnésiques, tri ou sélection des échanges avec l'extérieur auquel correspondent respectivement trois propriétés, compacité, assurant la cohésion psychique, connexité visant l'unification de l'enveloppe, et filtre ou polarisation de tri, et trois modes de débrayage énonciatif : inversion du contenu et du contenant, pluralisation, déformation de l'enveloppe, projection du propre sur le non-propre. Fontanille J, Soma et Séma. 123-158

<sup>27</sup> Fontanille Jacques. Sémiotique du discours. Page 92

de la perception, à laquelle participent la moindre efficacité des organes des sens et l'affaiblissement de la motricité (140). Les performances de la mémoire de la personne âgée ne sont pas celles de l'adulte plus jeune. Les compétences sémantiques, surtout si entretenues par la pratique, ne fléchissent pas ou peu. Une partie de la diminution des compétences mnésiques est liée à l'altération de la sensorimotricité, parallèle avec l'affaiblissement de la motricité. La dégradation porte dans l'ensemble sur le fonctionnement cérébral et de façon plus spécifique, sur le traitement spécifique des informations sensorimotrices (140, 141).

La catégorisation des objets perçus est moins bonne chez la personne âgée (142). Les erreurs de discrimination sont moindres si les objets à discriminer partagent une proximité catégorielle importante. Les personnes âgées présentent alors des performances similaires aux adultes jeunes, mais sont plus sensibles aux distracteurs (141). Elles font davantage d'erreurs sur les sources de la mémoire visuelle. Sur le plan social, la discrimination des personnes âgées par les plus jeunes, l'âgisme, altère les performances mnésiques (143), ce qui pourrait conduire à porter avec trop d'excès certains diagnostics de troubles cognitifs.

Le fonctionnement de la mémoire varie certes selon les individus avec l'âge. Le vieillissement du cerveau n'est pas qu'organique, il est aussi fonctionnel et il dépend des conditions de l'utilisation de la mémoire sur le chemin de la vie du sujet. Organicité et fonctionnalité sont couplées de façon dynamique, renvoyant pour un bon usage fonctionnel à la plasticité cérébrale et à la préservation de l'outil cerveau. Des lésions organiques du cerveau, accident vasculaires cérébraux ou maladie d'Alzheimer, retiennent sur la fonctionnalité et la mise en œuvre des capacités résiduelles, sur les possibilités d'accès à des palliatifs aux désordres acquis, plus ou moins facilement mis en place par le malade et son entourage humain, soignants ou non soignants. L'insuffisance d'apprentissage et de pratiques cognitives au cours de la vie et la non-utilisation régulière de la mémoire retiennent sur le fonctionnement mnésique lors du vieillissement.

## **II Rappels sur la maladie d'Alzheimer**

### II-1. Les symptômes de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie organique du cerveau, neurodégénérative, touchant principalement les personnes âgées et très âgées, même si un faible pourcentage du malade est concerné par la maladie avant 60 ans. Elle reste pour l'instant incurable, même s'il est possible d'aider les patients et leurs familles pour atténuer les difficultés par quelques traitements médicamenteux, dont certains sont encore en développement, et par des mesures de soutiens psychothérapeutiques ou

institutionnels, à domicile ou en établissement (144). La démence ne se limite pas à une maladie organique du cerveau. Elle convoque la psyché du malade. Elle a une dynamique psychopathologique liée à l'aggravation des lésions cérébrales et à la conscience qu'a le malade de ses conséquences. Elle concerne des êtres humains en souffrance et leur souffrance majore leurs difficultés cognitives et d'appropriation du réel. La psychopathologie admet selon Minkowski deux définitions (145). La première concerne la pathologie du psychologique. Elle est la plus communément abordée en psychiatrie et en psychologie<sup>28</sup> (37). L'autre concerne la psychologie du pathologique, et vise à comprendre l'expérience vécue par la personne à travers la maladie et quelle forme d'existence en découle pour elle. La psychopathologie structurale met la personne au premier plan dans son unité vivante plutôt qu'au milieu des organisations mentales dont la complexité et la cohérence ne dégagent qu'un modèle explicatif. L'effort pour comprendre le malade doit s'appuyer sur la réalité des phénomènes à la recherche du sens et non seulement sur l'explication afin de dégager les objets de la conscience (146). Nous nous plaçons dans ce dernier point de vue dans cette thèse.

#### II-1-1. Les pertes de la mémoire

Les premiers symptômes portent sur les pertes de la mémoire à long terme, surtout sur la mémoire épisodique, notamment sur des faits récents, et sur la mémoire à court terme. Selon les patients, la maladie a une évolution plus ou moins rapide. Elle se fait le plus souvent sur plusieurs années. Les troubles mnésiques des malades s'aggravent progressivement et finissent par concerner l'ensemble des registres mnésiques, même si la mémoire procédurale\* et la mémoire émotionnelle sont plus longtemps résistantes. Ils intéressent au début les noms propres ce qui provoque quelquefois des quiproquos avec leurs proches. Ils progressent dans le temps, et seuls les souvenirs d'un passé de plus en plus ancien demeurent un temps. La mémoire temporelle est déstructurée, le malade ayant tendance à mélanger les événements du passé, et à confondre ce qui s'est passé autrefois et ce qui arrive actuellement.

Les personnes âgées atteintes de démences d'Alzheimer perdent la capacité de retrouver un souvenir après qu'un indice leur soit fourni, ainsi que les effets d'amorçage inter-sensoriel (aboïement à associer à une image de différents animaux comprenant un chien). Un schéma de déconnexion des aires cérébrales a été proposé pour expliquer la maladie (147).

---

<sup>28</sup> Eugène Minkowski. Le temp vécu. Page 62 : « La psychologie, après avoir réduit notre psychisme un amas de bribes et après avoir renfermé cet amas quelque part à l'intérieur de nous-mêmes, nous emmure dans une espèce de cuirasse impénétrable et en cherche en vain une porte de sortie ».

Dans une perspective dynamique du fonctionnement normal de la perception, toutes ces aires sont non seulement connectées entre elles, mais sont aussi inter-stimulées (59, 63). Le fonctionnement perceptif est **synesthésique**, permettant la catégorisation des objets à partir de différentes afférences sensorielles. La perception d'un objet concerne la vision, l'audition, le toucher... La **déconnexion** entre les aires sensorielles empêcherait, par exemple, l'interactivité des aires auditives et des aires visuelles, altérant par conséquent les capacités de catégorisation et de discrimination des objets (141).

#### II-1-2. Les altérations perceptives

Les altérations perceptives portent encore sur la discrimination entre la récence du percept et son éloignement dans le passé. Les pertes progressives de distinctivité et le **floutage des traces** conduisent à des difficultés de mémoriser des objets ou des mots, à les oublier lors d'un rappel, et à en introduire alors de nouveaux (intrusions). La perception et la mémorisation de schémas abstraits sont davantage concernées que celles des images concrètes. Les capacités d'apprentissage à partir des percepts sont perturbées, surtout s'ils sont nombreux et complexes. Les perceptions visuospatiales sont altérées. Les malades ont du mal à situer leur corps dans l'espace et dans le temps, ce qui retentit sur leur capacité à revivre une scène intérieure (épisode) (148), sur le plan énonciatif, à se positionner dans un discours, reflétant un possible désinvestissement de la présence, ou un reniement du positionnement.

#### II-1-3. Le déclin cognitif en dehors de la mémoire

Le déclin cognitif ne se résume pas aux troubles de la mémoire (figure 5). Ces derniers s'associent peu à peu à des troubles du jugement et du raisonnement, portant d'abord sur des situations complexes, les raisonnements abstraits, puis s'étendant aux situations simples de la vie quotidienne. La maladie altère de plus les fonctions exécutives<sup>29</sup> (attention, planification des tâches) (139), en premier lieu les fonctions instrumentales, requérant l'usage d'un objet pour leur réalisation (utiliser le téléphone, manier de l'argent ...), puis les fonctions élémentaires de la vie quotidienne (se laver, s'habiller ...), conduisant à une perte d'autonomie, à des négligences sur le plan d'hygiène et du comportement social.

---

<sup>29</sup> Les fonctions exécutives\* concernent encore la capacité de rejeter des informations non pertinentes, le maintien de la focalisation de l'attention et la flexibilité cérébrale pour passer d'une tâche à l'autre. Les fonctions exécutives\* sont rattachées au lobe frontal.

La personne malade perd son autonomie décisionnelle soulevant la nécessité de mettre en place des mesures d'encadrement juridique. Elle devient de plus en plus dépendante d'un tiers, ce qui représente une responsabilité et une charge de travail de plus en plus lourdes pour ceux qui les aident.

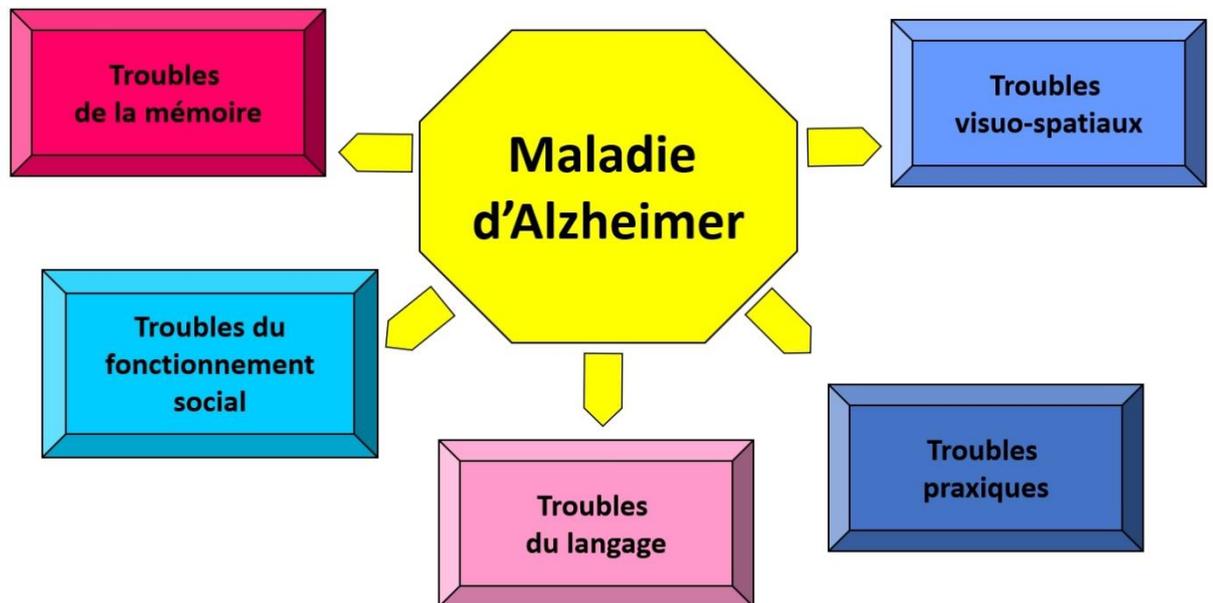


Figure 5 : Schéma des troubles principaux de la maladie d'Alzheimer

#### II-1-4. Les troubles du langage

Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer ne sont pas qu'une simple aphasia (149). Le langage est altéré avec une perte du mot pour désigner les choses ou pour rentrer en communication. Au commencement de la maladie, les mots déficients sont les noms propres et les mots communs rarement utilisés. Dans l'évolution de la maladie, les mots usuels finissent par être perdus, parfois remplacés par des phonèmes sans sens ou des mots sans à-propos (paraphasies). Les concepts portés par les mots sont altérés, une origine des intrusions (un mot à la place d'un autre sans relation entre eux). Le vocabulaire des phrases s'appauvrit, les phrases se raccourcissent. La personne démente ne comprend plus son entourage et son entourage ne la comprend plus. Récits et discours sont altérés.

#### II-1-5. La désorientation temporo-spatiale

La désorientation temporo-spatiale est d'abord fluctuante puis elle devient permanente. Le malade se perd dans les lieux familiers, il oublie les dates, les rendez-vous, ou les mélange. Lorsque la

maladie est évoluée, le patient tend à vivre dans un espace-temps situé dans un passé de plus en plus éloigné du présent, puis à se réfugier dans un non-temps, le présentisme. Nous y reviendrons lorsque nous aborderons la question du temps chez le patient dément.

La désorientation spatiale évolue en parallèle avec la désorientation temporelle. On peut se demander s'il ne s'agit pas de la résultante d'une seule et même causalité, les difficultés cognitives de la relation du malade au temps. « La désorientation dans le temps va, en pathologie de pair avec une désorientation dans l'espace, comme si ces deux désorientations n'étaient que l'expression d'un même trouble ; si c'est ainsi que nous le retrouvons côte à côte dans les cas de confusion mentale ou, dans la conscience obnubilée, toute réalité se trouve comme suspendue et remplacée par un monde fictif, ou encore dans les cas d'affaiblissement intellectuel, quand la mémoire défaillante n'arrive plus à évoquer en temps voulu ni les noms de lieu ni les dates fixées conventionnellement par nous pour les divers événements de la vie »<sup>30</sup> (31).

#### II-1-6. Les troubles visuo-perceptifs

Les troubles visuels peuvent être rarement le symptôme inaugural. Ils s'installent et s'aggravent progressivement avec le cours de la maladie. Il réalise une apraxie<sup>31</sup> visuo-spatiale, avec des difficultés pour le malade de se situer dans l'espace, ce qui a une incidence sur les déixis dans les épisodes mnésiques, interférant avec les nouveaux encodages épisodiques ou pour le rappel d'anciens épisodes, ou pour repérer la position d'un objet par rapport à un autre. Un trouble de l'identification visuelle (agnosie)<sup>32</sup> est souvent associé au précédent, les patients peuvent être incapables de reconnaître des visages qui leur sont ou leur étaient familiers auparavant (prosopagnosie), par exemple le visage de leur conjoint. Les malades pourront parfois identifier la personne à partir d'un détail vestimentaire ou d'un bijou qui lui appartient (préservation de la fonction indicielle). Le malade aura encore des difficultés pour faire correspondre un objet présenté et perçu avec une image préalablement mémorisée, par un défaut de stock ou d'accès sémantique, illustrant les interactions entre la construction de la signification des images et la mémoire sémantique. Le patient arrivera à copier un dessin sans pouvoir le reconnaître. L'analyse visuelle des formes élémentaires, l'appariement de ces formes sont souvent impossibles, comme il est impossible pour le malade de retrouver une figure particulière dans un dessin où elle est enchevêtrée avec d'autres (agnosies associatives). Aux

---

<sup>30</sup> Eugène Minkowski. La temps vécu. Pages 11 et 12.

<sup>31</sup> L'apraxie est une altération de la capacité à réaliser une activité malgré des fonctions somatiques intactes.

<sup>32</sup> L'agnosie est une incapacité à reconnaître ou à identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes.

altérations visuo-spatiales dues à la maladie s'ajoutent dans une évolution parfois couplée, celles liées au vieillissement de l'appareil visuel.

#### II-1-7. La sensorimotricité

La question de la sensorimotricité et de la maladie d'Alzheimer sera traitée sous un aspect particulier dans le chapitre dédié aux figures du corps et à la mémoire. Des anomalies dans l'exécution et la planification du mouvement de certains mouvements, par exemple de la marche sont retrouvées dès les premiers stades de la maladie d'Alzheimer (150, 151). Dans les formes évoluées, les schémas corporels et la proprioceptivité s'altèrent, impliquant en particulier la coordination des mouvements, d'abord complexes ensuite basiques. Des chutes sont alors possibles (152). Porter à la bouche des aliments avec un couvert devient compliqué. Les altérations de la sensorimotricité sont souvent liées à l'agnosie perceptive (151). Le maintien de pratiques motrices diminue les altérations sensorimotrices, sous condition d'être régulièrement pratiquées, avec des séquences gestuelles comportant des répétitions (153). La condition générale physique du malade âgé et les atteintes organiques des organes moteurs liées simplement au vieillissement, réduisent ses activités motrices et accentuent d'autant plus les troubles sensorimoteurs que des troubles cognitifs sont installés. Des méthodes implicites de réadaptation de la sensorimotricité chez les patients déments ont été développées, basées sur l'imitation et la contagion motrice, ou utilisant la réalité virtuelle, encourageant un traitement multimodal et tridimensionnel (par exemple projet MAAMI, Maladie d'Alzheimer et Apprentissage Moteur Implicite) sollicitant les processus émotionnels (par exemple par la musique et danse) pour favoriser l'évocation de l'action, déclencher une intention motrice et la mettre en œuvre. La sensorimotricité est utilisée dans la maladie d'Alzheimer dans des ateliers de gymnastique, et certaines équipes de soins utilisent le tango. Entre deux exercices physiques évalués par une équipe allemande, endurance et danse, seule la danse a permis de montrer une augmentation de la surface du cerveau qui habituellement diminue avec l'âge (154, 155).

#### II-2. Les désordres comportementaux

Les changements comportementaux sont observés, à commencer par ceux liés à une désorientation temporo-spatiale, la personne vivant dans un univers intérieur de plus en plus éloigné du présent et décalé du quotidien de ses aidants. Elle présente des **résistances** aux efforts que ces derniers font pour la réorienter. D'un point de vue phorique, la réalité du présent est parfois douloureuse à appréhender pour le malade. Elle devient confuse dans l'espace, elle oublie ou ne retrouve plus ses repères, se perd dans son environnement immédiat, puis même dans son domicile.

Avec le développement de la confusion, de plus en plus fréquemment, apparaissent des troubles du comportement difficiles à interpréter aussi bien par les aidants informels (la famille) que formels (les soignants) (156). Trouver, derrière un désordre comportemental, le sens que le malade cherche à y mettre et la manière dont il cherche à construire une signification est l'objet de cette thèse. Les troubles du comportement sont très variables dans l'évolution de la maladie, la dépression, l'agitation sont fréquentes au début de la maladie, puis l'agressivité et l'anxiété dominant. L'opposition aux soins ( figure 6) et l'apathie s'installent plutôt en fin de maladie (157). Certains malades ayant des formes évoluées de la maladie peuvent présenter des délires et des hallucinations.



Figure 6 : Lutte entre une patiente qui veut renverser son café et l'aide-soignante qui cherche à l'empêcher

Les troubles du comportement sont très difficiles à gérer pour les aidants (144, 158). Lorsqu'ils sont épuisés ou que ces troubles sont impossibles à gérer, souvent à une institutionnalisation devient la seule alternative (159).

### II-3. Organicité de la maladie d'Alzheimer

Deux types de lésions caractérisent la maladie : les plaques séniles amyloïdes et la dégénérescence neurofibrillaire, responsables de destructions neuronales. Les pertes neuronales concernent principalement l'hippocampe, l'un des principaux centres de la mémoire, puis le lobe pariétal et temporal, les aires associatives et le néocortex. L'atrophie peut être visualisée par l'imagerie cérébrale. Du point de vue de l'anatomopathologie, le cerveau perd 5 à 10 % de son poids par décennie.

La figure 7 montre le développement de la maladie d'Alzheimer vue sur plusieurs années étudié en résonance magnétique nucléaire par une équipe australienne (160).

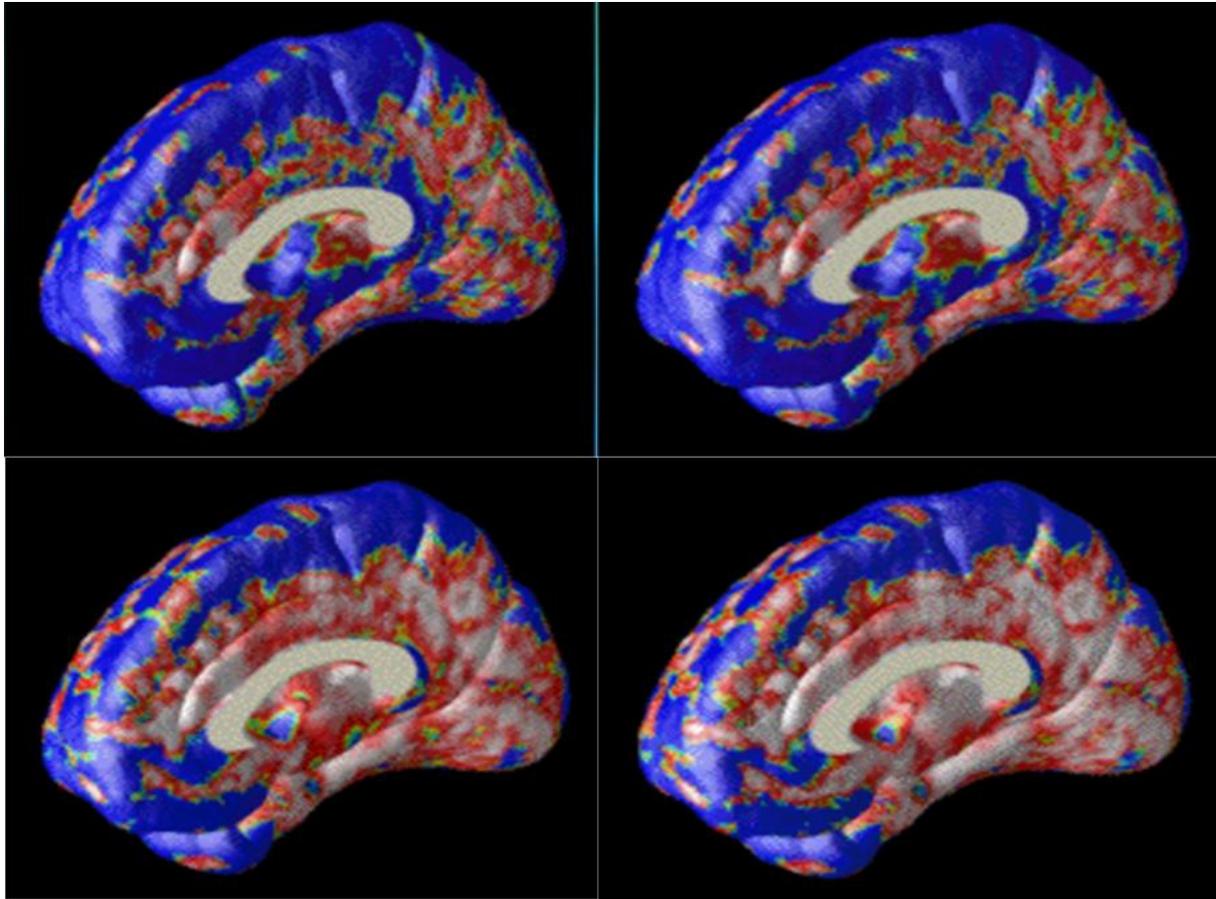


Figure 7 : Développement de la maladie d'Alzheimer vue sur plusieurs années en résonance magnétique nucléaire.

L'organicité de la maladie d'Alzheimer n'explique pas cependant tous les troubles du comportement, les pertes de mémoire peuvent expliquer par exemple le désajustement des actes des malades au réel actuel et leur décalage avec ce qu'ils étaient capables de faire autrefois. L'impossibilité de construire une signification cohérente, et d'en être conscient, est source pour eux de tensions, de tristesse et de dépression (20, 161). La perte des mots, les difficultés à construire des phrases ne leur permettent plus d'élaborer ce qu'ils vivent et de comprendre leur environnement. Partager leurs états d'âme dans un discours avec autrui est impossible. Il ne reste que l'expression corporelle pour évacuer l'angoisse.

#### II-4. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer

Actuellement, le diagnostic de maladie d'Alzheimer repose sur la neuro-imagerie et sur des tests neuropsychologiques qui, pour certains, sont ciblés sur un aspect particulier de la cognition, quand d'autres évaluent la globalité de celle-ci. Parmi ces derniers, l'un des plus classiques et que nous rencontrerons plusieurs fois dans cette thèse, est le test de Folstein (Annexe 1) ou Mini Mental State Examination (MMSE) (162), dont le score normal est de 28 à 30. Il est influencé par le niveau scolaire préalablement acquis, ce qui d'ailleurs est un facteur important de la prévention de l'apparition de la démence (163). L'évolution habituelle de la maladie conduite à une perte d'environ trois points à ce test par an, certaines formes évoluant plus rapidement. La maladie est modérée pour des scores de 22 à 18, elle est très sévère lorsque les scores sont inférieurs à 10.

Donnons quelques exemples de tests utilisés dans le diagnostic de maladie d'Alzheimer. Dans la première étude sur la narrativité que nous présenterons, outre le Test de Folstein (MMSE) (162), ont été des tests plus spécifiques : test des 5 mots de Dubois (164), pour la mémoire sémantique, les tests de fluences catégorielles (Nombre d'animaux cités en une minute) et de fluences lexicales (Nombre de mots commençant par « L » cités en une minute) (165), BREF (Batterie rapide d'efficacité frontale de Dubois ; annexe 2) (166) pour les tests frontaux incluant les fonctions exécutives, l'échelle de Cornell (évaluation de la dépression fréquemment associée à la démence ; annexe 3) (167) et le test de Barbizet (43) ou histoire du lion pour la mémorisation d'un texte.

## **Quelques points clés du chapitre 1 : Rappels sur la mémoire et la maladie d'Alzheimer**

L'encodage, le stockage et le rappel sont les trois temps du fonctionnement de la mémoire.

Les objets saillants dans le champ de perception sont des kernels, le plus souvent associés à des objets satellites, des entités avec lesquels d'une part ils partagent une qualité et avec lesquels ils interagissent.

L'expérience perceptive intègre outre des objets ou des faits, des composants sensoriels, émotionnels et sensorimoteurs.

Les traces mnésiques ne sont pas uniquement des contenus conservés, mais aussi des capacités et des processus nécessaires pour faire émerger le souvenir et la dynamique de leurs interrelations. Les processus engagés dans le fonctionnement mnésique (générativité) et les déixis (particularités) ne sont pas simplement des repères interreliés dans une chaîne, ils sont dans une dynamique d'enchaînement d'expériences.

Les informations sont stockées en parallèle selon deux types de traces mnésiques, des traces littérales, représentant les détails de surface des stimuli (traces Verbatim) et des traces représentant le sens général, le thème des stimuli, marquées sur le plan émotionnel (traces Gist). Les premières se floutent davantage que les secondes dans le vieillissement normal et la démence. Le caractère véridique ou véridictoire des souvenirs renvoie à la question de la réalité de leur réalité.

La mémoire épisodique, contextualisée et modale est couplée à la mémoire sémantique décontextualisée et amodale.

La maladie d'Alzheimer est une maladie organique du cerveau, neurodégénérative, touchant principalement les personnes âgées et très âgées. Les premiers symptômes portent surtout sur la mémoire épisodique, notamment sur des faits récents.

L'altération de celle-ci conduit au présentisme chez le malade : l'absence de référence au passé et d'inscription dans le futur rendant impossible le « maintenant ».

Avec le développement de la confusion, des troubles du comportement apparaissent, difficiles à interpréter.

Les troubles langage dans la démence concernent trois temps dans l'organisation du langage, la mise en mots des représentations de choses, la construction d'un énoncé pour une représentation interne intelligible, et la mise en forme d'un discours de vie pour soi pour constituer une cohérence interne.

## Éléments de sémiotique perceptive et mémoire

« Il suffit qu'une mère voit sourire son enfant pour être convaincue de la réalité d'une félicité  
suprême. »

François-René de Chateaubriand

L'objet de ce chapitre est de faire un rappel de quelques processus et schémas sémiotiques engagés dans la perception. Nous insisterons sur les phénomènes mnésiques concernés. Des remarques cliniques seront proposées à propos de leur défaillance, certaines hypothèses seront émises, pouvant expliquer les difficultés de la symbolisation dans la maladie d'Alzheimer.

### I. Le signe et la perception

Selon Saussure, un signe est composé de deux faces inséparables, le signifiant et le signifié. Le signifiant correspond à une image acoustique et le signifié à une image conceptuelle. L'image est l'aspect sous lequel quelque chose apparaît à quelqu'un, ce qui lui permet une représentation mentale. L'un est donc une expression à partir d'une substance sensorielle et physique expérimentée par un sujet, l'autre un contenu, une composante psychique, une figure, une sensation, des émotions et des affects, indépendants, mais inséparables de l'expression qui l'a induit.

#### I-1. Les caractéristiques du signe

Un signe, une unité de sens, est donc la réunion de quelque chose de perçu et de l'image mentale associée à cette perception, celle d'une expérience et d'une existence. La relation entre les deux faces du signe est nécessaire et conventionnelle, fondée par une présupposition réciproque indépendante de leur propriété substantielle d'origine (168). Les deux faces sont distinctes, mais inséparables, comme les deux côtés d'une feuille de papier. Leur relation est arbitraire ou conventionnelle, déterminée par la valeur particulière du signe, en opposition avec les autres

signifiants et signifiés de la même langue. La signification devient intelligible par la relation entre le signifié et le signifiant d'un mot, tandis que la valeur est la mise en rapport des mots entre eux dans une même langue. Inscrite dans un discours, par opposition au sens, elle se réfère à quelque chose, elle est articulée. Cette valeur est stable en synchronie, dans l'espace et les temps où la langue est utilisée dans un univers culturel donné.

Les dictionnaires en portent témoignage. Ils sont des conservatoires de la langue à une époque et dans un territoire donné. D'un point de vue diachronique, au cours de l'évolution historique et les transformations des langues au cours du temps, le lien entre le signifiant et le signifié, peut se déliter. Le lien, entre le signe et la chose référente à laquelle il renvoie, est arbitraire, contingent ou conventionnel entre des interlocuteurs : « Le mot arbitraire appelle aussi une remarque. Il ne doit pas donner l'idée que le signifiant dépend du libre choix du sujet parlant (on verra plus bas qu'il n'est pas au pouvoir de l'individu de rien changer à un signe une fois établi dans un groupe linguistique) ; nous voulons dire qu'il est immotivé, c'est-à-dire arbitraire par rapport au signifié, avec lequel il n'a aucune attache naturelle dans la réalité »<sup>33</sup> (168).

Le système de Saussure est dyadique, excluant le référent, l'objet-chose. Les rapports entre un mot et la représentation d'une idée par ce mot sont complexes à établir. Ils font appel aux significations personnelles données par le locuteur ainsi qu'à la perception cognitive et aux connaissances de l'interlocuteur. Des codes communs appartenant à des bibliothèques sémantiques et praxiques partagées dans une collectivité ou un groupe restreint, et préalablement mémorisées sont nécessaires pour qu'énonciateurs et énonciataires appartenant à un ensemble linguistique restreint puissent se comprendre dans un dialogue<sup>34</sup> (92, 169). L'accès à ces bibliothèques, comme pour toute bibliothèque, nécessite qu'elles soient ordonnées et indexées, en opposition au caractère discontinu, peu ordonné voir chaotique des informations externes perçues par une personne démente (33). Une de ses difficultés est de maintenir une continuité interne à partir de la discontinuité externe.

## I-2. L'approche du signe chez Peirce

---

<sup>33</sup> Ferdinand de Saussure. Cours de linguistique générale. Page 101

<sup>34</sup> Van Orman Quine dans Le mot et la chose, donne l'exemple suivant ; Quine souligne le principe d'indétermination de la traduction selon les énonciataires. Un linguiste se promène avec un indigène. L'un et l'autre ne partagent la langue. À un moment, l'indigène montre l'herbe qui bouge et un animal qui s'enfuit en disant le mot « gavagai ». Lapin, animal, herbe qui bouge ?

L'approche du signe chez Peirce est complexe. Peirce a généralisé le concept de signe, applicable à toutes les composantes de la sémiotique, et intéressant aussi bien les domaines intellectuels, émotionnels que pratiques. Sa théorie prend en considération le contexte de production et de réception des signes et définit le signe par son action sur l'interprète. Elle repose sur trois catégories philosophiques : la priméité\*, la secondéité\* et la tiercéité\*. La **priméité** est une conception de l'être indépendamment de toute autre chose, indépendamment de la vie émotionnelle qui s'y rattache, renvoyant à une potentialité d'être, comme la rougeur d'un visage, avant qu'on ne se demande si elle provient d'un mal à la tête, d'un excès de chaleur, ou d'une honte. La **secondéité** est la conception de l'être relatif à quelque chose d'autre, ou conséquence d'autre chose. Elle réfère à une actualisation, puisqu'elle correspond à l'être de l'expérience. La secondéité correspond à une expérience dans la vie pratique. Nicole Everaert-Desmedt en donne les exemples suivants : la pierre qu'on lâche tombe sur le sol ; la girouette qui s'oriente en fonction de la direction du vent ; la présence d'une douleur, maintenant, à cause d'un mal de dents (170). On pourrait ajouter, la rougeur d'un visage, à cause de la fièvre. La **tiercéité** renvoie à la médiation dans la relation entre priméité et un secondéité, permettant une représentation (171) : le visage rouge est celui d'une personne fébrile et malade. La secondéité est une catégorie de l'individuel, la tiercéité et la priméité sont des catégories du général. La généralité de la priméité est de l'ordre du possible, et celle de la tiercéité est de l'ordre du nécessaire (170).

La théorie peircienne s'appuie sur la relation trois termes indissociables, le signe\* ou Representamen\*, l'Objet du signe\* et l'Interprétant\*. Ces trois termes se subdivisent à leur tour selon les trois catégories philosophiques. Le signe, **Représentamen\***, pour cet auteur est ce qui tient lieu de quelque chose sous quelque rapport que ce soit. Il n'est que potentialité, tant qu'il n'est pas interprété. Le signe ne peut qu'être une représentation de l'objet-chose, il en est distinct, il ne peut pas le faire « connaître ». L'**Objet du signe\*** est ce que le signe représente. Il exprime quelque chose à son propos, ce qui implique, dans une communication à un tiers que cet objet soit déjà connu de l'énonciateur et de l'énonciataire par une expérience antérieure (rôle d'une mémoire partagée). La sémantique est le domaine de l'Objet. Le Représentamen génère dans l'esprit de quelqu'un un autre signe, son **Interprétant\***, qui tient lieu de son Objet sous certains aspects seulement. L'Interprétant\* est du domaine de la pragmatique (170). Nicole Everaert-Desmedt donne l'exemple suivant (170) : « Un morceau de papier rouge, considéré comme échantillon (= representamen) d'un pot de peinture (= objet), n'indique que la couleur rouge de cet objet, l'objet étant supposé connu sous tous ses autres aspects (conditionnement, matière, usage, etc.). Le morceau de papier exprime que le pot de peinture est de couleur rouge, mais il ne dit rien des autres aspects de l'objet. Si l'interprète sait, par ailleurs, qu'il s'agit d'un pot de peinture, alors - alors seulement - l'échantillon lui donne l'information que le

pot de peinture en question doit être de couleur rouge ». Peirce distingue encore l'Objet dynamique, l'objet-chose tel qu'il est dans la réalité, et l'Objet immédiat, l'Objet du signe tel que le signe le représente. Par exemple, un pot de peinture est l'Objet dynamique, et la couleur contenue dans le pot de peinture est l'Objet immédiat.

Le signe pour Peirce est classiquement triadique, si on exclut l'objet-chose réel, l'Objet dynamique auquel il se réfère (172). L'Interprétant est lui-même, à son tour, un Representamen et renvoie, par l'intermédiaire d'un autre Interprétant, au même objet que le premier Representamen, mais selon un autre aspect, permettant ainsi à l'interprète de construire un autre Interprétant (Figure 1). La signification se construit peu à peu. Selon Eco (173) et Chandler (174), le processus sémiotique est théoriquement, illimité. Dans la pratique, cependant, il est limité par l'habitude, conduisant à ce que Peirce appelle l'Interprétant logique final : l'habitude que nous avons d'attribuer telle signification à tel signe dans tel contexte qui nous est familier (170). L'interprétant logique final constitue le niveau de pertinence pour une analyse. Nous retrouverons la notion de processus illimité du sens à propos de la circularité du sens dans la perception chez Neisser (175).

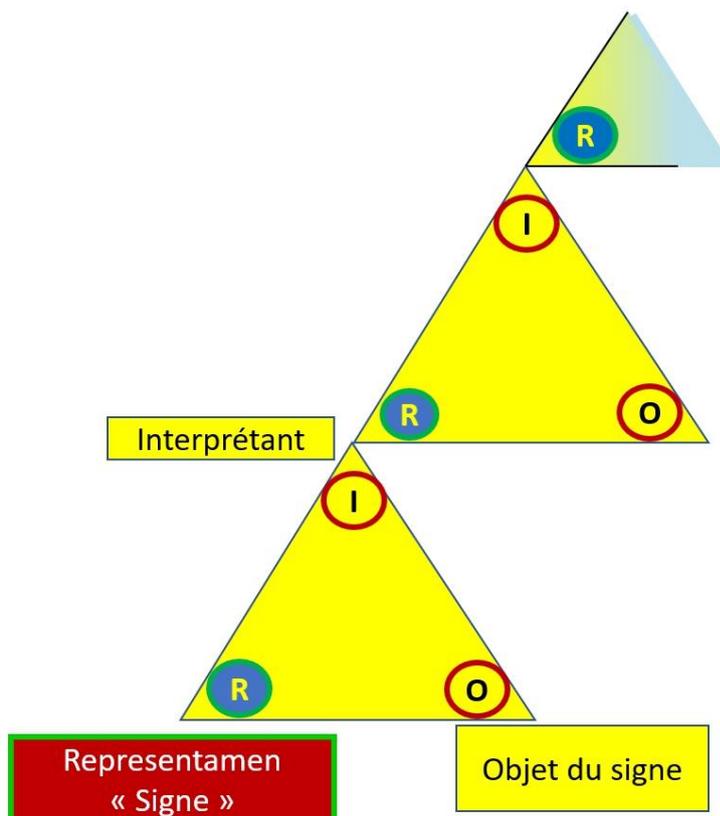


Figure 1 : Processus sémiotique illimité en théorie

### I-3. Un exemple d'utilisation de la triade de Peirce

Delion associe la triade peircienne, signe, objet du signe, interprétant, à trois dimensions conjointes nécessaires à l'accueil par les soignants des personnes fragiles, sémaphorique, phorique et métaphorique (176). Pour la dimension **sémaphorique**, il s'agit pour le soignant d'être porteur de signes du malade dans son propre appareil psychique ; pour comprendre de façon transférentielle la souffrance du malade, en utilisant son empathie, pour aider le malade et porter cette compréhension dans une équipe afin d'adapter les termes l'accompagnement. La dimension **phorique** renvoie au contexte dans lequel les signes évoqués par le malade prennent sens, à partir de tout ce qui lui est nécessaire pour exprimer sa problématique. Sa souffrance est accueillie. Elle peut être soulagée, une prise en charge peut être adaptée pour la maladie et son autonomie. La dimension **métaphorique** permet l'interprétation des signes dans un contexte particulier, un lieu et un moment de soins, pour repérer les invariants structuraux que la malade dépose plus ou moins volontairement dans ses entretiens ou son examen, tel un Petit Poucet laissant des petits cailloux sur le chemin pour se retrouver. Le sens des symptômes du malade et la signification de ce qu'il exprime de sa souffrance par son discours ou son comportement peuvent ainsi être compris.

### I-IV. La tripartition des signes chez Pierce

Peirce distingue encore une tripartition des signes : l'indice\*, l'icône\* et le symbole. L'**indice\*** est un signe immédiat attaché à la chose ou réellement affecté par elle. « Un Indice est un signe qui fait référence à l'objet qu'il dénote en vertu du fait qu'il est réellement affecté par cet objet ». L'**icône\*** est reliée à l'objet réfèrent qu'elle représente par une similarité qualitative ou ressemblance, une analogie. « Une icône est un signe qui fait référence à l'objet qu'il dénote simplement en vertu de ses caractères propres, lesquels il possède, qu'un tel objet existe réellement ou non ». L'hypoicône\*, pour Pierce, est un tableau sans titre, un diagramme sans légende, s'ouvrant donc sur une ambiguïté dans l'analogie (170). Objet et **symbole** sont liés par une loi. « Un Symbole est un signe qui se réfère à l'objet qu'il dénote en vertu d'une loi, habituellement une association générale d'idées, qui provoque le fait que le Symbole est interprété comme référant à l'objet » (177).

On pourrait exploiter cette triade dans le cas de l'Alzheimer. Qu'est-ce qui résiste le mieux ou s'affaiblit le plus rapidement ? Où est la fragilité ? Sans doute pas dans l'indice, parce que celui-ci est l'empreinte du sensible : la fumée d'un feu de bois, signe que ça brûle, la pâleur ou la rougeur du visage, signe d'une émotion. L'indice a quelque chose de nécessaire, au sens où la même rose, toutes conditions étant égales, aura le même parfum à Paris ou à Pékin (indépendamment des investissements culturels respectifs). Il est remarquable par sa robustesse. L'iconisation\* est

hétérogène, une qualité complexe ou inhabituelle ne sera pas utilisée par un malade. Si elle concerne une pratique connue (mémoire procédurale\*) ou si elle est rattachée à une émotion ou à la sensorimotricité, elle conduira à une référence, par exemple une empreinte mémorisée. Nous en verrons un exemple avec l'analogon\* appliquée à la maladie d'Alzheimer. Le symbole, qui n'est pas nécessaire, mais arbitraire, est le plus fragile.

Un symbole est encore un fait culturel qui résulte d'une pédagogie : l'apprentissage du sens des mots et des codes en vigueur dans un groupe donné. Les établissements d'enseignement permettent, par exemple, d'acquérir des systèmes symboliques. En ce sens, ce sont des conservatoires. Perdre le sens des mots, conséquence de l'aphasie démentielle est une manière d'échapper aux règles et aux codes des conservatoires préalablement fréquentés où le système symbolique a été construit. C'est aussi une manière d'oublier les endroits, les moments (déixis\*) et les personnes qui ont été concernés par cet enseignement ou toute autre expérience (scènes intérieures et épisodes). La mémoire de source\* est altérée dans la maladie d'Alzheimer.

#### I-V. Le raisonnement chez Peirce

Au couple déduction et induction qui structure le raisonnement logique, Peirce ajoute l'abduction\*. La **déduction\*** logique se fonde sur des axiomes ou des définitions. Elle ne produit pas de nouvelles connaissances, mais seulement des résultats déjà inscrits dans les prémisses, en conséquence de la logique d'une loi. L'**induction\*** correspond à un processus qui permet de passer du particulier (faits observés, situations) au général (une loi, une théorie). L'induction enrichit la connaissance de nouveaux faits : elle est alors synthétique et généralisante. L'**abduction\*** consiste à inférer des causes probables à un fait observé. Elle permet d'établir une cause la plus vraisemblable à un fait constaté et d'affirmer, à titre d'hypothèse, que fait et cause sont liés (171)<sup>35</sup>. Ces trois modes de raisonnement interviennent dans les mécanismes de perception et dans la mémoire. Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles du raisonnement altèrent la déduction et l'induction. L'abduction\* qui privilégie le probable dans une situation donnée, conduit sur ce terrain à des aberrations et à des fabulations (42, 178). « *Je ne trouve plus mes clés. On me les a volées. C'est la voisine.* »

---

<sup>35</sup> Peirce Charles Sanders. Œuvre I. Page 422 : « je vous laisserais si je m'étendais davantage sur quelque chose d'aussi familier, surtout à tous ceux qui travaillent en psychologie, que le caractère interprétatif du jugement perceptif. Ce n'est manifestement rien d'autre le cas le plus extrême du jugement abductif. »

## II. Perception et signification

La perception du monde externe permet son intelligibilité par l'intermédiaire de la constitution d'une image mentale, d'une représentation interne, qui sert en outre à sa mémorisation. Les mécanismes unissant percepts et représentations ont été l'objet de nombreuses réflexions philosophiques, permettant d'asseoir certaines conceptualisations actuelles (179).

L'image pour les anciens philosophes pouvait concerner aussi bien un portrait, une sculpture ou une représentation sensible. L'image perçue représentait l'absence de l'objet réel, de l'objet-chose, produisant un figuré, et les procès y conduisant. Pour d'autres, présocratiques, elle sera un concept, les « atomes » s'agglutinent, et rebondissent dans le vide, produisant par juxtaposition des corps complexes aux qualités différentes (180). La représentation mentale était l'image iconique du monde naturel, une ombre projetée du réel pour Platon, une image simulacre pour les épicuriens, un analogon pour Lucrèce. Aristote dissociait l'opinion et la sensation. Il considérait les images mentales comme pouvant être fausses, car appartenant à l'imagination (181).

Descartes montrait sa méfiance à l'égard des images issues du corps, pouvant être trompeuses et insistait sur la supériorité des concepts (182). Locke décrira deux sources de nos connaissances, externe, la sensation qu'alimente l'entendement, interne qui le met en forme (183). Il dissociait ainsi la sensation de la réflexion et ouvrait déjà à l'idée d'une pensée sans image. Hume distinguait les impressions issues de la perception et les idées. Il restreignait l'image à trois qualités : la ressemblance, la continuité dans le temps et l'espace, un lien avec une causalité (184). Pour Berkeley, une pensée sans image existe : des images-idées (185). Leibniz valorisait les qualités « spirituelles » de l'entendement humain, établissant un dualisme entre l'image et la pensée, et la nécessité de leur couplage au niveau de la pensée (186). Pour Kant, les images mentales ne sont pas des représentations, mais des expériences (134). Pour Hegel, elles permettent d'asseoir une vérité, de trouver un niveau d'appréhension du réel, le monde de l'« être-là » et de la représentation (Vorstellung), afin d'atteindre le concept (187). Pour ces derniers auteurs, la pensée peut naître sans image. La pensée peut ainsi être abstraite et généralisante.

Ribot (37) ne réduit pas l'image à une ressemblance et à une contiguïté avec le monde naturel. Une phase de chevauchement intellectuel lui succède, faisant émerger l'abstraction. Il propose deux étapes pour la construction de la pensée. Les images issues de la perception et des souvenirs permettent dans un premier temps une transition vers l'abstraction, par induction ou déduction, ou par analogie. L'image mentale est un intermédiaire entre les images internes perçues et des concepts.

Au couple image/concept correspond celui de processus de simplification/complexification. Husserl regarde l'image comme l'image de quelque chose, elle est acte et non une chose (188).

Pour les gestaltistes (189), l'expérience prime sur la structure. L'agencement perceptif s'organise autour de principes singuliers, permettant d'organiser une forme à partir de différents objets selon leur similarité, leur proximité locale, leur continuité, l'existence d'une symétrie, et leur clôture : les lacunes ou les incomplétudes des formes peuvent être reconstituées mentalement. La perception traite les informations sous forme d'éléments structurés et non simplement comme un rassemblement d'éléments épars. La structure de l'ensemble des éléments surdétermine la perception de chacun d'entre eux pris individuellement. Le test VOSP (Visual Object and Space Perception) utilise ces données pour évaluer les capacités visuospatiales des malades (figure 2). Ce type de test est perturbé dans la maladie d'Alzheimer (190).

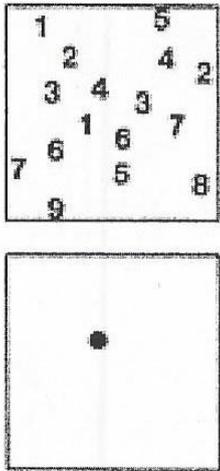
		
Lettre incomplète	Silhouette incomplète	Localisation d'un chiffre

Figure 2 : Le test VOSP. Visual Object and Space Perception

L'effet de sens donné par un regroupement d'objets peut être lié au hasard. Un tireur peut tracer une cible a posteriori pour regrouper le maximum de ses tirs sur un mur, illustrant le sophisme du tireur d'élite texan. Il consiste à sélectionner des événements similaires examinés a posteriori, et à en déduire abusivement une cause. Dans la démence, la représentation interne est fragmentée, seuls des détails d'un visage sont perçus. Ils peuvent être rattachés à ceux d'une autre personne, conduisant à des fausses reconnaissances (191).

Bergson introduit la notion de données immédiates de la conscience dans la représentation interne (27). Le souvenir permet le couplage entre l'esprit et la matière, elle-même formée par un ensemble d'images. L'image mentale résulte d'un mouvement permettant son émergence, d'un élan vers la recherche de sens. Bergson souligne la dynamique de la signification pour le sujet, de façon conjointe de l'espace et du temps, à partir de ce qui est perçu du monde naturel et ce qui est vécu du temps : les souvenirs. L'image mentale, la représentation interne peut émerger que si ce mouvement est fluide, enchevêtrant le temps et l'espace. La représentation mentale est la source de la « mémoire pure ». Elle articule de nombreux plans de conscience entre cette dernière et les habitudes motrices du corps (on dirait aujourd'hui la sensorimotricité).

Pour Jean-Paul Sartre, l'image mentale est définie par l'intention qui naît de sa conscientisation, sa mise en rapport entre un dedans et un dehors, la synchronie dans laquelle elle s'insère (47). « La conscience de l'image est une forme synthétique qui apparaît comme un certain moment d'une synthèse temporelle et s'organise avec d'autres formes de conscience, qui la précède et la suit, pour former une unité mélodique »<sup>36</sup>.

Les diverses associations entre les images mentales issues de la perception leur couplage avec les souvenirs, les interactions avec le fonctionnement social ne sont pas toujours des mécanismes subis par le sujet. Certains philosophes rappellent le rôle de la dynamique personnelle et de la volonté pour construire à partir la signification de la recherche individuelle d'une continuité de soi (57). L'image mentale n'est pas issue que de processus passifs, elle reflète aussi une signification voulue et propre à chaque individu.

### II-1. Signe, perception, énonciation

La sémiotique n'est pas une théorie du signe, mais une théorie de la signification, produit organisé par une analyse du langage (8). Un langage est la mise en relation d'au moins deux dimensions, un plan de l'expression et un plan du contenu, réunis dans une fonction sémiotique (76), que nous désignerons ici, suivant les conceptions de Greimas, par monde extérieur et monde intérieur, extéroceptif et intéroceptif (2). Selon Hjelmslev<sup>37</sup> (76), les deux plans sont avant tout des substances<sup>38</sup>, biologiques ou physiques, affectives ou conceptuelles, correspondant schématiquement aux images

---

<sup>36</sup> Jean-Paul Sartre, *L'Imaginaire*. Page 37

<sup>37</sup> Louis Hjelmslev. Prolégomène de la théorie du langage. Pages 65-79

<sup>38</sup> Algirdas Julien Greimas. La structure élémentaire de la signification en linguistique. Page 14 : « L'opposition de la forme de la substance se trouve donc entièrement située à l'intérieur de l'analyse

acoustiques et aux images conceptuelles de Saussure (192). La fonction sémiotique qui les réunit, les convertis en formes, forme de l'expression et forme du contenu. La substance est perçue, de l'ordre du sensible, la forme est intelligible, comprise, signifiante. « La substance est le lieu des tensions intentionnelles, des affects et des variations d'étendue et de quantité ; la forme est le lieu des systèmes de valeurs et des positions interdéfinies <sup>39</sup>»(8).

## II-2. Le sens et la perception

Le sens perçu en tant que monde pour soi comprend deux univers sensibles, le monde extérieur, extéroceptif, et le monde intérieur, intéroceptif <sup>40</sup>. Comme langage, il se réfère à deux plans, un plan de l'expression et un plan du contenu. Les deux plans sont hétérogènes, mais isomorphes. L'isomorphie n'est pas donnée, mais construite par leur réunion. Par exemple, la couleur rouge d'un visage peut signifier aussi bien un sentiment de gêne qu'une intolérance à une chaleur excessive, une allergie, etc. La rougeur est un indice au sens que lui donne Peirce. La sémiose correspond à la fonction qui réunit arbitrairement les deux plans du langage, établissant ainsi leur isomorphisme. La relation entre les deux plans est nécessaire, aucun ne pouvant exister sans l'autre, mais la frontière se déplace sans cesse, dépendant de l'énonciation, « la nécessité bien que provisoire ne vaut que pour un discours particulier, et pour la position qui le définit <sup>41</sup>» (8). Il suffit d'écouter l'interprétation d'un même fait par deux opposants politiques pour illustrer cela.

Le sens est une direction, une tension, ce qui suppose au moins deux termes susceptibles de s'articuler dans une situation particulière ou dans une pratique<sup>42</sup> (8). Le sens s'applique à la substance, matière informe qui en sémiotique peut être de nature physique, psychologique, sociale ou culturelle. Pour qu'une identification de cette matière se dégage, un sujet doit fixer le flux d'attention pour trouver la tension et la direction de la force qui s'exerce sur cette matière d'une part, pour identifier

---

du contenu ; elle n'est pas l'opposition du signifiant (forme) et du signifié (contenu), comme une longue tradition du dix-neuvième siècle voudrait le faire admettre. La forme est tout aussi signifiante que la substance, et il est étonnant que cette formulation de se lève n'ait pu trouver jusqu'à présent l'audience qu'elle mérite (...) Il n'est pas besoin d'ajouter que forme et substance ne sont que de concepts opérationnels qui dépendent du niveau d'analyse choisie : ce qui sera dénommé comme substance un certain niveau pourra être analysé comme forme un niveau différent.»

<sup>39</sup> Jacques Fontanille. Sémiotique du discours. Page 40

<sup>40</sup> Jacques Fontanille. Sémiotique du visible. Page 193 : « Articuler la perception et le sentir n'est pas chose facile, car on prend le risque à chaque moment ou bien de rabattre le plan phénoménologique (les préconditions tensives) sur le plan cognitif (la rationalité sémio-narrative), ou bien, en s'imaginant rester fidèle à son objet, de se contenter d'approximations intuitives et invérifiables. »

<sup>41</sup> Jacques Fontanille. Sémiotique du discours. Page 37

<sup>42</sup> Ibid. Page 21

les formes, et d'autre part pour éveiller une intentionnalité. Ce qui est saisi, rendu intelligible et conscientisé, combiné la mise en œuvre de la volonté, participe à l'**intention**.

### II-3. Le champ de perception et l'émergence de l'objet

La saillance\* est ce qui ressort, ce qui est en rupture avec le fond du champ de perception. Eco à propos de la saillance évoque la notion de préscission, laissant émerger une forme dans le champ de perception avec une ou des qualités extraites de la substance pré-scindée, susceptible que quelque chose accroche le coup d'œil du sujet pour des raisons cognitives ou sensibles (193). Il s'agit ici d'un premier objet qui n'est perçu pas comme élaboré : il n'est pas encore observé, identifié, valorisé. Peirce parlerait de priméité. L'objet apparaît comme simplement saillant, pour des raisons extéroceptives au sujet, sa sensorialité lui renvoyant un objet ayant une qualité qui le détache de celles du fond, ou pour des raisons intéroceptives chez sujet sensibilité : attente, besoin, intérêt particulier.

La saillance dépend des seuils perceptifs du sujet, de ses aptitudes à seuiller dans un gradient de qualités, ou de repérer ce qui ressort, du temps de son regard sur le fond perceptif. Elle dépend des qualités de l'objet et de celles du fond plus ou moins distinctes, et plus ou moins distinguables selon les conditions environnementales.

Bion nomme le premier objet vaguement perçu, l'objet  $\beta^*$  (10), que Freud nommait Repräsentanz. L'objet  $\beta$  est sommaire, non encore raccroché à quelque chose de connu, il n'est pas dénommé : par exemple la rougeur d'un visage. Il n'est encore qu'une représentation de chose certes internalisée, mais non élaborée. La qualité est mise en avant, attachée vaguement à une forme vague. L'objet  $\beta$  résulte du coup d'œil qui capte quelque chose, sans savoir ce que c'est. Il précède l'objet  $\alpha$  plus élaboré (dans l'exemple, la rougeur est la manifestation d'une émotion), le Vorstellung, qui est une «seconde présentation» chez Freud (9, 194). Lacan traduit les éléments permettant la constitution du Repräsentanz par les termes «représentants de la représentation» (195). Il intègre ce schéma dans sa théorie du refoulement et de l'aliénation<sup>43</sup>.

L'objet  $\beta^*$ , objet brut, constitue le plan de signification pour un plan du contenu, l'objet  $\alpha$ , qui est ce que le sujet peut évoquer à propos de l'objet. Les deux objets  $\alpha$  et  $\beta$  sont inséparables, mais distincts. La sémiotique-objet\* réalisée étant une représentation élaborée, l'objet est **perçu**, une entité et une ou des qualités lui sont associées. La sémiose fait intervenir des processus mnésiques et tensifs. L'image intérieure issue de la sémiose des objets  $\alpha$  et  $\beta$  est confrontée à celles conservées dans la mémoire du sujet, d'objets similaires (objets-souvenirs) ou d'usage similaire et à celle d'objets usés

---

<sup>43</sup> Jacques Lacan. Quatre concepts de psychanalyse. p 191)

par la collectivité où il vit, introjectés par le lui. L'objet va ainsi recevoir une première **identification**. L'objet va être **catégorisée** parmi des familles d'objets partageant la ou les mêmes qualités. Le référencement à des bibliothèques linguistiques permettent de le **dénommer** et les dimensions tensives éveillées par l'objet  $\beta$  permettent de le **valoriser**. L'objet interne est maintenant une représentation de mot, qui peut être intégré dans des successions d'énoncés, de plus en plus élaborés, permettant un récit interne structurant et décrivant une image interne, une représentation interne.

La sémiologie de l'objet  $\beta$  et de l'objet  $\alpha$  sert de socle pour construire la nouvel objet interne, une sémiotique-objet\* (Figure 3). Leur réunion présuppose l'intervention de la mémoire sémantique pour une mise en mot et de la mémoire émotionnelle (10, 196). Roussillon et Di Rocco, homologuent l'objet  $\beta$  à la Priméité de Peirce (197-199). L'affect participe à la production du sens, il **positionne** la première perception dans la psyché du sujet et lui donne une **direction** et un **élan** à la construction de la signification (136) permettant de construire progressivement une représentation interne.

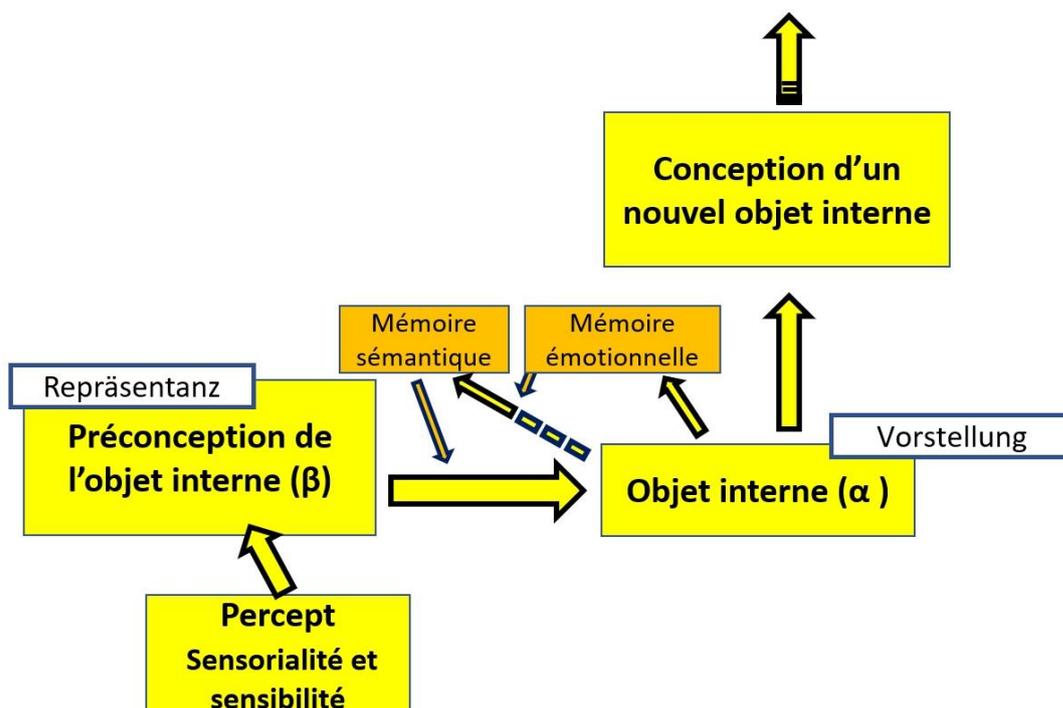


Figure 3 : Objet et représentation internes Bion. La représentation mentale permet de construire d'autres objets internes, et interfère avec la mémoire sémantique et émotionnelle.

Dans une forme évoluée de la maladie d'Alzheimer, mais aussi dans certaines psychoses, la symbolisation est altérée et seul l'objet  $\beta$  est accessible à la conscience du malade. La sémiologie ne se fait pas. Seule la représentation de chose non élaborée est possible. Les objets internes présents, les objets  $\beta$ , sont non élaborés (10), sans distance par rapport au percept. Les choses sont prises au pied de la lettre : les malades expriment une concrétisation de leur pensée (Figure 4). Aucune métaphore ne peut être comprise par le malade (23). Une femme blonde, aux cheveux en or, sera comprise comme ayant du métal sur la tête.



Figure 4 : Le réel pris au pied de la lettre (200). Une veille de Noël, une vieille dame démentie placée devant une cheminée en carton, illuminée d'une lampe rouge en guise de foyer, finit par demander d'en être reculée : avec le feu, elle avait trop chaud. La qualité est retenue, l'entité n'est qu'approximative.

La construction de l'image interne ne se limite pas à l'internalisation de l'objet perçu. La sémiotique-objet\*, par étapes successives va affiner son identification, sa dénomination, sa catégorisation et éventuellement sa recatégorisation, jusqu'à une représentation interne, une image

interne susceptible d'être analysée (Figure 2). A chaque étape l'objet interne sera couplé de façon dynamique à des références mnésiques préalablement inscrites, l'objet interne et les traces mnésiques convoquées seront transformées, et pour ces dernières rafraîchies. La perception peut s'affiner, et l'objet interne se modifier, et les processus conduisant à l'image interne se dérouler non à partir d'un simple objet perçu, mais d'un objet remarqué puis observé.

## II-2. La pertinence de l'objet dans le champ de présence

L'objet perçu  $\beta$  est un plan de l'expression et l'objet  $\alpha$  un contenu. Tensitivité et mémoire sont engagés dans la sémiologie qui permet la constitution d'une sémiotique-objet, un objet observé. Pour être remarqué, il doit être saillant du fond du champ de perception, et présenter une pertinence pour le sujet. L'objet perçu, remarqué va être observé.

Pour le sujet, deux procès cognitifs sont engagés dans le repérage de la pertinence de l'objet perçu : focalisation et inférence. La **focalisation** de l'attention sur les formes permet de les identifier d'abord en tant qu'objet et d'évaluer en second lieu leur pertinence pour le sujet. Elle est soit implicite, passive, intuitive, soit, active, résultat d'une élaboration intuitive ou volontaire consciente, le sujet fixant son attention sur ce qui l'intéresse. L'**inférence** est une opération logique validant une proposition en vertu de sa liaison avec d'autres propositions déjà tenues pour vraies. Elle permet, par abduction\*, à la fois l'acquisition d'une connaissance à partir des percepts, de comparer l'image mentale en cours d'acquisition à ce qui est préalablement connu dans les bibliothèques mnésiques sémantiques, procédurales\* et épisodiques\* (201). L'objet vague par le sujet, sans grand relief tensif pour lui, peut, avec un temps de recul, soulever son intérêt et éveiller sa tensitivité. Il sera évalué en référence à des objets pré-mémorisés. L'objet perçu, peut prendre une consistance pour le sujet dans le champ d'observation, il va devenir pertinent pour lui.

Les bibliothèques mnésiques des objets-souvenirs pré-mémorisés, issus de la collectivité et sémantiques sont convoquées, nous l'avons vu, dans la sémiologie des objets  $\alpha$  et  $\beta$ , dans la catégorisation\* l'objet perçu, et pour affiner les objets internes et construire une représentation interne. Un objet interne est ici couplé de façon dynamique avec une trace mnésique préexistante. L'efficacité de ce couplage nécessite deux préconditions, la **récence** et la **familiarité**. La récence renvoie à une autre rencontre du sujet, après un bref laps de temps, soit avec un objet identique ou similaire, soit en raison d'une précédente évocation mnésique, permettant au sujet de retrouver rapidement par inférence une ébauche d'une signification. La récence se réfère encore à un ou à des événements du passé, solidement mémorisés, car ayant une plus grande saillance, en particulier d'un point de vue émotionnel ou/et pratique, ou parce que représentant une rupture dans le récit de vie

personnel. Des objets ou des situations sont alors plus saillantes que d'autres objets dans des circonstances similaires.

La **récence est informationnelle**, si l'on se réfère au modèle de l'information de Shannon (202) : l'information – donc la valeur informationnelle d'un événement – est le résultat d'une rupture dans un ordre attendu et stabilisé (objectivement et subjectivement), qui fait donc saillance dans les routines du quotidien. L'information événementielle fait la discontinuité ou la rupture. En tant que réalité assimilée, elle produit un sentiment de familiarité. Cependant, ce qui faisait information dans l'événement disparaît. Le processus est un passage de l'intensité de la perception initiale de ce qui faisait événement à l'extensité des remémorations. Celles-ci peuvent conserver leur charge émotionnelle et donc participer à l'intelligibilité. Dans la maladie d'Alzheimer, les événements récents sont généralement non mémorisés.

La **familiarité est liée à ce que le sujet connaît préalablement** et re-connaît d'un objet ou d'une situation, ou au travers des liens qu'il trouve entre un objet et d'autres de lui connus et dont la connexité peut faire sens pour lui (201). De plus, les événements liés sémantiquement à l'actualité, à un moment de la vie du sujet ont aussi une grande importance. Récence et familiarité renvoient l'un et l'autre à la mémoire.

L'objet a émergé du fond du champ de présence. L'objet perçu, remarqué a été observé, il est devenu pertinent, du moins s'il répond aux attentes du sujet, s'il présente un intérêt pour lui. Il est un kernel\*, émergeant clairement au milieu des autres formes ou objets.

### II-3. Mémoire et saillance de l'objet

La saillance de l'objet dans le champ de présence est, elle aussi, encore liée à la mémoire. De façon centrifuge, on repère plus facilement au milieu des autres un objet préalablement connu. De façon centripète, un souvenir particulier est encore éveillé par la perception. Des souvenirs particuliers évoqués vont participer à la construction de la signification, mais aussi lui donner une direction. La piste est ouverte par les objets-souvenirs éveillés par la perception d'un objet particulier. Le souvenir ancien rafraîchi est consolidé et parfois transformé par le nouveau contexte de l'évocation (203, 204). L'éveil mnésique lié à la saillance focalise l'attention sur l'objet perçu, et un souvenir sont les sources de la saillance.

Nous avons vu le rôle de la **tensitivité** dans la saillance. La saillance est encore liée à la **pertinence pratique** de l'objet pour le sujet (sensorimotricité). Elle est liée à la **connexité** de l'objet (kernel) avec d'autres objets satellites présents dans le champ de perception, les satellites du kernel, et à l'**intérêt** que le sujet peut y porter ou à l'émotion qui s'y rattache au moment de la perception

(205). Saillance de l'objet et intérêt du sujet sont couplés et se renvoient l'un à l'autre se renforçant ou s'amenuisant. L'organisation de la signification de la perception et les interactions avec la mémoire se développent donc sur plusieurs plans, nous y reviendrons.

Selon certaines théories de la narrativité (201, 206), les objets saillants perçus ont deux statuts. Certains sont perçus comme centraux, les kernels (52), garantissant l'élaboration et l'intégration d'un fait dans le récit de vie, sa compréhension. Les kernels sont définis simplement par le fait qu'ils ont des propriétés narratives. Ils sont à rapprocher des actants de la sémiotique Greymassienne<sup>44</sup>. D'autres objets sont simplement connexes, satellites, liés au premier par divers liens causaux, contextuels, explicatifs de faits..., parce qu'ils possèdent des qualités associées avec le kernel (5). Les kernels sont liés entre eux dans un énoncé, dans des chaînes de sens. Les enchaînements et les articulations formant une architecture de sens (207). Ils permettent la saisie\* cognitive de la perception selon divers modes.

### II-3. Les obstacles à la perception

Les informations pour être perçues supposent qu'elles passent au-delà des **seuils perceptifs**, et en deçà de ce qu'il serait insupportable de percevoir. Elles peuvent être parasitées par divers bruits ou interférences, nécessitant d'être triées pour dégager une pertinence parmi les percepts. La redondance (répétition de l'information en utilisant différents codes en particulier sensoriels), la répétition des messages sont des moyens de contenir ce parasitage<sup>45</sup> (208). Cette **fonction filtre** n'existe plus dans la démence. Dans la maladie d'Alzheimer, tout événement nouveau, même banal, ou annoncé, mais oublié du fait des troubles mnésiques, devient une irruption brutale dans la vie psychique se traduisant par un éclat tensif. La succession des éclats tensif durant un événement constitue un bruit perturbant l'attention et rendant obscur la perception de l'environnement. Une dissonance entre les diverses afférences sensorielles (par exemple, image d'un chien associée à un miaulement de chat) n'est pas gérée.

Les kernels et les satellites sont repérés spécifiquement dans le champ de perception, mais l'attention délaisse un certain nombre d'éléments peu ou non marquants (209). D'un point de vue pratique, nous ne retenons qu'une partie de la réalité et nous ne mesurons pas sur l'instant le poids de ce qui est laissé. Nombre d'objets perçus sont inconsciemment mis de côté et ne participent pas à la construction de la représentation interne. **Ces restes**, ces petites perceptions restent au stade d'une

---

<sup>44</sup> Jacques Fontanille. Sémiotique du discours. Page 139-158. Les actants sont des forces et des rôles nécessaires à l'accomplissement d'un procès. On doit ainsi distinguer les acteurs du procès et les actants qui sont soit positionnels soit transformationnels.

<sup>45</sup> Jean-Marie Klinkenberg. Précis de sémiotique générale. Pages 73 – 76.

expression avec un contenu sommaire, sans relief. Mises inconsciemment à l'écart de la perception et stockés dans les souvenirs vagues, ces restes resurgissent parfois a posteriori, surtout dans nos propres situations d'insuffisance, dans nos échecs, faisant alors prendre conscience de leur importance et des conséquences de leur négligence : «... il y a mille marques qui font juger qu'il y a à tout moment une infinité de perceptions, mais sans aperception et sans réflexion, c'est-à-dire des changements dans l'âme même dont ne nous apercevons pas, parce que les impressions sont ou trop faibles ou en trop grand nombre ou trop unies, en sorte qu'il n'y a rien d'assez distinguant à part, mais jointes à d'autres, elles ne laissent pas de faire leur effet ou de se faire sentir au moins confusément dans l'assemblage»<sup>46</sup> (186). Avec le développement de la démence, le champ des restes non pris en compte par le malade augmente.

Les sollicitations sensorielles sont toujours multiples, incomplètes et biaisées par ce qui est seulement perçu de l'environnement, ce qui est saillant pour une personne donnée, et qui ne sera pas saillant pour une autre, ce qui renvoie à la **singularité de la perception**. Une même scène extérieure peut différer d'une personne à l'autre, par exemple lorsque l'une d'elles est présensibilisée par ses expériences préalablement mémorisées, en particulier lorsque l'une de celle-ci est riche en émotions (traces Gist)<sup>47</sup> (68). Certaines perceptions sont subies, parce qu'un événement va trop vite, qu'un objet est à peine entrevu dans un laps de temps trop court, conduisant à des représentations internes approximatives par rapport au réel objectif, ou renvoyant à l'absence de représentation (tour de prestidigitation).

D'autres perceptions peuvent être le fruit d'une **recherche active** du sujet, mettant en œuvre des processus cognitifs attentionnels très focalisés (203) et sa volonté. Le sujet est sûr de ce qu'il veut trouver, et il néglige tout ce qui se présente d'autre dans le champ de perception. C'est le rôle de l'attention de se focaliser sur les objets prédéfinis pour un sujet comme pertinents, parce qu'ils émergent dans le relief de son champ de perception, et la saillance est influencée par les attentes et l'intérêt du sujet.

L'attention mal dirigée peut biaiser la perception. Tout n'est pas perçu dans le champ de perception, des petits restes sont à peine entrevus, et des gros restes sont aussi négligés. L'intensité guide la perception du sujet, focalisant sur un des aspects particuliers du champ de présence. Ce qui aurait été pertinent d'observer se trouve peut-être dans le champ de présence, mais le temps a pu

---

<sup>46</sup> Leibniz GW. Nouveaux essais sur l'entendement humain. Pages 38 – 39

<sup>47</sup> La théorie des traces floues de Brainerd et Reyna évoquent le stockage des informations en parallèle selon deux types de traces : des traces littérales, représentant les détails des stimuli et sollicitant la mémoire sémantique (traces Verbatim) et des traces<sup>s</sup> représentant le sens général, le thème des stimuli et les émotions associées (traces Gist).

manquer au sujet et l'attention être distraite. **L'imagination** peut alors avoir une certaine emprise pour combler ce qui peut paraître comme incohérent ou supposé comme tel dans une situation. Elle supplée à l'incomplétude et à la désorganisation des objets internes, avec parfois des ajouts qui proviennent de l'inconscient. Nous avons cru voir ..., nos désirs sont parfois plus forts que la réalité. Chez une personne démente, l'imagination, non contrôlée par la cognition, peut être à l'origine de fausses reconnaissances ou d'erreurs dans la manipulation d'objets inopportuns dans une pratique particulière. L'imagination, pour imprudente qu'elle puisse être, constitue cependant une **pensée de secours** lorsque le parcours de la signification est altéré par la maladie. La présence de soi au monde est toujours possible, mais sans un parcours de la signification et sans synthèse, nous le verrons.

L'internalisation des percepts permet de trouver une **continuité** à partir de l'expérience discontinue dans le temps et l'espace extérieur. Elle se fait à travers un acte de configuration narrative. Le récit de vie structuré et articulé d'une continuité existentielle permet de répondre au pourquoi de la situation perçue, la mise en intrigue pour Ricœur (80). Elle permet de faire émerger une intention à travers la vision globale d'une situation vécue.

#### II-4. Construction de la mémoire et perception

Pour Varela (210), la transformation de l'expérience perceptive en représentation interne permet à la psyché d'élaborer et d'utiliser l'expérience vécue. Cette transformation est d'origine systémique et s'appuie sur un mécanisme d'autopoïèse<sup>48</sup>, donc sur un phénomène d'organisation interne susceptible de retrouver une nouvelle stabilité après une stimulation externe. Le cerveau a des capacités d'auto-organisation. Les interconnexions des neurones se font ou se défont pour s'adapter aux stimulations environnementales. Le cerveau modifie en permanence son fonctionnement, en particulier pour s'adapter aux mécanismes perceptifs. Varela utilise le terme d'énaction<sup>49</sup> à ce propos, pour rendre compte de ce qui **suscite et fait émerger** la cognition. La signification des percepts se construit par le couplage de l'environnement avec la sensorimotricité de l'organisme (211). La cognition traite les informations de l'environnement et stimule la mémoire. Elle fait revivre les dimensions sensorielles et motrices d'épisodes ou d'événements préalablement vécus, permettant ainsi la construction d'une représentation interne (61, 63). **Le corps intervient dans la mémorisation.**

---

<sup>48</sup> L'autopoïèse est la propriété d'un système de se produire lui-même, en permanence et en interaction avec son environnement, et ainsi de maintenir son organisation et sa structure malgré son changement de composants.

<sup>49</sup> De l'anglais to enact : promulguer, instituer, susciter

L'image interne dépend donc à la fois de composants présents issus de la perception, et de composants recréés notamment à partir des diverses traces sensorielles et sensorimotrices mémorisées (212).

La perception comme l'encodage et le rappel d'un épisode sont à la fois **particuliers** et **génériques** (212). L'encodage et le rappel se réfèrent à un moment précis, à un espace donné pour la rencontre d'un Soi avec un objet ou une situation particulière, à une déixis\*, et ils sont génériques car l'image mentale se construit progressivement par différentes voies que nous verrons : « Considérer les images comme particulières, c'est faire remonter l'origine de leur acquisition à une circonstance, historiquement bien déterminée dans l'existence du sujet, comme dans le cas de l'empreinte. Les considérer comme génériques, c'est affirmer qu'il se produit « dans la mémoire », entre une pluralité de circonstances perceptives d'acquisition et la réapparition d'une image-souvenir unique, un travail de condensation, de somation, de simplification, d'organisation qui donne à l'image une signification générique comptabilisant une pluralité d'expériences»<sup>50</sup>. Perception et confrontation à ce qui est déjà mémorisé, sont deux processus différents, mais couplés et à la base de la construction d'une image mentale : « ... il existe déjà dans l'image une activité de construction qui fait qu'elle n'est pas le simple prolongement de la perception »<sup>51</sup> (212).

L'image mentale est une imitation intérieure de l'objet auquel elle se rapporte. Par son intermédiaire, le Corps-propre donne un statut à l'objet pour le sujet. L'image cognitive permet le couplage interactif objet « externe-objet interne-objet externe » et le couplage du sujet au monde et du monde au sujet. La mémoire est sollicitée pour construire la signification. Une fois la référence mnésique retrouvée, le souvenir est rafraîchi, accentuant a posteriori, une impression de récence.

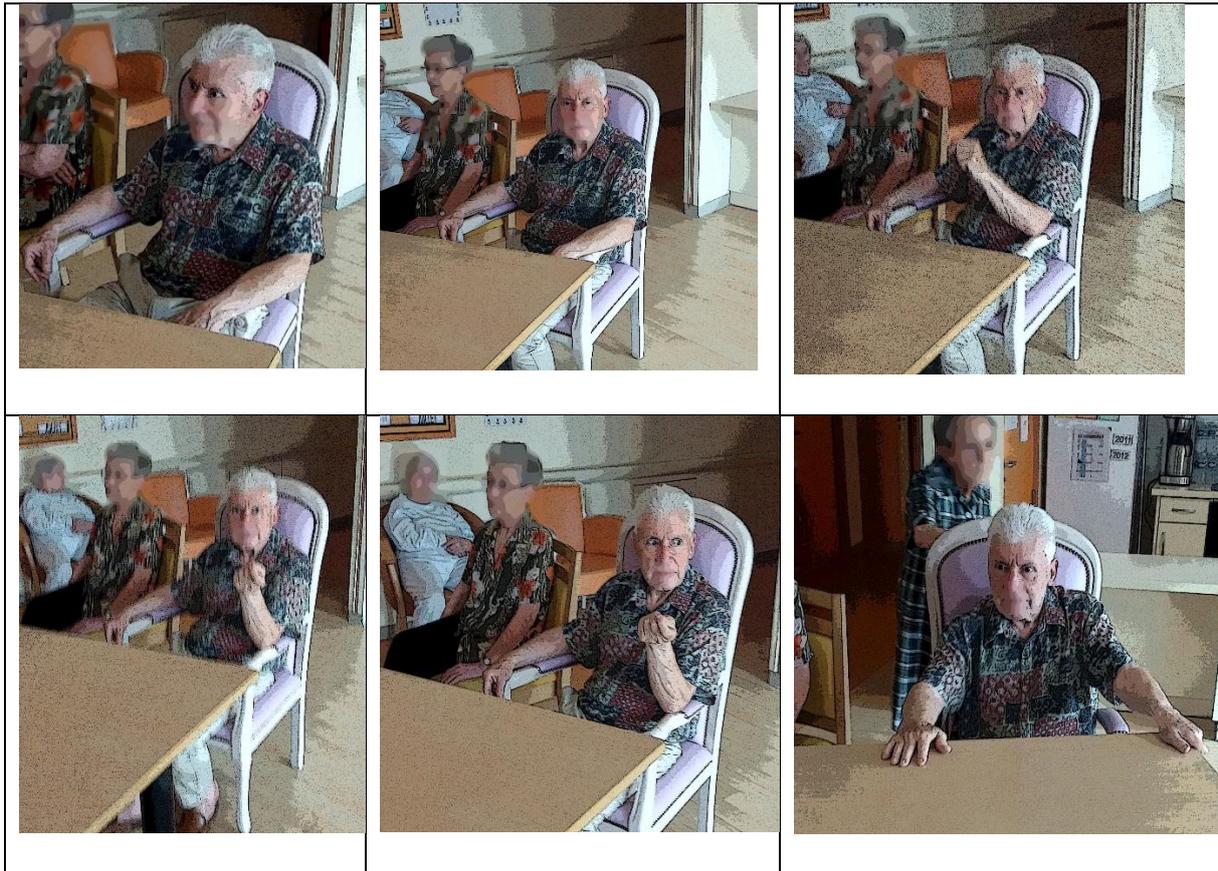
Les troubles cognitifs altèrent progressivement les capacités d'élaboration symbolique. Un objet interne issu d'un percept, au lieu de convoquer des objets-souvenirs appropriés pour un couplage adapté, peut faire resurgir des objets-souvenirs anciens, fortement marqués sur le plan émotionnel, mais inadaptés à la situation. Le Gouès défendait l'idée d'une relance possible de la pensée chez le dément, à partir des affects et des émotions (213). Cependant, seuls certains aspects de celle-ci sont éveillés, ne correspondant pas nécessairement à une approche adaptée du réel. Des conflits intrapsychiques anciens parfois remontant à l'adolescence, traits d'une névrose ancienne qui a pu se structurer fortement avec l'âge, réapparaissent à la conscience du sujet sans à-propos avec un événement banal actuel (214). Des frustrations anciennes non élaborées, souvent non corrigées par l'école de la vie, remontent à la surface. La direction de la signification est changée par rapport à ce

---

<sup>50</sup> Gilbert Simondon. *Imagination et invention*. Page 118

<sup>51</sup> Ibid. Page 131

qui est habituellement attendu d'un comportement social. Là où un chemin pondéré était possible pour régler une difficulté passagère, l'agressivité se démasque chez la personne âgée dément, de façon surprenante pour l'entourage (215). Ou encore, un événement ordinaire de la vie quotidienne peut être perçu comme un danger (Figure 5).



Mr S.D. 88 ans. Marié. Test de Folstein 15/30 (162)

Mr S.D. est calme, puis pour une stimulation mineure (entrée d'une visiteuse dans la pièce), il devient suspicieux, commence à s'énerver tout seul, et lève le poing, puis semble indiquer un problème qui le préoccupe en levant l'index, devient perplexe, et enfin tire vivement la table à lui.

Figure 5 : Séquence comportementale d'un patient dément après l'entrée d'une visiteuse dans la salle de vie.

#### II-4. Du champ de perception au champ de présence des objets à soi

Le percept conduit à un objet interne, qui convoque des objets-souvenirs divers. L'objet interne est confronté et couplé à ces objets-souvenirs. Sous la direction de l'intensivité, plus ou moins sous le contrôle de la cognition selon le fonctionnement propre à chaque individu ou selon les circonstances, il conduit à une image mentale, une représentation interne. L'intelligibilité de celle-ci permet d'en prendre conscience. L'objet naturel du monde perçu, l'expérience du monde, et le Moi vont se confronter et se coupler pour former une représentation interne, conscientisée et incarnée dans une présence.

L'objet identifié et valorisé a sa place en tant que figure du monde naturel. Pour préciser cette place et le sentiment qu'elle éveille, nous devons prendre conscience d'une présence<sup>52</sup> du monde à soi (8, 137), d'une position externe d'un objet ou d'une situation par rapport au sujet. Le Moi est affecté avec une certaine intensité, sur le plan intelligible avec une certaine étendue. La présence est une qualité sensible.

La première articulation sémiotique de la perception guide le flux de l'attention. L'intensité de l'affect qui caractérise la relation du sujet avec le monde, reflète une tension en direction de celui-ci et oriente la visée intentionnelle, domaine que l'on pourrait rapprocher de l'axe « représentamen-interprétant » peircien. La position, l'étendue du champ de présence liées à la position à l'horizon de ce qui est perçu (28, 32), et la quantité des objets dans le champ de perception, caractérisent les limites et le contenu du domaine de pertinence, c'est-à-dire la saisie de l'étendue (8), notion proche de l'axe objet « dynamique-objet immédiat » peircien<sup>53</sup>. Dès lors que les variations d'intensité sensibles sont associées à des variations extensives intelligibles, une représentation interne devient possible, figurative, non narrative, ou/et une mise en récit pour énoncer ces transformations. Le système de **valorisation des objets** résulte donc de la conjugaison d'une visée et d'une saisie. La visée intensive guide la tension dans sa liaison à la première variation sensible, et la saisie cognitive, dans sa liaison à la seconde, extensive (136).

L'élaboration de la signification de la présence, « source de toute opérabilité »<sup>54</sup> implique des **modalités**, des modes d'expérience (savoir, vouloir, pouvoir...) pour asseoir une compétence, des modes d'existence (possibles, virtuel, actuel...) pour organiser la signification dans un discours interne

---

<sup>52</sup> Jacques Fontanille. Sémiotique du discours. Page 37 : « Percevoir quelque chose, avant même de le reconnaître comme une figure appartenant à l'une des deux macrosémiotiques, c'est percevoir plus ou moins intensément une présence. En effet, avant d'identifier une figure du monde naturel, ou même une notion ou un sentiment, nous percevons (ou nous "pressentons") sa présence, c'est-à-dire quelque chose qui, d'une part occupe une certaine position, relative à notre propre position, et une certaine étendue, et qui, d'autre part, nous affecte avec une certaine intensité. Tel est le minimum nécessaire pour pouvoir parler de présence ». Pour Maurice Merleau-Ponty, la présence à soi fait éprouver sa propre existence.

<sup>53</sup> Jacques Fontanille. Sémiotique du discours. Page 32

<sup>54</sup> A-J Greimas et Jacques Fontanille. Sémiotique des passions. Page 9

qui permet à l'intention d'émerger. La modalité est entendue ici comme ce qui modifie le prédicat (2)<sup>55</sup>. Quatre modes d'existence permettent ainsi la distinction entre les modes réels, actuels, potentiels et virtuels (6). « Un des enjeux de la sémiotique paraît actuellement [...] la reconnaissance d'une dimension autonome et homogène, d'un mode d'existence \*sémiotique, dimension sur laquelle se situe les formes sémiotiques, que l'on peut ensuite hiérarchiser, en distinguant différentes stases : le " potentiel ", le " virtuel ", l'" actuel ", le " réalisé ", », qui, par leur ordre et leur inter-définition, " constitueraient les conditions nécessaires à la sémosis »<sup>56</sup>.

### III. Représentation, conscience et présence

Une représentation interne, l'image interne, est issue de la perception et d'un parcours de la construction de la signification. Elle est un présupposé à la conscientisation. La conscience donne sa forme au monde et sa signification. La conscientisation est un présupposé à une présence de soi au monde, du monde à soi. L'imagination, les fantasmes, le désir, en revanche, sont des présences sans représentation. Ces présences émergent sans synthèse perceptive préalable, éveillées et captées par un élément intérieur ou extérieur. Comment distinguer un Centaure imaginé, d'un arbre en fleurs, réel, se demande Sartre. La matière d'une image mentale non perçue est irrationnelle, fluctuante, éphémère. Elle ne peut être identique à celle issue de la perception ancrée dans le temps et l'espace du réel<sup>57</sup> (212). A la différence de la perception, la présence du monde à soi (le "il y a"), issue de l'imagination peut se passer de la présence effective de l'objet visé. Il peut être seulement un objet fictif, ce qui n'aurait aucun sens pour une présence issue de la perception (216). La présence sans représentation est une immersion hic et nunc dans un environnement qui émet des signaux, signaux jugés ensuite pertinents pour le sujet percevant<sup>58</sup> (217). La présence sans représentation suppose non

---

<sup>55</sup> Greimas AJ et Courtès J. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Entrée : Modalité. Page 230

<sup>56</sup> A-J Greimas et Jacques Fontanille. Sémiotique des passions. Page 10

<sup>57</sup> Pour Gilbert Simondon, le sujet peut différencier l'image issue du réel et celle provenant du monde des idées, celle de l'objet et celle de son souvenir, mais il en réalise un couplage. Il réalise encore le couplage du sujet à l'objet, du sujet au monde. Pour Simondon, il n'y a pas de pensée sans image. Il valide ainsi l'affirmation d'Aristote : « l'âme ne pense jamais sans image ».

<sup>58</sup> Gilbert Simondon. Communication et information. Cours et conférences. Page 159 : « Les signaux émis par un émetteur n'aboutissent à rien d'autre qu'à la dégradation de leur énergie porteuse s'ils ne rencontrent un ou plusieurs récepteurs en lesquels ils jouent un rôle efficace, déterminant des changements d'état qui n'auraient pu se produire sans l'incidence des signaux : la réalité locale, le récepteur, est modifiée en son devenir par la réalité incidente et c'est cette modification de la réalité locale par la réalité incidente qui est la fonction d'information » et page 160 : « Le récepteur est une réalité qui est autonome du point de vue énergétique, parce qu'elle possède de l'énergie potentielle (énergie d'état) capable d'assurer des transformations, de les alimenter ; mais le récepteur n'est effectivement un récepteur que s'il est hétéronome du point de vue de la cause qui déclenche la transformation, cette cause déclenchante étant un apport d'énergie incidente, éventuellement aussi faible qu'on le voudra ».

seulement un lieu, mais aussi un "espace" temporel spécifique pour le sujet, hors du temps commun, un temps de rêverie initialisé par l'objet imaginé.

L'imagination nécessite un analogon\*, non plus simplement comme une image, mais comme un objet mental, qui manifeste la présence imaginaire ou fictive de l'objet virtuel ou absent (47). « Si je vise mon ami Pierre en son absence, la conscience imageante que j'ai de Pierre n'est pas conscience de l'image de Pierre : Pierre est directement atteint, mon attention n'est pas dirigée sur une **image**, mais sur un **objet** »<sup>59</sup>. La conscience imageante est une tension qui monopolise tout ce qui se rapporte au présent : kinesthésies, affects, savoirs. L'analogon est un objet mental intercalaire créé par l'imagination et la dépassant, donc fictionnel et sans égard pour la réalité. Il remplit la conscience à la place de l'objet<sup>60</sup>. L'imagination fait appel à un analogon\*, un objet mental ou physique pour servir de base analogique pour installer une intention et permettre son déploiement.

L'objet mental diffère de l'image mentale par la possibilité d'y accrocher ou non une intention. Sartre connaît Pierre. Nous ferons l'hypothèse qu'il ne connaît pas un certain Paul-Albert. L'objet mental « Pierre » a pour Sartre une consistance singulière que n'a pas pour lui Paul-Albert. Nous homologuerons, dans la suite de ce texte, image mentale et représentation mentale (ou représentation interne). Elles sont accessibles à la conscience, mais sans consistance singulière pour un sujet et elles ne permettent pas l'installation d'une intention. Nous proposerons de rattacher pour cette raison, le récit de vie (énoncé) à la représentation interne, le discours sur soi à la présence de soi au monde (le "je suis"), et du monde à soi (le "il y a"). L'identité du sujet est embrayée dans son discours de vie ce dont témoigne son "je".

L'objet mental de Sartre et présence à soi et au monde sont proches. L'objet mental et la présence sont conscientisés. Ils ont une consistance singulière pour le sujet et ils accrochent une intention. Ils représentent à un état existentiel. Conscience et présence sont des domaines séparés, mais interdépendants. La non-séparation est pathologique, expliquant par exemple que des hallucinations chez un psychotique envahissent le champ de présence du malade, le coupant du réel.

L'objet mental ou la présence peuvent être **issus d'une image mentale**, d'une représentation interne, construite à partir de la perception d'un objet-chose ou d'une situation, d'un réel, par un schéma synthétique, un parcours de la signification à partir des contenus ou des signifiants : perception, observation, organisation de la signification. Des tris et des choix sont possibles pour le sujet selon ses attentes et selon son intérêt, au niveau de la perception (saillance), au niveau de

---

<sup>59</sup> Jean-Paul Sartre. L'imaginaire. Page 25

<sup>60</sup> Ibid. Pages 164-165

l'observation (focalisation), au niveau de la signification (direction de la signification). La volonté consciente ou inconsciente du sujet et la cognition sont nécessaires.

L'objet mental ou la présence peuvent être encore **issus du rêve, de l'imagination ou de la fiction, des affects**. La présence ne nécessite pas alors de parcours de la signification et de synthèse préalable, donc ne fait pas intervenir la cognition. Elle ne nécessite pas forcément l'installation d'une image ou d'une représentation interne construite, sans l'exclure, en tout cas sans parcours préalable, sans tris et sans synthèse. La présence s'installe sans la volonté du sujet. Le « il y a » est un état de fait. L'objet n'a pas besoin d'être réel pour susciter la présence, il peut être virtuel, imaginé, absent. L'installation peut être rapide, conduisant à un *kairos\**, un éclat temporel euphorique, que nous reverrons à propos de la musicothérapie. Il peut être plus lent, émergeant d'une promenade dans un endroit agréable, d'une écoute musicale... Le passage du monde réel au monde fictif est involontaire. « De sorte qu'il paraît légitime d'envisager ce passage lui-même plutôt comme une « donnée immédiate » de la conscience et de la laisser, comme tel, faire valoir ses droits »<sup>61</sup> (31).

La présence se passe de représentation une fois le monde fictif introduit, l'avenir est irréal, il n'a plus de buts concrets à réaliser. Il n'y a plus de représentation à totalement achever à un moment donné et de **direction à donner** pour l'atteindre. Il ne nécessite pas de vouloir pour être joint. Il ne nécessite plus de vouloir pour se déployer. « Vouloir terminer un travail pour demain cinq heures et voir s'ouvrir dans l'élan vital l'avenir tout grand devant soi, sont – il est à peine nécessaire d'y insister – deux choses toutes différentes, infiniment éloignées l'une de l'autre » (31)<sup>62</sup>. Il ne s'agit plus de **prendre position** dans le présent, mais de s'inscrire dans un « maintenant ». « Le maintenant ainsi, tout en faisant partie d'un tout, ne laisse substituer à côté de lui aucune partie équivalente et se substitue au tout »<sup>63</sup>. Quant à **l'élan vital**, il n'est jamais un élan partant de ... mais un élan dirigé vers un horizon indéfini et ouvert. « ... Il ne paraît point dans sa forme générale, avoir pour condition préalable la faculté de se représenter les choses. D'ailleurs, il subsistera toujours l'élan créateur, nostalgique et puissant, qui scrute l'horizon, sans y projeter la moindre représentation possible »<sup>64</sup>. Le schéma tensif du « petit monde » est reconsidéré.

Les deux modalités d'apparition de la présence, parcours et construction de la signification, ou présence sans synthèse, coexistent chez le sujet normal, indépendamment l'une de l'autre. Les deux modalités sont **incompatibles** entre elles et sont **concurrentes**. L'une prend le pas sur l'autre, selon la

---

<sup>61</sup> Eugène Minkowski. Le temps vécu. Page 22.

<sup>62</sup> Ibid. Page 35.

<sup>63</sup> Ibid. Page 31.

<sup>64</sup> Ibid. Page 37.

personnalité de chacun et selon les circonstances. Elles peuvent être une question de choix. Des circonstances de la vie nécessitent une application cognitive et d'autres un lâcher-prise. Un neurochirurgien peut être impliqué et appliqué dans sa pratique dans les moments délicats d'une opération et ne laisser alors aucune place à un vagabondage de l'esprit<sup>65</sup>. Il peut à un autre moment rêver lorsqu'il écoute une symphonie de Mahler. Il chasse alors ses préoccupations professionnelles. Malheureusement, dans certains systèmes totalitaires cette liberté de choix n'existe plus, l'emprise cognitive est obligatoire, les divergences imaginatives peuvent être perçues comme une remise en cause d'un ordre établi. À l'autodafé des livres peut correspondre un autodafé pré-cognitif, supprimant tout référencement à une éthique.

Le **passage de l'une à l'autre** peut-être encore rapide et involontaire. Sorti du travail, l'esprit encombré de soucis, on peut être saisi par la beauté d'un air musical, ou d'une peinture ou par la rencontre inopinée d'une personne. Au contraire, brutalement une rêverie et une détente peuvent s'interrompre. Un concert de musique propre à se laisser aller à la dérive du rêve peut être perturbé par une alarme incendie. La réalité concrète cognitive s'impose alors. Dans le livre « La Storia » d'Elsa Morante, en janvier 1941, un jeune soldat allemand Günther erre sans buts dans les rues de Rome, pris dans ses rêves de l'adolescent qu'il était il y a encore peu. Invité à monter dans la chambre d'Ida Ramundo, il redevient le soldat allemand. Il replonge dans la réalité violente. Il la viole. Au plan relationnel, quittant sa présence à l'autre, il passe brutalement avec Ida d'une relation "je-tu" à une relation "je-cela", "je-chose" (218). Il rompt avec l'imaginaire et retrouve la violence du réel que son uniforme habille.

Dans la démence, les raisonnements cognitifs sont altérés, il reste une place pour les émotions en particulier artistiques. Une présence sans synthèse préalable est possible laissant s'installer une pensée de secours (219). Il arrive cependant que selon la trajectoire de vie ou sous l'influence des contraintes de l'environnement, cette modalité de présence n'ait pas pu éclore ou soit tarie. L'évolution démentielle est alors plus rapide et plus grave.

Le parcours de la signification à partir du plan de l'expression structure l'internalisation de la perception, et permet l'encodage mnésique à partir de l'organisation de niveaux structurés, depuis des objets aux formes de vie, nous le verrons. À chaque niveau, un type d'expérience mobilise des sémiotiques-objets (signes, textes, objets, scènes prédictives, stratégiques et formes de vie) et

---

<sup>65</sup> Certains chirurgiens travaillent en musique. Tous les temps d'une opération ne sont pas délicats, laissant un espace pour se poser son esprit. La musique augmente les capacités cognitives et est anxiolytique.

conduit à l'existence d'une instance matérielle et sensible, conscientisée, une représentation interne. Nous ferons l'hypothèse que la jonction entre les différents niveaux nécessite non seulement cette conscientisation, mais une présence à soi et au monde pour y proposer une intention, ce qui permet de choisir le type d'expérience à mettre en place au niveau suivant.

Le temps de la présence se passe de mémoire biographique. Il la rend caduque et inutile. Le malade Alzheimer court après la mémoire qui se dérobe. Il court pour être comme les autres car il se sent marginalisé dans la relation aux autres comme dans la relation au monde. Tant qu'il court après cette réalité qui lui échappe, il reste dans un processus cognitif voué à l'échec compte tenu des troubles organiques de la maladie. Le passé n'est plus accessible, les représentations du futur sont impossibles. Il faut qu'il lâche prise pour accéder à un espace fictif où il est à nouveau présent au monde. L'analogon\* ne réinscrit pas le malade dans l'espace-temps de la mémoire, mais il le fait accéder à sa biomnèse (220), non pas au temps de la succession des durées perçues, à une discontinuité impossible à homogénéiser pour lui, mais dans la continuité de la durée vécue qui lui est accessible (31). La biomnèse est la mémoire de vie. L'être humain n'est pas qu'un être biographique. Cette forme de mémoire reflète le parcours de vie dans sa densité, et par-delà le discours, une mémoire des atmosphères vécues (220), la fidélité à soi, la plénitude ou la misère des incomplétudes (39).

#### **IV. Élaboration du contenu psychique**

La totalité du monde environnant ne peut être perçue en quelques instants, trop vaste pour ne pas dire illimitée, trop complexe. Notre présence au monde malgré tous les efforts attentionnels ne peut être que partielle. La saisie de ce qui est perçu porte d'une part sur des objets saillants, les kernels, et leurs satellites coprésents, sur leurs interactions possibles, et, d'autre part, sur les dynamiques possibles qui les animent (209). Si certains objets sont repérés, d'autres échappent à l'attention, impliquant la dimension singulière et personnelle de l'observation. La perception du monde ne peut se résumer à un seul mode de perception sensoriel. Elle a une origine plurisensorielle et les informations provenant de l'environnement ne sont que rarement cohérentes et harmonieuses entre elles. Trois étapes sont nécessaires pour la lisibilité du contenu psychique, une homogénéisation synesthésique, un tri axiologique et une simplification. Nous les envisagerons pour aborder la question de la relation au réel.

## V. La perception du réel

Le traitement des informations nécessite une synthèse sensible et intelligible pour asseoir une représentation mentale homogène, ce par des mécanismes volontaires conscients ou non, ou par intuition. À la perception incomplète du réel s'ajoute la construction simplifiée du réel. C'est à partir de celle-ci que le sujet adopte une position personnelle dans un champ de perception. Se sent-il concerné, intéressé dans ce qu'il se dégage d'intelligible, comment sur le plan sensible perçoit-il la situation ? Quelles conséquences en tire-t-il en termes de pertinence de ce qui est saisi, au moins pour essayer de comprendre la situation et prendre position, pour en tirer d'éventuelles conséquences pratiques : du désintéret impliquant un retrait ou un engagement et la mise en œuvre d'un projet proposé par la situation ?

### V-1. La complexité de l'approche du réel

La liaison, entre la fonction biologique présentée par les différentes afférences sensorielles, la fonction psychique et la construction d'une représentation mentale, résultent d'une élaboration sémiotique entre un plan de l'expression, l'expérience perceptive, et un plan du contenu, existentiel. La complexité issue de la polysensorialité nécessite une homogénéisation synesthésique. Elle peut être consciente ou relever d'un raisonnement rapide et pragmatique, un « bricolage » inventif au sens qu'en donne Lévi-Strauss<sup>66</sup> (221), ou plus élaborée, nécessitant de se poser au moins quelques instants pour investir une perspective téléologique, sinon à faire une analyse sémiotique.

Le terme de bricolage n'est pas ici péjoratif et renvoie l'utilisation ingénieuse et inventive des matériaux disponibles pour une tâche, par opposition à la planification préalable de l'ingénieur. « Le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâches diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'elles à l'obtention de matières premières et d'outils, conçus et procurés à la mesure de son projet : son univers instrumental est clos, et la règle de son enjeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de destructions antérieures. L'ensemble des moyens du bricoleur n'est donc pas définissable par un projet (ce qui supposerait d'ailleurs, comme chez l'ingénieur, l'existence d'autant d'ensembles instrumentaux que de genres de projets, au moins en

---

<sup>66</sup> Claude Lévi-Strauss. La Pensée sauvage. Page 27

théorie); il se définit seulement par son instrumentalité, autrement dit et pour employer le langage même du bricoleur, parce que les éléments sont recueillis ou conservés en vertu du principe que "ça peut toujours servir"» (221).

## V-2. Les différents modes de saisie du monde

La profondeur de champ de présence se situe entre la prise de position perceptive et les limites perceptibles de ce champ. Le Corps-actant\* et son horizon peuvent être tantôt **source**, la présence de soi au monde (le "je suis"), et **cible** d'une visée intensive du monde, la présence du monde à soi (le "il y a") et d'une saisie extensive. Ces mouvements induisent une inflexion secondaire de la perception du champ de présence, selon les motivations éveillées (intérêt, désintérêt), les stratégies et les formes de vie de chacun<sup>67</sup> (222), et la liberté et les contraintes du sujet. Nous reviendrons sur ces points à propos du régime topologique des formes de vie.

La saisie a des modes variés d'appréhension selon les circonstances et la nature des situations, leur complexité et la capacité de l'observateur de l'appréhender. Cette capacité est réduite dans les conditions de stress, engagement dans des sollicitations multiples, selon les nécessités de réponses adaptées dans un temps réduit (223), ou lorsque les capacités cognitives du sujet sont réduites, par exemple lors du développement d'une maladie d'Alzheimer (224). La difficulté du malade d'appréhender la réalité conduit à une réduction de la profondeur du champ de présence.

En matière d'esthésie, Génisnasca distinguait trois types de saisies. La saisie **molaire** établit des relations de dépendance unilatérale entre des figures ou des concepts et ce à quoi ils se réfèrent, n'apportant pas d'informations nouvelles par rapport à ce qui est précédemment connu, validant en quelque sorte des savoirs partagés et établis<sup>68</sup>. Elle est ainsi référentielle (s'appuyant sur ...) et inférentielle (dérivant de ...). La saisie **sémantique** s'appuie sur des équivalences schématiques et catégorielles dans le champ de présence. Elle fait appel à certains aspects de l'imaginaire, et ne s'appuyant pas sur un référentiel, elle implique pour l'énonciateur de prendre position et de l'assumer<sup>69</sup>. La saisie **impressive**, groupale ou holistique, renvoie à ce qui se dégage de la globalité de ce champ, non analysé, à ses rythmes, aux interrelations suggérées par la coprésences d'objets (225, 226) : « Le tout est différent des parties (...) L'ensemble prime sur les éléments qui le composent » (227). Le Pr Fontanille ajoute à ces trois modes, une saisie correspondant à la **rationalité technique**

---

<sup>67</sup> Fontanille J. Formes de vie. Page 161

<sup>68</sup> Fontanille J Sémiotique du discours. Page 215

<sup>69</sup> Fontanille J Sémiotique du discours. Page 229

(tableau 1), où les valeurs cognitives sont techniques et scientifiques (8)<sup>70</sup>, sans référence existentielle. Dans la maladie d'Alzheimer, les typologies des saisies sont perturbées, nous le verrons.

Tableau 1 : Typologies des saisies d'une scène (Extensité)

<p><b>Saisie molaire</b></p> <p>Rationalité Informative</p> <p>Apparence</p> <p>Valeurs référentielles et inférentielles</p>	<p><b>Saisie sémantique</b></p> <p>Rationalité organisationnelle</p> <p>Apparaître</p> <p>Valeurs organisationnelles, esthétiques, mythiques</p>
<p><b>Saisie technique</b></p> <p>Rationalité conventionnelle</p> <p>Valeurs scientifiques, régressives, sans « être »</p>	<p><b>Saisie impulsive</b></p> <p>Rationalité hédonique</p> <p>Valeurs sensibles, passionnelles</p>

La saisie est un mode d'appréhension du réel, toujours complexe et discontinu. La saisie sur le plan sensoriel est donc toujours partielle, comme note le philosophe Alain : « Nous ne connaissons que des apparences, et l'une n'est pas plus vraie que l'autre ; mais si nous comprenons ce qu'est cette chose qui apparaît, alors par elle, quoiqu'elle n'apparaisse jamais, toutes les apparences sont vraies. Soit un cube de bois. Que je le voie ou que je le touche, on peut dire que j'en prends une vue, ou que je le saisis par un côté. Il y a des milliers d'aspects différents d'un même cube pour les yeux, et aucun n'est cube. Il n'y a point de centre d'où je puisse voir le cube en sa vérité» (228).

Plusieurs modes de saisie peuvent se combiner. Cette étape de la saisie est indispensable pour mettre en relation et articuler, dans un deuxième temps, le sensible et le cognitif. Les premières représentations mentales provenant de la sensorialité sont parcellaires et confuses et ne débouchent sur des représentations du monde que par une construction de notre propre esprit, conduisant soit à image mentale primaire, sensorielle ou figurative, ou à partir de celle-ci, à une re-connaissance, à son rattachement à un référentiel mémorisé, cohérent, rattaché à d'autres éléments de souvenirs, structuré comme un discours.

<sup>70</sup> Fontanille J Sémiotique du discours. Page 232-233

### V-3. Narrativité, discursivité et mémoire épisodique

Le sensuel, les figures surtout fortement marquées sur le plan émotionnel peuvent se mémoriser, mais de façon moins structurée que lorsque les souvenirs prennent une forme narrative (229, 230). Une présence construite à partir de l'imaginaire ou la fiction est moins structurée que celle issue de la construction d'une représentation interne. La narrativité remplit « une fonction de cohésion, assure la concaténation logique, la lisibilité et la prévisibilité du récit » (231), et facilite ainsi la mise en mémoire et le rappel mnésique (232). Ces deux aspects de la mise en mémoire et du rappel mnésique, à coloration narrative ou à coloration tensive, sont repris dans la théorie des traces floues de Brainerd et Reyna (68). Cette théorie fait la distinction entre les traces mnésiques littérales, retrouvées à travers un processus cognitif volontaire, un récit (traces Verbatim), et les traces thématiques, riches d'affects et d'émotions, renvoyant de façon passive et globale à un vécu expérimenté réellement ou de façon imaginaire (traces Gist). Les deux types de traces coexistent et interfèrent dans les processus mnésiques. Certaines personnes privilégient plutôt l'usage d'un type particulier par rapport à l'autre.

Un récit de vie n'est que provisoire, réécrit, inachevé, sans cesse en mouvement, prisant le contexte, les variations imaginaires, et parfois l'auditoire (39). Il ne s'appuie pas exclusivement sur la raison et est influencé par les affects et les émotions. Les traces floues de la mémoire et ses failles éventuelles font de la vie réelle un « mixte instable entre fabulation et expérience vive, impose le secours de la fiction pour réorganiser la vie réelle rétrospectivement dans l'après coup, quitte à tenir pour révisable et provisoire toute figure de mise en intrigue empruntée à la fiction ou à l'histoire »(79)<sup>71</sup>.

Le discours permet de cerner des objets pertinents, des sémiotiques-objets autour desquelles s'organisent la signification de la réalité à partir du perçu, la situation sémiotique<sup>\*72</sup> (46, 207) : « Mais le discours permet de construire le cube en sa vérité, d'où j'explique ensuite aisément toutes ces apparences, et même je prouve qu'elles devaient apparaître comme elles font. (...) Retenons l'exemple facile du cube, de ce cube que nul œil n'a vu et ne verra jamais comme il est, mais par qui seulement l'œil peut voir un cube, c'est-à-dire le reconnaître sous ses diverses apparences. Et disons encore que, si je vois un cube, et si je comprends ce que je vois, il n'y a pas ici deux mondes ni deux vies ; mais c'est

---

<sup>71</sup> Ricoeur Paul. *Soi comme un autre*. Pages 191 et 192

<sup>72</sup> Fontanille J. *Pratiques sémiotiques*. Page 25. Une situation sémiotique est une configuration hétérogène qui rassemble tous les éléments nécessaires à la production et l'interprétation de la signification d'une interaction communicative.

un seul monde et une seule vie. Le vrai cube n'est ni loin, ni près, ni ailleurs ; mais c'est lui qui a toujours fait que ce monde visible est vrai et fut toujours vrai» (228). Le récit construit la réalité intérieure et l'identité personnelle (79, 233, 234). La transformation d'une expérience vécue en existence, en représentation mentale, passe par la mise en récit (235, 236), soutenant l'hypothèse d'une mémoire narrative (237), mais sans que cette voie soit scientifiquement reconnue comme exclusive (238). La mise en récit dans les processus mnésiques entretient des relations étroites avec les schémas de voyages mnésiques de Tulving, la navigation temporelle du Pr Fontanille<sup>73</sup> (7) et la mémoire épisodique (72, 205).

## **VI. La simplification du réel**

La perception d'un objet ne concerne pas seulement un sens, mais mobilise plusieurs organes sensoriels. Pour être rendu intelligible, la représentation interne nécessite une synthèse des différentes afférences, plus ou moins facile selon leur congruence ou leur dissonance. Elle nécessite un tri axiologique puis une simplification. Le sens enfin doit être stabilisé.

### VI-1. L'homogénéisation synesthésique

La sémiologie des figures de l'expression (issues des percepts) et du contenu (sensation) suppose une collaboration polysensorielle et homogénéisation synesthésique. Une même scène perçue sollicite plusieurs organes des sens. Si l'analyse d'une situation à partir d'un texte comporte quelques codes, des permanences, des repères, voire des instructions de lecture aidant un lecteur à retrouver une cohérence. Elle permet au milieu d'une multiplicité de phénomènes de retrouver une certaine unité. Ces éléments peuvent faire défaut au premier regard dans la perception du monde. Une construction du sens est indispensable, sauf à vivre une représentation interne chaotique parce que trop complexe à appréhender.

C'est souvent ce que vivent les malades Alzheimer lorsque la maladie a évolué, quand ils ne sont plus capables de trier les diverses sources d'afférences sensorielles. Ils ne peuvent gérer les dissonances perceptives provenant de plusieurs sens mais renvoyant à un seul objet (image d'un chien et miaulement). Ils leur restent cependant la capacité de conscientiser une présence sans synthèse.

Des processus cognitifs et tensifs, issus d'expériences préalables ou d'apprentissages antérieurs font appel à la connexité entre des objets externes perçus ou à des analogies avec des objets internes préalablement mémorisés pour construire un premier sens. Les stimuli perceptifs font naître

---

<sup>73</sup> Jacques Fontanille. Formes de vie. Page 188

une multitude d'éléments de représentation mentale qui viennent construire dans notre esprit, grâce à l'imagination, des images nouvelles, modifier ou enrichir des images existantes. Des stratégies cognitives, le plus souvent non conscientes, privilégient parfois des représentations simulacres de la réalité, influencées sur le plan phorique par des images sources de déplaisir ou au contraire de plaisir et de satisfaction, comme sur le plan tensif, en tout cas dissociées de la réalité factuelle. Nous croyons avoir vu ou entendu ce que nous attendions. La critique est possible chez le sujet sans troubles cognitifs, qui peut différencier ce qui est imaginé de ce qui est réel. Elle ne n'est pas réalisée chez le dément qui adhère à ses fabulations.

#### VI-2. Nécessité de la simplification du réel intérieur : le tri axiologique

Une intentionnalité devant l'environnement perçu conduit à la mise en œuvre d'interprétations et de tri, d'organisation des éléments pertinents, pour faire émerger une ébauche de signification, virtuelle, car non encore actualisée, au milieu de tous les possibles, pour éventuellement mettre en place des modalités, virtualisation pour l'intention, actualisation pour la motivation.

Un temps de quête de sens est donc issu de ce qui est perçu et permet de construire une signification selon un parcours déterminé par l'intention qui émerge de l'expérience perceptive (Soi-peau), de l'intelligibilité existentielle (Moi-chair). La multitude des objets dans le champ de perception et la complexité des situations perçues se confrontent aux remémorations qu'elles induisent. Sélection des objets de valeur et remémorations pertinentes pour l'instant de présence sont deux opérations nécessitant une opération de tri axiologique.

Le schéma du tri axiologique comporte chez la personne normale trois phases<sup>74</sup> (15). La première est la prise en compte d'un **mélange de valeurs** des objets ou des figures. La confusion axiologique suspend un temps le programme de quête d'autres objets, une pause avant de passer à autre chose. Le tri sélectionne les objets en les **hiérarchisant** selon la pertinence et leur attrait, leur intérêt pour la satisfaction des attentes du sujet. Cette phase est donc singulière et singularisante pour la personne. Enfin la dernière phase est celle du **discernement** et de la **distinction** des objets de valeur par l'institution d'une nouvelle valeur.

Un temps d'accommodation\* mentale (programmation ou ajustement) est nécessaire pour simplifier la représentation mentale, préciser l'intention initiale à partir d'une réalité interne construite, plus objective, plus opératoire (239). L'accommodation\* permet au sujet de comprendre un contexte donné, et ne signifie pas forcément engagement dans une pratique. Dans nombre de

---

<sup>74</sup> Jacques Fontanille. Corps et Sens. Page 25

situations du quotidien, l'accommodation\* se résume à la mise en jeu d'habitudes ou à l'apprentissage d'usages sociaux préalablement appris. Elle peut nécessiter, de façon moins passive, des ajustements cognitifs plus singuliers, plus élaborée sur le plan cognitif, sans faire appel nécessairement à des automatismes (Figure 6). Ces ajustements peuvent être rapides pour répondre à des questions simples, ou nécessiter un certain recul à la fois intellectuel phorique et tensifs, mais aussi temporel, pour une réponse de bon sens, issue de l'usage et du sens courants (240, 241). Le résultat de l'accommodation\* est souvent un mélange inconscient de liberté de faire et de programmation sociale. Un temps encore plus important et nécessaire pour asseoir une intentionnalité dans un deuxième temps, pour des enjeux importants qui nécessitent un processus de discernement long, complexe et souvent difficile, renvoyant à un système de référence personnel et social introjecté, la conscience <sup>75</sup> (242) étant prise ici au sens moral et éthique. Nous retrouverons la question de l'accommodation, programmation ou ajustement, avec les pratiques sémiotiques et les formes de vie.

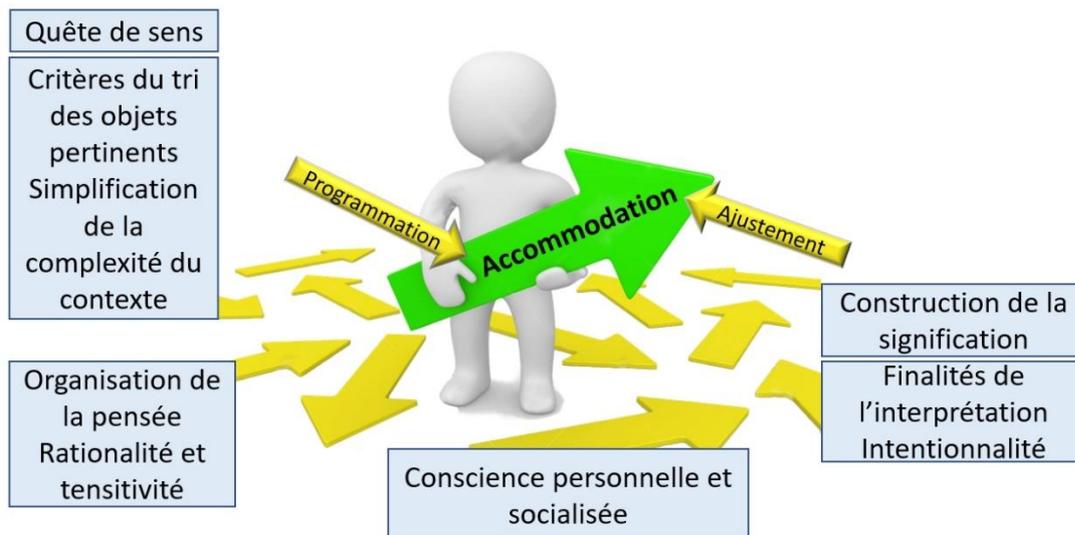


Figure 6 : De la quête de sens à la construction de la signification

<sup>75</sup> Jacques Lacan. Livre VII. Page 368 : « Je propose que la seule chose dont on puisse être coupable, au moins dans la perspective analytique, c'est d'avoir cédé sur son désir (...) Au dernier terme, ce dont le sujet se sent effectivement coupable quand il fait de la culpabilité, de façon redevable ou non par le directeur de conscience, c'est toujours à la racine, pour autant qu'il a cédé sur son désir »

### VI-3. La stabilisation du sens. La complexité de la mise en mémoire

Les souvenirs structurent normalement la personnalité et conditionnent les choix, déterminant d'une intention particulière dans un contexte donné. Une stabilisation du sens est indispensable au moins dans l'instant pour permettre d'asseoir une intention dans un contexte donné. La stabilisation du sens et sa simplification selon la pertinence des objets triés en vue d'une mise en perspective se font par une opération d'intégration permettant la structuration du discours de vie intérieur et une adaptation des comportements l'environnement.

La mémoire permet paradoxalement à la fois de pointer et, en même temps, de combler la distance entre le passé et le présent pour y actualiser les expériences antérieures. La mémoire comble le hiatus temporel entre le passé révolu et le présent. Elle présentifie le passé pour le rendre efficient dans le présent (25). Le Soi peut se vivre comme un **processus continu de transformation**. Elle participe ainsi par l'école de l'expérience aux apprentissages. Elle permet la synthèse entre la discontinuité des événements externes et la tendance à la continuité de l'espace psychique à un moment présent, et elle traduit cette **synthèse** à travers un récit de vie cohérent et des actes adaptés.

Le percept et la représentation mentale consciente évoluent sur deux plans séparés, réunis par une succession de processus sémiotiques. L'expérience perceptive amène à une existence, la sensation d'être et d'internalisation des objets du monde, transformant la discontinuité extéroceptive à la continuité intéroceptive. Elle fait le pont entre le Soi, corps enveloppe et le Moi, chair mouvante, entre des stimuli locaux et la globalité de l'identité, entre le faire, emprise sur le réel, et le vivre, présence à soi et au monde (243). Cette séparation, entre la **représentation** et la **présence**, et la sémiose qui les unit, est indispensable pour la mise en mémoire comme pour l'accès au réel intérieur. La limite entre elles peut disparaître. La relation sémiotique disparaît dans les phénomènes hallucinatoires que l'on rencontre aussi bien dans les psychoses que dans les démences évoluées par exemple (195) : « Si j'y insiste, je vous montrerai que la notion, chez Freud, de l'hallucination comme processus d'investissement, régressive sur la perception implique nécessairement que le sujet y doit être complètement subverti – ce qui n'est, en effet, que dans des moments extrêmement fugaces »<sup>76</sup>.

Cette dynamique de reprise permanente de la vie psychique, est encore rendue plus complexe par le flou des traces mnésiques et leurs origines diverses selon l'intensité associée (traces Verbatim et Gist) (68). Les stimuli externes les réveillent à la mémoire souvent de façon involontaire. S'ils sont fortement associés à une émotion, les objets apparaissent dans le champ de présence de façon

---

<sup>76</sup> Lacan Jacques. Séminaire XI. Page 57

désordonnée, et pas toujours opportune. Les valences attachées aux objets mémorisés qui conditionnent le relief des souvenirs ne sont pas maîtrisables.

## VII. Les difficultés de symbolisation dans la maladie d'Alzheimer

### VII-1. Les désordres liés à l'absence de sémiose dans la construction de la signification

Dans les formes modérées de la maladie d'Alzheimer, les objets  $\alpha$  et  $\beta$  participent à une sémiose, un objet interne est construit. Les troubles de la mémoire et les difficultés sémantiques, cependant soit ralentissent l'élaboration, soit conduisent à des aberrations, la représentation de mots ne correspondant pas à la représentation de choses (9). Les troubles de l'attention réduisent le nombre d'objets perçus et internalisés. Les agencements des objets internes entre eux pour construire la représentation d'une représentation intérieure se font mal. L'univers intérieur se désertifie, et dans nombre de cas, le patient est conscient de ce vide intérieur et souffre de son absence au monde. Il y a un écart infranchissable entre la représentation interne conscientisée, vidée, et la présence à soi et au monde, le manque, la marque de l'être absent : « lorsque les choses perdent leur consistance et que toute signification s'obscurcit, la question surgit »<sup>77</sup> (244). Ceci a pour lui des conséquences tensives (Eclats inexplicables de violence envers autrui, reflétant une tension interne sans stimulation externe, le monde externe désinvesti devient ennuyeux), modales (installation dans la conviction de ne plus pouvoir faire, le monde externe désinvesti n'est qu'une jachère), énonciatives (débrayage du discours, le monde externe désinvesti devient sans intérêt). Un patient Mr Gilbert, que nous reverrons, pourra dire de lui : « Mr Gilbert , il n'est plus rien Monsieur Gilbert » (245). Le manque de présence conduit à une douleur morale, comme si la personne malade en avait la **nostalgie**, puis par lassitude à l'ennui et au **renoncement**<sup>78</sup>.

### VII-2. Modes de saisie et démenche

La maladie d'Alzheimer perturbe à la fois la saisie et la visée. Trois des quatre modalités de saisie (8) habituellement possibles sur le sujet normal (tableau 2) sont altérées du fait des troubles cognitifs : la saisie **moltaire** qui renvoie un système référentiel et inférentiel est déficiente du fait des troubles de la mémoire ; la saisie **sémantique** s'appuie sur l'organisationnelle, mais le malade est incapable souvent de jugement approprié ; la saisie **rationnelle**, reste un temps à sa portée pour les

---

<sup>77</sup> Martin Heidegger, Introduction à la métaphysique. Page 13

<sup>78</sup> Ibid. Page 14 : « La question peut être également là dans un moment d'ennui : là, le caractère obstinément ordinaire de l'étant fait régner une désolation dans laquelle il nous paraît indifférent que l'étant soit ou ne soit pas ».

usages de routine, donnant même parfois le change pour une bonne santé mentale, mais elle est bien au-delà de ce qu'il peut gérer lorsque les troubles cognitifs sont installés et qu'une complexité se fait jour. Seule la saisie **impressive** lui est accessible, la maladie préservant longtemps les émotions et leur souvenir.

Tableau 2 : Changements des modes de saisies de l'environnement dans la démence

<b>Saisie molaire</b>	<b>Saisie sémantique</b>
Rationalité Informative Les valeurs référentielles et inférentielles sollicitent la mémoire altérée par la maladie	Rationalité organisationnelle Les valeurs organisationnelles se heurtent à l'altération du jugement
<b>Saisie technique</b>	<b>Saisie impressive</b>
Rationalité conventionnelle Les valeurs rationnelles sont, un temps, accessibles, mais deviennent vite trop complexes à appréhender	Rationalité hédonique Les valeurs sensibles restent longtemps accessibles, mais avec de moins en moins de profondeur, et l'horizon du champ de présence se rapproche.

### VII-3. Tri axiologique et maladie d'Alzheimer

La question de l'efficacité insuffisante des processus de tri axiologique, processus cognitifs altérés dans la maladie d'Alzheimer a précédemment été évoqué à propos de la perception des objets et des figures pondérés par leurs valeurs attribuées, à propos de la question de la saillance et à propos de leur pertinence. La catégorisation\* est rendue approximative ou impossible. La hiérarchisation des valeurs et le discernement sont altérés dans la démence. Le malade reste donc très souvent au stade du mélange axiologique.

Si le schéma du tri axiologique peut se résumer à trois étapes, mélange, tri, réaménagement axiologique, une autre étape est nécessaire dans la démence : rassembler les conditions du possible pour que le tri soit accessible au le malade.

Après la phase du mélange axiologique, une deuxième phase du schéma de tri axiologique intervient chez une personne indemne de troubles cognitifs, comme dans la démence. Les conditions des possibles doivent, cependant, être réunies préalablement chez un malade pour que les qualités perçues soient reconnues et indicées par un référencement mnésique, sémantique (représentations de mot), tensif (éveil de sensations) et phorique (intérêt). Dans la psychose, affects et tensions émotionnelles sont parfois dissociés (31, 246), conduisant aux dissociations du réel observées en clinique psychiatrique, des difficultés cognitives pour mettre en place et gérer les représentations internes. Dans la maladie d'Alzheimer, phorie\* et tensivité sont longtemps préservées, mais la cognition est altérée. La représentation interne est appauvrie d'une part par le nombre d'objets perçus et internalisés, par leur désorganisation en raison de l'inefficacité d'établir des liens entre eux. Les qualités associées et leur valorisation sont sommaires. Une petite tomate ronde, luisante et rouge pourra évoquer une cerise pour un malade, tout en gardant dans le domaine phorique un intérêt pour lui, car satisfaisant et plaisant à manger, et une dimension tensive et corporelle, avec l'envie de la porter à la bouche, très souvent de façon impulsive.

La troisième phase du tri est maintenant celle de la singularisation de la représentation interne en réaménageant les valeurs, en hiérarchisant les objets de valeur. Elle permet de séparer ce qui est pertinent pour soi et de refouler ce qui est secondaire, sans intérêt. Un malade Alzheimer peut viser des objets de valeur parce qu'ils s'y intéressent, mais y renoncer, car inatteignable, non saisissable pour lui, ou ne sachant plus les manipuler. Ils peuvent encore être inutilisables, car il ne peut plus les mettre en œuvre dans ses pratiques. La représentation interne, souvent seulement ébauchée et instable, restera pour lui à l'étape virtuelle, comme un désir impossible à actualiser, conduisant à une tension qu'il ne peut plus assouvir faute d'une étendue accessible. Cette tension se traduira par des comportements ou des attitudes étranges pour l'entourage, d'autant plus que le malade ne peut exprimer ses états intérieurs en raison de son aphasie.

Nous ajouterons donc au schéma de tri axiologique, à propos de la maladie d'Alzheimer, une phase de la mise en place des conditions des possibles du tri axiologique. Selon Edeline et Klinkenberg (5), chaque entité perçue est associée à au moins une qualité, rougeur par exemple pour une tomate. L'identification de l'objet ou d'une figure est rendue possible par la typologie des qualités observées, par exemple taille, forme, couleur pour une tomate. Les kernels\* et leurs satellites partagent une ou des qualités. Ces qualités peuvent d'une part être associées à des valeurs permettant, selon l'intérêt et l'attente du sujet, d'en définir une pertinence singulière et d'autre part de rassembler objet et figure dans des catégories, et d'établir des interrelations entre eux. Objets, catégories, interrelations sont pondérables par des valeurs. Aucune signification singulière n'est possible en dehors de cette

pondération, car elle permet de définir une organisation de la représentation interne, d'en dégager la pertinence (intelligibilité) et une possible utilité (catasémiose).

Le flou des limites des qualités partagées entre deux objets est un obstacle à la catégorisation. Entité et qualité permettent habituellement de caractériser, d'identifier un objet et de le catégoriser (247). Divers fruits peuvent avoir pour qualité d'être rouges, et peuvent être catégorisés dans un groupe partageant cette qualité. La situation peut sembler claire lorsqu'une qualité est présente ou absente (présente = un ; absente=zéro). Cependant, pour ce qui est du floutage des traces, la présence de la qualité évolue entre un et zéro. La **théorie des ensembles flous** a été développée par Lotfi Zadeh en 1965 afin de représenter mathématiquement l'imprécision relative à certaines classes d'objets (248). La présence d'une qualité évolue entre les valeurs 0 et 1, absence et présence, selon un gradient d'intensité tant sur le plan physique, un rouge peut-être plus ou moins foncé, que tensif. Un événement peut être vécu, par exemple de façon, plus ou moins intensive. Cette théorie sert de fondement à une logique floue. Les catégorisations ici sont approximatives, varient selon le point de vue de chacun. Surtout si la mémorisation des qualités évolue avec le temps ou avec des troubles cognitifs. Les transformations se font sans que le sujet en soit conscient. Une recatégorisation se produira à l'insu du malade, qui restera persuadé de la véracité de ses souvenirs, sources de nombreux quiproquos avec ses proches (39). Le tri axiologique et les décisions du sujet en seront affectés (249).

La dernière phase du tri est la construction d'un nouvel espace de valeurs. C'est celle du discernement pour choisir les objets de valeur, instaurer une valeur globale à la représentation interne et permettre une stabilisation tensive au moins temporelle de la scène intérieure. Cette étape est parfois caricaturale dans la maladie d'Alzheimer, la scène intérieure mise en place se traduisant par des désajustements comportementaux, l'utilisation d'objets inadaptés qui sont pris pour d'autres objets, parfois simplement parce qu'ils sont à la disposition du malade. Il met en place dans les pratiques qui n'aboutiront pas un bon résultat. Nous en verrons un exemple avec le cas clinique de Madame Gilberte et son histoire de cadre bleu et avec celui de Monsieur Gilbert H à propos d'une cuillère.

#### VII-4. Les difficultés de simplification dans la maladie d'Alzheimer

Les dimensions phoriques et tensives sont respectées par la maladie d'Alzheimer. Elles ne sont cependant pas bien régulées, les processus d'accommodation se faisant mal en raison des troubles cognitifs. Des réactions comportementales disproportionnées avec une situation en sont la conséquence. Les désirs et le souvenir vague de leur satisfaction demeurent longtemps dans la démence. Leur intégration dans le présent et l'interprétation d'une situation perçue pour dégager dans

une situation donnée des intentions claires et pour engager un processus adapté sont souvent hors de portée des malades. Ils en sont le plus souvent conscients au moins au début de la maladie (250). Ce qui était autrefois possible ne l'est plus pour eux aujourd'hui, mais la persistance d'un désir qui ne peut être satisfait génère des frustrations, ou des tentatives de mise en place de comportements mal ajustés, regardés comme aberrant par un entourage qui ne les comprend pas (23, 24). L'échec de leur tentative les décourage d'entreprendre et les démotive. Le malade peut avoir tendance à mettre en place des pratiques visant des objectifs décalés selon le regard de son entourage humain, mais qui gardent du sens pour lui, nous en verrons des exemples.

La simplification est une opération cognitive et tensive organisant la scène intérieure pour en tirer les conséquences en termes de prise de position, de présence à soi et au monde, et en termes d'intentions<sup>79</sup> (137), la mise en perspective du champ de présence. La simplification est une opération de tri selon la pertinence des objets dans leur situation. Elle n'est possible pour les malades que lorsque la complexité de cette dernière est encore accessible à leur jugement, ce qui se réduit avec la progression des troubles cognitifs. La simplification met de côté des objets moins pertinents, considérés de moindre valeur, pour atteindre ce qui est visé. L'accès de la complexité se réduisant, le choix devient de plus en plus caricatural, parfois aberrant, certains objets peu pertinents sur le moment peuvent être retenus, d'autres importants, négligés (251). Quoi qu'il en soit, le nombre d'objets mis hors du champ de présence du monde à soi augmente progressivement au cours de la progression de la maladie. Le champ de présence se rétrécit du point de vue du malade, l'intérêt qu'il y porte s'éloigne, conséquence du rétrécissement du champ de la perception et de l'étriquement des représentations internes. Les pratiques entreprises peuvent ne pas aboutir, ce qui aggrave le sentiment d'échec du malade devant les résultats décevants dans ce qui est entrepris, l'accumulation des échecs, et participent à son désintérêt pour le monde qui l'entoure.

La **simplification du réel accessible** au malade devient une nécessité. Elle est une des conditions lui permettant d'accéder facilement et de façon quelque peu artificielle à un tri axiologique.

---

<sup>79</sup> Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*. Page 145 : « Un malade que la psychiatrie traditionnelle classerait dans les cécités psychiques est incapable, les yeux fermés, d'exécuter des mouvements « abstraits », c'est-à-dire des mouvements qui ne s'adressent à aucune situation effective tels que de mouvoir sur commande les bras ou les jambes, d'étendre ou de fléchir un doigt. Au lieu que chez le normal chaque événement moteur ou tactile fait lever à la conscience un foisonnement d'intentions qui vont, du corps comme centre d'action virtuelle, soit vers le corps lui-même, soit vers l'objet. Le normal compte avec le possible qui acquiert ainsi, sans quitter sa place de possible, une sorte d'actualité, chez le malade, au contraire, le champ de l'actuel se limite à ce qui est rencontré dans un contact effectif ou relié à ces données par une déduction explicite. »

La maladie d'Alzheimer altère le mécanisme de tri, plus ou moins consciemment, et le malade est incapable d'élaborer une intention à partir de ses multiples perceptions mal intégrées, devenues sans intérêt pour lui et de plus en plus négligées. L'incapacité à faire est une source d'apprentissage, d'apprentissage de l'inutilité (252). La mémoire des échecs ou des tentatives ratées d'entreprendre n'est malheureusement pas en défaut dans la maladie d'Alzheimer, en raison de la persistance des souvenirs fortement marqués sur le plan émotionnel. Elle n'est pas non plus en défaut lorsque le malade ne peut trier ses souvenirs et que le passé revient de façon inadaptée et parfois massivement dans le présent. La personne malade ne peut plus refouler les souvenirs inadéquats pour l'instant présent. L'oubli impossible dans la maladie d'Alzheimer est une des origines de la déficience mnésique.

Dans la démence, les opérations de tri sont défailtantes, la simplification conduit parfois des aberrations, la stabilisation des représentations internes n'est pas acquise. Le malade passe rapidement du coq à l'âne. Sa pensée devient chaotique.

Les traces Gist\* prédominent aux dépens des traces Verbatim\*, biaisant la construction du discours, mettant en exergue tout ce qui est fortement imprégné d'émotions. La mise en discours nécessite d'avoir accès à la mémoire sémantique pour organiser la pensée dans un récit de vie, ce qui est fragilisé dans la démence du fait de la progression des troubles cognitifs et de l'aphasie. Le récit de vie peut être regardé comme un film en perpétuelle réécriture. Dans la démence, il peut être comparé à un arrêt sur image, puis à un retour sur le passé, une sorte de flash-back sans lien avec le présent, identité et le temps se figeant dans un temps de plus en plus reculé où le discours avait encore un sens, où les représentations internes étaient encore stables, et où les modalités d'actualisation du virtuel étaient encore jouables pour éveiller une lueur intentionnelle, un **début de maîtrise** sur le présent.

La représentation interne est construite à partir des percepts confrontés aux souvenirs individuels et collectifs. Elle se compose d'éléments issus de la cognition. Elle est teintée d'éléments tensifs et passionnels. Elle est conscientisée (donnée immédiate de la conscience) permettant une présence du monde à soi, plus ou moins consistante. La présence sans synthèse préalable est conscientisée permettant la mise en place secondairement d'une représentation interne non fondée sur l'analyse des percepts. Elle n'a donc pas les mêmes caractéristiques objective et de structure que la précédente.

## Quelques points clés du chapitre 2 : Éléments de sémiotique perceptive et mémoire

Un signe, une unité de sens, est la réunion de quelque chose de perçu et de l'image mentale associée à cette perception, celle d'une expérience et d'une existence.

Les processus sémiotiques qui conduisent de la perception à l'image interne sont théoriquement, illimités.

Dans une forme évoluée de la maladie d'Alzheimer, mais aussi dans certaines psychoses, la symbolisation est altérée et seul l'objet  $\beta$ , la priméité, est accessible à la conscience du malade. Il en résulte une concrétisation de la pensée.

Une représentation interne est issue de la perception et d'un parcours de la construction de la signification qui fait intervenir dans son fonctionnement la mémoire. Des objets-souvenirs sont couplés de façon dynamique et interactive aux images internalisées des objets perçus.

L'image interne, la représentation interne, est un présupposé à la conscientisation. La conscience donne sa forme au monde et sa signification.

La conscientisation est un présupposé à une présence de soi au monde, du monde à soi.

L'imagination, les fantasmes, le désir, conduisent à une autre forme de présence sans parcours et sans synthèse préalable.

La perception d'un objet ne concerne pas seulement un sens, mais mobilisent plusieurs organes sensoriels, nécessitant une synesthésie, une synthèse des différentes afférences.

Pour être rendu intelligible, la représentation interne nécessite un tri axiologique et une simplification. Le sens enfin doit être stabilisé.

Synesthésie, tri, simplification et stabilisation sont perturbés dans la démence.

La représentation interne construite à partir des percepts est conscientisée (donnée immédiate de la conscience) permettant une présence du monde à soi, plus ou moins consistante. La présence sans synthèse préalable est conscientisée permettant la mise en place secondairement d'une représentation interne non fondée sur l'analyse des percepts.

## Du corps et de la présence

*« Le présent est ancré dans notre corps.*

*On pourrait même dire que c'est le corps qui définit le présent ».*

*Frédéric Worms*

Le corps intervient dans la perception par la sensorialité et la sensorimotricité, dans les processus de mémorisation et dans leur intégration à la psyché pour réaliser une présence du monde à soi et de soi au monde incarnée et fixée. Ce Chapitre s'appuie sur deux ouvrages du Pr Fontanille « Soma et Séma » (14) et « Corps et sens » (15). Il permet de rappeler des éléments sur la sémiotique du corps qui seront utilisés plus loin dans le texte à propos de la mémoire. D'un point de vue figuratif, un objet, comme toute figure du monde, a des propriétés plastiques et sensibles, et peut être impliqué dans des parcours de transformation figurative. Prenant en considération son rôle thématique et narratif, il représente un corps (253). Un corps quelconque est composé de matière, une substance, soumise de façon intrinsèque et extrinsèque à des forces, dont les différents équilibres lui procurent, pour une durée variable, une forme (254). La forme est repérée pour un observateur, par une relation indicielle, par son enveloppe, par son étendue matérielle qui manifestent une présence, et d'autre part, sur le plan iconique, par l'équilibre des forces la stabilisant (255). D'un point de vue sémiotique, un corps, dont le corps d'une personne, est une figure dotée d'une substance matérielle et d'une forme, l'enveloppe susceptible de recevoir des traces (inscriptions, patine liée à l'histoire de son utilisation, marquages, empreintes, etc.) de ses interactions avec d'autres corps (14).

### **I. Sens, signification et proprioception**

#### I-1. Corps et perception

Le paraître du sens présuppose une expérience perceptive, nécessairement corporelle, et la construction d'une existence interne dans le corps d'une personne, donc d'une part la perception des objets externes au sujet, et d'autre part la construction intéroceptive de ces objets en tant que figures<sup>80</sup> du monde pour le Soi (2), renvoyant à une existence sous forme de sensations, pour le Moi<sup>81</sup>. Les figures résultent à la fois de l'expérience perceptive présente couplée à une expérience perceptive passée (26). Elle s'associe, par iconicité, aux valeurs inscrites dans la mémoire (256) rattachées aux sensations et sensorimotricité antérieurement vécues, aux souvenirs collectifs introjectés plus ou moins consciemment, aux émotions éveillées par l'analogie avec ce qui est perçu, objets et situations, usages et pratiques, échec ou réussite des entreprises (257).

La première forme de reconnaissance du monde est proprioceptive, et rattachée au Corps-propre. Le corps propre se compose du Moi et du Soi. La première partie de la reconnaissance d'une situation implique, de façon singulière et individuelle, concerne donc le Corps-propre. Elle est complétée par une seconde, culturelle qui fixe et éprouve des valeurs (253). Elle est nécessaire pour stabiliser le sens de la représentation interne. Elle nécessite, de façon narrative, le recours à un système de référence, à une encyclopédie personnelle (mémoire sémantique) ou partagée, le savoir commun, collectif ou appartenant à un groupe restreint, et à une sémiosphère particulière (89) dans lesquels baigne le sujet (33, 258), afin de nommer les objets perçus. La reconnaissance, convoque des souvenirs, des épisodes structurés (mémoire épisodique) pour les confronter et les coupler à ce qui est perçu. Ces éléments mis en mots sont intégrés dans un récit intérieur avec d'autres éléments présents dans l'univers mental du moment (201, 207). Le récit établit une continuité intérieure, et est énoncé pour soi, pour installer une présence et assoir une intention. « Pour avoir un présent, [...] il faut que quelqu'un parle ; le présent est alors signalé par la coïncidence entre un événement et le discours qui l'énonce ; pour rejoindre le temps vécu à partir du temps chronique, il faut donc passer par le temps linguistique, référé au discours [...] »<sup>82</sup> (80). Le récit de vie intégrant un "je" qui y prend position et l'assume devient un discours de vie.

---

80 Greimas AJ, Courtés J, tome 1, 1979, p.149. Le terme figure désigne des unités du plan de l'expression ou du contenu qui sont les non- signes, c'est-à-dire des unités constituant séparément soit le plan de l'expression, soit celui du contenu.

81 La sensation est la réaction du corps et sa prise de conscience en réponse à une stimulation physique, qu'elle soit interne ou externe. La sensation peut être physique ou psychologique.

82 Paul Ricœur. Le temps raconté. Page 197

## I-2. Penser le Monde, la proprioception.

L'identification d'un objet perçu s'ouvre sur une arborescence taxonomique à partir des valeurs qui lui sont attachées, associé au répertoire expérientiel qui renvoie de façon indicielle à des objets similaires connus mémorisés, permettant l'identification d'un actant d'état. De façon iconique, l'objet renvoie à des catégories d'objets définis selon des perspectives d'usage, conduisant à l'identification d'un actant de transformation. La catégorisation participe à l'anasémiose par une circularité vertueuse [124].

Penser les objets – choses revient à les appréhender selon deux schémas distincts. En premier lieu, d'un point de vue anasémiotique, l'élaboration de la représentation interne à partir des percepts (5), leur perception consciente les institue en tant qu'objet externe à soi, et les situe dans leur rapport à d'autres objets dans un contexte donné, permettant de penser la présence à partir de la représentation interne rendue intelligible (26). En second lieu, d'un point de vue catasémiotique<sup>83</sup> (5), apparaissent l'**intention**, la virtualisation d'un possible pour la volonté puis la **motivation**, son actualisation, posant la question de la liberté de choix pour le sujet d'une réalisation, la question de la pratique possible que sous-tend la présence, pratique personnelle, sociale ou culturelle. Le sens qui assied la pensée n'est pas intrinsèquement dans leur représentation, mais il émerge de l'espace entre ces deux schémas de reconnaissance : présence et possibilité d'usage (253). Une présence sans synthèse est possible en dehors de ce schéma<sup>84</sup> (26, 137), nous l'avons vu. Une représentation interne particulière naît alors de la conscience de la présence.

---

<sup>83</sup> Francis Edeline et Jean-Marie Klinkenberg. *Pricipia Semiotica*. Pages 137-149

<sup>84</sup> Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*. Pages 504 et 505 : « L'analyse du corps propre et de la perception nous a révélé un rapport à l'objet, une signification plus profonde que celle-là. La chose n'est qu'une signification, c'est la signification « chose ». Soit. Mais quand je comprends une chose, par exemple un tableau, je n'en opère pas actuellement la synthèse, je viens au-devant d'elle avec mes champs sensoriels, mon champ perceptif, et finalement avec une typique de tout l'être possible, un montage universel à l'égard du monde. Au creux du sujet lui-même, nous découvrons donc la présence du monde, de sorte que le sujet ne devait plus être compris comme activité synthétique, mais comme ek-stase [définition authentique du temps à partir de l'être], et que toute opération active de signification ou de Sinn-gebung [acte de prêter un sens] apparaissait comme dérivée et secondaire par rapport à cette prégnance de la signification dans les signes qui pourrait définir le monde. »

L'univers extéroceptif, un signifiant, correspond au monde externe, par exemple au monde naturel perçu selon un mode **indiciel**. L'intéroceptif, un signifié, renvoie à la mise en mouvement de l'univers intérieur, l'éveil de sensations, à la suite d'un stimulus extéroceptif ou l'évocation de souvenirs présentant des **analogies** avec le présent. La proprioception <sup>85</sup>(2, 137) est la position abstraite du sujet engagé dans une perception, position de son corps imaginaire ou fantasmé, son Corps-propre, corps phénoménal ou encore corps-sentant (137). La prise de position du Corps-propre nécessite un clivage entre les deux univers extéroceptif et intéroceptif ainsi que la sémiologie qui les unit : la **perception des modifications de l'enveloppe** psychique du Soi séparant l'extéroceptif et l'intéroceptif, et les **sensations et la sensorimotricité** qui s'installent au niveau du Moi.

### I-3. Penser le Monde, la présence à l'autre.

Le Moi permet la « saisie analogisante » qui permet au sujet de s'inscrire dans l'intersubjectivité, en faisant l'expérience de son corps, de percevoir le corps de l'autre, par analogie : « Il est clair, soutient-il, que seule une ressemblance liant, à l'intérieur de ma sphère primordiale, ce corps là-bas et le mien, peut fournir le fondement d'une saisie analogisante du corps là-bas comme corps propre [chair] »<sup>86</sup> (259). Le Leibhaftigkeit, le monde en chair et en os, est la présence du monde à soi, et la présence de soi à l'autre. Ce monde incarné est le contact vital avec la réalité vécu, pendant inséparable de l'élan vital. Le ressenti du Moi de cette réalité fait émerger l'intention dans le monde et vers l'autre (31). Il institue la relation "Je-tu" selon Martin Buber (218), la confluence de deux Êtres, grâce à un "je" qui prend la responsabilité d'un "tu", qui vient à sa rencontre et appelle la réciprocité. La relation "je-tu" est cette rencontre dans la vie véritable d'Être à Être, de personne à personne, de présence à présence. Le "je" dans la relation "je-tu" est dans la présence à l'autre dans l'ici et maintenant. Il s'oppose au "je-chose", sans présence autrui, qui lui s'appuie sur le "on", le "il" ou le "elle", l'ailleurs, dans un autre temps, définissant l'indifférence et l'indifférenciation, une inconsistance énonciative.

La relation "je-tu" est une rencontre, un acte immédiat qui permet de faire surgir la présence. Elle est la connaissance et l'affirmation immédiate et totale de l'autre comme personne. Elle ne se

---

<sup>85</sup> Ibid. Page 114. « On entendait d'abord par «schéma corporel» un résumé de notre expérience corporelle, capable de donner un commentaire et une signification à l'intéroceptivité et à la proprioceptivité du moment » et Greimas et Courtès. Dictionnaire Raisoné de la théorie du langage. Entrée Proprioceptif

<sup>86</sup> Edmund Husserl. Les Méditations cartésiennes. Pages : 159-60

situe pas à l'intérieur des consciences mais entre elles, dans un entre-deux. Elle féconde le présent en lui donnant par la réciprocité accès à l'expérience vécue dans le maintenant. « Une présence n'est pas quelque chose de fugitif et de glissant, c'est un être qui nous attend et qui demeure. L'objet [dans la relation "je-cela"] n'est pas durée mais stagnation, arrêt, interruption, raidissement, isolement, absence de relation et de présence »<sup>87</sup>.

La conscience pour Martin Buber est la source active d'une manière d'agir et de se rapporter au monde et aux autres. Elle génère des attitudes intentionnelles par rapport à eux, ce qui présupposent un choix et un acte de la conscience fondant l'existence d'un "je" tourné dans leur direction : une présence (218). Les « mots principes » "je-tu" et "je-cela" sont les principes directeurs d'une intention volontaire et orientée qui actent par le langage la relation au monde et à autrui. « Le monde en tant qu'expérience relève du mot fondamental "je-cela". Le mot fondamental "je-tu" fonde le monde de la relation »<sup>88</sup>. La relation "je-tu" dans le domaine interpersonnel est le support, par réciprocité d'une identité chez l'autre, d'une présence réciproque. « Les mots [principes] qui sont la base du langage n'expriment pas une chose qui existerait en dehors d'eux, mais une fois dit, ils fondent une existence »<sup>89</sup>. La pensée du Buber n'est pas ici très éloignée de celle de Lévinas quant à la relation à l'altérité : « Ce qu'on présente comme l'échec de la communication dans l'amour, constitue précisément la positivité de la relation ; cette absence de l'autre est précisément sa présence comme autre. L'autre, c'est le prochain - mais la proximité n'est pas une dégradation ou une étape de la fusion. Dans la réciprocité des rapports, caractéristique de la civilisation, l'asymétrie de la relation intersubjective s'oublie »<sup>90</sup> (260).

## II. Le Corps propre, le Soi-peau et le Moi-chair

Les schémas présentés dans cette partie sont une prise de position parmi de nombreux autres schémas possibles. Ils ont été choisis pour permettre une mise en perspective des problématiques mnésiques et comportementales dans la maladie d'Alzheimer, et proposer des hypothèses explicatives. Ils introduisent la place du corps dans les processus mnésiques. Ils sont assis sur des arguments philosophiques (Merleau-Ponty, le Moi-chair) (73), sémiotiques (Pr Fontanille, le corps lieu de la sémiologie et les figures du corps) (14, 15) et psychanalytiques (Anzieu, le Moi-peau) (138, 261,

---

<sup>87</sup> Martin Buber. Je et tu. Page 45

<sup>88</sup> Martin Buber. Je et tu. Page 38.

<sup>89</sup> Ibid. Page 35

<sup>90</sup> Emmanuel Levinas. De l'existence à l'existant. Page 163.

262). (138, 261, 262). Nous ferons préalablement un bref rappel ici du concept de Moi-peau\* de Didier Anzieu.

## II-1. Le Moi-peau

Le Moi-peau est une métaphore de Didier Anzieu pour aborder le concept de l'enveloppe du Soi (138). Cette enveloppe assure la séparation entre monde extérieur et monde intérieur, contrôlant et régulant le tri et la polarisation de la direction des échanges. Surface d'inscription, l'enveloppe garde en mémoire les déformations qu'elle subit, figurativement, les empreintes des interactions entre intéro et extéroceptivité. En quelque sorte, elle crypte des traces mnésiques ou en décryptant d'anciennes antérieurement mémorisées - les déformations des limites, perceptibles et persistantes- (14, 138). Elle assure encore la contenance psychique : maintenance de la compacité du monde intérieur pour limiter l'angoisse du chaos devant des événements internes particuliers délicats à élaborer et menaçant le Soi de morcellement (fonction pare-excitation), assurant la maintenance de la connexité des événements intériorisés en association avec d'autres événements mémorisés. La fonction de maintenance assure une continuité du Soi dans le moment présent et maintient l'appartenance au Monde par l'ouverture ou la fermeture du monde intérieur selon l'intensité thymique, préservant le Moi-chair (262). Soutenant le conatus, l'effort pour persévérer dans son être, elles préservent l'individuation<sup>91</sup> (263). Une grille de lecture de ces mécanismes a donc été proposée par Didier Anzieu à travers son concept de Moi-peau (138). Le tableau présente quelques fonctions associées au Moi-peau, étant entendu que dans ce texte, que le Moi-peau renvoie au Soi (Self), donc à un Soi-peau (14).

---

<sup>91</sup> Spinoza B. Ethique III. Page 119 : « L'effort par lequel toute chose tend à persévérer dans son être n'est rien de plus que l'essence actuelle de cette chose. »

Tableau 1 : Quelques fonctions organiques de la peau transposée au Moi-peau

Fonctions organiques de la peau	Figures fonctionnelles psychiques
Soutènement musculo-squelettique	Maintenance psychique
Esthésie, fonction haptique	Contenance du self assurant l'unité psychique
Protection de l'organisme contre les agressions physiques externes	Fonction de pare-excitation, pour amortir les tensions internes
Expression des différences identitaires entre individus	Individualisation
Plurisensorialité	Intersensorialité, homogénéisation synesthésique
Toile de fond habituelle des plaisirs sexuels Surface réceptrice des stimuli et du tonus sensorimoteur par les excitations externes	Surface de soutien et contenance de l'excitation sexuelle Construction et recharge libidinale
Réception des informations directes sur le monde extérieur, expression des informations du monde intérieur vers le monde extérieur	Inscription des traces sensorielles Cryptage et décryptage des traces laissées par les interactions sur la surface inscriptible de l'enveloppe psychique

Le Corps-propre, Corps-actant\* lorsqu'il est engagé dans une action, sera présenté ici selon deux aspects de la perception du monde, le Moi, contenu de l'existence des sensations sensorimotrices, le Soi, support de l'expression de l'expérience de l'environnement pour le Moi<sup>92</sup> (137).

<sup>92</sup> Maurice Merleau-Ponty. Phénoménologie de la perception. Page 126 : « Le corps n'est donc pas l'un quelconque des objets extérieurs, qui offrirait seulement cette particularité d'être toujours là. S'il est

Le Soi assure l'interconnexion et la limite entre le monde extérieur et ses représentations internalisées, l'extéroceptif et intéroceptif, le Soi et le non-Soi<sup>93</sup> (137). Le terme de Soi-peau sera substitué au Moi-peau de Didier Anzieux (138), faisant pendant au Moi-chair de Merleau-Ponty <sup>94</sup>(73), pour garder une cohérence avec la sémiotique développée dans « Corps et Sens » du professeur Fontanille (15). « Le Moi-peau fournit une enveloppe contenant à la multiplicité éparse des données sensorielles, émotionnelles, kinesthésiques, qui peuvent ainsi devenir des contenus psychique »<sup>95</sup> (261).

## II-2. Le Soi-peau et le Moi-chair

L'enveloppe psychique, le Soi-peau, a une fonction de séparation et de connexion, de régulation entre le monde extérieur et intérieur, et d'autre part une fonction de contenance de ce dernier. La fonction de séparation et de régulation permet de sentir le monde comme distinct de soi, de le ressentir comme autre. Séparation et différenciation permettent de s'approprier les éprouvés. L'enveloppe est le réceptacle pour le plaisir et la douleur. Elle a un rôle de tri axiologique entre les diverses stimulations reçues de l'extérieur, assurant et maintenant la connexité des stimulations extérieures et intérieures, selon le principe cœnesthésique<sup>96</sup> (15), le sens de la position de soi par rapport au temps et à l'espace extérieur à lui. L'enveloppe garde la trace des événements extérieurs et intérieurs, se déformant comme pour garder les empreintes, la mémoire de toutes les interactions. Les forces qui s'exercent sur l'enveloppe peuvent être d'origine interne ou externe. L'enveloppe a des seuils perceptifs et de tolérance (ruptures possibles). Dans ce rôle de séparation avec l'extérieur, l'enveloppe psychique du Soi-peau est une surface d'inscription de ses empreintes.

L'enveloppe psychique du Soi-peau une fonction de contenance, assurant l'unification et la cohésion intéroceptive, évitant d'éventuelles tensions de dispersion (fonction pare-excitation). Les

---

permanent, c'est d'une permanence absolue qui sert de fond à la permanence relative des objets à l'éclipse, des véritables objets. La présence et l'absence des objets extérieurs ne sont que des variations à l'intérieur d'un champ de présence primordial, d'un domaine perceptif sur lesquels mon corps a puissance. »

<sup>93</sup> Ibid. Page 145 : « Si je n'apprends pas en moi-même à reconnaître la jonction du pour soi et de l'en soi, aucune de ces mécaniques que sont les autres corps ne pourra jamais s'animer, [428] si je n'ai pas de dehors les autres n'ont pas de dedans. »

<sup>94</sup> Maurice Merleau-Ponty. Le visible et l'invisible. Page 181 : « le corps (...) n'est pas fondamentalement ni chose vue seulement, ni voyant seulement, il est la Visibilité plutôt errante et tantôt rassemblée. »

<sup>95</sup> Didier Anzieux. Le corps à l'œuvre. Page 72

<sup>96</sup> Jacques Fontanille. Corps et sens. Page 91

opposants aux différents mouvements et forces psychiques, elle permet de donner une forme globale à la pensée.

Le Moi et le Soi se présupposent et se définissent réciproquement. Le Soi est la part de l'actant que le Moi projette pour se construire en agissant. Le Moi est cette part de l'actant à laquelle le Soi se réfère en se construisant. Le Moi, centre sensorimoteur, procure au Soi l'impulsion et la résistance pour lui permettre de s'inscrire dans un devenir, dans un mouvement tourné vers l'avenir : l'élan vital (31, 264). Le Soi renvoie au Moi les éléments qui lui sont nécessaires pour contenir les ébranlements des changements induits par l'altérité (principe kinesthésique). Le Moi est confronté aux tensions du Soi qui naissent de ses interactions avec l'environnement, d'un côté la **visée de l'altérité**, sollicitant la permanence identitaire malgré les changements, avec le risque de ne pouvoir l'affronter (saturation), le Soi-ipsé (79), de l'autre la **saisie de la permanence**, de la répétition stérile (rémanence), la mêmeté, le Soi-idem<sup>97</sup>. Ce paradoxe et la dialectique de l'Égo et de l'Alter ne sont possibles que si l'Égo et l'Alter Ego sont définis par leurs situations et ne s'achèvent pas avec le retour à un champ de présence<sup>98</sup> de soi au monde (137). Ils ne peuvent se fondre sans entraîner une confusion chez la personne comme on l'observe dans la démence.

Les motions intimes du Moi évoluent selon un principe d'inertie continue par un seuil bas de rémanence et haut de saturation (principe de kinesthésie). « Le Moi et le Soi sont, en quelque sorte, inséparables, ce sont le recto et le verso d'une même entité, le Corps-actant\* »<sup>99</sup>. Le Soi expérimente le monde, le Moi ressent son existence. Le Moi garde les empreintes des sensations de motions intimes que lui transmet le Soi-peau.

Le Corps-propre est une sémiotique-objet\* dont le Soi est le plan de l'expression, le Moi le contenu. Le Moi est un centre de mouvements sensorimoteurs et des sensations, le lieu corporel de l'immédiateté et de la présence vivante au monde. Au Soi-peau, frontière plus ou moins poreuse entre le monde extérieur et intérieur, correspond l'idée d'un Moi-chair, la matière même du corps<sup>100</sup>. Dans

---

<sup>97</sup> Ibid. Page 26

<sup>98</sup> Maurice Merleau-Ponty. Phénoménologie de la perception. Page 18 : «Ce paradoxe et cette dialectique de l'Égo et de l'Alter ne sont possibles que si l'Égo et l'Alter Ego sont définis par leur situation et non pas libérés de toute inhérence, c'est-à-dire si la philosophie ne s'achève pas avec le retour au moi, et si je découvre par la réflexion non seulement ma présence à moi-même, mais encore la possibilité d'un « spectateur étranger », c'est-à-dire encore si, au moment même où j'éprouve mon existence, et jusqu'à cette pointe extrême de la réflexion, je manque encore de cette densité absolue qui me ferait sortir du temps et je découvre en moi une sorte de faiblesse interne qui m'empêche d'être absolument individu et m'expose au regard des autres comme un homme parmi les hommes ou au moins une conscience parmi les consciences. »

<sup>99</sup> Ibid. Page 13

<sup>100</sup> Ibid. Page 75

ses écrits posthumes, Merleau-Ponty évoque une « expérience » différente de la classique phénoménologie de la perception, celle de la chair. « Ce que nous appelons chair, cette masse intérieurement travaillée, n'a de nom dans aucune philosophie », « l'épaisseur du corps, loin de rivaliser avec celle du monde, et au contraire le seul moyen que j'ai d'aller au cœur des choses, en me faisant monde et en les faisant chair. Le corps interposé n'est pas lui-même chose, matière interstitielle, tissu conjonctif, mais sensible pour soi... »<sup>101</sup> (73).

### II-3. Les présentations de l'identité

Trois présentations de l'identité renvoient au Corps-propre en devenir (corps-actant) : le **Moi-chair** pour la prise de position et la référence, le **Soi-idem** pour la saisie de l'étendue, la répétition sans tension, la persistance et la programmation et le **Soi-ipsé** pour la visée tensive, les risques induits par l'altérité, la persévérance et l'ajustement pour l'accommodation des pratiques. Elles entrent en interaction dans le modèle de production de l'acte, délimitant trois aires, celle de la cohésion de l'action, celle de la congruence et celle de la cohérence de l'action. Le Soi-idem renvoie à la persistance et la programmation pour l'accommodation des pratiques, le Soi-ipsé à la persévérance et l'ajustement (Figure 1).

---

<sup>101</sup> Maurice Merleau-Ponty. Le visible et l'invisible. Pages 176 et 178-179

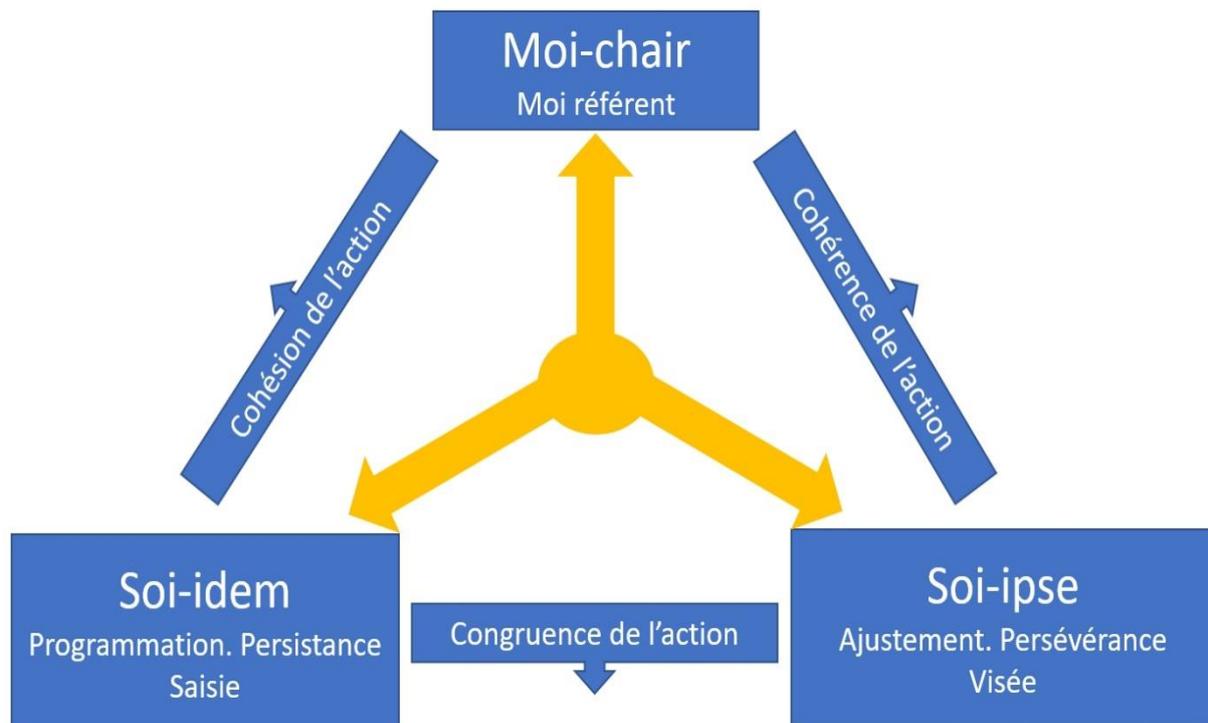


Figure 1 : Aires de déploiement des pratiques en fonction des présentations identitaires du corps-actant

#### II-4. Cœnesthésie et kinesthésie

Le champ de perception propose des objets perçus comme extérieurs à soi. Ils renvoient par indiçage à des éléments intériorisés préalablement connus, présents dans les bibliothèques mnésiques et pour des éléments nouveaux à découvrir, à classer dans la mémoire, ou par iconisation\* à des éléments renvoyant des émotions anciennes. Du simple point de vue extéroceptif, ils sont simplement juxtaposés, classés en kernels et satellites. Leurs connexités, la dynamique de leurs interrelations, permettent de définir un effet de sens dans une situation donnée (52, 207). Le Soi se perçoit comme position corporelle dans le monde, la cœnesthésie (32, 136).

La fonction de l'enveloppe psychique (Soi-peau) est ici d'assurer, par son interface, une synesthésie de connexion, aboutissant à la distinction du propre et du non-propre. Sur le plan tensif, le Soi est interrogé en intensité et en extensité par sa distance avec le monde extérieur, en proximité ou éloigné, par ses limites entre position du sujet et l'éloignement de son horizon qui définissent la profondeur du champ de perception. Il est encore interrogé sur le plan phorique par le caractère attirant ou repoussant du champ, par ses frontières sensibles, l'étranger, le familier, le propre et

l'intime à la personne. Des transformations de ces limites sont possibles sous l'action de forces d'origine interne ou externe, dans l'interaction du Soi avec le monde (222). Des modalités et des passions peuvent émerger dans le champ de présence et étayer des intentions.

L'expérience tirée des objets, leur agencement et leurs relations dans un contexte donné se transforment sur le plan du contenu, existentiel, en un vécu, des états d'âme, dont l'intensité ébranle plus ou moins le Moi. Les objets internalisés existent non plus par ce qu'ils sont en soi, mais parce ce qu'ils représentent pour le Moi, renvoyant par analogie, par des relations hypoiconiques, à des objets, à des mouvements et à des situations issues du monde naturel, ou déjà éprouvées et mémorisées. Internalisés, ils sollicitent la mémoire, modifient et ancrent des souvenirs antérieurs. Le Moi garde en mémoire des empreintes sensorimotrices et des motions intimes imprimées dans les sensations. La fonction contenante de l'enveloppe psychique est ici d'assurer une synesthésie\* de la sensorimotricité. L'enveloppe participe ici à l'unité et la cohésion du Moi-chair (137). La sémiotique produite par la sensori-motricité est mimétique et hypoiconique dès lors qu'elle est dotée d'une orientation intentionnelle<sup>102</sup> (15, 265).

Les objets internalisés mobilisent des sensations (kinesthésie) sur le plan tensif en intensité (visée), en extensité (saisie) (136) et selon une perspective de développement pratique possible (263), ouvrant ainsi une dimension intentionnelle, voire motivationnelle. Cependant, une visée peut être de basse ou de très basse intensité (projet vague, « je ne sais pas trop ce que je veux »), et les saisies quasi ponctuelles, des fulgurances. La visée peut être nulle (diffuse, état d'attente inconscient et permanent) et, néanmoins sans extensité, par exemple, pour Blaise Pascal lors de la nuit du 23 au 24 novembre 1654, dite la Nuit de feu. Du rien peut naître une présence. Une extensité nulle de la saisie équivaut cependant souvent à une intensité pathique maximale.

Cette résonance intérieure, la mobilisation des sensations, permet de comprendre la situation<sup>103</sup> pour prendre position (état) et éventuellement d'en tirer des conséquences en termes d'agir (transformation). Les actes perceptifs mobilisent les trois dimensions cognitives, sensibles et conatives (29, 32) : la saisie est la perspective **cognitive** et concerne l'intelligibilité du monde, la **visée permet de l'éprouver** et de vivre ses passions, d'asseoir l'intention, puis le processus motivationnel. Elle gouverne la prise de position dans le champ de la perception pour le transformer en champ de

---

<sup>102</sup> Pour Pierce, l'hypoicône est une image matérielle, un tableau sans légende ni étiquette. Fontanille Jacques. Corps et sens. Page 81-101. Un enfant tendant les deux bras évoque un avion, il produit une équivalence entre sa perception de l'objet et la forme dynamique mise en œuvre avec son corps, l'action mimée par le corps n'est signifiante que si elle est liée à une intention.

<sup>103</sup> Etymologie de comprendre : cum « avec », prehendere « saisir »

présence<sup>104</sup> du monde à soi (137). Le monde renvoie le Soi à un questionnement existentiel impliquant une prise de position par rapport au champ de présence à soi plus ou moins intense (phorie) selon l'intérêt portée à la situation, un possible engagement pour en saisir les composants voire pour s'engager dans une pratique et sa transformation. La **conation** renvoie la persévérance dans l'être ou dans l'action. La prise de position intentionnelle comme la permanence actantielle dans une situation donnée est le conatus (263). L'engagement éventuel dans une pratique, est la **motivation** (29, 266) nécessitant un choix, « la direction (source/cible) et un contrôle de cette direction, qui peut en modifier l'orientation, la dédoubler, l'interrompre, la prolonger »<sup>105</sup> (8).

## II. 6. Le corps et l'homogénéisation synesthésique

L'homogénéisation synesthésique\* est nécessaire pour permettre une interprétation à partir de la polysensorialité. Elle conduit à deux voies, permettant la proprioception, celle de l'**esthésie** (cœnesthésie), pour le sens des positions, renvoyant au Soi, et la kinesthésie, pour le sens du mouvement rattaché au Moi, et celle de la **fonctionnalité** : l'interface, les conditions d'un contact entre le monde extérieur et le monde intérieur (Soi-peau) et l'ébranlement de la chair (Moi-chair), l'éveil affectif, la réalisation par le Corps-propre du réel interne par la sensorimotricité. Elle implique donc deux instances corporelles, le Soi-enveloppe, surface d'inscription, la limite entre le Soi et le non-Soi et contenant psychique, et le Moi-chair, l'internalité, le contenu des sensations. On peut regrouper ici les modes synesthésiques de l'homogénéisation de l'existence sémiotique (Tableau 4), de l'expérience à l'existence (6).

---

<sup>104</sup> Pour Maurice Merleau-Ponty, la perception ouvre au champ de présence en s'étendant à la dimension temporelle et en convoquant le corps. Phénoménologie de la perception. Page 323 : « La perception me donne un « champ de présence » au sens large qui s'étend selon deux dimensions : la dimension ici-là-bas et la dimension passé-présent-futur. » Page 234 : « L'identité de la chose à travers l'expérience perceptive n'est qu'un autre aspect de l'identité du corps propre au cours des mouvements d'exploration, elle est donc de même sorte qu'elle : comme le schéma corporel, la cheminée est un système d'équivalences qui ne se fonde pas sur la reconnaissance de quelque loi, mais sur l'épreuve d'une présence corporelle. »

<sup>105</sup> Fontanille J Sémiotique du discours. Page 154

Tableau 2 : Modes synesthésiques de l'homogénéisation de l'existence sémiotique

<b>Instance corporelle</b>	<b>Soi-enveloppe</b>	<b>Moi-chair</b>
Objet perçu	La chose en tant que chose extérieure	La chose existante en soi
Esthésie	Cœnesthésie	Kinesthésie
Fonction impliquée	Contact/phorie	Sensori-motricité/tensivité
Figure actantielle	Déformation de l'enveloppe	Mouvements intimes
Motus operandi de la saisie	Connexion	Analogie
Point de vue	Position	Force conduisant à une motion intime
Sémiosis	Indiciel	Hypoiconique
Type syntaxique	Enoncé d'état	Enoncé de faire

Nous retrouverons ces instances corporelles et la mise en œuvre des figures du corps dans les processus de mémorisation. Dans la maladie d'Alzheimer, la fonction pare-excitation du Soi-peau n'est plus efficace, les tensions intérieures ne sont plus contenues par des contacts corporels apaisants avec l'extérieur. Soi et non-Soi ne sont pas toujours clairement séparés. Un patient peut se lever de table et insulter sa voisine pourtant silencieuse, sur le prétexte qu'elle lui reproche de trop manger. Une cuillère qui tombe de la table voisine, peut être prise pour une agression personnelle. Les tensions sensorimotrices du Moi, ne correspondent parfois à aucune expérience du monde extérieur. L'agitation spontanée et incohérente, les stéréotypies gestuelles, les gémissements et les cris des malades atteints de démence avancée, n'ont ni sens, ni relations avec un élément extéroceptif. « Dans cette répétition des restes, il n'y a rien d'autre que l'affirmation exclusive, totalitaire de l'affectivité prisonnière d'où est exclu tout contact affectif. L'avenir, le présent sont sans valeur autre que celle qui résulte de la souffrance et de l'effondrement vital » (146). La relation sémiotique entre le Moi et le Soi est perturbée dans la démence.

### **Quelques points clés du chapitre 3 : Du corps et de la présence**

Le sens présuppose une expérience perceptive et la construction d'une existence interne au corps d'une personne, la perception des objets qui lui sont externes au sujet, et leur construction intéroceptive.

La première forme de reconnaissance du monde est proprioceptive, rattachée au Corps- la seconde est culturelle fixant et éprouvant des valeurs.

L'enveloppe psychique, le Soi-peau, a une fonction de séparation et de connexion entre le monde extérieur et intérieur permettant la distinction du Soi et du non-Soi.

Elle est une surface d'inscription de ses empreintes des interactions entre ces deux mondes.

Elle a une fonction de contenance, assurant l'unification et la cohésion intéroceptive, évitant d'éventuelles tensions de dispersion (fonction pare-excitation).

Le Moi garde les empreintes des sensations et des motions intimes sensorimotrices.

Le Soi expérimente le monde, le Moi ressent son existence. Le Corps-propre est une sémiotique-objet dont le Soi est le plan de l'expression, le Moi le contenu.

L'Égo et l'Alter Ego sont définis par leurs situations et ne s'achèvent pas avec le retour à un champ de présence de soi au monde. Ils ne peuvent se fondre sans entraîner une confusion chez la personne comme on l'observe dans la démence.

L'homogénéisation synesthésique conditionne la proprioception. Elle emprunte la voie de l'esthésie (cœnesthésie), renvoyant au Soi, et la kinesthésie, renvoyant au Moi, et la voie de la fonctionnalité, l'interface entre le monde extérieur et le monde intérieur (Soi-peau) et l'ébranlement de la chair (Moi-chair).

Le récit de vie intégrant un "je" qui y prend position et l'assume devient un discours de vie. Le discours de vie dans la démence tend à se dépersonnaliser et à devenir inconsistant.

La relation sémiotique entre le Moi et le Soi est perturbée dans la démence.

## L'espace tensif et la maladie d'Alzheimer

« Vous n'avez pas connu le corps de la Femme !

J'ai connu le corps de ma mère malade, puis mourante »

Roland Barthes

Nous ferons dans ce chapitre un rappel du système tensif\* en sémiotique et nous donnerons un exemple de son application à un processus mnémotechnique, le théâtre de la mémoire de Don Camillo. Nous en donnerons des exemples d'applications selon les stades de la maladie démentielle. Nous le concluons par une brève synthèse pour introduire les chapitres suivants et délimiter des concepts et leurs articulations, abordés dans les chapitres précédents et qui seront manipulés ultérieurement : images et représentations internes, les diverses intensités de la conscientisation de celles-ci, la présence à soi et au monde.

L'espace tensif mobilise des notions telles que celles de champ positionnel, de champ de présence, d'instance de discours et du corps, qui sont impliquées dans la signification. La grammaire du sensible lie indissociablement l'intelligible et l'étendue (le nombre et toutes morphologies quantitatives, le déploiement spatial ou temporel), au sensible et à l'intensité (l'affect, la force, l'énergie). Toute signification est intimement liée au temps et à l'espace vécu (31) mais ne peut se faire au détriment de l'expérience (32). Les modulations tensives sont présentes à tous les niveaux des parcours génératifs\*, permettant une « conversion tensive ». La dimension tensive mobilise aussi bien au niveau énonciatif qu'au niveau énoncif\* des discours (267).

Le champ de présence sera envisagé selon trois déclinaisons différentes : champ de présence du monde à soi, de soi au monde et dans l'énonciation qui manifeste le champ de présence et la capacité de l'exprimer (268). Le champ de présence renvoie le sujet à une position, une mise en

perspective et un parcours. La présence du sujet au monde se fait en deux mouvements successifs. Le premier est lié au corps ressentant, l'autre est discursif, ce qui implique une interprétation, la mise en mot d'un énoncé et un acte d'énonciation. La signification d'un objet dans l'environnement ne peut être envisagée pour un sujet observateur que si celui-ci est affecté par la présence de l'objet à soi, ce qui nécessite d'articuler le corps, les percepts et les affects. « Chaque effet de la présence sensible associe donc, pour être justement qualifié de "présence", un certain degré d'intensité et une certaine position ou quantité dans l'étendue. La présence conjugue en somme des forces d'une part, et des positions et des quantités, d'autre part. Notons ici que l'effet d'intensité apparaît comme interne, et l'effet d'étendue, comme externe »<sup>106</sup> (8). Nous prendrons pour hypothèse, dans le cadre de cette étude sur la pathologie démentielle, que le discours est avant tout pour soi, avant d'être adressé à autrui, une voix intérieure nécessaire pour fixer le sensible, ancrer le monde à soi et le manifester. Le corps sensible est le centre des régulations énonciatives. La présence du sujet malade dans l'instance de son discours sera un de nos questionnements. « L'instance de discours prend position dans un champ, qui est d'abord, et avant même d'être un champ où s'exerce la capacité de langage, un champ de présence sensible et perceptive »<sup>107</sup> (269). La présence du sujet à lui-même associe l'expérience et l'existence, le Soi et le Moi, correspondant à des modes d'expérience (devoir, pouvoir, vouloir, croire ...) et à des modes d'existence (potentiel, virtuel, actuel, réel).

## I. Rappels sur la notion d'espace tensif

La réflexion sur l'espace tensif a été introduite par Jacques Fontanille et Claude Zilberberg (8, 28). Cette notion est polysémique et pointe l'horizon de toute pluralité saisie<sup>108</sup> (32). L'espace tensif se décline en deux valences qui se combinent, l'intensité\* et extensité\* (Tableau 1). Conformément à la définition des deux plans du langage, l'intensité caractérise le domaine interne, intéroceptif, l'origine des stimulus provenant de l'organisme même et animant le Moi. Il deviendra le plan du contenu, le plan des signifiés. L'étendue, le domaine externe, extéroceptif pour le corps, l'origine des

---

<sup>106</sup> Jacques Fontanille. *Sémiotique du discours*. Page 66.

<sup>107</sup> Jacques Fontanille. *Sémiotique et littérature. Essais de méthode*. Page 233.

<sup>108</sup> Jacques Fontanille. *La sémiotique est-elle générative* : « L'espace tensif est le lieu même de la régulation des conversions, le lieu de résolution des phénomènes de valeurs et positions, le lieu la transformation des sujets sensibles en sujets cognitifs, le lieu, enfin, de la corrélation entre force et énergie des affects et du sentir, d'une part, nombre et étendue des articulations d'autre part. »

stimulus provenant du monde externe. Il deviendra le plan de l'expression, le plan des signifiants <sup>109</sup> (8), l'intéroceptif pour le Soi. Le sensible exerce un contrôle tantôt autoritaire, tantôt libéral, sur l'intelligible : « Le propre du monde intellectuel est d'être toujours bousculé par le monde sensible ». Le sensible est régissant, et l'intelligible régit (28).

### I-1. L'intensité tensiv

De la coalescence de l'intensité et extensité naît l'aspect subjectif d'une situation ou d'un événement, la tensivité, le domaine de la proprioception, prise de position et expérience du Corps-propre. « La tensivité est le lieu, ou le front, où se joignent, se rejoignent, l'intensité au titre de sommes des états d'âme et l'extensité au titre de sommes de l'état des choses » <sup>110</sup> (28).

Tableau 1 : Postulats théoriques du schéma tensif (270)

Intensité	Extensité
Plan du contenu/signifiés	Plan de l'expression/signifiants
Perceptible, ressenti affectif	Intelligible
Etats d'âme, passion	Etats des choses
Thymie et affect	Cognition
Intéroceptif	Extéroceptif
Visée	Saisie

L'intensité renvoie aux **états d'âme**, au vécu psychologique à partir de ce que la personne saisit de son environnement. Selon que les événements sont prenants ou non, l'intensité est plus ou moins forte. L'intensité est conditionnée par le tempo et la tonicité. *Une intrusion brutale d'une personne dans la chambre d'un malade ou l'entrée d'un soignant après qu'il ait frappé à la porte, ne conduisent pas au même résultat pour un malade. Il est surpris par la survenue du visiteur. Il est prévenu de l'entrée du soignant.* L'extensité est l'étendue sur laquelle s'applique l'intensité. Elle correspond à la quantité, à la variété, à l'étendue spatiale et temporelle des phénomènes, à l'espace perçu à travers les sens, à

<sup>109</sup> Jacques Fontanille. Sémiotique du discours. Page 72 : « L'intensité caractérise le domaine interne, intéroceptif, et qui deviendra le plan du contenu ; l'étendue caractérise le domaine externe, extéroceptifs, et qui deviendra le plan de l'expression ; la corrélation entre les deux domaines résulte de la prise de position d'un corps propre, celui-là même qui est le siège de l'effet de la présence sensible ; elle est donc proprioceptive. »

<sup>110</sup> Claude Zilberberg. La structure tensiv. Page 19

un espace orienté dont l'origine est le corps du sujet, composé d'objets perçus dénombrables dans le champ de présence. Elle est le siège d'une psychodynamique installée dans une mesure temporelle et déployée dans un espace. L'extensité renvoie à **l'état des choses**, à ce que le sujet peut décliner et viser à partir de ce qu'il vit (32). Tout ce qui relève de l'argumentation, du commentaire, du dénombrement, et tout ce qui se déploie, relèvent de l'extensité. L'environnement peut ainsi être concentré, avec de multiples choses à gérer dans un temps limité, comme c'est souvent le cas pour les soignants, ou au contraire être diffus, clairsemé, familier à un malade dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) bien géré. Il peut être qualifié de dense ou dilué en combinant l'aspect quantitatif et l'étendue spatiale ou temporelle (270).

L'intensité renvoie à une dynamique émotionnelle et affective, l'extensité à une dynamique cognitive, à l'intelligible et ces deux dimensions relèvent de la sémiotique du continu. La dimension de l'intensité a pour **fonctifs** \* la tension forte versus faible, celle de l'extensité la tension concentrée versus diffus<sup>111</sup> (271). Intensité et étendue sont des dimensions graduelles, ouvertes, orientables et réversibles, que l'on peut représenter sur un schéma exprimant en ordonnée le gradient de l'intensité et en abscisse celui de l'étendue (figure 1).

Visée et saisie renvoient aux propriétés combinatoires des objets et du sujet et à leurs positions relatives, source ou cible. Elles sont la première articulation de la présence du sujet au monde. La visée est le mouvement portant sur l'intensité de la présence sensible, l'intention du sujet, et la saisie celui portant sur l'étendue, les limites et le contenu de l'objet qui en font la pertinence pour lui <sup>112</sup> (8). L'actant-corps peut donc être impliqué dans une visée qui est intensive, et/ou dans une saisie qui est extensive. Il peut être dans les deux cas la source ou la cible. Une forme de vie qui privilégie la visée est ouverte sur la diversité des possibles, si elle privilégie la saisie des horizons, elle limite la perspective, nous le verrons à propos des relations de patients déments avec l'environnement.

## I-2. Les fonctifs

---

<sup>111</sup> Claude Zilberberg. Des formes de vie aux valeurs. Page 29 : « Du point de vue sémiotique, les définitions des grandeurs proprement sémiotiques ont pour contenu une complexité située, c'est-à-dire une région particulière de l'espace tensif. »

<sup>112</sup> Jacques Fontanille. Sémiotique du discours. Page 38 : « La présence, qualité sensible par excellence, est donc une première articulation sémiotique de la perception. L'affect qui nous touche, cette intensité qui caractérise notre relation avec le monde, cette tension en direction du monde, est l'affaire de la visée intentionnelle ; la position, l'étendue et la quantité caractérisent en revanche les limites et le contenu du domaine de pertinence, c'est-à-dire la saisie. La présence engage donc les deux opérations sémiotiques élémentaires dont nous avons déjà fait état : la visée, plus ou moins intense, et la saisie, plus ou moins étendue. »

La notion de fonctif revenant régulièrement dans les textes sémiotiques, nous en donnerons la définition. Les rapports qui permettent une analyse sont des fonctions, les points d'origine et terminal d'une fonction sont des fonctifs. Hjelmslev distingue deux types de fonctifs<sup>113</sup> (76). La constante est un fonctif dont la présence est une condition nécessaire à l'autre fonctif et la variable, un fonctif dont la présence ne conditionne pas la présence d'un autre fonctif (272). Hjelmslev décrit encore trois types de fonctions. L'interdépendance suppose une dépendance réciproque. Les deux termes ici se présupposent mutuellement. Une détermination est une dépendance unilatérale. L'un des termes suppose l'autre et non l'inverse. Enfin d'autres fonctions sont plus lâches, les constellations, les fonctifs \* sont alors dans un rapport réciproque sans que l'un suppose l'autre. Au niveau d'un texte, Hjelmslev parle de relations, des syntagmes pour Saussure, tandis qu'au niveau d'un système, il utilise le terme de corrélations, des associations pour Saussure. Un système est une condition nécessaire à l'existence d'un processus. Nous rencontrerons fréquemment dans cette thèse la notion de couplage de fonctions indépendantes mais interreliées, ce dans une dynamique à la fois temporelle et circonstanciée.

### I-3. Le schéma tensif

Le schéma tensif présente à la fois une structure conceptuelle portant sur la régulation de l'interaction entre le sensible et l'intelligible, un réseau, combinant deux valences intensité et extensité, et une représentation visuelle. Des tensions et des détenteurs modulent cette interaction<sup>114</sup> (8). Selon que l'intensité est faible ou forte, l'extensité basse, diluée ou élevée, concentrée, quatre zones sont délimitées dans ce schéma, définissant quatre types d'émotions, plates, éclatantes, rayonnantes, vides (figure 1). Le rabattement des deux dimensions l'une sur l'autre produit deux intersections remarquables, le fort et le concentré d'un côté, le faible et le diffus de l'autre correspondant aux définitions respectives de l'éclat et de la vacuité (271).

Intensité et extensité peuvent présenter deux types de corrélation permettant d'évaluer l'évolution des valences d'un événement entre son début et sa fin : corrélation converse, directe, ou inverse. Dans le premier cas, l'augmentation de l'intensité ou sa décroissance va de pair avec un mouvement parallèle de l'extensité, dans le second, lorsque l'une augmente l'autre diminue et inversement. Les schémas tensifs sont représentables selon quatre formes canoniques, selon la diminution ou l'augmentation de la tension sensible et selon les contraintes ou les facilités cognitives

---

<sup>113</sup> Louis Hjelmslev. Prolégomènes à une théorie du langage. Pages 49-57

<sup>114</sup> Page 103 : « la syntaxe du discours, cet enchaînement à cette superposition d'actes, conjugue donc à tout moment la dimension de l'intensité (le sensible) et celle de l'étendue (intelligible). »

(figure 2). Dans le schéma de la décadence, l'intensité décroît et l'extensité augmente. Dans celui de l'ascendance, l'extensité se réduit quand l'intensité augmente. Dans le schéma de l'amplification, intensité et extensité croissent, inversement dans celui de l'atténuation intensité et extensité diminuent.

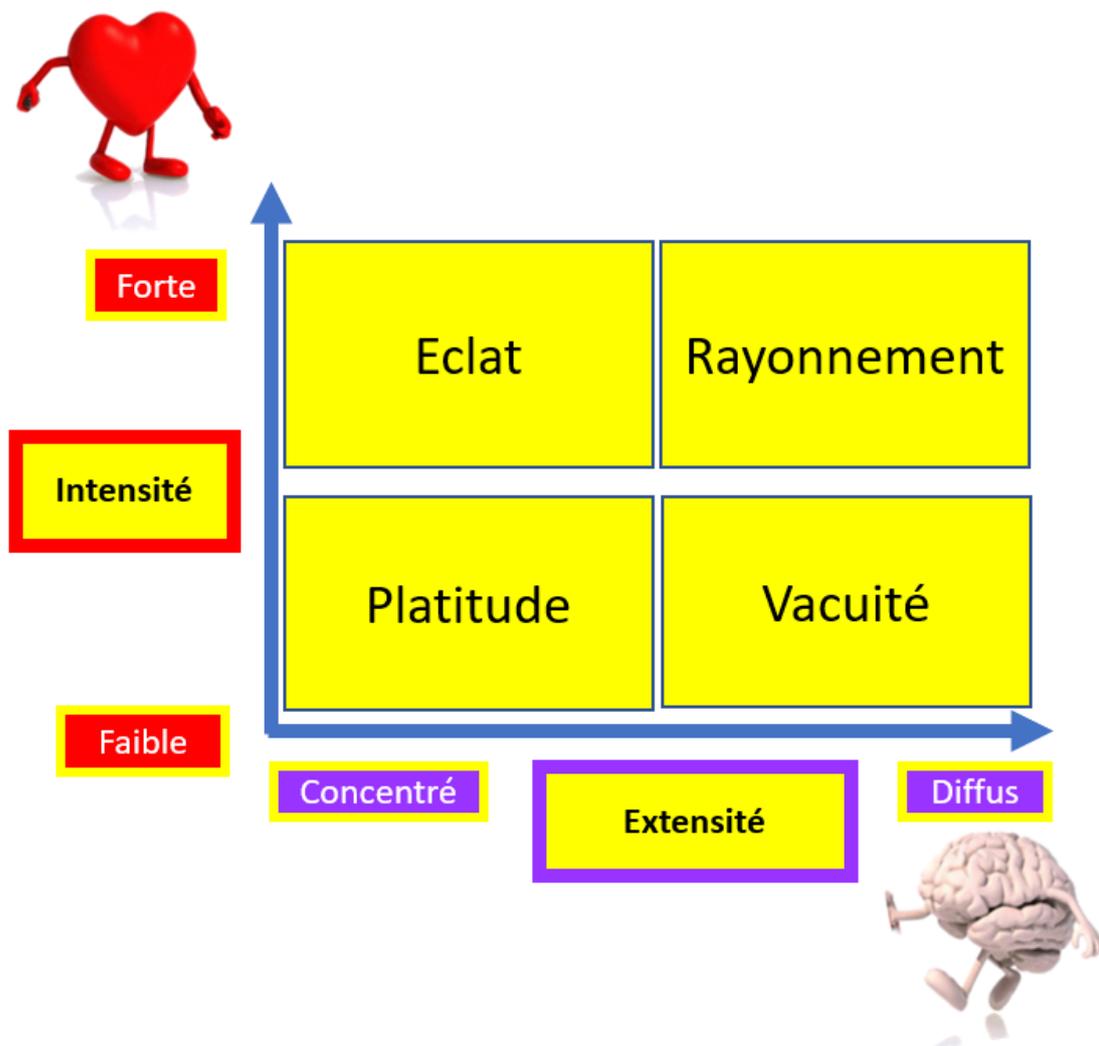


Figure 1 : L'espace tensif. Deux valences : Intensité et Extensité

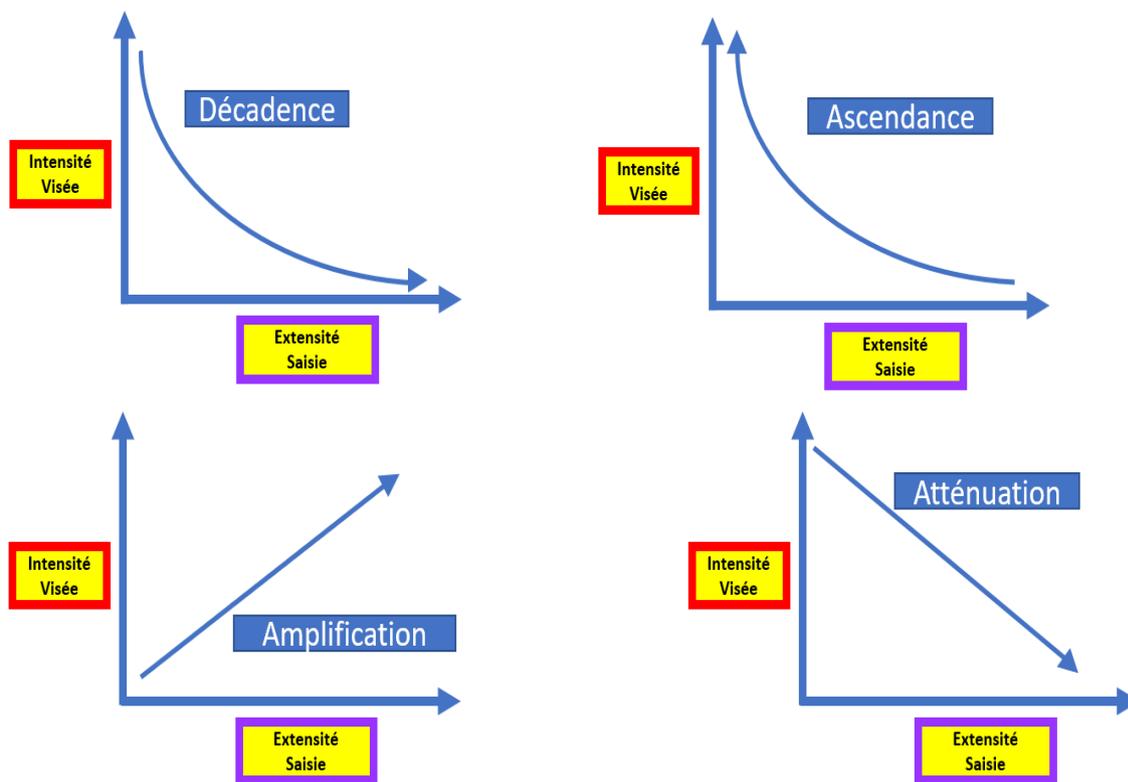


Figure 2 : Les quatre schémas d'évolution de la tension dans un événement

La **syntaxe intensive** règle les augmentations et les diminutions. La **syntaxe extensive** règle le tri qui augmente la diversité et le nombre ou le mélange qui diminue la diversité et/ou le nombre. La **syntaxe jonctive**, qui oppose l'implication (je me prépare à ...,ou, si ... donc je fais) ou à la concession (je fais avec..., ou, malgré les obstacles, je persévère à...), règle quant à elle l'attendu et l'inattendu (136, 270). Intensité et extensité se décomposent chacune en deux sous-dimensions, deux subvalences, respectivement le tempo et la tonicité, et la temporalité et la spatialité. Le découpage des deux subvalences intensives et des deux subvalences extensives peut se faire selon les trois phorèmes évoqués par Binswanger à propos de l'espace psychopathologique, la direction, la position, l'élan (32) (Tableau 2) (136). Un découpage supplémentaire peut être fait selon quatre catégories aspectuelles élémentaires, amenuisement, atténuation, relèvement et redoublement établissant ainsi de nouvelles sous-catégories (Tableau 3 à 6) (136, 273).

Tableau 2: Les couples de valences (136). Trois phorèmes et quatre sous-dimensions produisent douze couples de valences (vs= versus). Mouvement au lieu d'élan dans la dimension du champ de présence selon Binswanger.

Dimensions	Intensité régissante		Extensité régie	
Sous-dimensions	Tempo	Tonicité	Temporalité	Spatialité
Phorèmes				
Position	Devancement versus Retardement	Supériorité versus Infériorité	Antériorité versus Postériorité	Extériorité versus Intériorité
Direction	Accélération versus Retardement	Tonalisation versus Atonalisation	Visée versus Saisie	Ouverture versus Fermeture
Elan	Vitesse versus Lenteur	Tonicité versus Atonie	Brièveté versus Longévitité	Déplacement versus Repos

Tableau 3 : Subvalence du Tempo selon quatre catégories aspectuelles élémentaires

TEMPO				
Aspect	Amenuisement	Atténuation	Relèvement	Redoublement
Phorèmes				
Position	Anachronisme	Retard	Avance	Prématurité
Direction	« Traîner »	Ralentissement	Accélération	Précipitation
Elan	Inertie	Lenteur	Vitesse	Vivacité

Tableau 4 : Subvalence de la Tonicité selon quatre catégories aspectuelles élémentaires

<b>TONICITE</b>				
Aspect Phorèmes	Amenuisement	Atténuation	Relèvement	Redoublement
Position	Nul	Inférieur	Supérieur	Excessif
Direction	Exténuation	Atonisation	Tonisation	Déchaînement
Elan	État	Repos	Mouvement	Coup

Tableau 5 : Subvalence de la Temporalité selon quatre catégories aspectuelles élémentaires

<b>TEMPORALITE</b>				
Aspect Phorèmes	Amenuisement	Atténuation	Relèvement	Redoublement
Position	Périmé	Antérieur	Postérieur	Immortel
Direction	Rétrospection	Saisie	Visée	Anticipation
Elan	Éphémère	Bref	Long	Éternel

Tableau 6 : Subvalence de la Spatialité selon quatre catégories aspectuelles élémentaires

<b>SPATIALITE</b>				
Aspect Phorèmes	Amenuisement	Atténuation	Relèvement	Redoublement
Position	Étranger	Extérieur	Intérieur	Intime
Direction	Hermétique	Fermé	Ouvert	Béant
Elan	Fixité	Repos	Déplacement	Ubiquité

#### I-4. Le mode d'efficience

Le **mode d'efficience\*** est la manière dont une grandeur est susceptible de pénétrer dans le champ de présence (28). Le paradigme des modes d'efficience distingue le survenir, le plus généralement hors du contrôle humain et le parvenir qui présuppose une élaboration, une durabilité et une progression (Figure 3). Le mode d'efficience\* opposant le survenir au parvenir, permet d'envisager une sémiotique de l'événement (271). Le mode du survenir (irruption impromptue du visiteur dans la chambre), renvoyant à l'imprévisibilité du sens, à l'inhabituel de la situation. Lorsqu'il est associé à une forte intensité, il est éclatant, concentrant sur une brève temporalité les événements sur le plan extensité. Le sujet, s'il est actif lorsqu'il est confronté à un événement impromptu et violent, est dessaisi de la prérogative de l'agir et requalifié dans un subir (274, 275). Le mode du parvenir, au contraire permet de gérer une faible intensité avec un tempo modéré (le soignant frappe à la porte et rentre doucement dans la chambre), avec les éléments de l'extensité gérables, maîtrisables, voire familiers.

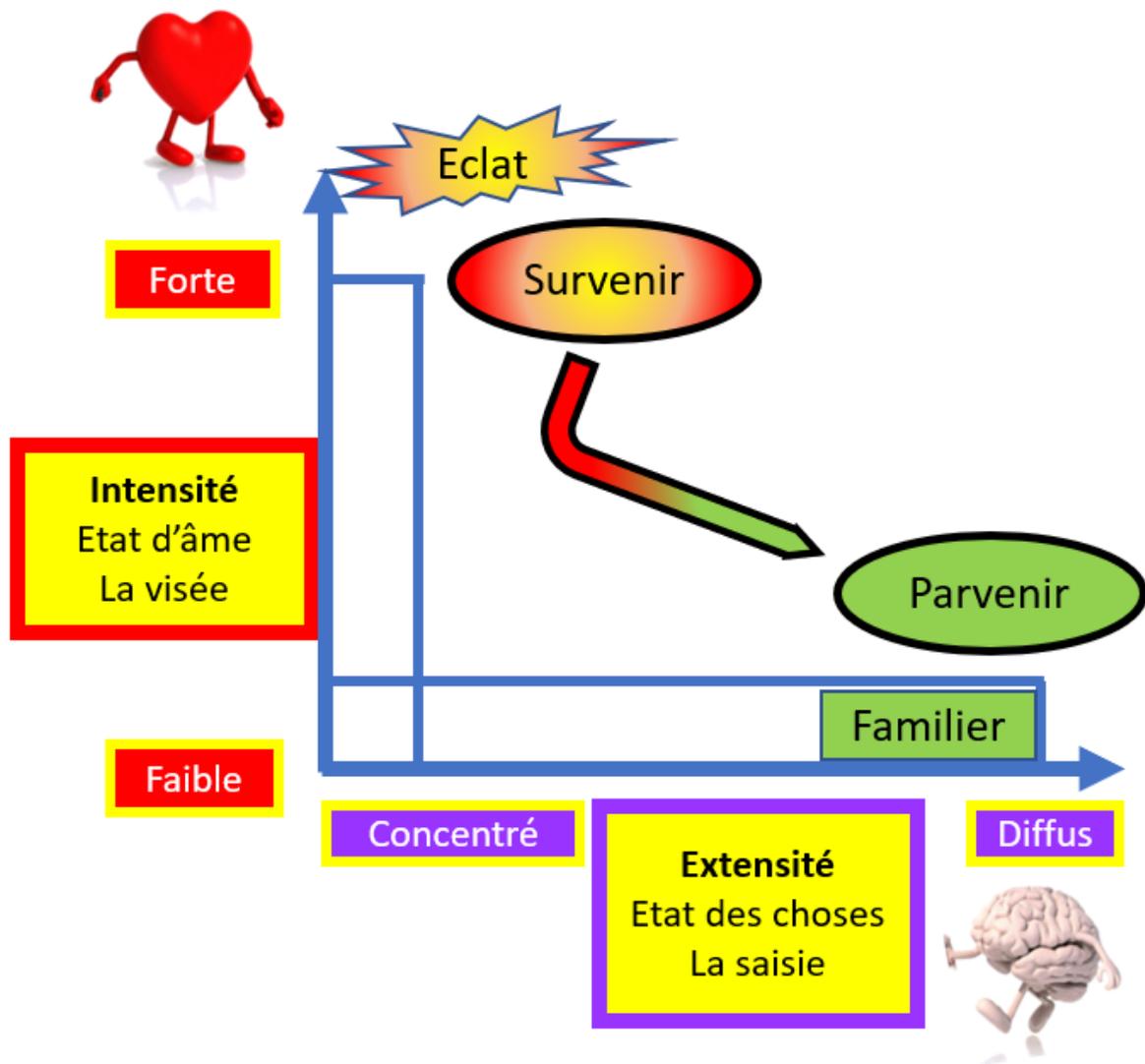


Figure 3 : Espace tensif : deux valences, Intensité régissante, extensité régie. Deux modes d'effcience en tension : survenir et parvenir

## II. Une application du schéma tensif à la mémoire : Le théâtre de la mémoire de Giulio Camillo

Nous avons vu le rôle des dimensions sensorimotrices et tensives pour coupler les images perçues et les images-souvenir, par deux mécanismes, l'un particulier renvoyant à une deixis, l'autre générique, par la construction progressive de l'image mentale. Un parcours particulier peut servir de trame pour associer aux lieux mémoires précédents d'autres objets plus ou moins complexes. Un premier parcours préalablement mémorisé associe signifiants et signifiés, structurés, est organisé selon un déploiement temporel ordonné, dans des espaces avec des détails précis (des deixis), où se sont déployées et enchaînées de façon organisée, dans une séquence temporelle et une succession de lieux, des scènes marquantes sur le plan émotionnel et passionnel (générativité). Ce parcours

solidement mémorisé va servir pour mémoriser d'autres éléments et les incorporer dans un ordre donné. Ce procédé mnémotechnique est utilisable par une personne l'employant régulièrement, ce qu'illustre l'exemple du théâtre de la mémoire.

Le théâtre de la mémoire de Camillo était un amphithéâtre imaginaire. Il n'est pas certain que ni la maquette ni le théâtre qu'elle représente aient été réalisés du temps de cet auteur. La maquette telle qu'imaginée par l'auteur était ordonnée et structurée. Inspirée de l'architecture de Vitruve, elle était composée de sept gradins divisés chacun en sept sections, définissant quarante-neuf « lieux ». Chacun était associé à une figure symbolique empruntée à la mythologie ou à l'hermétisme, fortement typée en termes tensifs et très connus, culturellement parlant, des contemporains de Camillo. Le spectateur prenait virtuellement une position au centre du théâtre sur la scène. L'ensemble était donc structuré et organisé en une sorte de grammaire visuelle où chaque concept mémorisé était attaché à un « lieu » et était censé se décomposer en une série d'images fortement pathémisées, utilisables comme outil mnémotechnique <sup>115</sup>.

Le théâtre de la mémoire est un assemblage ordonné de **blocs de sensations**<sup>116</sup>, composé de percepts associés à des émotions, des affects et de passions, et de **concepts**, inscrits à la fois dans la mémoire personnelle et collective (276, 277). Il constitue une prise de position dans un plan de composition et un parcours, une carte cognitive\* susceptible d'être le support d'autres contenus à mémoriser. De la même façon que le peintre articule la matière et le matériau, développant simultanément le plan de composition technique et le plan de composition esthétique pour réaliser le composé de sensations, le travail de mémoire utilise le plan de composition préétabli pour inscrire un nouvel élément. Le plan est actualisé avec des objets différents, prêts à être utilisés pour les évoquer à en parcourant mentalement le premier (277).

Le processus mnémotechnique est particulièrement efficace, permettant de mémoriser des ensembles complexes sur une grande durée. Ce type de mémoire, dite **artificielle**, était employé dans l'antiquité, ainsi que le rapporte Cicéron à propos du repas de Simonide de Céos à Cranon, en Thessalie, chez Scopas. L'effondrement de la salle sur les convives lors d'un repas ne permit plus l'identification des corps pour les familles. Se souvenant de leur emplacement, Scopas, qui s'était momentanément

---

<sup>115</sup> Guilo Camillo. Le théâtre de la mémoire. Edition Allia (2001) [1544] : "Mais afin d'ordonner l'ordre, si l'on peut dire, avec une clarté telle que nous rendions les savants semblables à des spectateurs, nous leur présenterons ces sept mesures soutenues par les mesures des sept planètes, à la manière d'un spectacle ou, dirons-nous, d'un théâtre composé de sept degrés."

<sup>116</sup> Deleuze, Gilles, Guattari, Félix, Qu'est ce que la philosophie : 199-200. "c'est le cerveau qui dit Je, mais Je est un autre" (...) Et ce Je n'est pas le « je conçois » du cerveau comme philosophie, c'est aussi le « je sens » du cerveau comme art. La sensation n'est pas moins cerveau que le concept"

absenté, put les identifier<sup>117</sup>. Le mécanisme utilise une spatialisation du temps et fait appel à une première carte cognitive\* et tensive, en fond de carte pour un autre usage. Il permet de mémoriser des séries d'objets réels, ou des éléments abstraits, les rendant plus concrets et donc plus faciles à mémoriser (277).

### III. Schéma tensif et démente

Un rappel mnésique convoque en parallèle deux types de traces, Gist et Verbatim. Sauf si la personne dans le cours de sa vie a privilégié les traces Verbatim. Au cours du vieillissement normal, les traces Gist\* prédominent. Le couplage des images perçues et des images-souvenirs dépend de la tensitivité, ce qui modifie les représentations internes, les intentions qui en découlent, et donc les décisions (278, 279). Les schémas tensifs sont fortement perturbés dans la démence. Le sensible tend à s'imposer à la mémoire des malades (traces Gist plutôt que Verbatim\*). Dans les rappels mnésiques, les souvenirs fortement marqués sur le plan émotionnel sont plus solides que les autres. Les liens entre l'intelligible et le sensible se dénouent en raison des troubles cognitifs, déformant les effets du couplage des images perçues et des images mémorisées.

#### III-1. Modes d'efficience et démente

Dans la démence, le mode d'efficience\* intervient dans la perception de l'image de soi dans un miroir. Dans le crépuscule de la raison, Maisondieu souligne la peur du malade à s'y regarder (280). Un malade dément vit dans un temps reculé, avec des représentations du monde et de lui-même très éloignées du présent. Découvrir brutalement son image vieillie reflétée par le miroir, un mode de survenir, est, certes un retour au réel, mais aussi une confrontation violente et inattendue. Lorsque le malade a, tous les jours, une toilette faite devant le miroir, il se voit changer, avec les transformations insensibles lorsque les années passent. Il est dans le mode du parvenir, il ne manifeste pas de violence ou de rejet. Le miroir peut refléter une réalité haïe par le malade, le renvoyant à un **Moi** devenu **hideux** pour lui, un vécu présent qu'il refuse d'affronter (281). **L'inquiétante étrangeté** du visage vieilli

---

<sup>117</sup> Cicéron, De oratore, Livre II, LXXXVI. « Peu après, on vint avertir Simonide de sortir et que deux jeunes gens l'attendaient à la porte et semblaient fort pressés de lui parler, il se leva, sortit et ne trouva personne, mais dans ce moment la salle où soupait Scopas s'écroula et lui-même, avec ses convives, fut écrasé sous cette ruine. Les parents de ces infortunés voulurent leur donner la sépulture, mais ils étaient tellement défigurés qu'on ne les pouvait reconnaître. Simonide, se souvenant de l'ordre dans lequel ils étaient tous assis, fut en état de désigner chacun d'eux et de le rendre à sa famille. Cet événement le conduisit à la découverte de son art en lui faisant connaître que l'ordre est le meilleur et le plus sûr flambeau de la mémoire. Que par conséquent ceux qui voudraient aider en eux cette faculté, devraient choisir des lieux ou places et y ranger les images qu'ils se seraient faites dans leur esprit des choses qu'ils voudraient retenir ; que de cette manière l'ordre des lieux conserverait l'ordre des choses et l'image des choses représenterait les choses mêmes. Les lieux seraient comme la cire des tablettes sur lesquelles nous écrivons et les images seraient comme l'écriture ».

brutalement découvert par le mode du survenir s'apprivoise peu à peu sur le mode du parvenir et reconstitue une familiarité (282).

Un événement banal chez une personne normale devient une source de tension intense et de stress lorsque la démence est là (283). Le déploiement en extensité est perturbé par l'impossibilité d'anticiper, de construire une approche rationnelle même dans des situations simples. Le mode d'effcience\* du survenir prend le pas sur le parvenir. Un événement qui sort de l'ordinaire pourra entraîner une manifestation d'agitation ou d'agressivité.

### III-3. L'inversion des schémas tensifs et la disparition des limites de l'espace dans la démence

Le **paradigme sémiotique tensif de l'espace** qui nous concernera ici sera la direction de l'actant-corps dans l'espace tensif. Il oppose les simples contraires l'ouvert et le fermé et détermine leurs surcontraires, l'hermétique et le béant. La figure 4 présente l'évolution tensive spatiale d'une personne âgée démente lorsque la maladie progresse et que la précarité s'installe. Nous prendrons la position de référence « ouverte », celle d'une personne encore autonome qui déploie des efforts modérés pour accéder à un monde accessible, normalement stressée dans son quotidien, et pouvant donner corps sans grandes difficultés à ses états d'âme.

Lorsque la maladie progresse, mais que la personne reste la source tensive, le monde sensible la cible, sa position dans l'environnement quotidien tend à se fermer. Le malade a moins facilement accès aux services habituels. Il doit se mobiliser plus fortement pour s'assumer et trouver de l'aide tant physique que psychologique. Les portes ne s'ouvrant pas toujours facilement, son emprise s'accroît dans un territoire de vie qui se réduit.

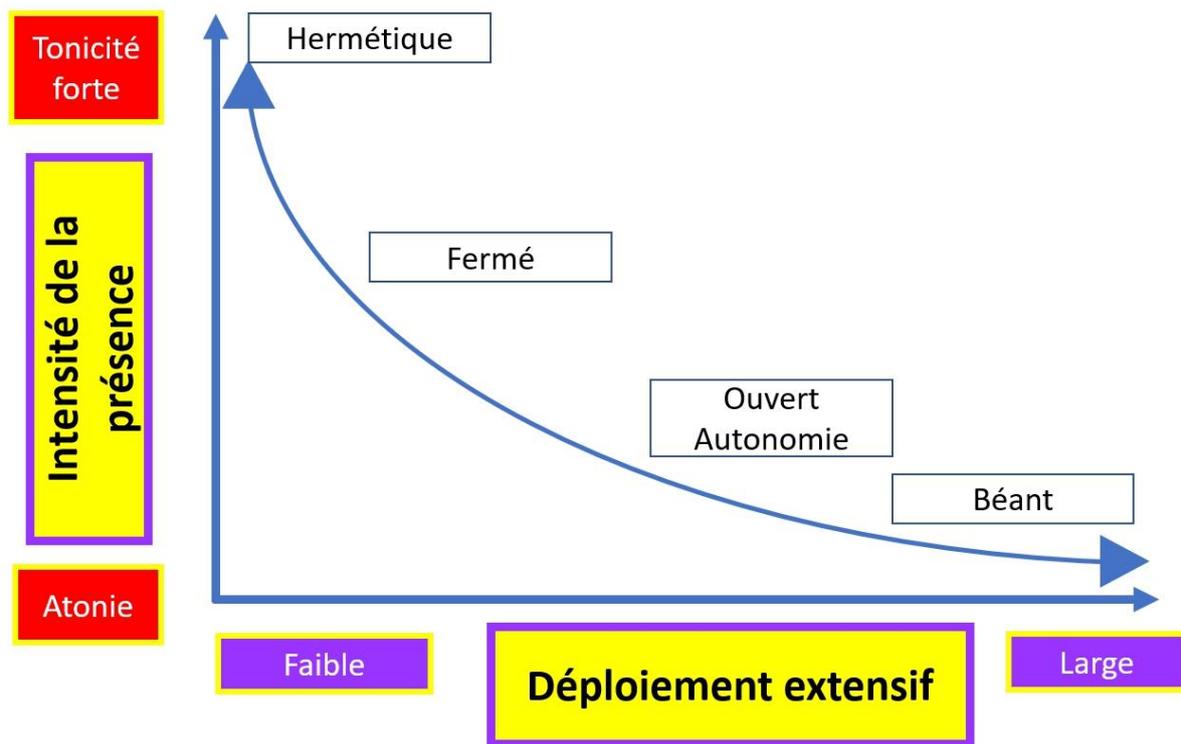


Figure 4 : Évolution tensivo spatiale d'une personne démentielle avec la progression de la maladie

Lorsqu'elle devient cible et le monde sensible une source, lorsque la dépendance s'est installée, la personne malade est en butte à deux mouvements contradictoires, qui dépendent des conditions des possibles de l'accès à l'étendue et qui souvent alternent selon les moments ou les jours. Parfois, elle se crispe sur une situation banale, refuse les soins, rejette violemment toute relation. A domicile, elle refuse de voir sa famille ou ses amis, en EHPAD elle refuse de participer à des activités en particulier récréatives. En bref, elle refuse tout ce qui pourrait soulager sa tension. Cette position est celle de l'hermétisme.

Parfois encore et c'est souvent ce que l'on observe au stade plus évolué de la maladie, elle baisse les bras, lâche prise sur tout ce qui la dérange et elle devient indifférente à toute contrainte. Elle néglige les règles du bien vivre et les normes d'hygiène, a des comportements débridés, une agressivité sans cause vis-à-vis d'autrui. Il s'agit là d'une position de béance, sans grande intensité tensivo mais sans limites d'extensivité. L'icône de cette position est la figure de Tatie Danielle dans le film de Etienne Chatiliez.

#### III-4. L'inversion des schémas tensifs et la disparition des limites du temps dans la démence

La dimension du temps dans la maladie d'Alzheimer a déjà été évoquée à propos de l'intentionnalité et de la motivation. Nous y reviendrons à propos de la sémiotique du temps et du rôle

de la musique. Les pertes de mémoire condamnent le malade à vivre dans un présentisme (30), le passé n'est d'aucun secours pour le présent, le futur impossible à se représenter. L'intention est présente un temps, mais la motivation disparaît faute d'avenir possible. Pour cette raison, le **paradigme sémiotique tensif du temps** sera approché par le phorème du mouvement de Binswanger (32), de l'élan pour Zilberberg (28) dans l'espace psychique.

Nous prendrons comme position de référence la longévité et la durée au sens de Bergson (284), la longueur et la jouissance d'un temps, qui concerne une personne encore modérément atteinte (Figure 5). L'attention est modérée, et la durée suffisante pour inscrire la personne dans un champ de présence au monde et à soi.

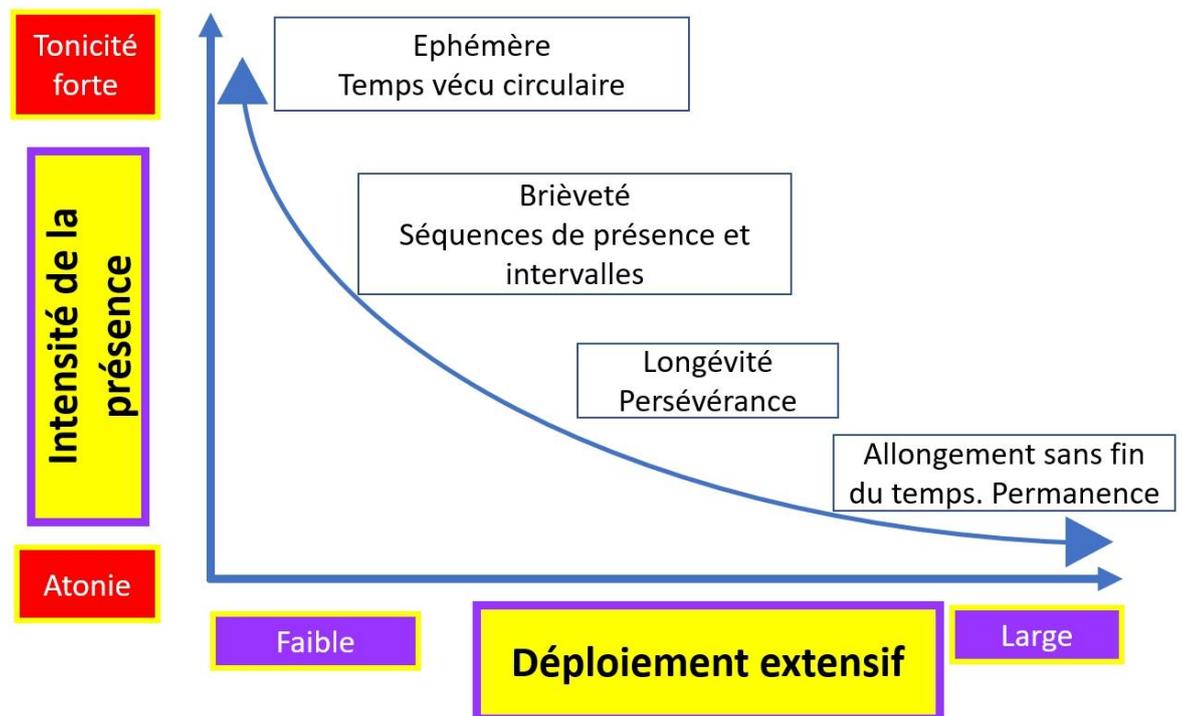


Figure 5 : Évolution tensif temporelle d'une personne démente avec la progression de la maladie

La maladie évoluant, les temps d'attention, de présence au monde ou aux autres se raccourcissent et se fractionnent. L'intensité ici plus marquée, s'exprimant par des regains d'intérêt labiles éveillés par quelques événements ou par une visite. La présence au temps s'égrène. La personne semble vivre intérieurement, mais brièvement, avec de longs intervalles de silence et de désintérêt.

Lorsque la maladie progresse encore, la brièveté de l'effet des événements intérieurs de la personne malade tourne à l'éphémère. Le chaos semble s'être emparé d'elle. Elle ne vit que par à-coups, parfois explosifs, cris, gestes violents sans raison et à la moindre stimulation, avant de replonger dans le mutisme. Elle peut encore se perdre dans des stéréotypies verbales moult fois scandées, comme un disque rayé, dans un temps circulaire, sans aucune portée du point de vue de l'étendue, car les mots et les phrases articulées sont disjointes de tous sens : « S'il vous plaît, s'il vous plaît... » ou « maman, maman... ». Le sujet s'efface peu à peu de l'instance d'énonciation.

Au stade très évolué de la maladie d'Alzheimer, l'intensité semble s'éteindre, la personne ne semble plus avoir de tensions intérieures, elle est apathique. Elle reste figée à longueur de temps dans la même position, ne bougeant plus du fauteuil où elle a été installée, sauf à se laisser glisser passivement vers le sol sans chercher à se rattraper. Le temps semble ne plus s'écouler et être sans fin, mais la vie intérieure est absente. C'est le temps de la permanence éternelle. Peut-être est-ce là un temps qui atténue ou supprime l'angoisse de mort.

### III-5. Conséquences énonciatives de l'inversion des schémas tensifs

Spatialité et temporalité suivent un schéma de l'ascendance, au fur et à mesure que l'extensité se réduit dans le cours de la maladie, les tensions intérieures s'accroissent. Puis de façon catastrophique au sens de Thom (285), les choses s'inversent, les tensions intérieures s'effondrent et les limites extensives disparaissent. Lorsque l'intensité est intense, le malade reste **embrayé** dans le champ de présence. Le monde existe avec e plus en plus d'insistance à l'intime du malade, mais il est hostile et rejeté par le malade. L'identité persiste, l'autre, la famille, un soignant, sont vécus comme dérangeants et hostiles, intrusifs au Soi. Le malade s'oppose violemment à toutes sollicitations, fermant le plus souvent fortement et volontairement les yeux, dans des positions où ce n'est pas le sommeil qui est manifesté (Figure 6), mais le refus de voir la réalité extérieure. La présence de monde à soi est interdite. Quand l'intensité s'effondre et que l'extensité devient infinie, il **débraye** du champ de présence. Le malade est dans l'indifférence. La présence de soi au monde a disparu. Le monde n'existe plus pour lui, il ne réagit plus à la présence d'autrui. Que reste-t-il alors de son identité ? Le sujet s'est retiré de l'instance d'énonciation.



Figure 6 : Patients fermant volontairement les yeux

#### **IV. Quelques points de synthèse concernant les chapitres de rappels parcourus et la construction de la signification à partir de la perception et dans le fonctionnement mnésique**

Au cours des précédents chapitres après quelques rappels, des propositions conceptuelles pour comprendre l'organisation de la signification dans la maladie d'Alzheimer ont été faites. Le prochain chapitre va porter sur les parcours de la signification et les formes de vie. Nous en ferons l'introduction par quelques éléments de synthèse des chapitres précédents.

##### IV-1. La complexité de l'approche de la construction de la signification

La construction d'une signification à partir des percepts est complexe. Elle est l'objet de nombreuses théories. Elles débouchent toutes sur une représentation interne, une image mentale permettant une intelligibilité du monde perçu. Les approches cependant varient selon les écoles, selon leurs domaines d'études, de travail et de recherches. Les termes utilisés portent différents noms, ils n'ont pas toujours les mêmes contenus, et ils ne s'articulent pas toujours de la même façon dans les publications des multiples disciplines qui abordent ce sujet. Elles sont toutes rigoureuses et elles débouchent presque toutes sur des principes généralisants et opératoires. Peu s'appuient sur des

bases expérimentales validées par des éléments de preuves « falci fiables », ce qui ne retire rien à leur validité.

La question de la généralisation pose un problème : tous les êtres humains fonctionnent-ils de la même façon ? La construction de la signification est-elle la même selon les continents, et surtout selon les langues ? Certaines de ces approches (mais aussi certaines personnes) ont une vision globale du champ de perception et vont du général au détail. D'autres ont la démarche inverse. Certaines personnes fonctionnent à partir de mots et du langage, d'autres à partir d'images, de figures ou de figuration. Certaines encore associent plusieurs méthodes d'organisation de la signification. Tous les auteur.e.s de ces théories rappellent que la plupart d'entre nous utilisent le plus couramment une approche intuitive de la réalité, rapide et efficace, mais souvent superficielle. Pour rester centré sur son sujet, nous nous limiterons uniquement dans cette thèse aux théories qui peuvent rendre compte de l'organisation de la signification dans la maladie d'Alzheimer, dans une sémiosphère\* occidentale.

#### IV-2. L'approche narrative de la signification

Des approches, souvent utilisées en psychologie, partent de la mise en mots, de l'articulation des mots, pour former un texte, un énoncé, puis un discours permettant de structurer la pensée et de la traduire en intention. Nous avons proposé un couplage entre la narrativité et les étapes de la signification. La mise en mots permet de passer de la représentation de chose à la représentation de mot, la dénomination de l'objet perçu est associée au premier objet interne, permettant sa manipulation mentale. Le récit (énoncé) organise la continuité et structure une représentation interne et il la rend intelligible. La mise en discours du récit est une étape importante tant sur le plan subjectif qu'interpersonnel rendant compte d'une présence de soi au monde.

Conscientiser la représentation interne et l'intelligibilité ne signifie pas forcément une pleine conscience. La plupart de nos actes se déroulent avec une conscience vague, superficielle, suffisante pour se laisser porter par le gré des situations. Le sujet ne développe pas toute sa vigilance dans les moments ordinaires de la vie, l'esprit vagabondant avec d'autres préoccupations que celle de l'instant présent dans les lieux et les moments où il est physiquement présent. Une prise de conscience claire est nécessaire pour asseoir une intention qui diverge de sa routine. Une conscience claire d'une situation ne signifie pas nécessairement la présence du sujet incarnée dans la situation. Elle nécessite un choix qui s'impose au sujet dans certaines circonstances ou un acte de volonté.

Adressée à autrui, elle est focalisée et incarnée. Le "je" vient du corps et coïncide totalement avec l'énonciation (268). Il est l'affirmation de son identité à autrui. Le discours sur soi structure au minimum une prise de conscience de la représentation interne. L'embrayage énonciatif d'un « je »

manifeste la présence de soi au monde. L'intention peut encore émerger de cette présence, la conscience se tourne vers le monde. L'existence de soi au monde est une condition nécessaire à la naissance de l'élan vital (31, 264). La présence du monde à soi est la conscience du « il y a » pour le Moi. La présence du soi au monde et la conscience du « je suis » dans le monde, hic et nunc (Voir note 3 de l'introduction). Le discours chez un sujet indemne de troubles cognitifs intègre un objet du monde pour le Moi, singulier, couplant la présence du monde à soi (pour le Moi-chair) et la présence de soi (pour le Moi-chair) au monde.

#### IV-3. Les niveaux de la signification

Nous avons cité les approches de Bion et de Peirce, complétées par celle d'Eco. Elles ont permis de mettre en place trois niveaux d'organisation. Le premier niveau, le coup d'œil, permet de saisir la **substance d'un objet, un objet  $\beta$** , une priméité. Au second niveau, l'objet non élaboré de ce niveau permet de construire un objet mental manipulable, le premier objet mental internalisé, l'objet formé de la triple association inséparable, Signe, Objet, Representamen, ou selon une autre approche sémiotique, l'objet issu de la relation sémiotique entre l'objet  $\beta$  et l'objet  $\alpha$ . L'absence de sémiiose entre ces deux objets s'observe dans des pathologies graves comme la maladie d'Alzheimer et la psychose. L'enchaînement de la construction de la signification à partir du premier objet élaboré permet de construire sans clôture a priori des processus, d'autres objets. C'est l'évaluation par le sujet, selon l'habitus, de la pertinence de la signification à un certain niveau qui arrête les enchaînements. Une **représentation interne** est construite et rendue intelligible. C'est à ce troisième niveau, que s'articulent **conscientisation et présence**.

Nous relevons, quatre aspects psychopathologiques liés aux difficultés de symbolisation dans la maladie d'Alzheimer. La première situation est celle où seul l'objet  $\beta$  est perçu, et qu'il n'est pas élaboré. La sémiiose unissant les objets  $\alpha$  et  $\beta$  ne se fait pas, seul l'**objet  $\beta$**  est accessible comme représentation interne. Elle est responsable d'une concrétisation de la pensée. La seconde situation résulte de la fragmentation spatiale et temporelle de la représentation interne. Lorsque le parcours de la signification est altéré, les images perçues se couplant mal avec les images préalablement mémorisées (seconde situation), la **représentation interne est chaotique et appauvrie**. L'énoncé du malade est fragmenté. Le malade est conscient du vide de sa représentation intérieure et de sa dynamique de désertification. Conscience et représentation internes sont disjointes, le malade est conscient que la représentation interne devrait être habitée. Être présent dans un champ de présence revient à pouvoir y inscrire un "je". La troisième situation est justement celle de l'absence du "je" dans l'énonciation orale du malade. Lorsque la maladie d'Alzheimer est très évoluée, le "je" n'est parfois plus utilisé pas un malade qui arrive encore à parler de lui. Le "il" ou le "elle" sont substitués au "je"

dans le discours adressé à autrui : A une soignante qui s'adresse à Mr Gilbert pour s'étonner de ce qu'il fait, il répond : « Occupez-vous de vos affaires. Monsieur Gilbert, il travaille ! » ou encore « Mr Gilbert, il n'est plus rien Mr Gilbert ». Le malade rejette souvent le monde et autrui à un stade évolué de la maladie. Le "je" a-t-il pour autant disparu du discours que le malade s'adresse à lui-même ? Quelques exemples cités dans le texte de cette thèse permettent d'en douter. Enfin, quatrième situation, il arrive que le "je" **soit chassé du champ de présence**, comme c'est le cas dans la psychose et que l'on rencontre dans certaines formes de maladie d'Alzheimer ou dans la maladie à corps de Lewi. Conscience et présence sont submergées par les images internes hallucinatoires.

#### IV-4. L'hétérogénéité et la singularité de la construction de la signification

L'enchaînement des premiers objets perçus vers une image interne ou une représentation interne intelligible, renvoie à des concepts différents selon les écoles, mais peut-être aussi reflète différentes singularités entre les personnes, ou différentes manières de construire la signification chez une même personne selon les circonstances. Nous avons évoqué l'approche de l'école  $\mu$  et de certaines écoles sémiotiques d'outre-Atlantique. Chaque objet est une entité à laquelle s'attache une qualité. Nous avons ici repris le vieux thème de kernel\* utilisé par Barthes. Aux kernels s'ajoutent des satellites qui partagent la même qualité que l'objet. Les objets sont catégorisables, recatégorisables et les catégories s'articulent entre elles. Les trois étapes d'anasémiose, d'intelligibilité et de catasémiose forment un ensemble qui débouche sur un cycle de la sémie, sur une circularité vertueuse de la construction de la signification (5). La catasémiose se projetant sur le monde naturel en modifie la perception. Dans la maladie d'Alzheimer, les patients ont des difficultés à définir les qualités des objets et à les catégoriser, à faire des tris axiologiques, à retrouver à travers une construction de la signification une intelligibilité, et enfin y inscrire une intention. L'étape de la catasémiose est d'autant plus difficile à mettre en place que la maladie est évoluée.

Nous regarderons la question du parcours de la signification issue de la sémiotique Greymassienne et des écoles qui en dérivent. Le parcours de la signification selon le contenu est parfaitement adapté à l'analyse des textes, mais il est moins satisfaisant et il est surtout plus difficile à manipuler lorsqu'on s'adresse à des êtres humains vivants qui ne sont pas des actants de papier. Ils ne sont pas clôturés comme les textes le sont. La question de l'immanence\* est parfois difficile ici à mettre en application, butant sur le trilemme d'Agrippa, ou de Munchhausen pour Hans Albert. La substitution de la pertinence à l'immanence peut alors rendre le modèle plus facilement utilisable. Cependant, ce qui est pertinent pour une personne ne l'est pas forcément pour une autre, ce qui est pertinent dans une situation chez un sujet normal, n'est pas forcément accessible pour un malade dément. Nous l'utiliserons pour aborder les conflits entre familles, malades et soignants.

Simondon à une approche psychodynamique par l'image. L'objet perçu est converti en images, qui va se coupler à une autre image mémorisée (image souvenir) et qui va encore se confronter à d'autres images issues de la collectivité où vit le sujet (212, 217). Le couplage est une interaction dynamique qui transforme les images perçues et les images-souvenirs convoquées au cours de leurs interrelations. Des couplages successifs permettent de bâtir une image interne. L'image mentale pour l'individu a un impact d'une part subjectif et singulier, lui permettant une intelligibilité du monde. Elle a, d'autre part pour cet auteur, un rôle collectif dans les échanges interpersonnels. L'objet réel, l'objet chose, et son image ont des relations complexes, mais tout n'est peut-être pas aussi généralisable que le propose Simondon. Certaines personnes ont une approche du réel par l'image, d'autres une approche narrative (286). Certaines manipulent davantage les traces Gist\* et d'autres les traces Verbatim\* (278, 279). Il s'agit là de questions de la personnalité de chacun forgée à l'école de la vie.

L'objet interne est-il le même selon qu'il provient de l'observation d'un objet réel ou d'une image le représentant ? Magritte a ici une approche pragmatique dans ses recherches sur la peinture (287). Il sépare et fait côtoyer en même temps dans ses peintures ce qui est du domaine du réel et la reproduction imagée de fantasmes ou d'objets imaginaires : des mots sont remplacés par des images, des images sont des images en abyme et ou des mots écrits participent à l'image (figure 1)<sup>118</sup>. Devant les critiques du public sur son tableau qui représentait ce qu'il ne dénommait pas, une reproduction de pipe et un commentaire peint « Ceci n'est pas une pipe », il répondait : « Essayez de la fumer ». Images et mots peuvent s'intervertir dans un parcours de signification, si l'on suit Magritte.

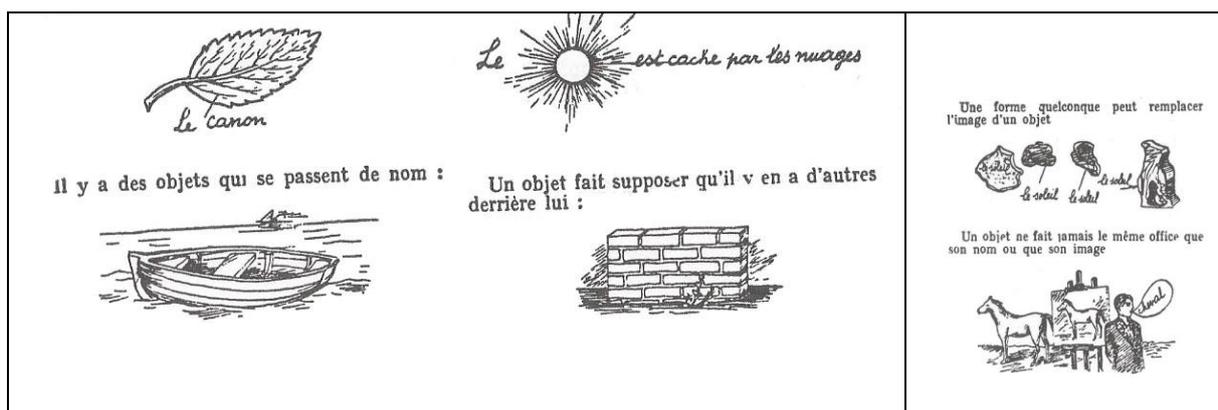


Figure 7 : Les mots et les images selon Magritte

<sup>118</sup> René Magritte. Ecrits complets. Pages 60 et 61

#### IV-5. Les approches de la signification dans les prochains chapitres

Le professeur Fontanille aborde le sujet par deux voies particulières. La première concerne le parcours de la signification à partir de l'expression que nous verrons au Chapitre suivant. Elle est particulièrement intéressante dans la maladie d'Alzheimer. Ce modèle est transposable pour l'approche clinique de la maladie et pour sa prise en charge. Ce parcours de la signification renvoie à une structure composée de plans hiérarchisés, articulés, accessibles à un niveau quelconque. La structure des plans peut être parcourue de façon ascendante et descendante.

L'approche de Neisser est différente (175). Elle renvoie la circularité de la construction de la signification en combinant les approches ascendantes et descendantes du réel. La circularité est une des bases des concepts de la prise en charge des malades en psychiatrie systémique. La circularité n'a pas ici le sens de tautologie. Le sens évolue, se précise, s'approfondit, s'affine dans une spirale, sans jamais un retour à un même point dans un parcours. Il ne se confine par à un cercle sans fin, comme celui du malade enfermé dans le présentisme d'un « petit monde\* » hermétiquement clos.

La seconde, qui sera examinée ultérieurement, renvoie au corps ressentant et percevant, le corps participant à diverses sémioses. Le corps est encore actant de la construction d'une représentation mentale en faisant intervenir la dynamique interactive des figures qui lui sont attachées. Nous retrouverons ce second aspect, axé sur la sensorimotricité\*, au Chapitre 6. La sémiotique du corps et de la sensorimotricité dans les mécanismes perceptifs et mnésiques sont encore insuffisamment utilisées dans le domaine de la pratique clinique. Quelques équipes travaillent en neuropsychologie dans ce domaine d'avenir. Le modèle Act-in développé par le Pr Versace et ses collaborateurs, convoque des mécanismes d'activation et d'intégration dans le fonctionnement mnésique, tout particulièrement les propriétés sensorielles (issue des organes des sens), et les traces sensorimotrices codées et décodées dans de multiples réseaux neuronaux prenant en charge les composants des expériences vécues (288).

#### IV-6. Conclusions provisoires

Les processus engagés dans le fonctionnement mnésique (générativité) et les déixis (particularités) ne sont pas simplement des repères statiques simplement interreliés, ils sont dans une dynamique d'enchaînement d'expériences. Déixis et générativité sont altérées dans la maladie. La construction de la signification, de l'objet perçu à l'image interne rendue intelligible, puis conscientisée, concerne aussi bien les mécanismes de la perception que les mécanismes mnésiques. La mémoire intervient à plusieurs niveaux dans la perception et la construction de la signification. Nous

avons vu que la présence à soi et au monde pouvait émerger par une autre vie sans parcours ni synthèse préalable. Les parcours ne sont pas les seuls mécanismes qui conduisent à une pleine conscience et à la présence de l'objet à l'intimité de la personne.

#### **Quelques points clés du chapitre 4 : L'espace tensif et la maladie d'Alzheimer**

L'enchaînement des premiers objets perçus vers une image interne ou une représentation interne intelligible reflète différentes singularités entre les personnes, ou différentes manières de construire la signification chez une même personne selon les circonstances.

La mise en mots permet de passer de la représentation de chose à la représentation de mot, la dénomination de l'objet perçu est associée au premier objet interne, permettant sa manipulation mentale. Le récit (énoncé) organise la continuité et structure une représentation interne et il la rend intelligible. La mise en discours du récit est une étape importante tant sur le plan subjectif qu'interpersonnel.

Les souvenirs d'items marqués émotionnellement (Gist) sont plus solides que les items neutres de ce point de vue (Verbatim).

Les pratiques perceptives lors du cours de la vie favorisent plusieurs modes spécifiques de construction de la signification à partir des percepts, de même que l'utilisation préférentielle de voies d'accès à la mémoire favorisent certains souvenirs.

Quatre aspects psychopathologiques rendent compte de difficultés de symbolisation dans la maladie d'Alzheimer. L'objet  $\beta$  est perçu mais n'est pas élaboré. Il en résulte une concrétisation de la pensée. Lorsque le parcours de la signification est altéré, les images perçues se couplant mal avec les images préalablement mémorisées, la représentation interne est chaotique et appauvrie. L'énoncé intérieur est fragmenté. La troisième situation est celle de l'absence du "je" dans l'énonciation orale du malade. Le "il" ou le "elle" y sont substitués. Il arrive enfin que le "je" soit chassé du champ de présence. Conscience et présence sont submergées par les images internes hallucinatoires.

La mémoire intervient à plusieurs niveaux dans la perception et la construction de la signification de la représentation interne. Les processus impliqués dans la perception interviennent dans la mémorisation.

## Les parcours sémiotiques et les formes de vie

Nous prendrons comme définition du parcours génératif celle du Dictionnaire raisonné de la théorie du langage (2): « Nous désignons par l'expression « parcours génératif » l'économie générale d'une théorie sémiotique (ou seulement linguistique), c'est-à-dire la disposition de ses composantes les unes par rapport aux autres, et ceci dans la perspective de la génération, c'est-à-dire en postulant que tout objet sémiotique pouvant être défini selon le mode de sa production, les composantes qui interviennent dans ce processus s'articulent les unes avec les autres selon un parcours qui va du plus simple au plus complexe, du plus abstrait au plus concret »<sup>119</sup>. Après un très bref rappel sur le parcours génératif pour l'analyse du plan du contenu, nous nous intéresserons au parcours génératif pour l'analyse du plan de l'expression et aux formes de vie, davantage concerné à notre avis dans les processus perceptifs ou de mémorisation. Nous en verrons l'importance dans les mécanismes de mémorisation et les conséquences de leurs altérations dans la maladie d'Alzheimer.

### I. Le parcours génératif pour l'analyse du plan du contenu

Un parcours génératif pour l'analyse du plan du contenu est un ensemble des conversions successives partant de la structure élémentaire profonde, simple, abstraite, investie par le carré sémiotique\* dans la théorisation de Greimas (289)<sup>120</sup> aboutissant à la textualisation (complexe, concrète), intéressant la langue naturelle ou une sémiotique non verbale. Ce processus syntaxique et sémantique se déroule parallèlement dans le plan l'expression (syntaxe) et du contenu (sémantique), les associant pour former une sémiotique objet.

#### I-1. La structure du parcours génératif pour l'analyse du plan du contenu

Le parcours génératif est à la fois un modèle explicatif et un enrichissement du sens<sup>121</sup> (6, 254) (Tableau 1). Partant de l'existence sémiotique, le plan existentiel est modélisé, segmenté en niveau

---

<sup>119</sup> A J Greimas et J Courtès. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Page 157

<sup>120</sup> Le Titien avait des palettes de couleurs identiques, auxquelles il attachait un sens esthétique particulier. Greimas A. Du Sens 1. Pages 28 – 29. « ..., nous proposons de restreindre autant que possible cette définition est de ne considérer la relation entre le système et la catégorie sémique à laquelle appartient le système du point de vue de la présupposition logique. Nous dirons qu'à côté de la relation antinomique (disjonction et conjonction) entre les systèmes d'une même catégorie de la structure élémentaire de la signification se définit, en plus, par la relation hyponymique entre chacun des systèmes pris individuellement et la catégorie sémique entière. »

<sup>121</sup> Greimas A et Fontanille J. Sémiotique des passions. Page 11 « Concevoir la théorie sémiotique sous la forme d'un parcours consiste alors à l'imaginer comme un cheminement marqué de jalons, certes, mais surtout comme un écoulement coagulant du sens, comme son épaissement continu, partant du flou originel et potentiel, pour aboutir, à travers sa virtualisation et son

d'analyse, chaque niveau, converti en contenus de signification. Il s'articule en structures élémentaires, modales, thématiques, figuratives, actantielles, narratives puis discursives. L'ensemble du parcours, sans analyse, est saisi intuitivement.

Tableau 1 : Les niveaux du parcours génératif pour l'analyse du plan du contenu du plus abstrait au plus concret

<b>Parcours génératif</b>			
	<b>Composante syntaxique</b>		<b>Composante sémantique</b>
<b>Structures sémio-narratives</b>	<b>Niveau profond</b>	<b>Syntaxe fondamentale</b> Carré sémiotique* Organisation minimale du sens Opérations syntaxiques d'opposition	<b>Sémantique fondamentale</b> Axiologisations Définitions des valeurs Caractérisation thymique Eu/dysphorie
	<b>Niveau de surface, narratif</b>	<b>Syntaxe narrative de surface</b> <b>Énoncés d'état ou de transformation</b> Circulation des valeurs, modalisation, actants Parcours narratif ; schéma narratif canonique	<b>Sémantique narrative</b> Investissement des valeurs dans des objets et la signification Objet modal Objet pragmatique
<b>Structures discursives</b>	<b>Syntaxe discursive</b> Aspectualisation* <sup>122</sup> Temps : maintenant/alors Espace : ici/ailleurs Acteurs : Je-tu/il, on		<b>Sémantique discursive</b> Thématisation Figurativisation Isotopie Mode de présence

Le niveau superficiel se compose d'une syntaxe narrative de surface permettant la circulation des valeurs la modalisation et inscrivant parfois les actants dans un schéma narratif canonique, et d'une sémantique narrative investissant les valeurs dans des objets et la signification. Le niveau profond comporte une syntaxe fondamentale organisant les catégories des isotopies et les opérations syntagmatiques, à partir d'oppositions, contraires et contrariétés, en faisant appel à la construction de carrés sémiotiques. La sémantique fondamentale concerne particulièrement les valeurs et leur

actualisation, jusqu'au stade de la réalisation, en passant par des préconditions épistémologiques aux manifestations discursives. »

<sup>122</sup> L'aspectualisation renvoie aux procédures d'actorialisation, de spacialisation, de temporalisation, constitutives du débrayage énonciatif. Les phases d'un procès sont aussi appelées ses aspects comportant une prise de position, inchoativité, durée...

organisation. Celles-ci se modifient avec l'âge. Le niveau superficiel en sera affecté, ainsi que les structures discursives.

L'analyse du rêve pour Freud ne peut s'arrêter à son niveau superficiel, son contenu manifeste résultant d'une production, avec des objets et une organisation syntaxique, ce dont on se souvient du rêve, que l'on peut remettre en forme dans un récit intérieur au réveil, et éventuellement raconter. Il existe un niveau profond et latent qui permet d'accéder à son intelligibilité (194). Avec des objets inconscients et une syntaxe inconsciente : condensation, déplacement, transformation figurative et élaboration secondaire. La confusion chez un malade d'Alzheimer ne lui permet le plus souvent qu'une saisie superficielle du réel.

Un comportement est un langage, pour un observateur extérieur, la famille du patient dément, un thérapeute. Pour le comprendre, il faut une audace, « celle de passer des discours construits au discours du monde naturel, tout particulièrement la gestualité accompagnant ou non le langage... », permettant « ... d'aborder le comportement humain comme une production discursive »<sup>123</sup> (18). L'énonciation à certains stades de la maladie impersonnelle. Elle concerne alors les déictiques (je, tu, il...) et les traces dans les manifestations (énoncés) qui se réfèrent aux actes qui les ont produits (290, 291). *Un vieux professeur anglais, vivant sa retraite en France, présentait une démence modérée. Il avait été brièvement hospitalisé pour un bilan. Lorsqu'il y avait du monde, et seulement lorsqu'il y avait du monde, il se déplaçait hors de sa chambre, avec une attitude très sérieuse, un gros livre sous le bras. Il le posait sur le rebord de la fenêtre et prenait place pour une activité ou un repas. Il reprenait ensuite son livre, et ajustait son comportement, pour regagner sa chambre. Il ne faisait pas que porter un livre, il disait à travers ses actes quelque chose de lui-même à l'auditoire, il était facile de traduire à partir de son attitude. D'ailleurs, si on lui demandait pourquoi le livre, il répondait en anglais : « Je vais préparer mon cours ».* La lecture d'une manifestation sensorimotrice est double. Si la personne malade exécute une séquence gestuelle programmée, sa lecture sera simple. Seul le plan superficiel est manifesté. On peut bien sûr regarder et évaluer les écarts entre ce que le malade exécute et ce qui lui est demandé. Si le malade est à l'origine du comportement, en réaction à un stimulus externe, ou, ce qui arrive parfois dans la démence, en dehors d'une expérience extéroceptive, il est nécessaire, pour saisir le sens, de ne pas se limiter au plan superficiel, mais de rechercher le plan profond qui l'anime. Ce n'est pas toujours réalisé, piégeant le malade dans ses abîmes d'être un incompris dans le monde réel tel qu'il se présente : « Le traquenard si fréquent du vécu pris en compte uniquement par le langage secondaire que le malade en livre »<sup>124</sup>. Il faut rechercher le registre symbolique sous-jacent que le

---

<sup>123</sup> Darrault-Harris I, Klein J-P. Pour une psychiatrie de l'ellipse. Page 81

<sup>124</sup> Ibid. Page 117

malade cherche à manifester lorsqu'il n'est pas contraint par des règles et des normes de son environnement qui prédéfinissent ce qu'il doit exprimer.

## I-2. La mise en discours

Pour la mise en discours, le repérage grammatical se fait par des marqueurs des opérations, des kernels ou des procédures anaphoriques (marques contextuelles) ou déictiques (traces de la situation de l'énonciation, situationnelle). Dans la perception et la compréhension d'un événement extérieur comme dans sa mise en discours, le sujet peut être observateur, débrayé par rapport à la situation, ou être un actant embrayé. Le débrayage est une objectivation; l'embrayage est une subjectivation initiée par la déictisation\*<sup>125</sup> (2). Nous avons vu l'importance des déixis\* et de la mémoire de source pour la mémoire épisodique, illustrée par la notion de voyage mnésique (72).

Le débrayage est l'opération par laquelle l'instance de l'énonciation se disjoint des termes de l'énoncé. L'embrayage est la mise en discours d'une présence de l'énonciateur dans le discours. Elle soulève la question d'un effet d'identification entre le sujet (énoncif ou énonciatif) de l'énoncé et le sujet de l'énonciation (2, 292), ce qui est parfois confus dans l'esprit d'un patient dément. Si l'on tient compte des transformations des souvenirs au cours du temps, le sujet peut à tort se souvenir d'avoir été actant dans une scène, quand il n'était que témoin. La **mémoire de source\***, la mémoire des déixis\* au moment des faits, est altérée dans la démence. Le **récit intérieur** d'un épisode est parfois trop douloureux à évoquer par un malade, qui peut inconsciemment le refouler. Il peut encore avoir des difficultés pour l'énoncer, parce que trop complexe, ou que les mots ne suffisent pas pour décrire la douleur morale. L'**énonciation\*** peut être impossible, la présence de soi au monde ayant disparue dans les formes avancées de démence, ou parce qu'il n'y a pas d'énonciataire capable, ou estimé capable, d'entendre le discours. Le débrayage et l'embrayage peuvent être alors des artifices psychothérapeutiques pour permettre à un patient d'énoncer une réalité intérieure, sans être entravé par sa souffrance. Nous en verrons un exemple avec le cas clinique de Monsieur Henri B au chapitre 10.

## **II. Le parcours génératif pour l'analyse du plan de l'expression**

La mémoire à l'encodage ne fixe pas que des faits repérés par la cognition, mais aussi les tensions rencontrées, la sensorimotricité\* éveillée et éprouvée par le corps lors des épisodes. Elle garde encore les traces du parcours qui a permis de les saisir dans un contexte donné. La perception, l'encodage et le rappel mnésique sont particuliers à une déixis\* et à un parcours génératif. Chaque

---

<sup>125</sup> Action d'installer une déixis dans une situation d'énonciation. La déictisation oriente l'attention de l'énonciataire vers l'énonciataire et module la scène où celui-ci se positionne. La perception à travers la déictisation de l'espace sensible, permet l'application des systèmes axiologiques propres au sujet.

élément de ce contexte, rafraîchi ultérieurement lors d'un rappel peut constituer une présence pour le sujet, et faciliter la reconstitution de l'ensemble de la structure, celle des niveaux et leurs constituants, et permettre encore de se remémorer de l'épisode initial. Ce parcours n'est pas le seul qui débouche sur la conscience d'une présence épisodique. Une simple intuition peut y conduire. L'imagination, l'émotion esthétique peuvent créer une présence sans synthèse préalable (26), nous l'avons vu.

## II-1. Le parcours génératif pour l'analyse du plan de l'expression

### II-1.1. De la saisie sensorielle et des niveaux de pertinence

Une organisation des plans d'analyse par un parcours génératif du plan de l'expression a été proposée par le Pr Fontanille initialement pour contribuer à l'élaboration d'une sémiotique des cultures (46). Elle est fondée sur les différentes morphologies de l'expression des sémiotiques-objets, depuis des signes élémentaires (signes et figures), les textes, les médias, les pratiques et les stratégies, jusqu'aux formes de vie. Il s'agit d'un schéma stratifié d'acquisition mentale à partir de l'organisation des percepts. Il intervient dans certains fonctionnements de la mémoire (encodages et rappels), raison pour laquelle nous nous y attarderons. La saisie du sens d'une situation ou d'un événement peut faire appel à une déclinaison successive d'expériences perceptives, à partir du plan de l'expression.

L'expérience sémiotique perceptive doit être convertie en niveau de pertinence pour permettre une analyse sémiotique (52). Chaque niveau de pertinence comporte une hétérogénéité multimodale<sup>126</sup>, que l'analyse permet de résoudre au niveau supérieur, pour constituer un ensemble signifiant. Dans ce parcours se configurent progressivement des sémiotiques-objets, dotées d'un plan de l'expression d'un plan du contenu, disposées et organisées sur les niveaux de pertinence<sup>127</sup>, saisis à partir d'un champ de perception matériel et sensible du niveau précédent.

Le principe sous-jacent à ce parcours est une stratification hiérarchisée de niveaux de pertinence et la coexistence d'une signification constante. Les différents niveaux sont homotopiques\* (conservant la signification en la réarticulant) et hétéromorphes\* (chaque niveau procurant une forme différente à une signification constante)<sup>128</sup>. Les niveaux de pertinence sont des sémiotiques-objets dotées à la fois d'un plan de l'**expression**, une expression issue de l'expérience perceptive avec une organisation syntagmatique cohérente et dotées d'un plan du **contenu** existentiel articulant les

---

<sup>126</sup> Les modes d'existence se résument à une seule catégorie, la présence, regroupant le potentialisé, le virtualisé, l'actualisé et le potentialisé.

<sup>127</sup> On parle de sémiotique-objet dès lors qu'apparaît une fonction sémiotique entre un plan de l'expression et du contenu. La pertinence est une disposition manipulable sur un plan d'immanence

<sup>128</sup> Jacques Fontanille. Formes de vie. Pages 14-15

catégories congruentes d'objets ou de catégories d'objets (des sémiotiques-objets). Chacun de ces niveaux peut être testé au cours d'une analyse, une permutation testant la cohérence syntagmatique et une commutation la congruence paradigmatique\*.

Les différents niveaux se distinguent par leur mode d'expression et non exclusivement par la nature de leurs contenus. Chaque niveau de pertinence est explicité par ses propriétés syntagmatiques (plan de l'expression), spatiales et topologiques, temporelles et séquentielles et des opérations actanciennes dominantes, par exemple, la clôture isotopique pour les textes, l'accommodation du cours de l'action pour les pratiques (programmations/persistance et ajustement/persévérance), l'agencements tactiques pour les stratégies (46). L'accommodation peut faire appel à une pré-programmation. Elle conduit à une persistance et un raisonnement implicatif\* (telle situation, donc...). Lorsqu'elle nécessite un ajustement pour s'adapter à une situation de contre-persévérance, si une entrave se présente, le raisonnement est concessif\* et conduit à une persévération (si tel obstacle dans le cours d'une pratique ... donc je persévère). Implications et concessions s'appuient sur la dimension cognitive et sont rapidement limitées ou impossibles dans la maladie d'Alzheimer, notamment à l'encodage mnésique. Il arrive que le malade dément commence une pratique qui devient rapidement impossible pour lui. Il ne peut ajuster ce qu'il fait lorsqu'il rencontre un obstacle. Il persiste cependant dans sa pratique, mécaniquement, butant et rebutant sur l'obstacle qui l'empêche d'avancer. Nous en verrons un exemple avec Monsieur Gilbert au chapitre 11. Le « petit monde » du malade est privé de l'opportunité des imprévus et de l'invention à partir de l'imperfection du monde naturel (293).

Des circonstances particulières peuvent parfois faciliter le rappel de l'ensemble de la structure et de ses composants. Un objet particulièrement saillant, un souvenir sensorimoteur plaisant, l'éveil d'une riche émotion peuvent réveiller le souvenir ancien auquel ils sont rattachés et parfois l'intégrité du parcours, et dans la maladie d'Alzheimer évoluer faire émerger chez le malade un mode de « penser » (213, 294).

#### II-1.2. Succession des niveaux de pertinence

Chaque niveau d'analyse est à la fois une sémiotique-objet\* et un plan d'immanence ou de pertinence intervenant dans le parcours génératif\* de la signification. Chacun s'articule avec d'autres niveaux adjacents. Chaque niveau présente ainsi deux faces. L'une est tournée **vers le niveau précédent** qu'il subsume\*. Cette intégration transforme en éléments pertinents des propriétés matérielles et sensibles qui passaient pour accessoires et non pertinentes au niveau précédent. **L'autre est tournée vers le suivant** auquel il fournit les éléments sensibles et matériels pour une nouvelle

structure à construire. Tant « que les modalités de conversion entre les différents niveaux d'analyse n'ont pas été reconnues, l'appartenance d'une expression à une forme de vie ne peut être saisie que par l'intuition, ou par automatisme et apprentissage »<sup>129</sup>.

Les niveaux de pertinence du plan de l'expression s'enracinent donc dans la perception des phénomènes à partir des divers modes de la saisie du sensible. Par exemple, le premier niveau de l'expérience comporte l'expérience figurative et iconique (la figurativité) dont on extrait les grandeurs pertinentes de l'expression des signes, construisant la signification à partir des kernels et des satellites. Au second niveau, une expérience intentionnelle et interprétative permettant d'extraire une signification à partir de la perception de l'ensemble. Ce second niveau intègre les éléments du premier niveau, ses propriétés et ses grandeurs. Il permet de dégager des éléments qui passaient pour accessoires au premier niveau pour les regarder maintenant comme pertinents.

### II-1.3. L'articulation des niveaux de pertinence

Un syncrétisme passe, à chaque niveau par la construction conjointe du parcours génératif\* de la signification, par une **expression**, la perception, qui conduit d'une nouvelle image mentale, et un **contenu** pour former des instances matérielles et sensibles présentées à la conscience. La présence de l'aspect du monde à soi à un niveau modifie la perception des sémiotiques-objets et de l'organisation du niveau précédent qu'il subsume.

De la présence naît une intention et une possibilité d'orienter la signification donc de faire un choix. Nous ferons l'hypothèse que ces trois facteurs permettent l'articulation d'un niveau avec le suivant. A un niveau donné, la conscience d'une présence issue d'un contenu existentiel, l'intention du sujet et l'orientation de la signification souhaitée dans le contexte vécu, invitent à passer à l'analyse du niveau suivant. Les instances matérielles et sensibles, orientées par les trois facteurs constituent ainsi la substance de l'expression pertinente du niveau suivant et préparent la perception de la structure et les objets de celui-ci.

### II-1.4. Structure et mémoire

---

<sup>129</sup> Ibid. Page 15

L'analyse est continue dans les limites de chacun des niveaux, mais elle est discontinue d'un niveau à l'autre. Les procédures spécifiques d'intégration sont ascendantes (bottom-up, du plan des signes aux formes de vie) ou descendantes (top-down, des formes de vie aux signes et figures, un projet préalable ayant émergé). La structure dans laquelle s'inscrivent les souvenirs épisodiques est essentielle pour les ré-évoquer. Une forme de vie « ...sera sollicitée chaque fois qu'un être sensible s'efforce de construire le sens d'un objet inaccessible, masqué ou absent »<sup>130</sup>. L'éveil, à l'occasion d'une rencontre ou d'un événement, d'un niveau quelconque ou d'un de ses constituants permet, chez une personne sans troubles cognitifs, de retrouver l'ensemble du dispositif et de rafraîchir ainsi une scène de vie, un épisode. La mémorisation portant sur les sémiotiques objets et leurs articulations sur chaque niveau, sur les composants syntagmatique et paradigmatique et sur leur articulation entre les niveaux. L'ensemble de la structure constitue une carte cognitive\* (295), tensive et sensorimotrice. Cet ensemble est un lieu de mémoire, comme l'illustre le théâtre de Don Camillo.

Chaque niveau de pertinence est aussi en soi un lieu de mémoire. Il peut donc être directement stimulé par une perception présente et rappeler un objet et à la totalité du plan de pertinence sur lequel il se trouvait, et rappeler la structuration des divers plans de pertinence. Lorsque l'objet de la perception est préalablement bien connu, ou fréquemment remémoré, par exemple par une pratique régulière, ou surappris comme c'est le cas dans certaines professions, dans certaines activités sportives ou artistiques, ou bien encore lorsque l'objet est lié à une scène particulièrement riche en émotions mémorisées (77), le processus peut être syncopé, les étapes ramenant directement à un plan d'immanence particulier.

Lorsque les troubles cognitifs sont installés, la mémoire est fragmentée à l'intérieur des plans de pertinence. Les articulations entre les plans ne se font pas ou mal, les formes de vie disparaissent ou s'étriquent, une persistance comportementale s'installe à défaut d'une persévérance et d'une adaptation à une difficulté même légère. Les stratégies laissent la place à des habitudes de plus en plus ancrées dans le passé. Les pratiques ne s'articulent plus entre elles et n'évoluent pas dans le cours de l'action, seules demeurent celles qui ont été surapprises antérieurement, ce qui est le domaine de la mémoire procédurale\*. A un stade plus évolué, l'éveil se limite à un seul plan, le plus souvent celui des signes et des figures, voire un seul composant du plan. Enfin, lorsque la maladie est très évoluée, l'organisation de la pensée semble ne se focaliser que sur des objets ou des figures tels qu'ils se présentent au sujet malade, sans élaboration, les objets  $\beta$ , sans liens pertinents entre eux et avec

---

<sup>130</sup> Ibid. Pages 119

l'environnement ou le contexte. La complexité des situations n'est pas saisie, elle est hors de portée d'un malade dément.

## II-2. Un exemple concret

L'exemple choisi pour illustrer ce parcours sera celui d'un promeneur dans une forêt, cheminant sans but a priori. Il introduira une situation clinique. Présence, choix de la direction de la signification et intentions naissent à chaque étape ou niveau.

### II-2.1. Le parcours d'un promeneur en forêt

Le promeneur rentre dans la forêt (tableau 2). L'instance formelle pertinente pour le premier niveau concerne les signes perçus, les kernels\* et ses satellites, qui trouvent leur origine dans le contact du sujet avec la nature. La présence du monde à soi émerge des instances matérielles et sensibles à ce niveau porte sur l'expérience de l'environnement pour le sujet à partir de ses déplacements, ce qui est saillant, tranchant avec le fond du champ de perception, de ce qu'il perçoit sur le plan tensif et qui l'interpelle, ce qui ébranle sa sensorimotricité\*, tout ce qui rompt avec le banal et le routinier. Peut-être y a-t-il quelque chose à ramasser... Le choix de la direction de la signification pourrait porter sur un autre sujet, la nature des arbres environnants, les conditions écologiques de la forêt...

Tableau 2 : Parcours génératif\* d'une saisie d'une perception suivi d'un encodage mnésique. Nous avons choisi l'exemple d'un promeneur en forêt, amateur de champignons.

<b>Expériences</b>	<b>Instances formelles,</b> pertinentes pour le niveau retenu	<b>Instances matérielles et sensibles.</b>	
Figurativité	Signes	Sensorialité/mouvements Tensivité/rupture	
Interprétation Intentionnalité	Texte ou organisation des figures	Intégration dans ce qui est déjà connu, organisé Aspect/connexité	
Corporéité	Objets-support → Saisie des choses intentionnelles	Internalisation, pertinence des objets internes. Stabilisation	
Pratique Situation sémiotique	Scène prédicative Episode Carte cognitive	Pertinence des pratiques Visée	
Accommodation (Ajustement programmation) au contexte	Stratégies mnésiques	Styles personnels Répétition / Souvenir: Reconstruction	
Organisation comportement Style stratégique	Formes de vie	Usage : Mycologue gourmet Temps : modes d'approche Persévérance	

L'instance formelle du second niveau concerne les phénomènes perçus susceptibles d'être analysés, cette fois-ci considérés comme un ensemble organisé (texte), à partir d'une part de ce qui est exploré et exploité par la sensorimotricité\* comme par la sensibilité, et saisi sur le plan intelligible. Les objets se donnent à saisir dans leur autonomie matérielle et sensible, inséparable sur le plan sémiotique du niveau de pertinence inférieur, mais avec une signification différente. Ils sont maintenant dans un contexte particulier. Sur le plan de l'expérience perceptive, ces divers objets ou situations peuvent par leur connexité prendre un sens nouveau. L'humidité du sol, les senteurs de la

forêt, la lumière des arbres peuvent être l'indice d'un lieu et d'une saison propice aux champignons et faire naître ou renforcer à ce propos une nouvelle intentionnalité. L'instance peut prendre un nouveau sens, et faire émerger quelques idées et faire envisager quelques choix. L'instance matérielle et sensible permet la prise de conscience d'une ambiance, d'un contexte qui s'affiche en tant qu'image mentale. Dans l'exemple choisi pour ce niveau, dans lequel le promeneur se déplace, ce qu'il saisit sur le plan cognitif, sa perception polysensorielle et sa sensorimotricité\* réveillée lors de ses déplacements, lui permettent d'interpréter le paysage à partir de l'aspect global de l'environnement, car c'est à partir de cela que va pouvoir se déployer le niveau suivant.

Le troisième niveau concerne l'expérience de la corporéité des objets pertinents dans le contexte (le média) où le sujet les rencontre. Les objets perçus, le contexte où on les trouve renvoient à des sensations anciennes par iconicité, par analogie à ce qui a déjà été rencontré dans d'autres circonstances, éveillant une topographie mentale signifiante. Les instances sensibles et matérielles, l'internalisation des objets, permettent une stabilisation de ce qui est saisi, au moins temporairement dans le champ de conscience. Il ne s'agit plus d'objets externes dispersés dans l'environnement, plus ou moins proches et reliés les uns aux autres, mais de la perception d'un ensemble unifié. Elles conduisent à une présence à soi. L'exemple illustratif choisi ici est celui de la perception d'un parterre de champignons susceptible de retenir l'attention du promeneur, de faire émerger des intentions plus précises et d'asseoir son choix. Les champignons jouent un rôle dans la situation vécue, et l'aspect de la forêt pour le promeneur joue pour lui le rôle d'objets-support d'une information sur laquelle l'attention du sujet va se focaliser, et déterminer une éventuelle motivation. La présence de soi au monde est congruente avec la présence du monde à soi.

L'expérience sous-jacente au niveau suivant est celle d'une pratique particulière qui émerge de la présence de la scène qui a émergé au niveau précédent. Dans une situation donnée, chaque pratique peut être convertie en un ou plusieurs process, des actes d'énonciation impliquant alors des rôles actantiels joués par l'actant, préalablement rencontrés à d'autres niveaux : « je me demande si..., ou comment... ». Ils sont mis en relation modale et axiologique pour faire un choix parmi les différents process possibles. La présence du monde à soi concerne la pertinence des pratiques en fonction d'une visée qui émerge, préparant ce sur quoi va porter le choix, et structurant l'intention. Le promeneur peut envisager, par exemple, de ramasser des champignons, de les laisser sur place, de retourner chez lui pour chercher un panier, etc. L'expérience de la pratique mise en œuvre est encore celle d'une régulation du comportement en fonction des opportunités et des limites qu'offre la scène pratique, par exemple, passage à l'acte ou non.

Quelle stratégie adopter face à la scène déployée, quelle pratique articuler pour répondre à l'intention émergeant du niveau précédent ? Elle nécessite à nouveau un tri axiologique. Une situation-stratégie<sup>131</sup> rassemble des pratiques pour en faire un nouvel ensemble signifiant (46). Dans cette scène intérieure du promeneur, une stratégie permet d'asseoir une situation sémiotique\* nécessitant une accommodation, un ajustement tactique. Celle-ci peut être partiellement prévisible, voire programmable, sinon le sujet peut envisager d'ajuster son comportement dans le temps et l'espace. L'expérience sous-jacente est celle du choix des stratégies dans une conjoncture donnée. Selon le style personnel, les circonstances, le sujet aura ainsi le choix entre deux types d'accommodations : une répétition d'un souvenir antérieur (programmation) ou une construction d'un souvenir nouveau (ajustement), à partir d'une ou plusieurs stratégies nouvelles adaptées à partir d'anciennes ou inventées. Les stratégies personnelles et leurs résultats sont mémorisés. Leurs réussites et leurs échecs sont comparés aux expériences précédentes. Préalablement mémorisées, elles servent à étayer le choix stratégique. Le choix fait, la pratique actualisée, selon le résultat acquis, bon ou mauvais, les stratégies mises en œuvre seront renforcées ou adaptées. Dans tous les cas, les stratégies sélectionnées et leurs résultats vont être mémorisés ou les souvenirs antérieurs s'y rattachant vont être remodelés (296). Pour l'exemple présenté, le promeneur peut choisir les plus beaux champignons et délaissier les plus petits, ramasser la quantité qu'il désire, etc. Un nouveau niveau de régulation de l'intention apparaît ici, validant ou invalidant la décision de choisir une stratégie par rapport à une autre. Pratiques et stratégies construisent l'école personnelle de la vie à partir de la succession des expériences mises en œuvre et des scènes intérieures construites, qui structurent la personnalité par les échec et les réussites des entreprises (296). Elles permettent de développer des styles personnels de stratégies et conditionnent des formes de vie (296). Dans l'exemple choisi, l'expérience du promeneur lui permet d'asseoir son choix stratégique et il peut décider de ramasser des champignons consommables à son retour chez lui. D'autres choix étaient possibles. Par exemple, garder la mémoire du coin et décider de revenir deux jours après, pour que les champignons soient plus gros. Ce qu'il fera des champignons dépendra, pour une part, de ses formes de vie.

Les formes de vie sont des ensembles signifiants composites et cohérents, constituant immédiat de la sémiosphère<sup>132</sup> (7, 89). Le plan d'immanence des formes de vie subsume les stratégies. Les formes de vie sont constituées au moins de deux critères liés par une relation semi-

---

<sup>131</sup> Jacques Fontanille. Pratiques sémiotiques. Page 25 : « Une situation sémiotique est une configuration hétérogène qui rassemble tous les éléments nécessaires à la production et l'interprétation de la signification d'une interaction communicative. » Plusieurs situations sémiotiques peuvent être articulées.

<sup>132</sup> La sémiosphère est l'ensemble de référence, de la structure et des modalités d'interactions des individus dans une culture donnée, nécessaire à la mise en place des systèmes sémiotiques qui la composent. La sémiosphère est une expérience sémiotique collective et personnelle qui se traduit par « présomption de sémioticité ».

symbolique\*<sup>133</sup> : le **style rythmique**, ici celui d'un promeneur, et les **attitudes de valorisation** ou de dévalorisation des questions ou des problèmes à résoudre. Elles mobilisent des compétences modales (par exemple, savoir reconnaître les champignons, savoir-faire pour les préparer en cuisine, vouloir ou pouvoir faire, etc.), un développement tensif pertinent qui dépend de l'intérêt du sujet pour les objets concernés, et enfin la sensorimotricité\* corporelle et les sensations diverses qui s'enchaînent durant le parcours (7). Les formes de vie peuvent être choisies et adaptées selon la facilité de leur mise en œuvre, les obstacles rencontrés et contournés, et mobilisant donc les modes des processus impliqués dans la persévérance. L'expérience est ici celle du style stratégique possible et de l'organisation comportementale susceptibles d'être déployés selon des modes existentiels (possible, virtuel, actuel, réalisé). Elle n'est pas la même selon le temps disponible du promeneur, le tempo qu'il a choisi pour mettre en œuvre une stratégie particulière. Son mode d'approche dépend encore des compétences qu'il a préalablement acquises. Le promeneur peut être expert en mycologie, spécialiste éclairé, promeneur averti ou, au contraire être ignorant. Les champignons ramassés n'ont pas la même destinée selon la forme de vie.

## II-2.2. Conséquences pour la mémoire

Le schéma présenté est celui ici est un parcours génératif\* à partir de signifiants. Chaque niveau représente un champ d'expériences, son élaboration fait exister un contenu, une instance matérielle et sensible. Le sujet en prend conscience en tant que présence du monde à soi. Elle fait naître une intention et permet de faire des choix, d'orienter le parcours de la signification. Expériences et existences s'enchaînent : chaque prise de conscience prépare l'expérience au niveau suivant.

L'encodage mnésique porte à la fois sur l'expérience perceptive, plan de l'expression, et sur la représentation mentale qui lui est associée, plan du contenu. Après un temps de stockage\*, ces informations sont disponibles pour un rappel mnésique. L'approche présentée est ascendante (bottom-up), du plus simple au plus global. La perception de l'environnement s'impose préalablement aux connaissances sur celui-ci et leurs mémorisations. L'expérience perceptive part du sensoriel et du perceptif, pour atteindre progressivement un niveau cognitif élaboré (297, 298). On part ici du détail, l'échelon le plus bas, le plus basique, pour consolider le sens progressivement, par un parcours génératif\* à partir du plan de l'expression, jusqu'à l'incorporation dans une scène pratique et y opérer une synthèse, voire aller au-delà, pour convoquer stratégies et s'appuyer sur des formes de vie, et éventuellement les remodeler à l'occasion de la mise en œuvre d'une pratique et de son résultat (296).

---

<sup>133</sup> Le semi-symbolisme désigne l'individuation d'une structure de relation entre deux couples d'oppositions liant par exemple des contrastes de formes, couleurs ou positions, à des valeurs sémio-narratives profondes.

Une stimulation à un niveau quelconque d'un parcours auparavant constitué et mémorisé peut être l'occasion de parcourir le schéma de façon descendante (Approche top-down) (299), par exemple partir de l'idée de préparer un plat de champignons si c'est la saison. L'objet peu apparent dans le paysage évoqué précédemment, une fois mémorisé est immédiatement retrouvé sur une nouvelle présentation de l'image lors d'une autre promenade. Un champignon trouvé par hasard permettra de retrouver dix autres. Les connaissances s'imposent préalablement à la perception de l'environnement. Mémoire et perception collaborent à l'élaboration de l'image interne. Ce modèle nécessite, cependant, une exploration perceptive, donc de trier et de sélectionner des actions possibles pour une élaboration de la connaissance du monde. L'exploration perceptive porte sur les dimensions cognitives (reconnaître les champignons), tensives (guidant le regard et les choix), et sensorimotrices (impressions corporelles lors de la promenade, lors de la cueillette...).

L'ensemble du parcours des signifiants préalablement constitué est mémorisé et peut être utilisé en tant que méthode mnémotechnique pour une expérience de découverte comparable, dans d'autres circonstances. L'expérience acquise est transposable. Un autre parcours similaire sera facilement actualisé en substituant d'autres signifiés. Le promeneur en forêt pour être un jour sur une plage et faire avec la même démarche de découverte, avec d'autres contenus.

Dans la maladie d'Alzheimer, les niveaux de pertinence sont déshabités, les sémiotiques-objets qui les composent se raréfient, mais une certaine structure reste longtemps en place. Il est possible de rafraîchir des souvenirs enfouis, de ressusciter des agirs, en soufflant sur les braises de d'une résilience par exemple en utilisant la musicothérapie (50), ainsi que nous le verrons avec le cas de Monsieur Simon à propos du rôle de la musique dans la démence. Nous en donnons un autre exemple.

### II-3. Une brève histoire clinique

Monsieur Robert M âgé de 88 ans est veuf depuis 5 ans. Il est en EHPAD depuis plusieurs mois pour des troubles cognitifs évolués (MMSE = 11). Il parle peu et est peu sociable. Il était agriculteur autrefois dans un village des environs. Un après-midi récréatif était organisé ce jour-là dans la maison de retraite par des gardes forestiers sur le thème d'une zone forestière protégée, située pas très loin de son ancienne résidence. Les gardes forestiers avaient apporté des échantillons provenant de la forêt : des branches d'arbres, des feuilles, des mousses, quelques ceps, des enregistrements d'oiseaux dans les bois, et même, des prélèvements de sols, dans des boîtes pour conserver les odeurs. Monsieur Robert s'est montré très intéressé. Il a reconnu le cep, il l'a manipulé, l'a flairé. Il a commencé à raconter quand et où on les trouvait, comment sa femme les lui préparait. Il a commenté les odeurs, les feuilles des arbres. Il a évoqué les différents champignons qu'il ramassait, les coins spécifiques où ils les

trouvaient, et les différentes façons qu'avait sa femme de les cuisiner. Il a parlé d'elle, ce qui ne s'était jamais produit depuis son entrée en EHPAD. Des amis de Mr Robert nous ont expliqué que ramasser des champignons étaient sa passion. Ce n'était pas une éclipse mnésique. Des souvenirs sont remontés, à partir de la scène vécue permettant une expérience multisensorielle (les odeurs de la forêt, le toucher du cep, la vue des feuilles et de la mousse...), ou parce qu'il a reconnu un champignon. Mais les souvenirs qu'il évoquait étaient, pour certains, distincts de la présentation faite par les gardes ou du cep. Il retrouve à la fois des pensées et une présence qui s'étaient longtemps absentes de son esprit. Il peut faire des énoncés. Il investit un discours, en a fait profiter à ses voisines de table, aux soignants durant plusieurs semaines. Mais ceux-ci l'écoutaient de moins en moins. C'étaient toujours les mêmes histoires. Mr Robert finit par retrouver le silence. La maladie d'Alzheimer altère la mémoire narrative, mais il reste chez les malades une sensorialité narrative, avec une prise de position, une mise en perspective et un parcours éventuel, qui peut être éveillée.

La polysensorialité est gérable pour les malades déments, si les informations sont redondantes. Elle est utilisée dans les ateliers snoezelen, avec de bons résultats (300). La complexité issue de la polysensorialité nécessite une homogénéisation synesthésique\*, difficile pour les malades, sauf si les informations issues des différentes sensorialités sont concordantes et donc redondantes pour le sens évoqué. La dissonance sensorielle est le plus souvent ingérable pour eux.

#### II-4. Le cycle perceptif de Neisser et la mémorisation. La circularité du sens

Les approches bottom-up et top-down ne rendent que partiellement compte de l'ensemble des mécanismes de la perception visuelle. La sémiotique de la perception visuelle ne sera pas ici traitée, nous resterons centrés sur les processus engagés dans la construction d'une image mentale et dans leur mémorisation dans la démence. Les processus engagés (générativité) et les déixis\* (particularités) ne sont pas simplement des repères interreliés dans une chaîne, ils sont dans une dynamique d'enchaînement d'expériences. Neisser a proposé une théorie expliquant comment les processus descendants et ascendants peuvent être interreliés. Ils interagissent les uns avec les autres pour produire la meilleure interprétation du stimulus, pour induire des images mentales et les mettre en mémoire (175). Selon cet auteur, le processus du rassemblement des informations perceptives est cyclique, sans origine prédéfinie et a priori est sans clôture préalable. Le cycle perceptif décrit l'acquisition d'images perçues, leur interprétation puis leur confrontation avec des modèles existants et référencés en mémoire. L'objet saisi à partir de ce qui est perçu de l'environnement modifie la carte

cognitive, celle-ci dirige une exploration, et l'exploration mène au prélèvement de l'information pertinente sur l'objet dans l'environnement (Figure 1).

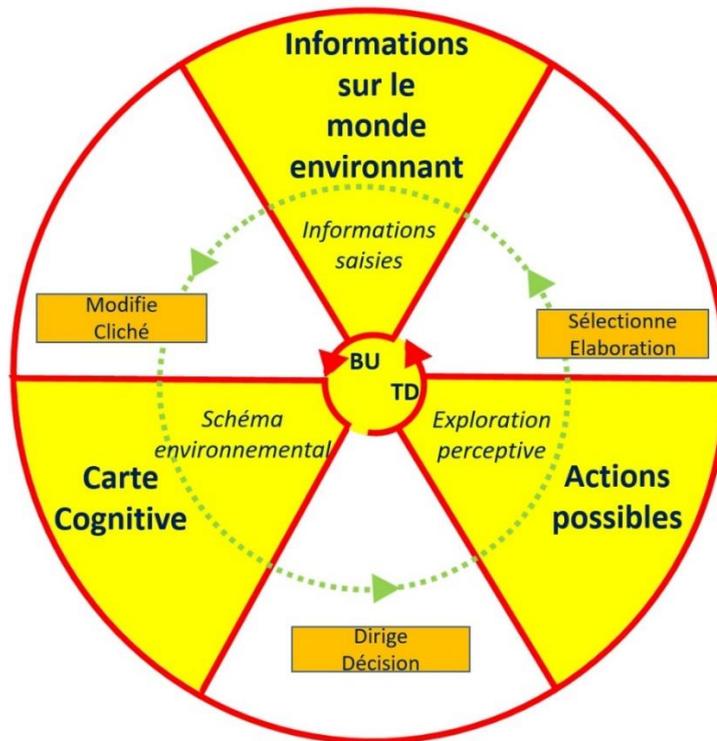


Figure 1 : Le cycle perceptif de Neisser. BU : démarche bottom-up, TD: démarche Top-down.

Dans la maladie d'Alzheimer, le cycle n'est plus parcouru. La circularité du sens s'interrompt. Seules les choses simples sont perçues. La complexité nécessite de parcourir le cercle à plusieurs reprises pour affiner la perception, pour préciser un souvenir, et pour le confronter à la situation présente. Les défaillances mnésiques couplées aux difficultés du jugement empêchent la construction d'une représentation interne élaborée et intelligible.

### III. Les formes de vie

#### III- 1. Les formes de vie sont des organisations sémiotiques complexes

Les formes de vie sont des organisations sémiotiques complexes, des sémiotiques-objets dotées d'un plan de l'expression (syntagmatique) et d'un plan du contenu (paradigmatique). Elles fonctionnent de façon autonome au sein d'une sémiosphère<sup>134</sup>. Elles possèdent les caractéristiques des identités sociales et culturelles, individuelles et collectives, soumises pour ces raisons à des

<sup>134</sup> Jacques Fontanille. Formes de vie. Page 14

déterminations collectives, historiques et géographiques. Elles peuvent présenter donc un caractère nomade selon l'époque et les lieux où elles se déroulent <sup>135</sup>. Toute manifestation sensible utilisée comme une expression (un énoncé) peut être considérée comme le condensé d'une forme de vie destinée à être déployée au moment de l'interprétation, sous le contrôle d'une énonciation qui reflète la signification de la manifestation proposée par l'énonciateur et développant ses intentions.

Les formes de vie ne peuvent être organisées en dehors d'une représentation ordonnée des plans d'analyse sémiotique. Elles ne se conçoivent pas en dehors. Indépendamment de l'analyse, plus ou moins consciemment, elles sont disponibles en permanence, permettant un choix pour les acteurs des formes de vie <sup>136</sup>. Les formes de vie concernent le style du comportement d'un individu ou d'individus dans une collectivité, comportant des modes d'identification sociale, caractéristiques et reconnus dans une collectivité donnée, et fondés sur l'existence de régimes de croyances propres à ces modes, ainsi que sur des modes d'existence sociaux permettant de persister socialement<sup>137</sup> (145). Sur le plan individuel, elles renvoient à la conation, l'expérimentation de la persévérance dans son être (35, 263).

Pour parler de formes de vie, le plan de l'expression, le schème syntagmatique, doit être ressenti comme **cohérent**, et pour le plan du contenu, la dimension paradigmatique, les catégories sélectionnées, doivent être triées et pondérées selon leurs valeurs attribuées par le sujet. Le schéma syntagmatique et la dimension paradigmatique doivent être **congruentes** pour que la forme de vie soit adéquate à l'intention de son énonciateur. Ceci suppose que les conditions des possibilités de réaliser des tris et de choix soient présentes pour le déploiement syntagmatique et pour le plan paradigmatique, ce qui n'est plus le cas dans la démence.

Les formes de vie permettent à la vie de prendre sens par les choix opérés, dans leur déploiement, dans les stratégies choisies et adoptées pour contourner les obstacles et les difficultés contre-persévérantes, afin de maintenir une cohérence comportementale. Diverses possibilités de choix sont possibles dans leur cours, concernant les deux plans syntagmatique et paradigmatique. Elles peuvent alterner ou évoluer au cours d'une pratique pour rester adéquates aux intentions d'un énonciateur et rester ainsi fidèles à la signification qu'il souhaite donner à ce qu'il entreprend. L'autonomie du choix renvoie à la possibilité d'opposer ou de substituer une forme de vie à une autre,

---

<sup>135</sup> Ibid. Page 247

<sup>136</sup> Ibid. Page 244

<sup>137</sup> Eugène Minkowski. Traité de Psychopathologie. Page 402 : « La croyance se met toujours en perspective sur le collectif ou mieux, sur l'humainement commun: elle demande, ne fût-ce que virtuellement, à être partagée ».

d'en adapter une. Le tri actualise et réalise une forme de vie choisie pour son efficacité pratique ou symbolique, convoquant des normes et une éthique collective et personnelle, et en écarte, en virtualise une autre (7). L'énonciateur puise pour s'adapter aux contraintes et persévérer dans diverses bibliothèques : sémantiques, pratiques et formes de vie (sémiothèques) (34), du moins tant qu'elles lui sont accessibles et qu'elles ne sont pas perturbées par les troubles de la mémoire. Éventuellement, il les enrichit en inventant, et en mémorisant les transformations et les procès qui le permettent, du moins, là encore, s'il en a les capacités cognitives. Les formes de vie participent ainsi à l'individualisation de la personne.

Les formes de vie sont une dynamique qui se déploie dans un champ de présence à soi et au monde, à travers des actions et des mouvements, dans un temps et dans un espace donné. Elles se confrontent à la dialectique de l'affirmation ou de la négation de limites de celui-ci, et donc sur sa forme perçue, susceptible d'être investie et mémorisée. Nous verrons les conséquences tensives de cette dialectique dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer à propos des régimes topologiques de la présence.

### III-2. Le régime topologique de la présence

Le sujet, actant-corps assume les formes de vie en s'y engageant et en les ressentant de façon plus ou moins intense. Les variations d'intensité de l'engagement sont susceptibles de porter sur les deux plans, sur les intentions lors du déploiement du cours de vie et dans les choix et les pondérations des contenus choisis. Le positionnement de l'actant corps dans une mise en perspective du champ de présence de soi au monde, sa trajectoire dans celui-ci, ont des conséquences phoriques, euphorie/dysphorie, plaisant/douloureux, passionnelles et virtualisent ou actualisent des modalités tant du faire (agir) que de l'être (exister).

Un actant-corps se déploie à partir de lui. Il est le centre de référence, un champ sensible comportant des horizons et pourquoi pas, des espaces ou des temps au-delà de ceux-ci, ainsi que des mouvements potentiels entre ces positions topologiques. Le mouvement topologique portant sur l'intensité de la présence sensible, la visée, et celui portant sur l'étendue, la saisie, se traduisent par une inflexion, une déformation du champ de présence<sup>138</sup>. Nous avons déjà noté qu'une forme de vie privilégiant la saisie se focalise sur la clôture éventuelle de la perspective. Une autre privilégiant la visée est ouverte sur la diversité des possibles. Les deux plans constitutifs des formes de vie sont concernés par ces déformations. Les déformations topologiques du champ de présence peuvent être

---

<sup>138</sup> Jacques Fontanille. Formes de vie. Page 166

envisagées comme des associations entre les deux types d'opérations visée et saisie, et des orientations de la profondeur du sensible, centrifuge de l'actant vers le monde ou centripète du monde vers le sujet.

L'actant-corps peut être la source du mouvement topologique et le monde sensible la cible (Tableau 3) <sup>139</sup>. Si la visée est privilégiée, le champ étant ouvert, un schéma de quête, de découverte reste possible. Si l'actant corps saisit avec intensité le monde sensible et ferme le champ, renonçant librement, ou bien il y est contraint, son parcours étant borné, sans grands horizons. Il se met dans une position d'emprise, de vigilance accentuée sur ses possessions dans son territoire où il a une certaine légitimité.

Le monde sensible peut être la source du mouvement topologique et l'actant-corps la cible. Lorsque le monde sensible vise l'actant-corps et que l'horizon est encore ouvert, une fuite du sujet est possible, sinon il se replie sur ses arrières. Lorsque le monde sensible saisit l'actant-corps, que celui-ci est englobé, enfermé dans une situation clôturée, il peut avoir le sentiment d'une perte identitaire, d'impossibilité de développer des pratiques singulières, ce qui peut prendre pour lui la forme d'une réification, le réduisant à un simple pion dans le champ topologique.

Tableau 3 : Régime topologique des formes de vie

	Actant source/monde cible	Monde source/actant cible
Visée et champ ouvert	Quête/découverte	Fuite ou repli
Saisie et champ fermé	Emprise	Piège

### III-3. Formes de vie et Maladie d'Alzheimer

Dans la maladie d'Alzheimer, le champ de présence se rétrécit et tend à se clore. Au début de la maladie, diverses formes de vie sont encore facilement accessibles, ses intentions peuvent déboucher sur des actes motivés et il a des possibilités de choix. Le malade peut garder un temps une implication dans son champ de présence au monde, pouvant décider par lui-même et mettre en œuvre son projet de vie, persévérer dans ses activités malgré des obstacles qu'il peut contourner

<sup>139</sup> Ibid. Pages 161-166

(ajustement). Il peut s'accrocher en cas de difficultés rencontrées, et persévérer dans ce qu'il fait malgré celles-ci (raisonnement concessif). Il décline ainsi la persévérance qui est le ressort modal et passionnel élémentaire de toute forme de vie<sup>140</sup>. Quêtes et découvertes sont possibles, le monde sensible peut encore être visé. L'engagement reste intense, l'autonomie préserve l'orientation et laisse un libre de choix dans toutes les dimensions du champ de présence investi.

La clôture progressive du champ de présence est liée à la progression des désordres cognitifs et/ou aux limites imposées par le corps qui s'affaiblit, à la sensorimotricité\* : désagréments des douleurs et inconvénients des différentes incapacités fonctionnelles liées à l'âge et à la maladie. Ces entraves à sa vie ont pour conséquences une plus grande recherche d'emprise avec une plus grande intensité sur « un petit monde » (34). Actant source, le sujet privilégie la saisie. Il évite les difficultés et les obstacles, car devenant plus difficiles à contourner et à élaborer dans le cours de sa vie. Ses choix se réduisent sur le plan syntagmatique à des pratiques anciennes apprises (accommodation par programmation et non plus par ajustement) et sur le plan paradigmatique au choix des objets qu'il manipule habituellement, ou qu'il manipulait autrefois, son « musée » personnel. La personne apparaît ici à sa famille comme très autoritaire et le malade accepte difficilement, ou refuse toute intrusion extérieure susceptible de toucher, de bouger quoi que ce soit à son domicile. Faire le ménage dans la chambre peut devenir un problème.

Avec la progression de la maladie, toute autorité sur le monde disparaît, l'autonomie de la personne s'étrique, le monde sensible devient la source (commerces inaccessibles, impossibilité de sortir de chez soi pour avoir des relations aux autres...) et la personne la cible, devenant passive et subissant plus ou moins de bon gré les contraintes extérieures qui lui sont devenues indispensables pour vivre le quotidien. Elle devient dépendante du monde sensible. Une visée est possible si le champ reste ouvert. La personne malade pourrait être alors fortement tentée par la fuite. Ses comportements sont, à ce stade, stéréotypés et comme préprogrammés. Des errances ou des fugues en particulier hors du domicile des enfants ou hors des maisons de retraite sont possibles. Le malade est davantage dans la persistance que dans la persévérance, les fugues sont répétitives, mais il ne va que rarement bien loin mais il peut se mettre en danger. La sécurisation de lieux de vie devient indispensable.

Si le champ de présence est fermé et/ou inaccessible pour elle, pour des raisons matérielles ou psychologiques (par exemple, digicodes à plusieurs chiffres sur la porte d'entrée de la maison de

---

<sup>140</sup>Ibid. Pages 108

retraite), la personne malade est restreinte, contrainte et soumise à une saisie. Elle peut se sentir piégée, réifiée. Elle renonce alors à ses pratiques coutumières et se réfugie dans la démotivation.

### **Quelques points clés du chapitre 5 : Les parcours sémiotiques et formes de vie**

Le débrayage est l'opération par laquelle l'instance de l'énonciation se disjoint des termes de l'énoncé. Le débrayage est une objectivation ; l'embrayage est une subjectivation initiée par la déictisation.

Les niveaux de pertinence sont des sémiotiques-objets dotées à la fois d'un plan de l'expression, une expression issue de l'expérience perceptive avec une organisation syntagmatique cohérente et dotées d'un plan du contenu existentiel articulant les catégories congruentes d'objets ou de catégories d'objets (des sémiotiques-objets).

La mémoire à l'encodage ne fixe pas que des faits repérés par la cognition, mais aussi les tensions rencontrées, la sensorimotricité éveillée et éprouvée par le corps lors des épisodes. Elle garde encore les traces du parcours qui a permis de les saisir dans un contexte donné.

Chaque élément de ce contexte, rafraîchi ultérieurement lors d'un rappel peut constituer une présence pour le sujet, et faciliter la reconstitution de l'ensemble de la structure initiale, des niveaux et leurs constituants, et permettre encore de se remémorer de l'épisode initial.

Les procédures spécifiques d'intégration sont ascendantes (bottom-up) ou descendantes (top-down).

Les formes de vie sont des organisations sémiotiques complexes, des sémiotiques-objets dotées d'un plan de l'expression (syntagmatique) et d'un plan du contenu (paradigmatique). Elles fonctionnent de façon autonome au sein d'une sémiosphère.

Elles possèdent les caractéristiques des identités sociales et culturelles, individuelles et collectives, soumises pour ces raisons à des déterminations collectives, historiques et géographiques. Elles sont nomades selon l'époque et les lieux.

Les formes de vie sont une dynamique qui se déploie dans un champ de présence à soi et au monde, à travers des actions et des mouvements, dans un temps et dans un espace donné.

Les déformations topologiques du champ de présence peuvent être envisagées comme des associations entre les deux types d'opérations visée et saisie, et des orientations de la profondeur du sensible, centrifuge de l'actant vers le monde (actant source) ou centripète du monde vers le sujet (actant cible).

La clôture progressive du champ de présence dans la démence est liée à la progression des désordres cognitifs et aux limites imposées par le corps qui s'affaiblit.

## Construction, adaptation et fragilité de la mémoire

« Seul un passé significatif est l'objet du souvenir, seul le passé dont on se souvient devient significatif. Le souvenir est un acte de sémiotisation. »

Assmann Jan

Peut-on mémoriser facilement quelque chose d'abstrait, ou doit-on passer par une étape plus figurative ? La même question se pose pour la mémorisation de situations ou d'objets sans portée pratique pour notre vie et pour celle des autres, pour ce qui est sans incidence sur notre parcours de vie, sans impact sensorimoteur, sans grand intérêt sur le plan affectif ou émotionnel. Le travail de mémoire est complexe et n'est pas seulement du ressort des processus cognitifs, renvoyant à d'autres composants de notre psychisme (sensations psychologiques et corporelles, inconscient, personnalité...). Le travail de mémoire est un apprentissage réalisé tout au long de la vie, pour appréhender les événements, les confronter à d'anciens souvenirs, mémoriser les événements et les convoquer de façon opportune selon les besoins. Il s'affine par l'expérience et par l'usage acquis au fur et à mesure que les années s'écoulent.

Nous mémorisons aussi bien les perceptions et les éléments du plan de l'expression, l'expérience de la vie, que ceux du plan du contenu, l'existence de la vie dans ses dimensions cognitives, corporelles et émotionnelles : objets ou faits et les pratiques ou les stratégies associées lors de l'encodage d'un épisode de vie. La mémoire, ainsi, ne fonctionne pas de la même façon chez l'enfant, l'adulte ou la personne âgée.

Les souvenirs ne sont pas que des simples données encodées, stockées et rappelées selon les besoins ou les attentes de l'individu lors de ses contacts avec l'environnement. Ils sont vivants, remodelés dans le cours de la vie, floutés ou recouverts par d'autres souvenirs avec les années. Le contenu des données est complexe, impliquant la cognition, la nature des faits, la sensorimotricité et les sensations à l'intime de soi, et le système tensif (affects et émotions). Nous percevons seulement une partie des événements vécus, selon nos attentes et nos besoins, ce qui conditionne notre attention, notre passivité ou notre volonté d'être attentif, et selon la saillance des objets dans le champ

concerné. Nous gardons aussi la mémoire de la déixis\*des événements et la mémoire des processus génératifs engagés dans la construction de la représentation interne.

La construction d'une image interne et d'un épisode mnésique est à la fois particulière, située et incarnée dans le corps (59), et générative. La construction peut être passive, intuitive. Elle peut être active et choisie, dirigée selon la volonté et l'intention du sujet, pour orienter la signification selon une visée téléologique particulière. L'image perçue et mémorisée est couplée, là encore de façon dynamique, à d'autres images mémorisées personnelles ou d'origine collective, lors des parcours de l'élaboration perceptive et la création de l'image interne.

Nous ne prenons conscience que d'une fraction de la représentation interne. Cependant, en se replongeant dans le souvenir, on peut retrouver des détails sur le moment d'un premier rappel écarté. Nous gardons encore en mémoire l'intelligibilité de la représentation interne, ce que nous avons compris sur le moment de l'événement. Nous retenons la consistance, la présence de la représentation pour le Moi, le couplage existentiel du monde au Moi et du Moi au monde, dans une dynamique interactive. Qu'avons-nous pensé de la situation ? De la présence, ou, à défaut de la représentation interne conscientisée, naît l'élan vital (31, 264) manifesté par une intention spontanée ou volontaire, pouvant introduire ou non une motivation et des actions. Présence, intention, motivation, actions sont mémorisées dans le souvenir.

## I. Les fluctuations de la mémoire humaine

La mémoire humaine ne fonctionne pas selon le modèle digital de l'ordinateur, qui répond de façon quasi immédiate, de façon intégrale et inflexible à une sollicitation. Elle n'est pas uniquement une banque de données définitivement inscrites, celles-ci évoluent au cours du temps. La mémoire est un ensemble de processus (eux aussi flexibles) d'interrelations complexes. La mémoire sémantique, amodale et décontextualisée, et la mémoire épisodique, modalisée et contextualisée, sont interdépendantes. La mémoire est une dynamique entre les aires cérébrales concernées, et entre les souvenirs et d'autres proches. Elle est fragile, mais cette fragilité n'est pas synonyme de faiblesse, mais de **capacité d'adaptation**. Elle reflète sur le plan organique la plasticité cérébrale et la capacité des neurones à s'interconnecter selon les stimulations.

Le développement des réseaux sociaux informatiques et des banques de données déteint sur les idées que se font certains sur des attentes sociales d'une mémoire parfaite, infatigable, sans failles (301). La fragilité de la mémoire accentuée dans la maladie d'Alzheimer peut conduire ainsi à un vécu de marginalisation. Les malades perdent leurs souvenirs et s'éloignent ainsi d'une certaine norme sociale. La personne âgée démente n'est plus immergée dans la société de ceux qui se souviennent.

Verra-t-on un jour, à l'avenir, des personnes ou des sociétés hyper-mnésiques, et vivra-t-on alors en permanence avec l'épée de Damoclès suspendu au-dessus de nos têtes, l'épée des reproches à cause de nos oublis ? Ou vivra-t-on un jour avec le risque de voir resurgir des empreintes inaltérables, sauvegardées dans diverses banques de données informatiques, extraites pour des raisons non toujours bienveillantes, afin de les confronter à la réalité du présent, et ainsi violer notre droit à l'oubli et au changement. Serons-nous prisonniers de notre mémoire biographique ? Ne sommes-nous pas déjà demain ?

La maladie d'Alzheimer est un spectre qui effraie nombre de personnes âgées (200). Elle représente non un droit à l'oubli mais la contrainte d'en subir les conséquences. Toutefois, en reprenant l'histoire de vie particulièrement malheureuse de certains malades, on peut se poser la question de la limite entre leur droit d'oublier ce qui a été douloureux pour eux et la contrainte des oublis liée à la maladie. L'oubli démentiel peut être un refuge consolateur.

### I-1. Les changements de personnalité avec le temps et le souvenir

Avec le temps, la vie continue, et les souvenirs s'estompent, se déforment. Ils sont recouverts par d'autres événements présentant entre eux quelques analogies. Nous plions, froissons inconsciemment nos souvenirs au gré des tensions et contraintes du quotidien ou à l'occasion d'une rencontre, d'un événement qui les rafraîchit. Nous scotomisons<sup>141</sup> toute une part non glorieuse nous-mêmes (195). Nous refoulons des souvenirs choquant pour notre éthique d'aujourd'hui. Un souvenir est-il le même, quarante ans après un événement ? Le temps a pu flouter les souvenirs, et d'autres souvenirs se superposer voire s'imposer à l'impression initiale. L'individu change, mûrit au cours des années. Les capacités d'observation et d'attention ont pu se modifier par un apprentissage adapté, des pratiques s'affiner et se focaliser sur des domaines d'intérêt qui évoluent avec l'âge. L'approche des problèmes, les stratégies diffèrent, les passions, les intérêts, les motivations peuvent ne plus être les mêmes pour un adulte jeune et une personne d'âge mûr. Pour le corps, les sensations éprouvées dans la jeunesse ne sont plus, pour un vieillard, qu'un amer souvenir de ce qu'il avait été. La beauté

---

<sup>141</sup>Un scotome\* est une lacune, une tâche aveugle dans le champ visuel due à l'insensibilité de certains points de la rétine. Pour Freud et Lacan, tantôt le plan du contenu d'une représentation d'un désir (Vorstellung), est entravé par le sur-moi, produisant un déni, non-considération d'une partie de la réalité perçue, par exemple dans une névrose, tantôt la sémiosis ne se fait pas entre le plan de l'expression du désir (Repräsentanz) et le plan du contenu, produisant un refus catégorique sur des pans plus ou moins importants de la réalité psychique ou externe vécue comme dangereuse ou trop douloureuse, ou un désir n'apparaît pas dans le champ de conscience (Aphanasis). Lacan J. Les Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, pages 241-255

<sup>141</sup> Tulving distingue savoir (sémantique, le sens des mots et des choses), et se souvenir qui renvoie à une scène associée à des sentiments située dans le passé (épisode). La mémoire épisodique s'appuie sur le sens subjectif du temps (le voyage mental dans le temps), une connexion au self, et la conscience autonéotique.

extérieure finit par se faner. Il demeure l'inaliénable beauté intérieure, individuelle et collective, la dignité humaine.

## I-2. Les deux grandes modalités d'évocation du souvenir, les traces floues

La mémoire épisodique est caractérisée par la remémoration consciente, d'un événement de son passé, une présentification<sup>142</sup> (25, 137), le passé et le futur convoqué dans le présent, et une mise en présence à soi et au monde. La conscience de soi au cours du temps, auto-néotique, est une "capacité réflexive" et autodescriptive des individus (25, 66). La conscience construit d'une part **une présence du monde à soi, de soi au monde**. Les événements apparaissent comme quelque chose d'expérimenté de l'intérieur, consistants et enrichis de sensations sensorimotrices et sensibles, structurées comme le récit de la scène préalablement vécue, permettant l'encodage de la mémoire épisodique (78, 201, 207). Ils concernent les faits tels qu'ils se sont déroulés, colorés d'émotions, de passions. Mais la réalité du présent en rafraîchissant d'anciens souvenirs peut aussi les remettre en cause.

D'autre part, la conscience du souvenir **renvoie à la déixis**<sup>\*143</sup> du moment de l'événement, la mémoire de source\*. Elle prend en compte la position du sujet lors des faits, son entourage spatial et temporel (8), et la manière dont il s'est alors comporté au plan social (hexis) (302). Les épisodes mnésiques<sup>144</sup> successifs (70) s'inscrivent dans différentes déixis, mémoire de la position initiale du sujet dans chaque scène vécue, la mémoire garde leur sériation, les repères spatiaux et temporels de chaque déplacement des scènes.

Pour Tulving, la mémoire épisodique présuppose une étape préalable, indispensable, de nature sémantique (72). L'encodage de la mémoire épisodique comme le rappel mnésique pour Zwaan nécessite la mise en place d'un discours intérieur (201). Les traces mnésiques qui impliquent la narrativité dans le processus de mémorisation sont appelées Verbatim (68, 279). Elles sont précises,

---

<sup>142</sup> Maurice Merleau-Ponty. Phénoménologie de la perception. Page 490 : « Quand j'évoque un passé lointain, je rouvre le temps, je me replace à un moment où il comportait encore un horizon d'avenir aujourd'hui fermé, un horizon de passé prochain aujourd'hui lointain. Tout me renvoie [476] donc au champ de présence comme à l'expérience originaire où le temps et ses dimensions apparaissent en personne, sans distance interposée et dans une évidence dernière. C'est là que nous voyons un avenir glisser au présent et au passé. »

<sup>143</sup> La déixis est l'une des façons de conférer son référent à une séquence linguistique lorsque la compréhension de certaines parties d'un énoncé nécessite une information contextuelle. Les catégories les plus concernées par la déixis sont celles de la personne, du lieu et du temps.

<sup>144</sup> Tulving distingue savoir (sémantique, le sens des mots et des choses), et se souvenir qui renvoie à une scène associée à des sentiments située dans le passé (épisode). La mémoire épisodique s'appuie sur le sens subjectif du temps (le voyage mental dans le temps), une connexion au self, et la conscience auto-néotique.

mais fragiles avec le temps et avec l'âge surtout dans la maladie d'Alzheimer ou l'accès aux bibliothèques sémantiques est altéré.

Une autre mémoire, non narrative, fait davantage appel au figuratif lors de l'encodage mnésique, à la compréhension analogique lors de la récupération (238, 303) : association à des événements familiers, à un univers sémantique à la fois catégorisé et thématique, et pour la mémoire épisodique\*, à des sentiments, des émotions ou une ambiance particulière. Ces traces Gist\* sont moins précises que les précédentes, voire même sont approximatives, mais elles sont rapides d'accès et plus solides avec le temps que les traces Verbatim\* (68). Ce n'est pas là la seule voie d'accès aux souvenirs. L'émotion, imaginaire, l'esthétique peut conduire à une présence sans synthèse préalable, quasi immédiate (26).

### I-3. Rappel passif ou actif

Aristote opposait à la l'expérience liée à la mémorisation volontaire l'*anamnesis\**, tournée vers l'avenir, à la *mnémè\** (*memoria*), le simple pouvoir de conservation du passé, remémoration ou réminiscence tournée simplement vers celui-ci, acte associé à un pur pathos<sup>145</sup>. Le processus de rappel mnésique est soit actif, soit passif. La madeleine de Proust renvoie cet auteur passivement à une scène du passé à Cambrai. Les deux mécanismes actifs et passifs, sont fonctionnellement indépendants et qualitativement différents. Le processus pré-décisionnel, passif, est basé sur la familiarité avec l'objet cible, plus accessoirement sur la récence du souvenir.

Le processus actif de recherche n'est mobilisé que lorsque le premier mécanisme est insuffisant (retrieval-check ou conditional search) (304, 305). Il est sous-tendu par une intention du sujet, donc par une prise de conscience d'une insuffisance de sens. La familiarité permet leur récupération sur la seule base du sentiment de déjà-vu (306). Elle trouve son origine dans un mécanisme d'apprentissage intéressant le stockage d'informations sensorielles, sensorimotrices et émotionnelles, source principale des traces Gist\*. La familiarité renvoie aux traces mnésiques floues de type Gist. Le second mécanisme, la récollection (rappel), permet la récupération consciente d'objets dans leur contexte, stockés dans la mémoire épisodique\*. La récollection trouve son origine dans un mécanisme d'apprentissage qui implique le stockage d'informations sémantiques élaborées (Traces Verbatim) (68, 304).

### I-4. Vérité ou caractère véridictoire\* des souvenirs

---

<sup>145</sup> Aristote. De memoria et reminiscencia 449 b 6 et 451 a 20

L'accès aux traces Verbatim\* et Gist\* se superposent dans le fonctionnement normal de la mémoire. Elles nécessitent un tri axiologique et un discernement pour faire la part de chacune d'elles, effort qui n'est pas systématiquement réalisé. La vérité historique d'un fait et sa mémorisation dépendent du point de vue du témoin, de ce qu'il est capable d'en saisir objectivement sur le plan cognitif, sous l'influence de facteurs tensifs, thymiques et affectifs qui orientent l'observation, parfois aussi sous l'influence d'énonciataires ou d'un auditoire particulier, et qui focalisent l'attention, faisant saillir ou oblitérant certains détails. Ainsi la mémoire fonctionne-t-elle plus souvent sous le régime du **véridictoire\*** des souvenirs que sous le registre de la **vérité**. Faute d'un espace personnel critique suffisant et insuffisamment fréquenté la vie durant, une personne peut être de bonne foi ce sur quoi elle s'avance et adhère avec conviction. Les souvenirs ancrés sur les traces Gist sont une porte d'entrée aux faux souvenirs, ce qui peut conduire à des erreurs de témoignage, ou à de fausses convictions dans les maladies neurodégénératives (307), qualifiées trop rapidement de fabulations. Traces Verbatim et Gist participent aux processus de décisions qui, à l'échelon individuel, peuvent être à leur tour biaisés (278).

#### I-5. Les modifications des souvenirs au cours du temps

Les souvenirs se modifient chaque fois que l'on y accède. La figure 1 présente le schéma des recouvrements des souvenirs. Un événement vécu originellement (Eo) pourra un autre moment se renouveler, parfois en plusieurs occasions, le plus souvent non à l'identique (En), et les détails du premier progressivement et inconsciemment se modifier (131). Avec le temps, un souvenir de l'événement évoqué postérieurement (Ep), diffère de l'événement initial (Eo). *On se souvient de la cour de récréation de l'école de son enfance, mais en la revisitant à l'âge adulte, elle apparaît petite par rapport à son souvenir*. On peut évaluer ainsi combien le souvenir personnel se remodèle avec les années, par le récit de témoins ou des photographies.

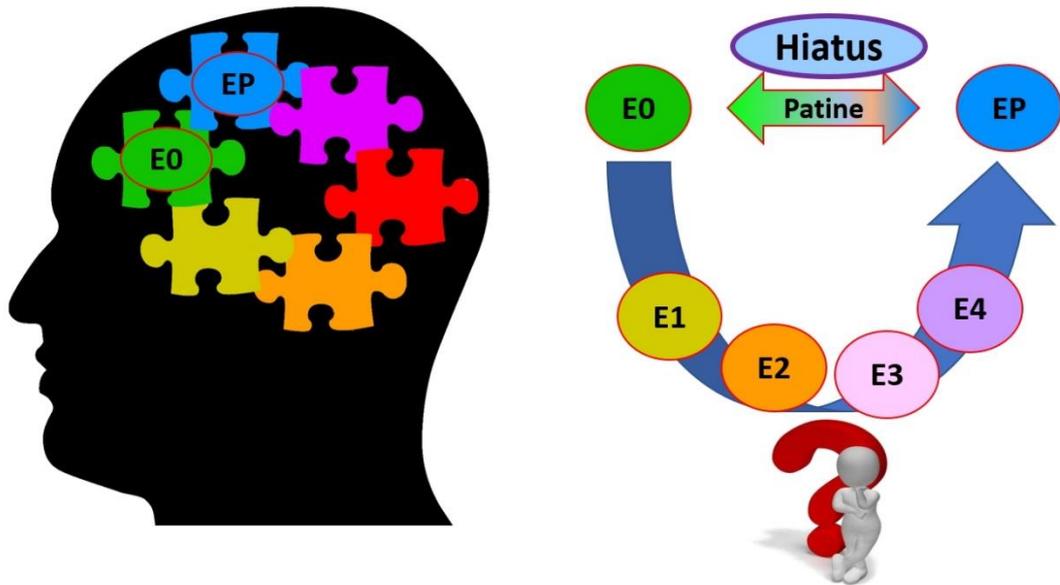


Figure 1 : Les souvenirs se modifient chaque fois qu'on y accède. E0 : événement originel. En : événement(s) renouvelé(s). Ep : événement évoqué postérieurement

Le hiatus mnésique se constitue dans le temps, entre un passé révolu et son évocation présente. Les souvenirs sont floutés, ce qui concerne surtout pour les souvenirs lointains. De nombreux détails souvent peu pertinents sont oubliés. Un souvenir ancien se patine, un critère parmi d'autres pour mesurer son ancienneté. D'autres détails ont pu s'ajouter au fur et à mesure. Le souvenir a été recouvert par des expériences proches. Se confronter de nouveau à un lieu du passé particulièrement ancien, révèle les erreurs du souvenir liés à des encodages successifs. La mise en mémoire de ces modifications progressives et successives (E1 ,E2, E3...), a posteriori est le plus souvent inaccessible (131), surtout pour la mémoire défaillante d'un malade.

#### I-6. L'importance de la mémoire de source

La mémoire de la source d'une information issue d'un passé révolu est un des indices pour retrouver un souvenir précis. Elle est factuelle, se rattachant à un épisode mnésique et à des traces de type Verbatim. Elle permet de confirmer la déixis, le repérage dans la mémoire de la position corporelle, de l'hexis\* de l'énonciateur au moment des faits, dans le temps, l'espace, et les différents actants alors associés.

Un travail de discernement est nécessaire pour retrouver cette source, la trace d'une empreinte du Corps-point, l'empreinte corporelle de l'hexis\* au moment de l'événement, une des figures du corps (14) et l'inscrire comme déixis dans le discours. Pour différencier ce qui a généré le souvenir, trois tris sont indispensables, correspondant à trois sous-types de fonctionnement de la mémoire de source\*: différencier ce que personnellement le sujet a dit ou simplement pensé (self-monitoring), discriminer les éléments appartenant aux sources externes, par exemple le rôle et les paroles de deux actants différents (mémoire de la source externe), essayer enfin de cerner ce qui est issu de faits réels ou ce qui est produit par l'imagination, le rêve (reality monitoring) (302). Ces tris non effectués, par exemple parce qu'il y a des troubles cognitifs, expliquent certaines confusions dans les souvenirs (308), par exemple la confusion des rôles de chacun dans une réunion de famille.

#### I-7. Les sept péchés capitaux de la mémoire

Schacter a décliné la fragilité des souvenirs humains en employant l'image biblique des sept péchés capitaux (Tableau 1) (309). Nous oublions de façon naturelle avec le temps, et plus les années passent, plus les souvenirs sont flous. Certains souvenirs sont éphémères. Sont-ils pour autant totalement oubliés ? Un souvenir que nous avons oublié peut resurgir dans le champ de conscience à l'occasion d'un événement proche ou lors d'une stimulation sensorielle qui oriente, par analogie et association vers un objet similaire ou une même perception, une même émotion autrefois présente (traces Gist). L'exemple le plus classique est celui de la madeleine de Proust, où le goût du gâteau renvoie l'auteur non pas à un gâteau consommé autrefois, mais à l'atmosphère d'un lieu anciennement fréquenté, Cambrai.

Tableau 1 : Les sept péchés capitaux de la mémoire

<b>Péchés</b>	<b>Description</b>	<b>Exemple</b>
Éphémère	Oubli avec le temps	Souvenir lointain
Distraction, stress, colère	Tête ailleurs	Perte des clés de voiture
Blocage	Information présente, mais inaccessible temporairement	Mot ou nom sur le bout de la langue
Erreur d'attribution	Mélange de la source de la mémoire	Confusion entre rêve et réalité
Suggestibilité	Fausse certitude d'un fait jamais avéré	Souvenir écran
Biais mnésiques	Distorsion entre connaissances actuelles et souvenirs	Souvenirs anciens faussement ravivés par des comportements actuels
Persistance	Impossibilité de se débarrasser de souvenirs prégnants	Traumatismes, cicatrices

L'État thymique et attentionnel au moment d'un fait conditionne la qualité du souvenir. Le stress d'une personne débordée par le travail, la colère, ou simplement la distraction par d'autres activités influencent la mise en mémoire (36). La durée d'observation d'une situation et sa répétition conditionnent la capacité à la mémoriser. Nous avons vu que la taille de l'empan\* mnésique est limitée à quelques mots ou quelques chiffres (5 à 7) et qu'elle se réfère au fonctionnement de la mémoire de travail. L'empan\* visuel comporte environ quatre objets pour un adulte sain (119). Au-delà de l'empan, la mémoire de travail est insuffisante pour permettre la mémorisation de ce qui est perçu. La vitesse de saisie, le nombre d'items mémorisés, la rapidité de leur succession dépendent de l'État thymique et cognitif. Ces empan sont diminués et labiles dans la maladie d'Alzheimer (310, 311). Comprendre un texte écrit, saisir une succession d'images deviennent difficiles.

La mémoire peut caler au moment où on en a le plus besoin. Une information présente peut-être inaccessible temporairement. Là encore, le stress et les sollicitations multiples de l'environnement (distracteurs) peuvent faciliter ce type de blocage (312). Le nom d'une personne ou un mot sur le bout de la langue reviennent le plus souvent spontanément après quelques moments, preuve qu'il n'y a pas d'oubli, mais simplement une perte d'accès momentanée à une bibliothèque mnésique. Dans nombre

de consultations mémoire, la crainte d'un processus démentiel est évoquée à cette occasion par une personne âgée qui s'en inquiète, quand ce problème n'est ni spécifique à une pathologie ni à un âge donné (200). La multiplicité des informations, la présence de distracteurs sont mal gérées lorsqu'il y a des troubles cognitifs.

Les erreurs d'attribution sont liées au mélange de plusieurs sources d'accès à un même fait. Elles peuvent concerner un témoignage attribué à une personne plutôt qu'une autre, ou des faits survenus à un moment différent, ou encore une réalité simplement pensée plutôt que dite, voire imaginée ou rêvée. Ces erreurs sont particulièrement fréquentes dans la maladie d'Alzheimer, les mécanismes de tris étant affectés.

Les faux souvenirs peuvent se mélanger aux véritables, ce qui se produit souvent avec les souvenirs d'enfance, souvent issus des récits des parents ou de la famille, ou avec les souvenirs très anciens pour les personnes âgées (39, 279). La force de leur conviction sur le sujet n'est pas la garantie d'une vérité factuelle, une simple référence à la réalité de faits avérés. Chez un sujet plus jeune, une angoisse inexplicite peut être mise sur le dos d'un faux souvenir, construit par les fantasmes et l'imagination, qui fait écran à une problématique plus profondément ancrée dans le psychisme (313). Un patient dément mélange facilement les faux et les vrais souvenirs.

Sur le plan individuel, une relecture des souvenirs dans un contexte sociétal et culturel particulier peut les fausser, entraînant un biais, une distorsion entre les connaissances actuelles et les faits anciens mémorisés (40, 131).

Enfin des souvenirs peuvent être trop prégnants, impossibles à extraire du champ de conscience. C'est tout particulièrement vrai pour des traumatismes anciens, des violences subies dans l'enfance, qui conduisent à des cicatrices psychiques sévères. Une patiente démente, que nous retrouverons dans un autre chapitre à propos d'un cas clinique, Mme Marguerite, avait découvert autrefois le corps de son fils mort dans une baignoire disait : « *Il est des souvenirs que je ne peux pas m'empêcher de me souvenir* ».

## II. Le puzzle de la mémoire

Les événements extérieurs à la personne sont le plus souvent non maîtrisables et discontinus, rarement totalement prévisibles. Les procédés de mise en mémoire tendent à harmoniser la pensée selon deux principes, de **continuité** avec les éléments de vie, présents et passés (78), et de **cohérence**

interne (262). Ces deux principes participent à la reconstruction d'un souvenir complexe évoqué à partir d'un indice sensoriel ou par iconisation\*, à partir d'une situation proche de ce qui est évoqué dans le moment présent mais qui renvoie à un événement du passé. Ils peuvent être à l'origine d'erreurs d'analyse (phénomène du tireur texan). Nous cherchons pour comprendre une situation à la rattacher à quelque chose de connu, à l'intégrer à une carte cognitive, et à l'évoquer dans un discours construit. Pour Ricœur, la narration\* est la façon la plus élémentaire de connaître, de comprendre et d'expliquer le monde. Le récit de vie, en permanence réécrit au fil du temps, construit l'identité (80, 133). Dennett considère le Moi comme un ensemble de différentes versions de récits (314), variant selon les circonstances et les rencontres.

### II-1. Les temps singuliers de la narrativité

La narrativité n'a pas le même poids selon les personnalités et les formes de vie choisies. Selon Strawson, certains ont un « esprit narratif » ou « diachronique », et sont attachés à la dimension de la fidélité à soi, l'ipséité de Ricœur (80), la continuité du Moi malgré l'altérité du cours temps, à l'invariance d'éléments du passé qui persistent dans le présent et se prolongeront dans le futur. D'autres ont un esprit « épisodique » et sont détachés de cette vision, le Moi étant, pour eux, autonome des contraintes d'une ligne de temps (286). Ils sont davantage ancrés dans la mêmeté. La vie au présent sans se soucier du passé ni du futur est un des clichés de l'épicurisme, le *carpe diem*. Lorsque l'accès au récit personnel s'effiloche dans la maladie d'Alzheimer, les malades s'accrochent parfois désespérément à ce qu'il en reste, et ce qui leur reste est parfois très éloigné du présent. Ils ne s'y inscrivent plus au présent, mais positionnent leur récit de vie dans un passé de plus en plus éloigné de leur quotidien.

Le récit personnel organise les souvenirs. Il incarne et situe notre histoire de vie et notre recherche de continuité et de cohérence. Il est lié à la représentation interne conscientisée, la carte cognitive\*. La mise en discours (mémoire discursive, du savoir-faire pour bâtir un discours) est nécessaire pour la clarté de soi. Le discours de vie est réflexif et il s'appuie sur une présence à soi et au monde. Il permet éventuellement d'échanger avec des tiers. Le discours se confronte alors à leur point de vue et à leur témoignage sur les mêmes faits, modifiant éventuellement la mémoire individuelle. Évoquer un souvenir fait appel à ce qui est effectivement mémorisé à partir des faits vécus, mais aussi imaginés ou fabulés, ou reconstruits à partir des discours d'autrui sur le même sujet, ou à partir de ce que la société peut éventuellement refléter, pour retrouver un sens (133). Nous avons vu le rôle de la

mémoire collective et groupale dans la conservation et la modulation des souvenirs, ainsi que l'importance du discours social véhiculé dans la société par les médias (40).

### II-3. Le tri cognitif

Retrouver les éléments objectifs se rapportant à un souvenir ancien précis demande un travail de tri des informations. Il se fait passivement et intuitivement ou activement, le sujet l'orientant selon sa volonté. Certaines informations issues du réel perçu, sont nécessairement fragmentaires, d'autres, possiblement inexacts du fait d'inattention. Les informations peuvent être fabulées ou provenir de l'imagination, des fantasmes, ou émanent des récits des autres ou colportés par la société (40, 131). Un temps de quête de sens et de mise en ordre de la signification est nécessaire pour construire une représentation interne cohérente. Cette quête nécessite une simplification de la complexité perçue, liée aux multiples afférences sensorielles qui imposent une synesthésie, et aux résonnances mnésiques qu'ils éveillent. L'intuition et la référence du sujet au sens courant interviennent le plus souvent pour construire une représentation interne plausible (240, 241). Si les enjeux le nécessitent et si le temps le permet, le discernement, processus actif et laborieux, permet de dégager clairement les éléments susceptibles d'être mémorisés. Il n'est pas facile de trier dans les souvenirs, ceux qui proviennent de la subjectivité, ceux qui sont objectifs et ceux qui sont indirectement appris à travers le fonctionnement social.

### **III. La carte cognitive**

La carte cognitive\* est un concept développé par Édouard Tolman en 1948 (295). Elle représente une élaboration intuitive d'une image mentale issue du contexte spatial et temporel à partir de la perception d'une situation donnée, permettant au sujet de se positionner et progressivement de développer à son propos une intention, de planifier un déplacement ou une action. Cette conception a été complétée par celle de Downs et Stéa qui définissent la carte cognitive\* comme « un processus composé d'un ensemble de transformations psychologiques par lesquelles un individu acquiert, code, stocke, rappelle et décode l'information concernant les places relatives et les caractéristiques de son environnement spatial habituel » (315). La carte cognitive\* ne représente qu'une conceptualisation des processus cognitifs conduisant à l'émergence d'une représentation interne. Elle n'est donc pas simplement le positionnement de références stockées. Elle est aussi le couplage dynamique de leur interférence. En matière de mémoire, les scènes intérieures sont une des formes d'acquisition des empreintes et de leur évocation ultérieure permet de les reparcourir dans un

voyage intérieur pour y retrouver objets mémorisés, leurs interrelations, les émotions qui s’y rattachent, les situations préalablement vécues (empreintes diégétiques)<sup>146</sup> (14, 70).

Le concept de carte mentale a été utilisé dans d’autres domaines que la mémoire, dans des théories informatiques basées sur la théorie des ensembles flous, mettant en jeu une dynamique des forces, des déplacements et des directions non clairement déterminées dans un système donné, clôturé, mais comportant néanmoins une organisation et des règles (316). Dans de telles situations, les systèmes évoluent en dégageant progressivement des intentions finalisées tantôt vers un but, tantôt tournées vers un horizon, intentions qui se précisent progressivement en se structurant (317).

### III.1. La carte cognitive\* et la mémoire corporelle

La mise en mémoire d’une situation vécue est générative et particulière. Elle invite à un parcours, nous l’avons vu, à partir de la position du sujet dans sa saisie perceptive. Celle-ci est partielle et fragmentaire, repérant les objets pertinents pour lui, ce qui dépend de son attention et de ses attentes, les kernels\* et leurs relations avec des objets satellites (52, 207). La carte cognitive\* provenant des souvenirs se floute avec le temps comme toutes les empreintes mnésiques corporelles. Le flou concerne encore les objets qu’elle supporte, leurs interrelations et leur couplage dynamique. Il se majore avec le temps, intéressant les constituant cognitifs des souvenirs puis leurs composantes sensorimotrices, tensives et passionnelles associées. Le sujet garde de plus en mémoire sa position lors de l’observation, déixis à l’encodage et déixis d’une future énonciation, convoquant la mémoire de corporelle, les motions intimes du Moi, les modifications éventuelles induites dans sa relation au monde, les empreintes de surface durable sur l’enveloppe du Soi<sup>147</sup> et la mémoire des scènes intérieures vécue (15). Ici encore, les empreintes corporelles ne sont pas uniquement des lieux où des processus sémiotiques apparaissent mais elles se présentent dans la dynamique de leurs liens.

Lorsque les années passent et que le temps de stockage est important, les traces s’estompent (318). Pour le rappel mnésique, un événement extérieur peut devenir un stimulus qui éveille des bribes de souvenirs. Certains éléments évoqués sont perçus sur le moment comme pertinents, équivalents saillants remémorés des kernels et de leurs satellites perçus, d’autres réveillent des émotions anciennes ou encore des sensations corporelles. Ils constituent le point de départ d’un nouveau parcours, d’un voyage mnésique (72). Ils permettent de reconstituer une scène intérieure, parfois quelque peu éloignée de la scène primitive (319).

---

<sup>146</sup> Fontanille Jacques. Soma et Sema. Pages 197-200

<sup>147</sup> Fontanille J. Corps et sens. Page 100

La **carte cognitive ré-évoquée** ne prendra toute sa signification qu'à partir de l'intentionnalité du sujet dans l'instant présent. Elle sera ré-écrite pour construire le souvenir. Les intentions du sujet peu à peu se préciseront, après la dénomination des objets et la mise en mot, puis, à l'étape narrative, lors de l'assemblage de son ressenti dans un récit intérieur, cohérent permettant de transformer l'environnement extérieur perçu comme discontinu en scène intérieure continue, afin de pouvoir la modaliser de nouveau. Les faits, les composantes passionnelles et modales structurent un discours intérieur, faisant émerger les intentions et les motivations, à partir d'une présence à soi.

La mise en forme du récit intérieur permet au sujet de se l'approprier. Il ne reflète pas pour autant l'exactitude des faits tels qu'ils se sont déroulés, le récit est décalé selon la singularité des modes de perception, des événements et certains objets sont plus saillants pour lui selon les moments, selon ses attentes, son intérêt et ses besoins, passés et actuels au moment d'une nouvelle évocation. Ses choix et les modes de construction de la signification influent sur l'image interne. Pour les mêmes raisons, l'intelligibilité de la situation a une part de subjectivité. Le récit établi résulte de tris volontaires ou intuitifs, de choix préalables destinés à lui donner un sens singulier. L'interprétation est l'étape de l'appropriation du sens perçu pour soi. Sa construction met en jeu les processus d'acquisition de savoirs, de savoir-faire, et les habiletés pratiques de leur mise en œuvre. Elle met en jeu l'identité personnelle, la singularité, et l'identité collective, l'appartenance au corps social (320). Elle peut être biaisée, certaines personnes voient les choses comme elles se présentent ou comme elles ont envie de les voir. D'autres sont plus exigeants dans leur recherche objective et plus critiques de leurs souvenirs. Le discours peut être influencé non seulement par la prise de conscience du sujet, mais encore par ses intentions particulières vis à vis d'un énonciataire particulier. Un discours fait il y a 20 ans, ne sera pas le même qu'aujourd'hui.

Dans la maladie d'Alzheimer, le sujet doit parfois retrouver simplement une forme de « **penser** », ce qui lui demande un effort. Aussi fragile et parfois branlant que soit l'énoncé du malade, il traduit une représentation interne, plus ou moins conscientisée. L'énonciation traduit la réalité intérieure perçue par le malade, laissant émerger des intentions, les premières étant **la continuité de soi et la cohérence de soi**, qu'il exprime avec ses moyens par des attentes et des besoins, afin de pouvoir échanger avec un tiers et retrouver un minimum de présence au monde et à lui-même.

### III-2. Déixis et diégèse

Pour la mise en mémoire comme pour le rappel, la carte cognitive\* est une représentation mentale d'une partie plus ou moins étendue de son environnement spatial, temporel et actantiel qui permet à un individu de se situer dans l'espace, dans le temps, et de planifier un déplacement ou une

action. Au-delà d'une simple représentation, elle rassemble des procès qui conduisent à sa production, les ressentis psychologiques et corporels que l'individu acquiert et mémorise lors du parcours conduisant à cette production. Elle représente une mémoire figurative d'empreintes de scènes intérieures de notre corps, permettant de retrouver la source du souvenir et la représentation consciente que nous en avons gardé (14)<sup>148</sup>. Pour ces raisons, les concepts présents dans différentes théories scientifiques, épisodes (72), scène intérieure mémorisée (14) et carte cognitive\* (295) pourraient être homologués.

La carte cognitive\* fonctionne comme le plan d'un moyen de transport, en vue d'un futur déplacement ou pour se remémorer les places visitées. Elle garde les empreintes des objets mémorisés, des kernels\* et leurs objets satellites, les émotions (52) et les sensations sensorimotrices rattachées, comme les repères des lieux parcourus, des éléments saillants. Elle garde les empreintes des représentations des parcours préalablement effectués. Le discours intérieur peut structurer et exprimer la diégèse. C'est au cours de son voyage en train en Italie, en 1897, que Freud repensera les fondements de la théorie psychanalytique. Un voyage en train implique d'une part des déixis, des positions spécifiques, des repères spatio-temporels et actantiels, les gares, et d'autre part une diégèse, un parcours de gares en gares, associant une durée pour le déplacement, une orientation selon une origine et une ou des destinations, et concernant la superposition de multiples plans de signification possibles lors du trajet, portant sur les paysages rencontrés, les personnes présentes, les impressions dégagées sur le plan corporel et en émotionnel, ou sur les finalités du voyage. Freud utilise, à plusieurs reprises, la métaphore ferroviaire pour parler du temps de la cure psychanalytique, de son déroulement et de sa durée : « Donc, dites tout ce qui vous passe par l'esprit. Comportez-vous à la manière d'un voyageur qui, assis près de la fenêtre de son compartiment, décrirait le paysage tel qu'il se déroule à une personne placée derrière lui » (321).

Les points-repères mémorisés, les déixis et les parcours effectués, les diégèses, les émotions rattachées aux lieux fréquentés servent à reconstruire le souvenir. Pour retrouver des clés égarées, on peut se demander : « *Où ai-je vu mes clés pour la dernière fois* » (déixis) », ou « *Par où suis-je passé ?* » (diégèse). Pour Tulving, la conscience auto-néotique permet un voyage subjectif dans le temps et l'espace (66).

#### III-4. La carte n'est pas le territoire.

---

<sup>148</sup> Fontanille J Soma et séma Page 200 : « du côté des empreintes "diégétiques " du corps creux, il est clair que cet espace intérieur est celui d'une "scène ", destiné au moment de la lecture, à une "représentation "... »

La carte cognitive\* peut être remémorée en tant que scène préalablement vécue, ou comme souvenirs des stratégies qui s'y sont déployées et de l'expérience pratique qui en a été tirée, ou comme une actualisation d'une forme de vie, satisfaisante ou non, alors consolidée ou invalidée (296). Seule une fraction de la carte cognitive\* est mémorisée, parce que des détails ont été oubliés ou floutés avec le temps. Leur saillance est variable selon l'intérêt sur le moment suscité par les évocations, les intentions du sujet et, par-là, son attention déployée aussi bien à l'encodage que pour retrouver le souvenir. La carte n'est pas le territoire : la carte ne le couvre que partiellement. Les mots ou les figures manipulées pour l'utiliser ne peuvent pas couvrir tout ce qu'elle est supposée représenter. La carte n'est qu'une représentation approximative du réel (135), un réel appréhendé passivement et intuitivement, ou un réel dont la signification est volontairement dirigée par le sujet. Hors de l'intérêt porté par le sujet, de ses intentions, les souvenirs flous sont simplement négligés et la scène perçue originellement, comme la source du souvenir sont oubliés.

#### **IV) Les empreintes mnésiques**

Il n'y a pas de souvenirs sans empreintes mnésiques, réalisées au moment de l'encodage de la mémoire et rafraîchies lors du rappel mnésique. L'empreinte doit être davantage considérée comme une capacité de réponse du système cognitif, une dynamique d'interrelation plutôt qu'un simple contenu réellement conservé (59). L'empreinte est distincte de l'objet ou des circonstances qui l'ont occasionnée, dans l'espace, ne représentant qu'une partie de ceux-ci, et dans le temps : elle n'est plus maintenant que la trace de leur absence. Les empreintes mnésiques ont une double origine cognitive, corporelle et émotionnelle. Elles peuvent être catégorisées, par exemple en regroupant la mémoire d'une succession d'événements survenus dans un même laps de temps ou dans de mêmes lieux, rassemblant des actions similaires. Elles peuvent s'effacer avec le temps, se flouter, et elles peuvent être recouvertes par des souvenirs successifs ayant des analogies avec les précédents.

Les mécanismes du floutage sont accentués de façon caricaturale dans la maladie d'Alzheimer. Que ce soit dans cette maladie ou simplement dans les mécanismes du vieillissement normal, la mémoire sémantique et les traces Verbatim\* sont davantage altérées que les traces Gist\*, renvoyant à des souvenirs marquants sur le plan émotionnel (67).

##### IV-1. Empreintes mnésiques et conscience

L'encodage mnésique des empreintes nécessite l'intervention (action) ou au moins la présence du sujet (état), requiert que la personne ressente quelque chose (existence) ou qu'elle agisse (élan vital), renvoyant à un Corps-sentant ou à un Corps-actant. Le corps, la psyché, intervient dans la perception du monde extérieur, dans la mise en place d'une représentation interne et son

incorporation dans des sensations intérieures (Moi-chair), dans son intelligibilité, et par réflexivité<sup>149</sup> (13) et auto-description, dans sa prise de conscience. Le Moi-chair permet d'incarner une présence à soi et au monde. L'intelligibilité et la conscience de la représentation interne génèrent un sentiment de présence à soi et au monde. Elles permettent normalement d'asseoir une intentionnalité. Pour qu'un souvenir soit conservé, il faut qu'il ait une utilité pratique et une charge émotionnelle, sinon il sera fugace, sauf si les circonstances de l'encodage sont répétitives, pouvant alors être peu marquées sur le plan tensif.

Nous avons vu qu'aussi bien dans certaines psychoses que dans une maladie d'Alzheimer évoluée, que **l'écart non comblé, non élaboré** entre le percept et la représentation interne est responsable de pathologies, en particulier d'une concrétisation de la pensée (23). Il n'y a ici aucune présence au monde.

La représentation interne peut exister mais être insupportable à la conscience du malade, et **être alors interdite** pour des raisons tensives, lorsque le malade dément est dans un espace hermétique et un temps verrouillé, le sujet refusant sa présence autant au monde externe qu'interne. Il ferme les yeux pour ne plus être sollicité. La représentation interne peut ne plus exister ou être altérée, chaotique dans la maladie d'Alzheimer plus évoluée, lorsqu'elle est vidée de ses contenus et que son organisation est délabrée. Il y a alors un **écart marqué** entre la représentation interne et la conscience du malade dément. La conscience d'une absence de la présence du monde à soi est une source de douleur morale pour le sujet. La **représentation interne peut envahir la conscience** lorsqu'il existe des hallucinations. La présence au monde disparaît alors.

La prise de conscience du caractère peu lisible ou illisible de la représentation interne, est sources d'angoisse. Dans la maladie d'Alzheimer, la conscience de ce vide et de l'appauvrissement progressif au cours du temps des représentations internes génère une angoisse de mort, la peur du

---

<sup>149</sup> Pour Sartre la conscience de soi existe avant tout retour réflexif sur soi, et cette conscience pré-réflexive fait de la réflexion. La réflexion comporte différents modes : réfléchir, revenir intentionnellement sur une question, et refléter ce qui existe en dehors du cogito. La réflexion pure porte sur les choses telles qu'elles sont, d'un point de vue phénoménologique. Il existe de plus une réflexion « complice » qui importe de façon frauduleuse les éléments qui n'y étaient pas (imagination, fantasmes, contamination par des souvenirs, si ...). Dans l'Être et le néant, page 194, il précise : « Si La réflexion pure, simple présence du pour-soi réflexif au pour-soi réfléchi, est à la fois la forme originelle de la réflexion et sa forme idéale ; celle sur le fondement de laquelle paraît la réflexion impure et celle aussi qui n'est jamais donnée d'abord, celle qu'il faut gagner par une sorte de catharsis. La réflexion impure ou complice [...] enveloppe la réflexion pure, mais la dépasse parce qu'elle étend ses prétentions plus loin ».

vide<sup>150</sup> (13) et de l'absence totale au monde. Le sujet est conscient à la fois du vide et d'une dynamique destructrice. Une autre angoisse peut s'installer en raison d'une double dynamique, celle du **vide intérieur vécu comme s'agrandissant**, concomitante à celle de la **perte progressive de l'autonomie** avec des désordres somatiques de type incontinence sphinctérienne, humiliant pour la personne : l'angoisse de vidage (322). Nous en verrons une illustration avec le cas de Mme Gilberte N (323).

#### IV-2. Les figures du corps et les empreintes mnésiques

L'encodage mnésique convoque de façon interdépendante et simultanée quatre figures du corps, animées de mouvements spécifiques supportant des d'empreintes mnésiques, organisés en réseaux (14), des objets ou des circonstances mémorisées pouvant avoir des interpolations actantielles, spatiales ou temporelles. Leur couplage n'est pas statique mais est une interaction dynamique. Nous avons déjà évoqué le Soi-enveloppe et le Moi-chair\*, leurs interrelations. Les empreintes mnésiques peuvent concerner et conserver les interactions avec le monde (le Soi-enveloppe) aussi bien que les sensations éveillées à l'intime du Moi (le Moi-chair\*). Nous évoquerons deux autres figures décrites par le Pr Fontanille, le Corps-point et le Corps-creux, la première concernant la déixis au moment de l'événement, la mémoire de source\* (69), l'autre, la scène intérieure vécue, l'épisode mnésique (72).

#### IV-3. Le Soi-enveloppe et le Moi-chair

La mémoire des interactions du monde intérieur avec le monde extérieur, les tensions éveillées à ces occasions en particulier dans la confrontation du soi avec l'altérité, concerne l'enveloppe psychique, le Soi-enveloppe. Les empreintes sont cryptées sur la surface d'inscription du Soi-enveloppe, dans les limites de possibles, entre le seuil d'une inscription insuffisamment marquée pour déformer l'enveloppe jusqu'au seuil de l'intolérable et sa rupture. Les empreintes de surface sont cryptées à l'encodage et décryptées au rappel mnésique. Le Soi-enveloppe a encore des fonctions de contenance des tensions intérieures.

Les empreintes du Moi-chair concernent la sensorimotricité et les sensations mobilisées dans des motions intimes de la vie psychique. Ces empreintes sont enfouies dans la mémoire lors de l'encodage, désenfouies lors du rappel mnésique.

---

<sup>150</sup> Le vide intérieur n'est pas nécessairement une absence totale du penser, mais l'absence de structuration de la pensée, le morcellement et l'instabilité des représentations intérieures, de la même façon que le néant sartrien ne signifie pas ce qui n'existe pas, mais ce qui n'existe pas à la manière d'un objet.

#### IV-4. Le Corps-point

Lors de l'encodage d'un souvenir, le sujet se positionne par rapport à des objets ou des circonstances vécues. Il se vit ainsi dans un point particulier sur le plan spatial et temporel, par exemple actant-observateur, découvrant une scène extérieure ou une situation, un événement. Il sera d'autant plus marqué par cette scène externe que la tensivité soit éclatante, qu'elle aura été violente, que le corps a été marqué par la confrontation avec le monde, et que sur le plan phorique la situation a été désagréable ou au contraire très agréable. Outre de l'épisode, les faits et les émotions au moment de l'installation du souvenir, le sujet se souviendra des lieux, des dates éventuellement des heures, des personnes avec qui il était alors, de son ressenti corporel, de son hexis\* au moment des faits. La déixis constitue la mémoire de source (69). Par exemple, prenons une personne allumant la télévision dans la journée du 11 novembre 2001 et apprenant, avec surprise, les attentats des tours jumelles à New York. Ses mains ont pu crispé les bras du fauteuil. Le mode d'efficience\* est ici celui du survenir (28). L'émergence de la scène externe éclate dans le champ de présence du sujet.

Le sujet peut être encore actant dans une autre scène, organisant par exemple, les vingt ans de sa fille dans un lieu, une date et une heure déterminés, avec une sélection d'invités triés sur le volet. Les préparatifs ont pu l'épuiser. Les choses étant préparées et attendues de longue date, le mode d'efficience\* est ici celui du parvenir. L'aspect de la situation est inchoatif, et non plus brutal et terminatif.

Dans les deux exemples, que l'événement émerge brutalement ou qu'il soit organisé préalablement et arrive paisiblement, il s'agit d'une déixis, impliquant une prise de position du Corps-actant\* ponctuelle dans une situation donnée, avec des données actantielles, temporelles et spatiales précises, raison pour laquelle il sera dénommé Corps-point. Le Corps-point prend position dans une scène. Le sujet la met en perspective la situation qu'il vit ou qu'il observe et en fonction de ses intentions, selon qu'il est concerné ou non, il anticipe. La mise en perspective s'appuie sur l'aspect de la situation, le choix d'une direction dans le champ de présence de soi dans le monde, la valorisation des objets et leur hiérarchisation. Elle sera la position énonciative du discours de vie pour soi et destinée éventuellement à autrui.

Le Corps-point renvoie à une prise de position et une mise en perspective, en vue d'un éventuel déplacement. La déixis au moment de l'encodage sera mémorisée. Les empreintes mnésiques du Corps-point concernent la trace des circonstances vécues sur le plan psychologique et corporel<sup>151</sup>, à

---

<sup>151</sup> Les anciens Romains lorsqu'ils signaient un contrat important, battaient deux enfants sévèrement pour qu'ils se souviennent de ce moment.

une date et dans un lieu précis, les circonstances de l'apprentissage des faits et éventuellement les personnes présentes lors de ceux-ci.

Le Corps-point dans l'instance d'énonciation est la prise de position de l'énonciateur en vue d'un discours intérieur. Il s'agit de la position du sujet dans l'énonciation, sans laquelle le discours ne peut être institué, condition nécessaire à la mise en place de son discours de vie pour Soi, « la voix intérieure » et pour autrui (324). Le discours de vie sur Soi établit une connexité entre des événements extérieurs perçus comme disparates et discontinus, les relie à des événements du passé, et met en perspective le futur. Il installe une intention à partir de la présence du monde à soi, du « il y a » se tournant vers un mode pour soi. Il permet de retrouver une cohérence de vie, une continuité intérieure et d'installer et de structurer les passions (324) et d'exprimer, lorsqu'il est construit, ses états d'âme. Il exprime la présence du soi au monde, du « je suis », d'où émerge l'élan vital et l'intention. Cette position énonciative est importante pour le rappel mnésique. La mémoire de source peut faciliter le souvenir de l'épisode. Evoquer l'épisode peut permettre de retrouver la mémoire de source. Par exemple le 11 septembre 2001, avec qui, à quel moment où étais-je lorsque cela s'est produit ? (mouvement du rafraichissement de l'épisode à la déixis au moment de l'événement). Inversement la mémoire de source pour initier le rappel mnésique de l'épisode. Les X sont là aujourd'hui. Nous étions ensemble lorsque nous avons appris l'attentat du 11 septembre (mouvement du rafraichissement de la déixis à l'épisode du 11 novembre).

Les mouvements du Corps-point sont des déplacements. Pour prendre un exemple du temps de la marine à voile, un capitaine, tous les jours à midi, sur la passerelle de commandement, fait le point avec un sextant pour préciser la position du bateau. Il relève cette position et la note dans son livre de bord. Il met en perspective cette position avec le point précédent et la position théorique qu'il devrait maintenant théoriquement occuper, et l'état de la mer pour anticiper son déplacement futur et donne des ordres pour ajuster la direction du navire. Le livre de bord permet de sérier la succession des points, et garde ainsi la trace d'un itinéraire déictique. Pour reprendre l'exemple du voyage en train de Freud, les empreintes déictiques sont les gares successives (321). Les empreintes déictiques peuvent être plus ou moins fragiles, comme les petits cailloux ou les miettes de pain du Petit Poucet gardent ou non la trace du chemin du retour.

Dans la démence les déixis peuvent être oubliées ou floutées. La sériation peut être altérée, des événements ont pu se dérouler avant et non après un autre, dans d'autres endroits, avec d'autres personnes.

#### IV-5. Le Corps-creux

Les scènes intérieures renvoient à une autre figure du corps, le Corps-creux, réceptacle des agitations intérieures, d'une mobilisation interne d'objets ou de figures complexes, organisés selon une topologie, une séquence temporelle et un développement actantiel. Dans l'exemple préalablement donné du voyage en train de Freud (321), le Corps-creux permet de mémoriser le parcours entre deux gares, la présentation de la scène interne, incorporant les multiples plans présentés lors du trajet, voyageurs dans le compartiment, accompagnateurs, conditions du voyage et paysages rencontrés. Les scènes intérieures sont mémorisées avec leur contenu cognitif, corporel et tensif, les passions éveillées lors de son déroulement et avec sa structure. L'empreinte peut être rafraîchie, une re-présentation, et éventuellement être traduite, adaptée dans d'autres circonstances. Le corps creux constitue une empreinte, d'une scène intérieure, d'un épisode de vie (72), qui peut ultérieurement servir de carte cognitive\* (295). La carte s'appuie sur un itinéraire déictique. Les trains partent à heures fixes, une date précise, pour un déroulement actantiel précis (choisir le bon train, le bon quai ...).

Le discours de vie s'appuie sur la carte cognitive. Elle est reconstituée soit d'emblée lors d'un rappel mnésique, car le souvenir est clair, soit au fur et à mesure que le discours sur soi réveille les étapes (les gares, des déixis), soit le déroulement des trajets (diégèse). Dans la démence, la carte cognitive\* est brouillée. Les trajets entre les étapes (épisodes) sont négligés, oubliés, ou interdits. D'autres trajets provenant d'autres souvenirs peuvent s'incorporer à celui qui est évoqué (intrusions). Les épisodes peuvent encore mélanger, telle séquence survenant avant et non après (inversion). Nous en verrons un exemple avec l'analyse narrative d'un texte mémorisé chez les personnes démentes.

#### IV-6. Les figures du corps sont indissociables.

Les théories modernes sur la mémoire concernent son **organisation multi-systémique** et **l'utilisation plurielle et simultanée des traces**, le **couplage dynamique de leurs interrelations**, tant pour l'encodage que pour le rappel (59). Chaque figure du corps est caractérisée par la perception d'un mouvement intérieur et par un mode particulier de codage mnésique et de décodage (14, 15). Elles sont distinctes les unes des autres, mais indissociables pour un bon fonctionnement mnésique. Leur dissociation posera un problème dans les pathologies de la mémoire. La persistance des figures et de leurs interactions est essentielle pour la structuration du discours tant interne, pour soi, que pour autrui, s'appuyant sur la cohérence syntagmatique et la congruence paradigmatique. La bonne utilisation de ces relations nécessite la **cohérence des relations entre les traces** et la **congruence des souvenirs** qui y sont attachés autour d'un même événement évoqué.

Dans la démence, cette cohérence est remise en cause, les relations sémiotiques entre les figures disparaissent, la congruence est altérée : les traces sur les différentes figures se déforment ou deviennent approximatives. Le sujet garde la conscience de la nécessité d'une continuité soit, et passe par la recherche d'une connexité des empreintes entre elles et de la compacité de leurs interactions. Un souvenir déformé peut émerger dans l'esprit patients déments, fabricant ainsi un faux souvenir parfois habillé d'étrangeté.

#### IV-7. Le schéma structuré des figures du corps

Les figures du corps peuvent être présentées par un schéma structuré dans la forme canonique du carré sémiotique\*, montrant les figures et leurs interrelations (figure 2 )<sup>152</sup>, l'isotopie de l'ensemble étant assurée par une même catégorie sémantique concernant la mémoire (255). Une relation de contrariété fixe la distinction entre le Corps-enveloppe, une forme, un contenant, et le Corps-chair\*, la matière en vie, un contenu<sup>153</sup>. Le Corps-point est une non-forme, un non-contenant, le Corps-creux, une non-matière et un non-contenu. Les relations de contradiction font apparaître ces deux autres positions. Le Corps-enveloppe présuppose le Corps-creux en termes de forme distinctive. Ils ont en commun une limite entre un intérieur et un extérieur. Le Corps-point est un présupposé du Corps-chair en termes de l'un de positionnement énonciatif et de mise en perspective et le Corps-chair d'occupation sensorielle et sensible dans l'étendue du champ psychique (32). Ils ont en commun leurs positions de référence, le Corps-chair comme centre sensorimoteur et des sensations, le Corps-point comme déixis.

---

<sup>152</sup> Jacques Fontanille. Corps et sens. Page 100

<sup>153</sup> Ibid. Pages 99-101

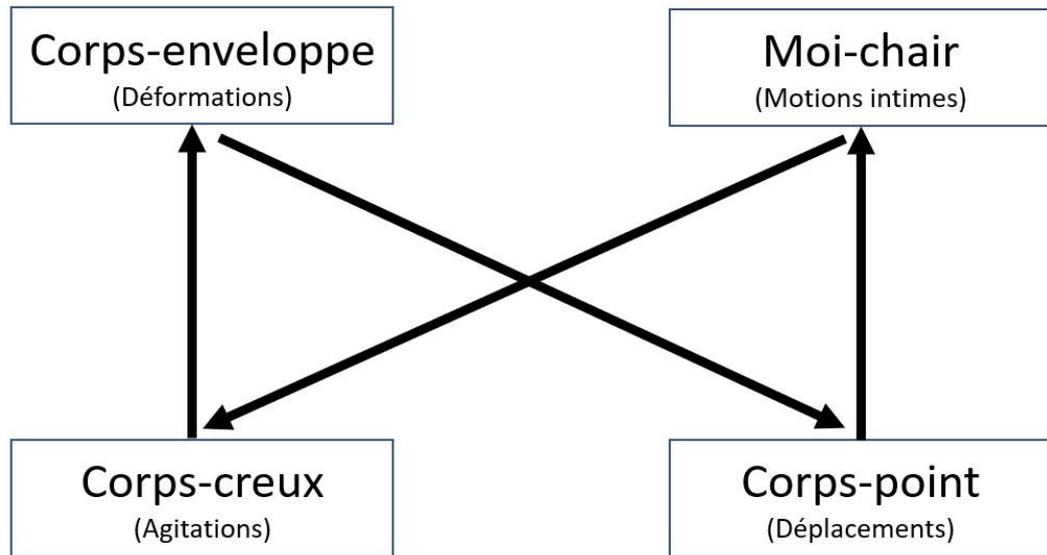


Figure 2 : carré sémiotique des figures du corps. Les figures de leur mouvement sont entre parenthèses.

En homologuant dans les positions des quatre figures du corps, leurs mouvements, leurs empreintes respectives et leur constitution (encodage) ou leurs rappels mnésiques (décodage), on obtient le schéma proposé par le Professeur Fontanille<sup>154</sup> (figure 3).

<sup>154</sup> Ibid. Page 114

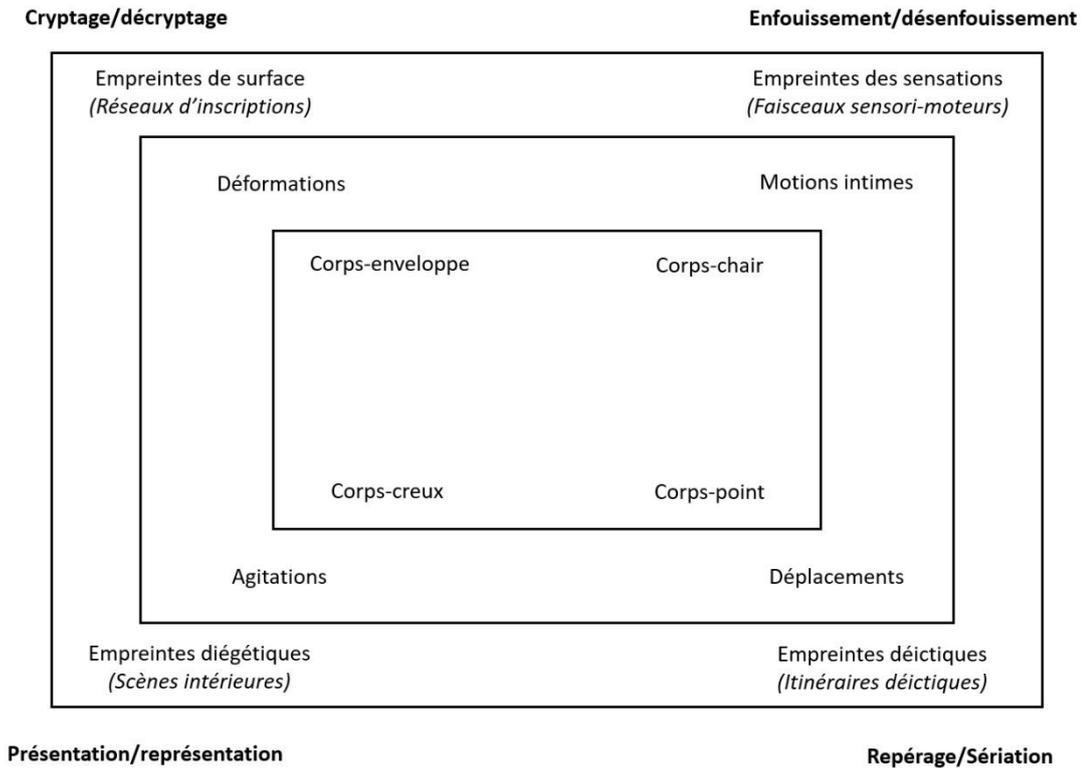


Figure 3 : Le déploiement des quatre figures de la typologie du Corps (figures ; mouvements ; empreintes ; modes de signifier)

Pour reprendre l'ensemble de cette présentation des figures du corps, en faisant référence aux temps de la marine à voile, nous proposons un schéma synthétique (figure 4 ). Les mouvements subis par les figures nautiques représentent ceux de la vie psychique de ses interrelations avec l'environnement.

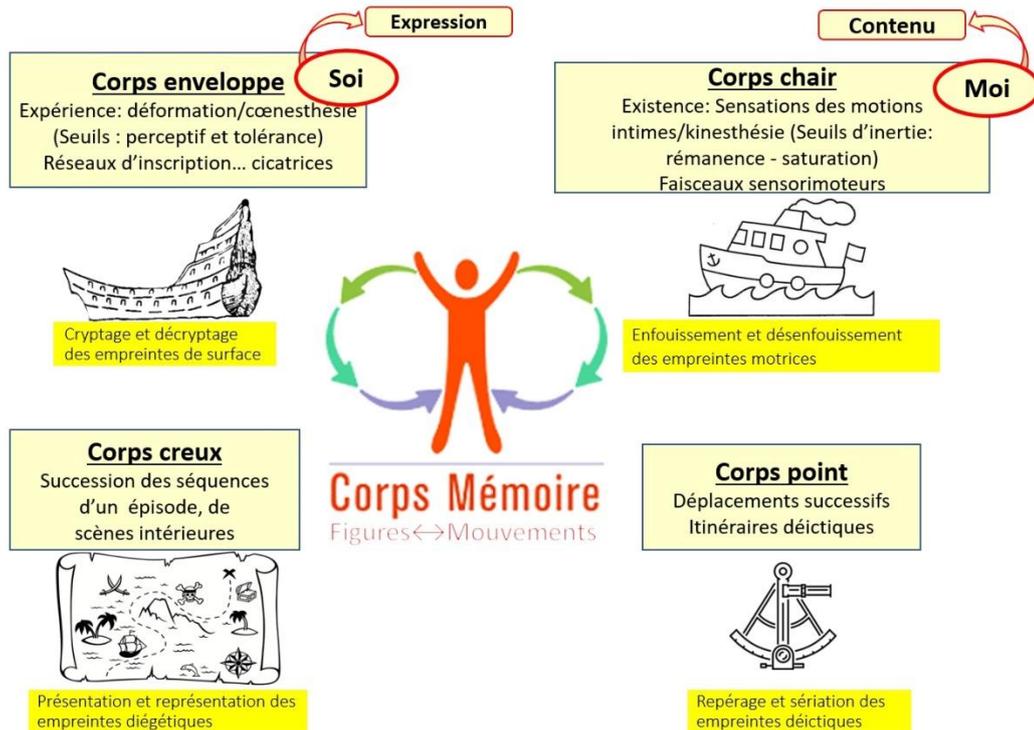


Figure 4 : Corps et mémoire. Figures et mouvements

Le Corps-enveloppe est figuré par une coque, séparant la soute de l'eau extérieure, résistante aux faibles vagues et présentant ainsi un premier seuil. Elle peut se rompre, deuxième seuil, le seuil de rupture, lorsque les coups des vagues sont trop puissants. Entre les deux seuils, la coque peut se déformer durablement sous leurs effets et en garder les cicatrices, empreintes des contraintes subies lors les interactions avec les éléments extérieurs, les chocs des vagues, ou intérieurs, objets mal arrimés dans la cale. L'enveloppe psychique est déformée tant par des tensions internes qu'avec l'extérieur.

Le Corps-chair est présenté sous la forme d'un bateau, avec ses motions intimes plus ou moins prononcées par les mouvements induits sur la coque par les vagues : houle et tangage, avec ses seuils, immobilité par mer calme et début des mouvements intimes liés à la répétition régulière des vaguelettes (seuil de rémanence). Le seuil de saturation apparaît lorsque les mouvements de houle et de tangage deviennent insupportables, imposant de changer la direction et de naviguer à la cape. L'inertie entre ces limites correspond à l'ordonnement régulier des mouvements imprimés au bateau lorsque la mer n'est ni plate ni démontée. Au débarquement, les passagers et l'équipage gardent un temps la trace de ces mouvements et ont parfois quelques difficultés à récupérer l'équilibre

sur la terre ferme, immobile, quand le Corps-chair est encore animé de mouvements internes, comme à la sortie d'un concert, les auditeurs sont encore bercés un temps par la musique et l'ambiance de la salle.

Le Corps-point est figuré par un sextant pour imager chaque pointage, des déictiques relevés par le capitaine, et repérer les déplacements, les sérier dans son livre de bord, avec les dates, les heures et les lieux successifs lors des déplacements du bateau.

Le Corps-creux est présenté comme une carte, l'itinéraire du bateau, portant les empreintes diégétiques. Le Corps-mémoire est donc composé de toutes ces figures et de leurs mouvements, interreliés par des relations sémiotiques.

## V. La consolidation des souvenirs

La **répétition** dans le temps de mêmes événements consolide le souvenir, de même que sa **ré-évocation** périodique. Le discours de soi, des proches, de la collectivité souligne le rôle important des **remémorations périodiques**, commémorations familiales ou collectives, la ritualisation dans le temps et l'espace d'événements similaires, le rôle de la ritualisation. **L'apprentissage volontaire** entretient le fonctionnement de la mémoire, à l'encodage\* comme au rappel. Ce point est valable au cours de tous les âges de la vie. Il permet de mieux retenir et de retrouver plus rapidement les bons souvenirs au moment opportun (mémoire artificielle, mémoire des empreintes corporelles).

Chacune des figures du corps, ou leur ensemble, peut être une voie plus spécifique pour consolider un souvenir. Le Corps-enveloppe a pu présenter des zones endolories au cours de certaines manipulations maintenant évitées, des cicatrices cutanées peuvent être douloureuses, l'atteinte de la compacité du corps après une amputation peut se manifester par la présence d'un membre fantôme. Le Corps-chair gardent les empreintes sensorimotrices : des tensions comme des moments de prouesses sportives ou de prestation d'un artiste, des mauvais moments chirurgicaux à la suite d'une blessure, une longue attente d'un événement désiré et marquant. Les empreintes déictiques du Corps-point sont marquées par la répétition régulière de la fréquentation de mêmes places ou de places comparables et dans la même fourchette de temps, de structures similaires, avec les mêmes personnes. Le Corps-creux gardera solidement en mémoire ses déplacements dans des « lieux » de mémoire marquant, des lieux « magiques » où il a passé de bons moments lors de ses déplacements. Même si un souvenir est plus accroché à une figure particulière du corps, l'ensemble des figures est mobilisé pour incarner et fixer la mémoire. Tous ces éléments rappellent les notions de voyage mnésique de Tulving (70), et la « métaphore ferroviaire » chère à Freud (321), articulant des déixis,

temps, espace, position marquante du corps, les gares du parcours en train, et une diégèse, le parcours entre les stations, de celui qui cherche à retrouver un souvenir à partir d'un itinéraire.

Avoir accès à ses souvenirs est une question de choix individuel de processus. Bien se souvenir, c'est soit fixer un souvenir, mais alors perdre la flexibilité et l'adaptativité mnésique (choix de traces Verbatim), soit choisir les épisodes et leurs émotions associées, négligeant leur continuité temporelle (choix de traces Gist) : c'est un choix existentiel et singulier (278, 279, 286).

Yates soulignait l'importance de la congruence des dimensions émotionnelle, sensorielle, corporelle, combinant l'esthésie, la tensivité et la pathémisation pour la création d'une carte cognitive\* transposable à d'autres usages. Il citait l'exemple du procédé mnémotechnique utilisé par Cicéron, que nous avons déjà évoqué. Cicéron utilisait encore comme théâtre de la mémoire le parcours d'un meurtrier à Rome, de la scène sanglante du crime, aux circonstances de son arrestation, à celle de son jugement et la violence de son exécution (277). Ces exemples illustrent l'utilisation des figures du corps mémorisées, pour y accrocher d'autres éléments et les utiliser en tant que processus mnémotechnique dans une mémoire artificielle.

## VI. La déliaison des figures du corps et la démence

Dans la démence, lorsqu'il y a des troubles cognitifs, les figures du corps ne sont plus liées ou sont mal liées conduisant à des comportements non appropriés. La relation sémiotique qui permet leur unité dysfonctionne, la structure se délie, les figures s'altèrent, la mémoire dysfonctionne et l'organisation des discours du malade s'en ressent. La **cohérence** entre les figures est remise en cause, les relations sémiotiques disparaissent, la **congruence** est altérée : les traces sur les différentes figures se déforment ou deviennent approximatives. Le sujet garde cependant la conscience de la nécessité d'une continuité de soi, ce qui passe par la **recherche d'une connexité** des empreintes entre elles, aussi disparates soient-elles, et par la **quête de la compacité** de leurs interactions, aussi effilochées soient-elles. Un souvenir formé de bric et de broc peut émerger dans l'esprit des patients déments, qui fabriquent ainsi de faux souvenirs parfois habillés d'étrangeté, des souvenirs fabulés, surprenants pour leur entourage.

Un événement extérieur banal, sans grande intensité pour le Soi-enveloppe, peut renvoyer à un vécu intolérable du malade (Moi-chair), à des sensations insupportables pour lui, et donc conduit à une communication décousue ou à des comportements surprenants pour l'entourage. Les mouvements intimes du Moi-chair se traduisent alors, par des cris ou des protestations, par une agitation ou une agressivité non motivée.

La fonction contenant pare-excitation du Soi-enveloppe n'est plus efficace. Essayer de calmer la personne par exemple par du « toucher dans le soin » (325) ou par des mots apaisants ne donnent pas toujours le résultat escompté. La surface d'inscription du Soi-enveloppe ne garde plus de nouvelles empreintes, et les empreintes anciennes sont illisibles. La personne malade ne reconnaît plus les siens, les confond avec des personnes décédées de longue date. Le Soi et le non-Soi ne sont plus toujours séparés, un objet retiré à une voisine de chambre génère parfois une frustration chez la personne démente comme si l'objet lui appartenait : « – *Rend-moi ça !* ». Inversement, les objets internes fantasmés se projettent dans la réalité externe. Une assiette posée sur la table dès 10 heures, en attendant l'heure du repas de midi est regardée comme une invitation à s'installer pour manger.

L'atteinte des empreintes déictiques est au cœur de la désorientation temporo-spatiale. Une personne démente ne trouve plus ses repères autour de chez elle, puis à l'intérieur de son domicile. Elle ne connaît plus ni l'heure ni la date du jour ou du mois : « – *où suis-je ici ?* » ou sans à propos « – *C'est dimanche ?* ». Les mouvements intimes induits, une perplexité, une inquiétude, sont sans fondement avec la réalité extérieure qu'elle peut pourtant percevoir ou que lui reflète ses aidants. Elle ne peut plus sérier ses souvenirs. La séquence des événements mémorisés est perturbée. À sa fille qui vient quotidiennement, une malade pourra très bien dire : « – *Il y a des mois que tu n'es pas venue* ». Elle est au cœur du discours de vie pour Soi, impossible sans prise de position énonciative dans le discours, privant la personne d'une continuité intérieure, actantielle, spatiale et temporelle, ce qui accentue le vécu de désertification et de fragmentation de la représentation interne.

Les épisodes de vie, les scènes intérieures préalablement vécues, ne sont plus rattachés à l'hexis\* présente et aux quelques empreintes déictiques rafraîchies dans les circonstances. Les scènes intérieures mémorisées ne sont plus indexées par la mémoire de source et leur évocation est chaotique. Sans déixis et donc sans mémoire de source, la bibliothèque des épisodes mnésiques est partiellement fermée, les registres des index sont égarés, l'indexation est perdue. Sans position énonciative, le Moi-chair flotte sans attache, les empreintes des sensations et des sensations actuelles sont isolées des scènes actuelles et passées (Corps-creux), les passions ne peuvent se mettre en place et l'apathie s'installe (Corps-chair). La distinction entre Soi et le non-Soi (Corps-enveloppe) n'est plus étayée par les expériences de vie antérieures.

Les empreintes diégétiques\* s'effacent. La personne malade ne sait plus comment elle est arrivée à un endroit particulier. Par la mémoire procédurale\*, elle peut longtemps retrouver un itinéraire quotidiennement utilisé, parfois, avec tous les dangers que cela suppose, avec sa voiture, par exemple pour aller de son domicile chez le boulanger et en revenir. Cependant, elle va se perdre s'il y

a des travaux dans la rue et qu'elle doit les contourner. Le Corps-creux ne peut plus appuyer sur les empreintes déictiques (Corps-point).

Un événement ou une réunion de famille, pourront lui rappeler le vague souvenir d'une autre scène intérieure (Corps-creux), avec toutefois des sensations (Corps-chair) pas forcément adéquates à la situation présente. La personne est comme débrayée émotionnellement du présent, pouvant être parfois indifférente, apathique, là où son entourage attendrait une réaction, ou d'autres fois avoir une vie intérieure totalement désajustée à la réalité du moment, par exemple rire ou se montrer joyeusement distraite pendant l'enterrement d'un de ses proches. Elle réalise alors une dissociation proche de certain psychotique. Raccrocher le souvenir vague d'un épisode de vie (Corps-creux) à un moment précis qu'elle a préalablement vécu (mémoire de source, déixis, Corps-point), est devenu impossible. La répétition d'un même fait, la fréquentation régulière des « lieux » de mémoire, peut faciliter une certaine mise en mémoire, mais le chemin est long et incertain dans la démence.

L'accommodation\* fait appel à une programmation ou un ajustement, nous l'avons vu. La répétition régulière d'une même pratique améliore son efficacité dans des contextes très différents et facilite la mémorisation des séquences gestuelles. Elle améliore le fonctionnement de la mémoire. Utiliser la mémoire s'apprend par une pratique régulière. De consciente, active, la pratique répétitive autonomise la mémoire procédurale, inconsciente, implicite et automatique, très résistante à l'usure du temps. La programmation reste solidement et longtemps implantée dans la démence. Elle est sans trop de risque dans l'application des pratiques dans le réel quand l'ajustement fait appel à des processus cognitifs fragilisés et expose de plus à des risques d'échec. Un malade Alzheimer s'appuie dans son quotidien sur des schémas procéduraux anciens, donnant ainsi à son entourage l'illusion qu'il est ajusté à la réalité, quand déjà les troubles cognitifs sont fortement installés. Face à un imprévu, l'accommodation des pratiques ou des stratégies n'est possible qu'à partir des reliquats mnésiques des **programmations antérieures**, convoquant **la mémoire procédurale** et non **pas par des ajustements** nécessitant inventivité et adaptation. Pratiques et stratégies achoppent rapidement contre un obstacle qu'il faudrait contourner. Sinon aucune persévérance ne serait envisageable. L'ajustement n'est guère possible pour adapter ou contenir ce qui apparaît comme une difficulté, ou à l'entourage comme une incongruité. Parfois, le malade s'entête, persiste dans sa pratique, refuse d'adapter ses pratiques et ses stratégies, n'entend pas les conseils donnés par l'entourage. Nous en verrons un exemple avec le cas de Monsieur Gilbert H. Mais lorsque la maladie évolue vers une plus grande gravité, le malade ne persiste plus dans ce qu'il entreprend. Même l'accommodation disparaît. Il baisse les bras et abandonne. La greffe d'éléments nouveaux et inattendus en son quotidien, même

sans grande importance au vu de ses proches, est, malheureusement pour le patient, ingérable. L'adaptation à la vie n'est qu'un vague souvenir, elle va elle aussi se flouter.

## **Quelques points clés du chapitre 6 : Construction, adaptation et fragilité de la mémoire**

Les théories modernes sur la mémoire concernent son organisation multi-systémique et l'utilisation plurielle et simultanée des traces, le couplage dynamique de leurs interrelations, tant pour l'encodage que pour le rappel.

Les souvenirs sont fluctuants au cours du temps, et selon les stratégies adoptées par la personne pour les utiliser. Bien se souvenir, c'est soit fixer un souvenir, mais alors perdre la flexibilité et l'adaptativité mnésique (choix de traces Verbatim), soit choisir les épisodes et leurs émotions associées, négligeant leur continuité temporelle (choix de traces Gist) : c'est un choix existentiel et singulier.

La carte cognitive\* fonctionne comme le plan d'un moyen de transport, avec ses gares (déixis), les parcours possibles (diégèse), ses facilités d'accès (interactions), le confort offert (sensations). Elle garde les empreintes des sensations sensorimotrices, des interactions avec l'environnement, les déixis et les agitations résultant des parcours effectués.

Les quatre figures du corps, Corps-enveloppe, Corps-chair, Corps-point et Corps-creux sont distinctes les unes des autres, mais indissociables pour un bon fonctionnement mnésique.

La sémiotique de leur fonctionnement normal implique la cohérence des relations entre les traces et la congruence des souvenirs qui y sont attachés autour d'un même événement évoqué.

Dans la démence, cette cohérence est remise en cause, les relations sémiotiques entre les figures disparaissent, la congruence est altérée. Les figures du corps sont déliées.

L'atteinte des empreintes déictiques (Corps-point) et de leur sériation est au cœur de la désorientation temporo-spatiale des malades.

Le malade dément privilégie la programmation et la mémoire procédurale pour ajuster ses pratiques et son comportement, délaissant l'ajustement altéré par la maladie.

## **Etude N°1 : Narrativité et mémoire dans la maladie d'Alzheimer**

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative dont la fréquence augmente avec le grand âge (87, 326-329). Si les troubles de la mémoire d'installation progressive sont ici aux premiers plans, d'autres atteintes neuro-psycho-cognitives sont associées, comme par exemple les perturbations du langage qui peuvent évoluer jusqu'à l'aphasie (93-97, 99, 330, 331). Ces troubles ne sont pas forcément toujours manifestes stades débutants de la maladie. Ils sont variables selon les patients, leur niveau éducatif acquis et entretenu (112, 162) et selon l'étayage de leur entourage. Ils peuvent parfois se montrer très invalidants dans certaines formes atypiques de maladies d'Alzheimer dites logopéniques. Même marqués, ils n'éteignent pas le désir des patients de communiquer, ce qu'il manifeste par une « communicabilité relationnelle », la prosodie du langage ou leur hexis. Les troubles de la mémoire interfèrent aussi avec les possibilités langagières (100). Ils s'accompagnent d'une altération de la compréhension du langage écrit et oral, et de l'expression verbale ou écrite (101). Connaître les composants de ces désordres permettrait de se préparer au mieux aux conséquences de la maladie sur la vie sociale (332-334). Cette étude a donné lieu, dans le cadre de cette thèse, à deux publications en langue anglaise et à une communication à un congrès international (42, 335, 336). Les troubles du langage, les distorsions communicationnelles et les incompréhensions mutuelles entraînent parfois les soignants formels ou informels (familles) dans des situations inconfortables, voire pénibles (337, 338): difficultés psychologiques ou psychiatriques dans la famille, désaccords familiaux non avoués, difficultés financières liées aux erreurs de la personne âgée, malheureusement aussi par l'indélicatesse de certains... L'enjeu de cette problématique fréquente est donc important (339), nous avons en conséquence cherché dans cette étude prospective monocentrique observationnelle à évaluer les désordres sémantiques et textuels dans la maladie d'Alzheimer.

### **I. Contexte de l'étude**

Les troubles du langage, avec les troubles de la mémoire, font partie des symptômes les plus significatifs de la maladie d'Alzheimer, empêchant la communication interpersonnelle en particulier avec leurs proches (102, 103). Au début, ils sont minimes. Les malades s'expriment par des phrases

courtes, traduisant des banalités ou des réalités simples sur le quotidien, usant de lieux communs que l'on rencontre régulièrement dans les discussions informelles. Les troubles s'accroissent avec le temps selon des étapes prévisibles rythmées par l'évolution des troubles cognitifs (104-107).

Peu d'études ont été réalisées pour regarder la constitution progressive des troubles textuels avant que la maladie d'Alzheimer ne s'installe. La « Nun study » réalisée aux États-Unis, a été publiée en 1996 (340). Elle concernait 93 sœurs âgées de 79 ans à 96 ans, vivant dans un couvent, et qui avaient laissé dans les archives de l'institution leur lettre portant sur motivation et les éléments de leur biographie à leur entrée dans les Ordres. Elles étaient alors âgées en moyenne de vingt ans. Quelques-unes de ses sœurs ont développé tardivement une maladie d'Alzheimer. Leurs textes anciens ont été analysés et comparés à ceux de leurs coreligionnaires restées en bonne santé cognitive.

L'analyse documents a montré que dès le début de l'âge adulte, et pour certaines dès la fin de l'adolescence, des anomalies textuelles existaient. Les différences étaient statistiquement significatives quand on comparait les analyses entre leurs textes et celui d'une population similaire en âge (leurs coreligionnaires) et en trajectoire de vie, mais restée sans troubles cognitifs : faible expression de soi sur fond des idées ou convocation de poncifs, d'idées toutes faites, pauvreté du vocabulaire en particulier avec un usage limité des adjectifs, utilisation de phrases courtes sans proposition, et de façon générale pauvreté grammaticale. Il n'est donc pas exclu que les troubles de l'organisation du langage soit très précoces dans la maladie d'Alzheimer (341). Cette même remarque vaut pour les troubles de la mémoire, possiblement installés de très longue date, mais non remarqués par l'entourage (342) et non évalués par les médecins. Dans les suivis de cohorte, dès 50 ans (343), les troubles de la mémoire peuvent être notés et avoir déjà quelques répercussions sur le comportement social. Les méthodes de d'exploration de la mémoire ne sont peut-être pas encore suffisamment fines pour dépister des troubles très précoces. Mémoire et langage sont couplés. La maladie débute-elle par la mémoire ou le langage : le problème de l'œuf et de la poule ? La maladie a des causes génétiques, et pourrait être assimilée à une maladie génétique à révélation tardive.

Les travaux sur le langage des déments ont montré une conservation au moins relative et temporaire de la structure du langage (108-110), avec cependant de fréquentes références aux lieux communs, aux banalités langagières, qui donnent souvent le change alors que les troubles cognitifs sont fortement installés, retardant le diagnostic. L'accent est mis souvent sur la bonne conservation de certains aspects de la langue (phonologie, syntaxe ...) (111-113), alors que d'autres secteurs sont très altérés. Manipuler des mots rares, des concepts compliqués et abstraits, tenir une discussion dans la longueur devient difficile avec le temps. Les écrits se raréfient et s'appauvrissent sur le plan de leur contenu, avec de plus en plus de fautes d'orthographe.

Si des études sémantiques ont été souvent réalisées dans la maladie d'Alzheimer, il n'y a, à notre connaissance, que peu de travaux sur les textes (108, 344, 345) en dehors de ceux, anciens, réalisés pour la validation du test de Barbizet utilisé pour cette étude (43, 346). L'incapacité de mettre en mots sa propre souffrance (347) et d'exprimer sa douleur morale (345) face à un monde qui se dérobe à la conscience, est une source de souffrance pour le malade et sa famille (158, 159, 348). La compréhension des mécanismes du langage participe à l'étude du sens des symptômes qui s'exprime, à défaut de discours, à travers le comportement du malade (158, 332, 349). Rappelons que pour Tulving (1972) la mémoire sémantique est la mémoire nécessaire à la manipulation du langage et qu'elle est rendue vulnérable par l'amnésie (72).

## II. Méthodes

La population étudiée concernait des sujets âgés vivant à domicile atteints de maladie d'Alzheimer débutantes ou évoluées consultant en gériopsychiatrie au centre hospitalier universitaire de Brest pour des troubles cognitifs, du comportement et de la mémoire. Les malades et leurs familles accompagnantes ont été informés lors de la consultation de suivi gériopsychiatrique du déroulement de l'étude de façon complète et loyale, en des termes aussi compréhensibles que possible. Après accord du malade et de son accompagnant, les résultats des tests neuropsychologiques ont été saisis anonymement sur informatique. Les critères d'inclusion retenus portaient sur des patients atteints de maladie d'Alzheimer (MMSE  $\geq 10$ ) (162) ayant donné, eux et leur accompagnant familial, leur consentement écrit pour participer à cette étude validée par le comité d'éthique de Brest. Seuls les malades capables de comprendre les consignes du test de Barbizet, atteints d'une démence sans altération massive de la mémoire et sans aphasia, et supposés en mesure de donner leur consentement ont été inclus. L'incapacité du patient à comprendre les informations relatives à l'étude ou son incapacité à choisir de participer ou non à l'étude ont été retenues comme critère de non-inclusion.

Pour évaluer les désordres sémantiques et textuels dans une population malade, les tests pratiqués de façon routinière en consultation mémoire ont été relevés. Outre quelques données sociodémographiques (Genre ; âge ; niveau culturel : -1 = illettré, 2 = sait lire et écrire, 3 = 6 années de scolarisation, 4 = 11 années de scolarisation, 5 > 11 années de scolarisation), les tests suivants, qui sont habituellement pratiqués en consultation, ont été utilisés : 1) Test de Folstein (MMSE ; Score habituel en l'absence de troubles cognitifs entre 28 et 30 -annexe 1-) pour l'évaluation globale de la cognition (162), 2) test des 5 mots de Dubois (164) pour la mémorisation d'une suite de mots (Normale, 5 au rappel immédiat et 5 au rappel différé), 3) fluences catégorielles\* (Nombre d'animaux cités en une

minute ; norme >15), 4) fluences<sup>155</sup> lexicales\* (Nombre de mots commençant par « L » cités en une minute ; norme >15) (165), 5) BREF (Batterie Frontale de Dubois ; le Score maximum à la BREF lorsqu'il n'existe pas de syndrome dyséxecutif = 18 -annexe 2-) pour les tests frontaux et indirectement pour évaluer un syndrome dysexécutif (166), 6) l'échelle de Cornell (évaluation de la dépression chez les personnes démentes ; absence de dépression, test < 8 -annexe 3-) (167), 7) le test de Barbizet (43) ou l'histoire du lion, centrale dans cette étude. Ce dernier est un court texte formé de 22 sous items appris de façon séquentielle, mémorisés immédiatement en début de consultation et ré-évoqués de façon différée aux termes de celle-ci, soit environ une heure après. L'étude a porté sur cette composante de données différées, les items pouvant être organisés selon les consignes l'auteur du test en 5 épisodes : échappement, mouvement de la foule, femme et enfant, transaction, résolution (Tableau 1).

L'Histoire du Lion doit être lue lentement par l'examineur. Le sujet doit être prévenu qu'il s'agit d'une histoire longue dont le but est d'évaluer sa mémoire. Il faut préciser qu'on ne lui demande pas de répéter l'histoire « mot à mot », mais qu'il doit tenter de retrouver la trame générale de l'histoire et, si possible, le maximum de détails. Barbizet préconisait un rappel immédiat, puis des rappels différés. Le test de Barbizet permet d'observer les oublis dans le récit, de noter le nombre d'intrusions\* (un mot à la place d'un autre, sans liens logiques) et d'inversions (la structure du récit, avec les mots ou les catégories d'items n'apparaissant pas dans le même ordre que lors de l'apprentissage). Ces données seront ensuite comparées aux données des tests neuro-psychologiques.

Tableau 1 : L'histoire du lion

« Un lion nommé Sultan, s'échappa de sa cage, par la porte mal fermée par un gardien négligent [Échappement]. La foule des visiteurs nombreuse ce dimanche-là s'enfuit vers les bâtiments voisins [Mouvement de foule]. Une femme, vêtue de bleu qui tenait dans ses bras son enfant de un an le laissa tomber. Le lion s'en saisit [Femme et enfant]. La femme en larmes revint sur ses pas, et supplia le lion de lui rendre son petit [Transaction]. L'animal la regarda longuement, fixement, et enfin lâcha l'enfant sans lui avoir fait le moindre mal [Résolution]. »

Les statistiques ont été effectuées par un logiciel SAS, par un biostatisticien, le Dr Billon coauteur des publications précitées. Les tests statistiques choisis sont le Chi2, le test de Student non

---

<sup>155</sup> Les fluences rendent compte de la facilité et la rapidité d'accès aux différentes bibliothèques mémorisées

apparié, les corrélations de Pearson, la régression des moindres carrés partiels (PLS) [ Partial Least Squares regression ], choisie pour limiter les risques de co-linéarité (350). En effet, avec un modèle linéaire classique, la colinéarité entre les variables explicatives rend le modèle instable et influence les résultats qui deviennent aléatoires. Les tests neuropsychologiques utilisés ciblent plus spécifiquement un aspect de certains désordres cognitifs. Ils présentent cependant de chevauchement quant à leurs résultats malgré ce ciblage.

### III. Résultats

Cent cinquante et un malades ont été inclus dans l'étude. Nous n'avons pas enregistré de refus de participer à l'étude ou d'informatiser anonymement les données observées. La population de malades déments est composée de 102 femmes et 49 hommes, d'âge moyen 80,3 ans  $\pm$  6,91. Le tableau 2 résume les principaux résultats observés. Les caractéristiques moyennes entre les populations masculines et féminines ne différaient pas statistiquement. Tous les scores aux tests sont dégradés, à l'exception des scores à l'échelle de Cornell, voisins de la norme. Les fluences lexicales étaient statistiquement plus dégradées que les fluences catégorielles ( $t=5,60$ ,  $p<0,05$ ).

Tableau 2 : Données sociodémographiques et scores aux différents tests

	Âge	Niveau culturel	MMSE	BREF	Cornell	5 mots	Fluences lexicales	Fluences catégorielles
N=151	80,3 $\pm$ 6,9	2,82 $\pm$ 0,50	16,5 $\pm$ 5,1	11,3 $\pm$ 4,5	10,6 $\pm$ 4,2	4,58 $\pm$ 1,1	4,41 $\pm$ 2,2	5,7 $\pm$ 1,1

Le score attendu au rappel de l'Histoire du Lion est de 22. Le rappel immédiat est ici de 6,6  $\pm$  2,2 items. Les résultats concernant les épisodes de l'histoire portent sur le rappel différé réalisé en fin de consultation : 5,5  $\pm$  3,1 items seulement sont alors mémorisés par les patients. Tous les scores à ce test sont dégradés, sans qu'aucun épisode particulier soit respecté. Tous les malades sauf un sont capables de retenir que l'histoire porte sur un lion, 67% d'entre eux se souviennent de façon différée que l'animal rend l'enfant sans lui avoir fait du mal, et 47% que l'histoire porte sur une femme. Les items concrets à forte connotation émotionnelle (le lion s'est échappé 99%, l'enfant est attrapé par le lion 96%, la femme pleure 88%, le lion ne lui a pas fait de mal 76 %, il y avait beaucoup de monde 35%...) sont mieux mémorisés que les détails plus accessoires (cage 26%, longuement 22%, fixement 13%, bleu 12%, dimanche 11% ...). La déixis situant le lieu et la date de l'histoire est rarement mémorisée. Une exception est un relevé à propos du nom du lion, Sultan, qui est cité dans 29 % des

cas, peut-être parce que plusieurs fois entendu par ailleurs. Un lion nommé Sultan correspond à quelque chose de comparable, en moins usuel, qu'un chien nommé Médor. Quelques malades ajoutent des détails reliés à l'histoire, connotés de leurs sentiments sur les séquences du récit, mais non présents dans le récit : « C'était une maman, elle ne s'est pas laissé faire » 18%, le gardien n'était pas sérieux ou « Le lion était méchant » 15%, « La mère s'est mise à genoux pour sauver son enfant » 9%, « Personne n'a aidé la femme » ou « Elle était toute seule avec du danger » 8%. Les intrusions ont concerné que les mots ou les items (une fille par la femme, un gendarme pour le gardien, une gare pour les lieux de l'événement ...).

La population démente présente davantage d'intrusions (n=36) que d'inversions dans le récit différé soit de mots ou d'items, soit d'épisodes les regroupant (n=19). Les bibliothèques sémantiques sont plus altérées, expliquant les intrusions, que la mémorisation de la structure du texte, les inversions rendant compte l'atteinte de celle-ci. Les inversions ne concernent que des malades dont le MMSE est inférieur à 14, et les intrusions surtout pour des malades dont le MMSE est inférieur à 19 (Figure 1). Les inversions apparaissent pour des formes évoluées de la maladie.

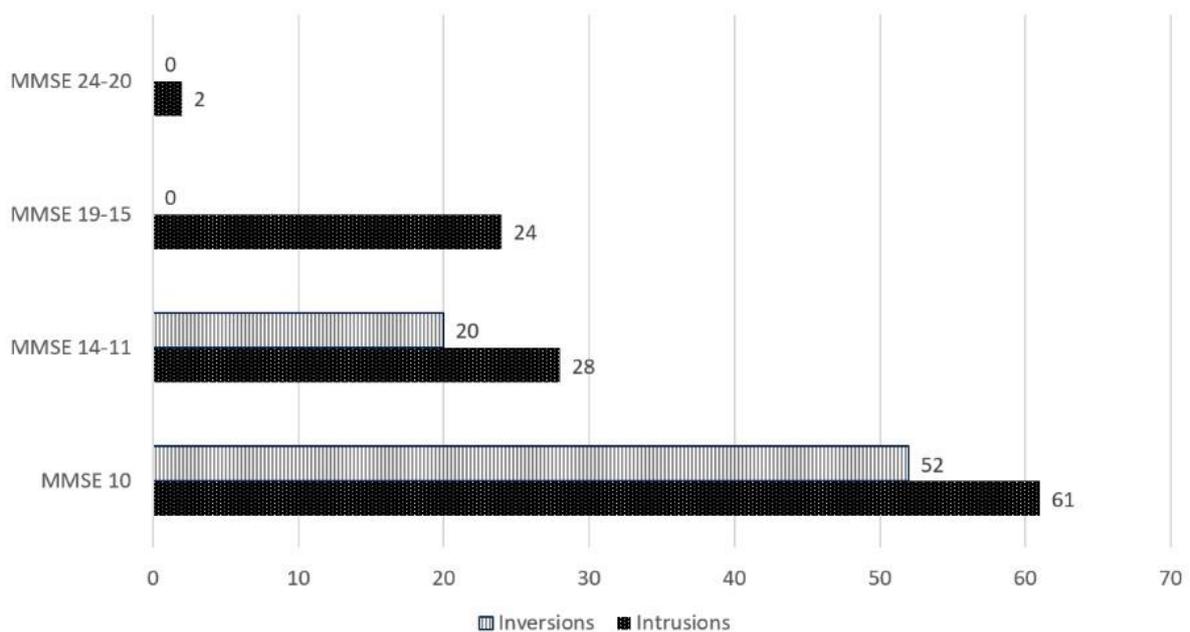


Figure 1 : Pourcentages d'inversions (n=19) et d'intrusions (n=36) en fonction du MMSE ( $p < 0,05$ ).

La production d'intrusions est relativement spécifique à la Maladie d'Alzheimer. Nous nous sommes demandé si ces intrusions pouvaient être liées à des troubles exécutifs\*, reflétant un mauvais contrôle de l'expression, les troubles exécutifs perturbant toute planification des tâches et leur organisation pratique. Les syndromes frontaux des malades s'expriment à travers les scores à la BREF (< 13). Les troubles exécutifs sont indirectement évalués à travers celle-ci. On note que l'ensemble des

inversions survient dans le groupe déficitaire, pour des scores à la BREF < 13 (Tableau 3). Les inversions sont rares (N = 0) si le score à la BREF est  $\geq 13$ , mais les intrusions sont déjà possibles (N=7). Les inversions (N = 19) et les intrusions sont plus fréquentes lorsque les troubles frontaux deviennent sévères (score à la BREF<13). Les troubles frontaux sont plus marqués lorsqu'il y a une dégradation cognitive évaluée par le MMSE. La valeur du MMSE dans la sous-population avec syndrome exécutif (n=77), était de  $11,9 \pm 2,9$  contre  $20,9 \pm 2,6$  pour la population moins atteinte (n=74 ;  $t=7,43$ ,  $p<0,05$ ). Les mêmes résultats sont observés selon que le score au MMSE est  $\geq 18$  ou <18.

Tableau 3 : Nombre d'intrusions et d'inversions en fonction du syndrome frontal évalué par le score à la BREF

	BREF $\geq 13$ N=74	BREF < 13 N= 77
Intrusions	7	29
Inversions	0	19

Le tableau 4 présente la matrice de corrélation des différents paramètres étudiés. Le nombre d'items remémorés à l'Histoire du lion est corrélé à la dégradation du MMSE ( $R=0,51$ ). Ce nombre est encore significativement corrélé aux scores aux tests des fluences, de la BREF, des 5 mots. De nombreux paramètres sont corrélés entre eux, les tests dits spécifiques relèvent en fait de traits superposables entre les secteurs de la cognition et pris en compte dans différents tests, malgré leur spécificité alléguée. C'est ici la raison du choix de la méthode PLS pour l'analyse en régression.

Tableau 4 : Corrélations des différents tests pour la population. \*= p<0,05. FI Lex : Fluences lexicales ; FI Cat : Fluences catégorielles.

	MMS	BREF	5_mots	Cornell	Flu lexic	Flu Cat	Age	Sexe	Niveau culturel	Histoire du Lion différé
MMSE	1,0									
BREF	0,97*	1,0								
_5_mots	0,86*	0,74*	1,0							
Cornell	-0,08	0,11	-0,30	1,00						
Fluences lexicales	0,87*	0,84*	0,78*	-0,17	1,0					
Fluences catégor.	0,82*	0,80*	0,71	0,03	0,80*	1,0				
Age	-0,27	-0,29	-0,17	-0,07	-0,29	-0,21	1,0			
Sexe	-0,10	-0,08	-0,12	0,03	-0,08	-0,09	0,10	1,0		
Niveau culturel	0,18	0,13	0,22	-0,16	0,13	0,15	-0,04	-0,15	1,0	
Histoire du Lion différé	0,51*	0,49*	0,46*	-0,04	0,50*	0,50*	-0,23	-0,06	-0,01	1,0

Le tableau 5 présente cette analyse régressive faite sur des variables standardisées. Le facteur étudié est le score global, au rappel différé pour le test de Barbizet, le modèle incluant les variables du tableau précédent. La fluence catégorielle reste celle qui a le plus d'influence sur le score total avec un coefficient à 0,224. Ce résultat peut sembler surprenant, car les fluences lexicales sont plus dégradées que les fluences catégorielles. On notera encore la signification statistique dans le modèle du niveau culturel acquis préalablement, et plus accessoirement l'âge, toutes les autres variables ont beaucoup moins d'intérêt.

Tableau 5 : Estimation des coefficients de régression. Régression PLS. Facteur étudié : Score global différé au test de Barbizet. Modèle incluant les variables du tableau précédent.

	Coefficient de régression	Erreur standard
Constant	0,0	0,071
MMSE	0,085	0,070
Fluences catégorielles	0,224	0,129
BREF	0,084	0,112
5 mots	0,090	0,126
Cornell	-0,050	0,093
Fluences lexicales	0,085	0,176
Age	-0,108	0,085
Sexe	-0,017	0,071
Niveau culturel	0,117	0,089

#### IV. Discussion

Nous présentons ici les résultats d'une étude préliminaire sur la textualité dans la maladie d'Alzheimer à partir d'une consultation de malades dans un service de psychiatrie du sujet âgé. La nature même de ce service explique le grand âge des personnes recrutées. La détérioration globale de la cognition évaluée par le score au MMSE de certains malades constitue un biais. Le malade peut avoir des difficultés pour la compréhension du texte, ce qui impacte sa mémorisation, voire la validité de leur consentement. L'aide de leur accompagnant était alors précieuse, et les tests sont ceux habituellement pratiqués régulièrement et habituellement pour ce type de malade dans la consultation spécialisée de l'établissement.

La matrice de corrélation du tableau 5 renvoie à un autre biais de cette étude : l'importante colinéarité entre les variables observées. Nous n'avons pas souhaité en écarter, car les troubles du langage peuvent être expliqués par de multiples facteurs cognitifs ou non, par exemple une

dépression. Ceci nous a incité à utiliser une régression des moindres carrés partiels sur l'ensemble des variables étudiées, pour en atténuer la portée.

Les troubles exécutifs étudiés par la BREF et les troubles cognitifs évalués par le MMSE sont fortement corrélés, aussi est-il difficile de savoir quelles conséquences verbales résultent spécifiquement d'un de ces facteurs ou de l'autre. Le seuil de 13 a été choisi pour la BREF, d'une part pour que les sous populations soit équilibrées sur le plan statistique, et pour trancher clairement sur l'existence ou non d'un syndrome dysexécutif lié à des troubles frontaux. Les syndromes dysexécutifs sont d'autant plus vraisemblables que les troubles frontaux sont marqués. Les intrusions et les inversions sont statistiquement plus importantes dès lors que les scores à la BREF sont inférieurs à 13 (tableau 4). La présence d'un syndrome dysexécutif, surtout lorsqu'il est associé à une dépression tardive, impacte très clairement le statut cognitif en termes de sévérité de la perte d'autonomie cognitive (351).

Il était important de s'assurer qu'une dépression associée n'influençait pas sur le modèle. Les personnes âgées dépressives présentent fréquemment des altérations des fluences verbales et des déficits de planification liés à des troubles frontaux (352). Les scores à l'échelle de Cornell sont faibles dans la population étudiée (Tableau 2 :  $10,6 \pm 4,2$ , seuil de dépression  $>8$ ). Il s'agit possiblement d'un nouveau biais lié au caractère ambulatoire des malades. La dépression est, en effet, souvent plus marquée dans la démence, en particulier avancée, et lorsque les malades vivent en établissement (167).

Nous retiendrons dans cette étude, la progression importante des désordres textuels observés avec la progression de la maladie. Le score au rappel différé de l'histoire du lion est d'autant plus dégradé que les troubles cognitifs sont installés (scores au MMSE). Intrusions et inversions résultent des troubles cognitifs. Les scores obtenus au test des fluences catégorielles pèsent significativement, mais de façon modeste sur le modèle de régression étudié ( $CR=0,224$ ), ainsi, avec une moindre ampleur, que le niveau culturel ( $CR= 0,117$ ), les troubles cognitifs de la démence et les troubles langagiers étant classiquement modulés par celui-ci (112, 162).

Les fluences reflètent la facilité d'accès à des mots indexés (elles sont alors dites lexicales) ou à des catégories (fluences catégorielles) avec lesquelles ils partagent une qualité (5). L'atteinte des fluences lexicales est plus marquée que celle des fluences catégorielles (tableau 2). Cependant les fluences catégorielles pèsent davantage, et ce de façon significative dans le modèle de régression statistique. Les fluences catégorielles consistent à énumérer des animaux. Il s'agit d'un processus d'iconisation faisant appel à un raisonnement analogique. Elles sont moins altérées que les fluences

lexicales un même stade de l'évolution démentielle. Leur atteinte reflète une plus grande dégradation pour se remémorer un texte et le reconstruire. Retrouver un mot commençant par une lettre nécessite plutôt une stratégie de récupération basée un index, donc une compétence sémantique (353).

Les items concrets à forte connotation émotionnelle sont mieux mémorisés que les détails neutres de ce point de vue. L'émotion apparaît clairement comme la « direction assistée » de la raison.

Les troubles frontaux, et donc les désordres exécutifs ne ressortent pas de cette analyse PLS. Les scores à la BREF n'influencent significativement pas la régression évaluée par la méthode de régression statistique. Avec les réserves habituelles que suscitent celles-ci, l'atteinte de la planification des tâches et celle de l'organisation de leur organisation, marquées dans la maladie d'Alzheimer, n'est pas démontrée au vu des résultats de cette étude. Les troubles frontaux évoluent parallèlement avec les troubles cognitifs.

## **V. Conclusions de cette première étude**

La textualité remémorée est plus dégradée lorsqu'il y a une atteinte des fluences catégorielles dans la maladie d'Alzheimer. Elle est possiblement reliée en partie à l'atteinte exécutive, mais nous n'avons pas pu démontrer son indépendance par rapport à la détérioration cognitive globale. L'atteinte des fluences lexicales retentit certainement elle aussi sur la mémorisation des mots d'un texte, ce d'autant plus que les troubles cognitifs se sont installés. Le niveau culturel influe sur les compétences narratives des malades, sur le maniement du vocabulaire. Il intervient sur les risques d'apparition précoce d'une maladie d'Alzheimer, liés au niveau scolaire acquis et entretenu. La déixis qui permet de situer les événements énoncés dans un contexte est souvent altérée chez les malades. Les patients restent sensibles à l'aspect émotionnel des histoires qui leur sont soumises en termes de restitution mnésique. Cette mobilisation émotionnelle est probablement une voie intéressante de motivation dans le travail orthophonique à mener à visée préventive ou pour le maintien des capacités lexicales et textuelles dans la maladie d'Alzheimer. Ces résultats consolident le modèle du floutage des traces, plus important pour les traces Gist, à connotations émotionnelles, que pour les traces Verbatim. Ces remarques sont classiques dans le vieillissement normal. Elle s'applique plus particulièrement à la maladie d'Alzheimer (67, 279). En dépit de la perte des mots et des intrusions (un mot à la place d'un autre), une structure persiste dans le texte remémoré par les malades, les inversions de l'ordre des mots ou de leurs catégories étant plus rares et plus tardives dans le cours de la maladie.

### **Quelques points clés du chapitre 7 : Narrativité et mémoire dans la maladie d'Alzheimer**

La capacité de restituer verbalement un texte plusieurs minutes après son audition est d'autant plus difficile pour un malade dément que les troubles cognitifs sont avérés.

Les souvenirs d'items marqués émotionnellement sont plus solides que les items neutres de ce point de vue.

Le nombre d'intrusions (un mot inventé au lieu d'un mot énoncé et sans relation avec lui) est plus marqué que le nombre d'inversions dans le texte. Ces dernières sont rares aux stades débutants à modéré de la maladie. La structure du texte est plus longtemps conservée que le vocabulaire utilisé par le malade.

Le niveau scolaire intervient dans la mémorisation du texte.

Aux tests des fluences, les fluences lexicales (index) sont plus altérées que les catégorielles (raisonnement analogique).

Les troubles du langage s'installent probablement très tôt dans la maladie, mais ne sont pas détectés.

## 2ème étude : Ambiguïté des limites et maladie d'Alzheimer

Cette seconde étude a été réalisée à partir d'un fichier partiellement utilisé il y a quelques années (1998) pour étudier alors le fardeau des aidants prenant en charge à domicile des patients atteints de démence de type Alzheimer ou assimilée, en France et en Espagne, selon le même protocole (354, 355). Nous avons repris les données de ce fichier pour cibler cette fois-ci les liens entre l'ambiguïté des limites chez l'aidant, son vécu face aux difficultés engendrées dans la prise en charge du malade, et la détérioration cognitive et l'intensité de sa dépression chez ce dernier. Nous avons utilisé quelques résultats pour une publication réalisée dans le cadre de cette thèse, sur le sens de l'engagement des familles vis-à-vis de leurs patients déments (44). Nous avons vu au Chapitre 3 que l'évolution de la maladie pouvait conduire à une disparition des limites dans le champ de présence psychologique du malade, altérant son identité : béance spatiale, permanence temporelle et perte de la présence du Moi au monde et aux autres. L'ambiguïté des limites\* dans le champ de présence de soi au monde du patient va retentir sur le plan interpersonnel sur ses relations avec son aidant (et sa famille et les soignants qui s'occupent de lui). Elle finit par entraîner une ambiguïté des limites chez l'aidant lui-même. L'ambiguïté des limites, chez le malade comme chez son aidant, se constitue au fil du temps. Elle est liée à la psychodynamique de la maladie, et à une double perception chez le malade comme chez l'aidant, d'une part des difficultés de la vie quotidienne associées aux troubles cognitifs et d'autre part de la dynamique de leur aggravation progressive. Nous présenterons dans un premier temps le concept d'ambiguïté des limites et le contexte scientifique dans lequel s'inscrit l'étude et nous ferons quelques remarques sémiotiques à son propos.

### I. Contexte scientifique

Pour Pauline Boss (356), l'ambiguïté des limites\* est la situation des présents-absents dans les familles. Elle résulte de deux grands types de situations. Elles renvoient toutes les deux à l'incertitude de la perte d'un membre de la famille aussi bien qu'à l'incapacité pour la famille de changer sa perception du problème pour faire son deuil et investir un nouveau champ de présence, et pour s'adapter à la réalité d'une perte définitive (44, 356), aussi triste soit-elle. Les situations d'ambiguïté des limites\* sont fortement dépressogènes.

### I-1. Les différents types d'ambiguïté des limites

Le premier type (tableau 1) est la conséquence d'une absence physique d'une personne avec sa présence psychologique : la personne absente est peut-être décédée, la famille est sans nouvelles, mais elle est toujours présente à la mémoire de ceux qui l'aiment. Ce sont des familles où une personne manque physiquement, mais qui est psychologiquement très présente, par exemple, parce qu'une personne est probablement décédée, mais que son corps n'a jamais été retrouvé. Il n'y a eu aucune vérification de la mort éventuelle d'un être aimé, il peut y avoir un doute sur la réalité de la mort, et donc il n'y a aucune raison pour renoncer à l'attente de son retour. Une perte qui n'a aucune vérification tangible ne peut pas être clarifiée, guérie, ou réparée. Le travail de deuil est impossible. Cette situation est celle d'une famille qui voit un proche disparu dans un accident d'avion dont on a aucune trace, comme c'est le cas pour les proches des passagers du vol MH 370, pour les familles des malgré-nous Alsaciens emprisonnés en Union soviétique et qui ne sont toujours pas revenus après la fin de la Deuxième Guerre mondiale, ou comme c'est encore le cas des enfants fugueurs ou disparus et qui ne reviennent jamais au domicile de leurs parents.

Madame Boss avait initialement décrit l'ambiguïté des limites\* à propos de la situation différente des veuves de guerre américaine, selon que les pilotes avaient été tués en action (KIA, kill in action) et leurs corps présentés à la famille, ou que les pilotes étaient disparus en action (MIA, missing in action). Leurs épouses, n'ayant pas vu le corps de leur mari, attendaient, des années durant un retour possible (357, 358). N'ayant pas la certitude de leur mort, elles fabulaient leur présence dans des camps de prisonniers japonais secrets et isolés du reste du monde. Leur détresse et leur dépression étaient plus sévères chez ces dernières et leur dépression présentait une plus grande résistance thérapeutique. Les familles qui, ne voyant pas le corps du disparu et compte tenu des incertitudes de la guerre, n'avaient pas d'informations sur ce qui avait pu se passer. Elles restaient dans une attente sans fin d'un retour toujours possible, mais de plus en plus improbable avec les années. Elles se refusaient à faire leur deuil. La dernière séparation a eu lieu sans un dernier « au-revoir ».

Le second type d'ambiguïté des limites est celui rencontré chez les proches qui s'occupent de maladie d'Alzheimer. Il correspond à une non-présence psychologique associée à la présence physique d'une personne aimée et malade. Cette seconde situation a été décrite et publiée par Madame Pauline Boss (356). Ici, les familles sont numériquement intactes et une personne malade y est physiquement présente, mais son esprit ou sa mémoire fléchissent, la personne s'effaçant peu à peu psychologiquement,

s'éloignant dans un exil intérieur fermé aux autres. Lorsque la maladie est évoluée, le malade vit dans un univers béant et permanent, qui semble sans limites spatiales et temporelles.

La personne malade n'a plus les moyens cognitifs pour s'engager sur le plan relationnel et sa vulnérabilité affective la confine à réduire ses échanges avec ses aidants à ce qu'ils peuvent supporter malgré leur épuisement et leur désarroi. Les relations ne sont plus ce qu'elles étaient autrefois avant la maladie, les traces des souvenirs anciens deviennent des empreintes douloureuses, traumatiques à force d'être répétitives. Une tension prégnante entre autrefois et maintenant est entretenue par la constante d'un amour partagé mais difficile à manifester.

Face au malade, les familles perdent peu à peu toute projection vers le futur. Le vide du malade semble se décalquer peu à peu sur son aidant. Le vide relationnel que chacun cherche à combler est à la source de la souffrance de compassion, la souffrance de l'aidant en miroir de celle du malade, et du burnout (359, 360), l'épuisement psychologique et physique de l'aidant. Les familles ont un sentiment de perte d'emprise sur leur situation et elles vivent dans un quotidien qui s'aggrave de jour en jour. Le vide psychique du malade à la maison, son absence dans la relation interpersonnelle, et la disparition de l'anticipation chez l'aidant sont deux autres sources de burnout chez ce dernier. Le « au-revoir » est permanent et sans séparation.

#### Tableau 1 : Deux types d'ambiguïté des limites (356)

##### Type I : Absence physique avec la présence psychologique

- Pilotes de guerre disparus en mission (MIA, missing in action)) par opposition aux tués en action (KIA, kill in action) et dépression chez leurs veuves.
- Disparus dans des accidents d'avion sans preuves ni informations (MH 370)
- Enfants disparus sans une trace
- "Malgré-nous" non revenus des camps de prisonniers soviétiques après la Deuxième Guerre mondiale
- Immigrés, expatriés...

##### Type II : Absence psychologique avec présence physique

- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Dépression chronique, psychose chronique
- Addiction et dépendance, alcool, drogues, obsessions des jeux électroniques, Internet, addictions, etc.

## I-2. L'échelle d'ambiguïté des limites

La liste des questions de l'échelle d'ambiguïté des limites\* du tableau 2 a été traduite en français par l'auteur en utilisant la méthode de la double traduction avec un anglophone (355). Elle pointe les difficultés des familles aidantes à faire face à l'ubiquité de leurs tensions psychologiques, la construction d'une béance identitaire face à l'effondrement identitaire de leur parent aimé et leur incapacité à protéger leur intimité devant la souffrance de l'autre (tableau 2). Nous nous référons, dans le texte ci-dessous, aux questions de l'échelle de l'ambiguïté des limites de Pauline Boss en les notant (Qn), soit question n° n du tableau 2.

Tableau 2 : Échelle d'ambiguïté des limites adaptée de Boss P. et al. (1990) (327, 355, 361, 362).

- 1 - Je me sens coupable quand je quitte la maison pour faire quelque chose d'agréable alors que M. X reste chez lui (elle).
- 2 - Je sens que c'est difficile voire impossible de vivre ma propre vie aussi longtemps que M. X requiert mon aide.
- 3 - Je me sens incapable actuellement de nouer de nouvelles relations amicales.
- 4 - Je sens que je ne peux aller nulle part sans penser préalablement aux besoins de M. X.
- 5 - J'ai l'impression de n'avoir aucun moment pour moi.
- 6 - Parfois, je ne suis pas sûr de la place que M. X a dans la famille.
- 7 - Je ne suis pas sûr de ce que l'on peut demander à de M. X concernant son activité dans la maison.
- 8 - Souvent je ne sais plus très bien la manière dont je devrais m'y prendre face à M. X.
- 9 - Je place la satisfaction des besoins de M. X avant les miens propres.
- 10 - Ma famille et moi sommes souvent en désaccord sur mes relations avec M. X.
- 11 - Quand je ne suis pas avec M. X, je m'interroge moi-même sur la manière dont ça se passe pour lui (elle).
- 12 - Les membres de ma famille tendent à négliger M. X.
- 13 - M. X n'a plus l'impression que je suis son époux/épouse, parent frère/sœur.
- 14 - Je pense beaucoup à M. X.

## I-3. Intersubjectivité et ambiguïté des limites

Les malades déments ont des difficultés pour construire un énoncé\* à partir de leur représentation interne fragmentée et pour se positionner et énoncer un discours. Les difficultés de construire un dialogue entre l'aidant et le malade dément sont pour beaucoup dans le développement de l'ambiguïté\*. Cette ambiguïté\* dans le dialogue décalque sur le dialogue de l'aidant avec le reste de la famille ou avec les soignants qui interviennent auprès du patient. La maladie d'Alzheimer met les liens familiaux à l'épreuve, distend le système familial, génère parfois des conflits intra-familiaux : « Ma famille et moi sommes souvent en désaccord sur mes relations avec M. X » (Q10). Des conflits sont aussi fréquents entre les familles et les soignants en EHPAD (363). Le malade est au centre des polémiques, mais il n'a plus son mot à dire, faute de pouvoir construire un discours cohérent. La maladie d'Alzheimer rend ainsi certaines limites ambiguës entre les membres d'une même famille. Les personnes qui accompagnent le malade en consultation médicale ne sont pas toujours celles qui s'en occupent au quotidien, prenant l'aidant réellement actant dans le soin à contre-pied.

Le patient et son aidant vivent souvent dans un climat de collusion, et parfois ils sont fusionnels. La fusion est la dissolution du "je" de la relation "je-tu" (218) dans une indistinction des pôles du champ de présence, les personnes singulières. La fusion permet l'accueil affectif, mais supprime toute possibilité d'action thérapeutique. Elle finit par atrophier l'élan vital (264) des deux personnes fusionnelles et fragiliser leur contact vécu avec le réel. L'aidant peut être ici surprotecteur du malade. Comment se positionner dans une situation difficile quand l'identité du malade et celle de son aidant ne sont pas délimitées, quand les limites identitaires de chacun deviennent béantes et que le chaos affectif chez chacun envahit le relationnel (Q4 et Q13) ? Le reste de la famille est exclu de la relation ce qui conduit parfois à des conflits intra-familiaux. La question 12 du questionnaire d'ambiguïté des limites renvoie à l'éloignement de certains membres de la famille et à la solitude de l'aidant : « Les membres de ma famille tendent à négliger M. X ». Des tensions peuvent survenir, cependant, pour des petits riens entre l'aidant et le reste de la famille, entre l'aidant et le malade. Les polémiques sont l'occasion pour le malade d'exprimer violemment son antagonisme à l'égard d'une nouveauté ou lui donnent l'occasion de s'opposer à l'aidant, et de sortir ainsi de la vie fusionnelle. Mettre en place les éléments à l'origine de la dissension est impossible pour lui et est un jeu de piste pour l'aidant qui cherche à le comprendre, non pas en se centrant sur le malade, mais à partir de ce que lui, l'aidant vit. Il n'a pas d'autres repères. Quant à essayer la négociation, les troubles cognitifs de l'aidé sont ici un obstacle majeur.

Pour comprendre la problématique sémiotique de l'ambiguïté des limites interpersonnelles, nous ferons appel au schéma de l'intersubjectivité, en prenant l'exemple de relations interpersonnelles dans une famille dont l'un des membres présente une démence. Le schéma de

l'intersubjectivité est présenté sous la forme d'un carré sémiotique (figure 1), selon quatre positions, la collusion versus l'antagonisme (contradiction) et la négociation versus la dissension (contrariété)<sup>156</sup> (8). La collusion peut être considérée, au moins théoriquement, comme l'état standard de la relation familiale, celle de l'accord intrafamilial. Elle implique soit un accord préalable, soit une négociation aboutie après une dissension et une négociation, à la fois entre les membres de la famille (éventuellement entre ceux-ci, et des soignants) et avec le malade. La position de la dissension est le désaccord entre eux, mais un désaccord qui suppose d'une part une cohabitation des points de vue différents, certes encore non négociés, mais potentiellement négociables. L'échec des négociations, et malheureusement souvent, leur absence, lorsque personne n'a envie de se mettre autour de la table, aboutit à un état nominal d'antagonisme, avec, souvent des épreuves liées au refus de regarder ce que l'autre fait pour le malade. Cette position s'ouvre à des hostilités réciproques avec les soignants ou en interne entre membres de la famille (Q10), parfois pour des raisons non liées au malade même (363, 364). La négociation est donc une étape incontournable pour retrouver une collusion dans une situation de dissension. Sans négociation, quand une médiation familiale ne se met pas en place, les rôles de chacun ne sont pas reconnus et un antagonisme apparaît.

Ici, ce schéma pointe le côté régressif de la dynamique de constitution de l'ambiguïté des limites chez l'aidant. La dissolution des limites familiales, comme la perte de cohésion du sens donné dans le soin par chaque personne intéressée, conduit sur le plan intersubjectif à la dissension dans la famille (Q10 et Q12). Cette dynamique de l'ambiguïté des limites rejoint celle de la progression de la maladie. L'aggravation des troubles de la dépendance du malade à des tiers va parfois de pair avec l'éloignement du reste de la famille.

---

<sup>156</sup> Jacques Fontanille. La sémiotique du discours. Page 121.

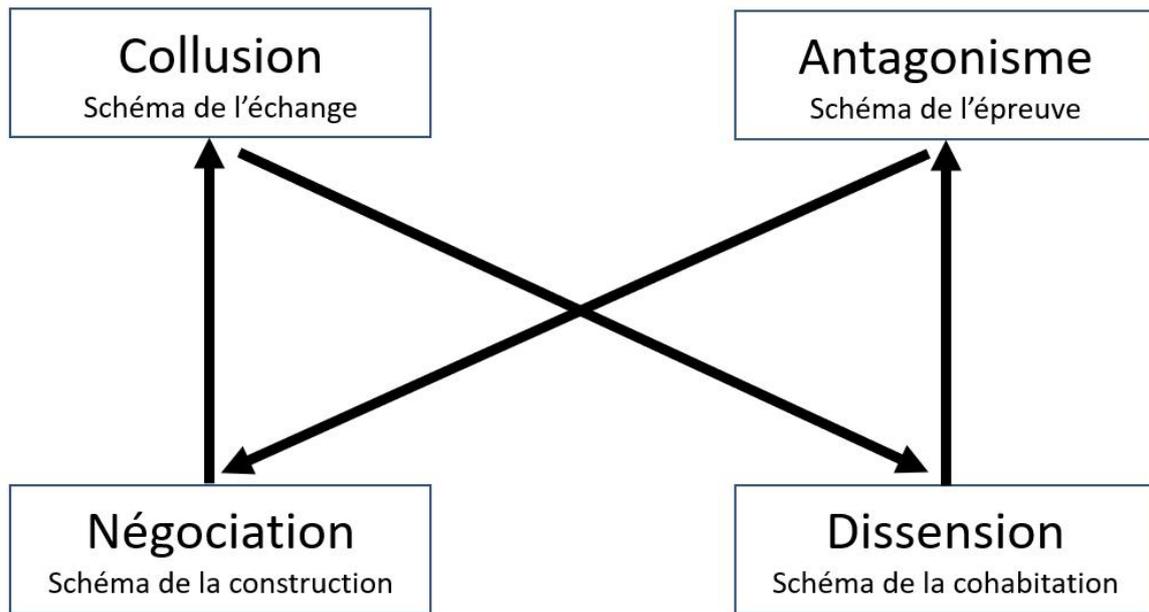


Figure 1 : schéma narratif de l'intersubjectivité

#### I-4. La dynamique de la dissolution des limites chez le malade et chez l'aidant

La maladie d'Alzheimer évolue sur le mode du parvenir, lentement, mais progressivement, de façon inchoative vers une aggravation des troubles cognitifs et une perte croissante de l'autonomie, qui inéluctablement conduit à une dépendance d'un tiers pour assumer les gestes élémentaires de la vie quotidienne. Elle s'aggrave inéluctablement pour le malade avec le temps, mais aussi pour leurs aidants informels (le plus souvent familiaux) et formels, les soignants et les intervenants professionnels divers, à domicile comme en institution. Le fardeau s'alourdit sur les épaules de tous.

L'aidant pallie les difficultés du malade et il cherche à lui assurer le meilleur confort de vie possible, à commencer par une bonne hygiène. La charge de travail croissante liée à la dépendance, liée à la vigilance aux moindres écarts du patient de plus en plus confus amène des difficultés à l'aidant pour gérer seul des situations très difficiles. Tous les autres membres de la famille ne sont pas forcément d'accord sur la façon dont l'aidant s'occupe du malade. En s'éloignant géographiquement ou psychologiquement de lui, ils accroissent sa solitude (Q12). À la solitude de l'aidant, ajoutons que ses temps de loisirs, ses possibilités de voir ses amis (Q3) et sa famille se réduisent progressivement. Il est aussi enfermé chez lui par les devoirs qui le lient au malade que celui-ci l'est par les conséquences

des troubles cognitifs. Les temps de répit se font rares (Q5). Il ne peut débrayer de son champ de présence du monde à soi pour penser à autre chose que les soins au malade dément (Q1), et il est contraint d'oublier sa propre présence au monde (Q1 et Q4).

#### I-4. Conséquences affectives de la maladie pour l'aidant

Les troubles cognitifs et les handicaps fonctionnels du malade sont, pour l'aidant, une charge de travail et source de stress. Il doit en permanence être vigilant à ce que le malade pourrait faire, ne comprenant plus les risques auxquels il s'expose ou expose les autres (Q11). L'aidant doit gérer des difficultés comportementales en rupture avec le style de vie antérieure.

Un aidant familial a des liens affectifs avec un malade. Il se confronte quotidiennement avec ce que représentait leur relation autrefois et ce qu'elle est devenue. Par empathie, il ressent la perte de repères et la souffrance psychologique chez son proche. Il y a certes une tension entre ce que les liens interpersonnels représentaient autrefois et ce qu'ils sont aujourd'hui. Cependant, le présent est devenu prégnant et douloureux. L'aidant n'a guère le temps ni l'idée de penser à lui-même (Q2 et Q4). Le monde est très présent à lui et lui peu présent à lui-même.

D'un point de vue interpersonnel, le malade est psychologiquement absent pour l'aidant. Il reste bien entendu quelques mouvements de sympathie réciproque entre aidant et malade. Une connivence affective est installée de longue date, mais l'essentiel de la profondeur relationnelle a disparu. Cependant, le fardeau induit par les soins du quotidien rappelle à l'aidant qu'il est bien là, physiquement pour le ramener à un incontournable et lourd présent.

#### I-5. Les limites de la prise en charge d'un malade par un aidant

Aidant et personne âgée malade sont dans de la bonne volonté réciproque, mais ils manquent de savoir-faire et de savoir s'y prendre. Ils ne peuvent s'approprier la situation (320). Il n'y a pas d'apprentissage du rôle d'aidant et encore moins des conséquences d'une maladie comme la maladie d'Alzheimer. Aidant et malade semblent parfois s'accrocher à la réalité d'une époque qu'il ne sera jamais possible de revivre. Ils sont bloqués dans une situation de flou des limites, dans l'incertitude de ce qu'il convient de faire pour ne pas contrarier l'autre et parfois dans la maladresse de ce qu'ils entreprennent. Leur désorientation conative tient dans la nescience<sup>157</sup> de ce qu'il faudrait faire pour éviter de blesser la personne malade sur le plan relationnel, de ce qu'il serait pertinent d'entreprendre pour elle sur le plan cognitif, par exemple, poursuivre des apprentissages, mettre en place des

---

<sup>157</sup> Etat de celui qui ne sait pas, qui ne peut pas savoir, ou qui n'a pas de savoir

programmes de réorientation temporelle et spatiale, ne sachant comment s'y prendre sur le plan communicationnel et affectif.

Ni la personne démente ni ses aidants ne sont capables de surmonter l'écueil des incompréhensions mutuelles pour élaborer un sens partagé. Ils sont englués dans une inhibition à penser. Car exister, c'est d'abord se défendre, persévérer malgré les obstacles (raisonnement concessif\*). Il faut cependant accepter d'en prendre le risque. Si cette défense faiblit, la vie s'enlise dans la persistance existentielle figée sur le présent, dans des efforts répétés et vains, ou bien elle bascule dans le renoncement (365).

L'aidant ne peut se dérober à un quotidien de plus en plus compliqué, vivant douloureusement l'écart irréductible qui se creuse entre son présent. Il est lié de façon incontournable à la lourdeur du quotidien et au temps de la rétrogression où s'inscrit le malade, sans lien avec les préoccupations du moment. Un fossé relationnel se creuse par cette dissolution chez le patient de la diachronie (le passé impossible à présentifier, mais il existe) dans la synchronie (le présentisme, la référence au temps a disparu), que les efforts de l'aidant et son affection ne peuvent combler. Ce dernier est parfois tenté de rejoindre le temps du malade, positionnant son discours dans un temps révolu, sans chercher alors à le réorienter, avec l'idée de ne pas le blesser. Ce faisant, il entretient le flou des limites entre un passé définitivement révolu et un présent dépourvu de sens élaboré.

Le comportement du patient, sa détresse sont une invitation à la fois à l'aider et en même temps à l'encourager à faire seul là où il reste un peu d'autonomie, pour éviter le désapprentissage. Cette attitude peut conduire à une perplexité anxieuse, chez le malade, et parfois des manifestations agressives en réaction, parce qu'il a le sentiment d'être dépassé ou parce qu'il a peur des échecs. Il peut percevoir et traduire sur le plan tensif les sollicitations de l'aidant comme des invigorations.

Partagés entre l'aidant et le malade, les phénomènes d'inhibition à penser diffèrent des amnésies hippocampiques proprement dites. L'élément central chez un malade dément est l'organicité des troubles, dans ce que certains théoriciens appellent le modèle restreint de la maladie d'Alzheimer. Ils associent la destruction fonctionnelle cérébrale et l'absence définitive de la pensée au fur et à mesure des destructions neuronales. L'inhibition à penser, renvoie un autre modèle, plus psychodynamique. Il convoque la psyché du malade. La raison n'a pas disparu chez lui (117), elle n'est plus convoquée. Il s'agit de la raison d'où l'aidant et le patient s'absentent, se détournant de leur présence à eux-mêmes et au réel (366). Chez le malade, toute la raison n'est pas altérée, des bribes de réminiscences persistent, les mémoires procédurale et émotionnelle restent accessibles. Ce deuxième modèle ouvre bien entendu à des possibilités thérapeutiques. Pour l'aidant, un soutien extérieur peut

lui permettre, d'une part d'être soulagé de la charge de travail et d'avoir accès au répit, et d'autre part de retrouver une assise intérieure.

## II. Méthodes

La méthode générale de cette étude a été publiée dans deux articles précédents (354, 355). Quatre-vingt-huit aidants familiaux s'occupant à domicile d'un patient ayant une démence de type Alzheimer ou assimilée et suivis à l'hôpital de jour de Poitiers ou de Salamanque ont été recrutés, avec leur consentement écrit. Nous avons repris ici ce fichier pour en extraire quelques données centrées sur la question de l'ambiguïté des limites chez l'aidant, non publiées en 1999. L'homogénéité statistique des populations recrutées à Poitiers et à Salamanque a préalablement été vérifiée.

Nous utiliserons dans cette présentation seulement quelques éléments du fichier pour rester centré sur la question de l'ambiguïté des limites : le MMSE (score global de cognition), les scores à l'échelle de Cornell (dépression), les scores à l'échelle d'ambiguïté des limites présentée au tableau 2, et les scores à une échelle de plaintes familiales présentée au tableau 3 reflétant les **difficultés rencontrées** par l'aidant et la **gêne** qu'elle lui occasionne dans le quotidien. L'évolution de la maladie d'Alzheimer est traduite par une altération au mini mental test de Folstein (MMSE, normale > 28 – 30) (162). Plus elle évolue, plus le malade devient dépendant d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne et plus les difficultés comportementales du malade se démasquent. La dépression du malade est alors plus fréquente et plus grave. Elle peut être évaluée par le test de Cornell (normale < 8) (167).

L'échelle d'ambiguïté des limites et l'échelle de plainte ont été remplies en interrogeant l'aidant et en relevant devant lui ses réponses. Les scores à l'échelle de l'ambiguïté des limites (tableau 1) ont été obtenus en cotant 1 pour une réponse positive, 0 pour une réponse négative ou si l'aidant ne savait pas répondre, et en sommant ces résultats. Le score évolue donc entre 0, pas d'ambiguïté et 14, niveau d'ambiguïté maximum.

L'échelle de plaintes familiales comporte 25 plaintes possibles des aidants, lorsqu'il doit gérer des troubles du comportement ou des difficultés particulières du malade. Chaque plainte reflète non seulement la présence d'une problématique à gérer par l'aidant, mais aussi son vécu face au fardeau de la prise en charge. La question posée à l'aidant était la suivante : « Parmi ces symptômes, quels sont ceux que votre malade présente régulièrement et qui vous a gêné le plus ? » Les aidants étaient invités à graduer leurs difficultés selon qu'elles étaient pour eux peu gênantes (cotées 1 point), gênantes (2 points), très gênantes (3 points), insupportables (4 points), sinon en l'absence soit de la difficulté comportementale ou de gêne, 0 point. L'échelle de plainte a été utilisée pour constituer un score de

plaintes. Le score évolue donc entre 0, pas de plaintes et 100, niveau de plaintes maximum. La liste des plaintes de l'aidant sur un éventuel désordre lié au malade est présentée au tableau 3 (355).

Tableau 3 : Liste des plaintes de l'aidant sur un éventuel désordre lié au malade

1) son agitation	13) le fait qu'il ne reconnaisse plus son aidant ou sa famille
2) le refus de manger ou un comportement alimentaire anormal	14) son opposition aux soins
3) le fait qu'il mange n'importe quoi ou n'importe quand, sa tristesse	15) ses errances et sa marche sans arrêt
4) son incontinence	16) ses violences physiques ou ses injures ou encore son agressivité et ses colères
5) l'existence d'un délire par exemple de persécution, de jalousie...	17) ses désinhibitions ou ses comportements choquants et gênants
6) un repli sur soi ou une démotivation	18) ses peurs le soir lorsque la nuit tombe
7) des hallucinations (Il dit voir ou entendre des choses qui n'existent pas)	19) le mélange du jour et de la nuit, 20) le fait qu'ils répètent ou demandent sans arrêt la même chose
8) l'anxiété ou des peurs par exemple d'être abandonné	21) ses comportements sexuels inadéquats 22) le fait qu'il va dans des endroits où il ne faudrait pas, ses fugues
9) des cris ou des pleurs	23) sa mise en danger si non-surveillé
10) le fait qu'il ne tienne pas en place et ne semble pas capable de se reposer	24) sa passivité ou le fait qu'il ne fait rien ou peu
11) ses demandes permanentes ou ses critiques répétées	25) ses troubles du sommeil.
12) ses changements de personnalité	

Nous avons repris les études précédentes en nous limitant à regarder les liens pouvant unir l'ambiguïté des limites avec les scores de plaintes des aidants, l'altération de la cognition et la gravité de la dépression chez les malades. Nous ne ferons qu'évoquer la validité statistique de certains résultats.

### III) Résultats

Les quatre-vingt-huit aidants recrutés étaient en moyenne âgés de  $61,5 \pm 14,4$  ans. Il s'agissait de 66 femmes et de 22 hommes. Les aidants de sexe féminin sont toujours plus représentés que les hommes dans de nombreuses études sur ce sujet. Ils prenaient en charge 56 femmes et de 32 hommes déments, dont le score moyen au MMSE était de  $14,5 \pm 6,3$ .

La figure 2 présente les pourcentages de réponses positives des aidants à une question particulière l'échelle d'ambiguïté des limites. La présence psychologique du malade est importante (Q14 et Q15). La deuxième problématique soulevée par l'aidant est son inquiétude lorsqu'il s'absente (Q4 et Q8). Viennent ensuite la question de la liberté personnelle de l'aidant en dehors du soin (Q2 et Q5), les incertitudes de la position de l'aidant (Q6 et Q7), sa culpabilité à faire autre chose que de s'occuper du malade (Q1), les difficultés relationnelles induites par le malade (Q10 et Q13), enfin le retentissement sur l'identité familiale (Q12 et Q13).

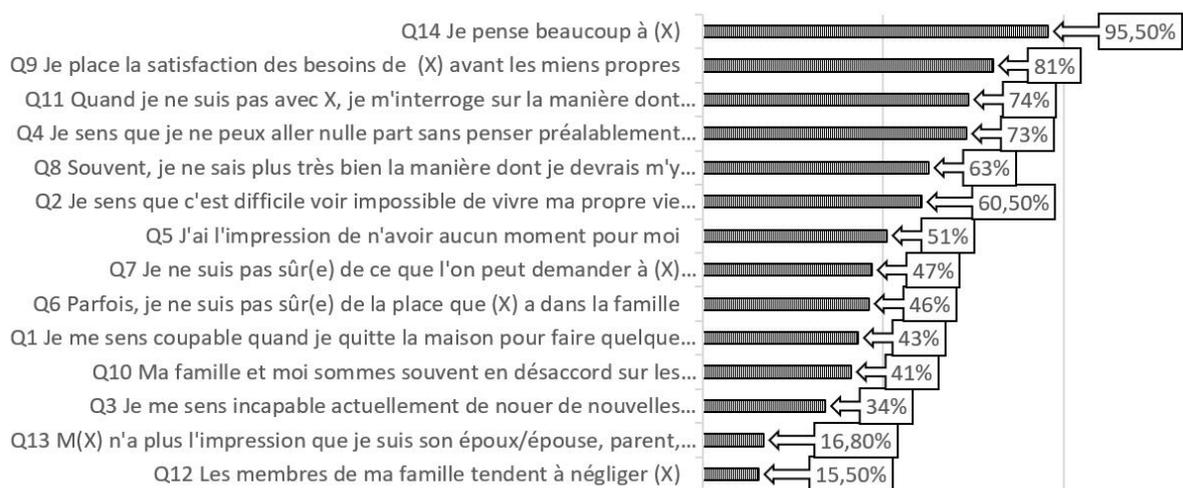


Figure 2 : Pourcentages de réponses positives des aidants aux questions de l'échelle d'ambiguïté des limites (N= 88)

La figure 3 présente le résultat des scores l'échelle de l'ambiguïté des limites chez 88 aidants de malades atteints d'une démence de type Alzheimer ou assimilée, selon la détérioration cognitive (score au MMSE) et le niveau de dépression du malade (score l'échelle de Cornell).

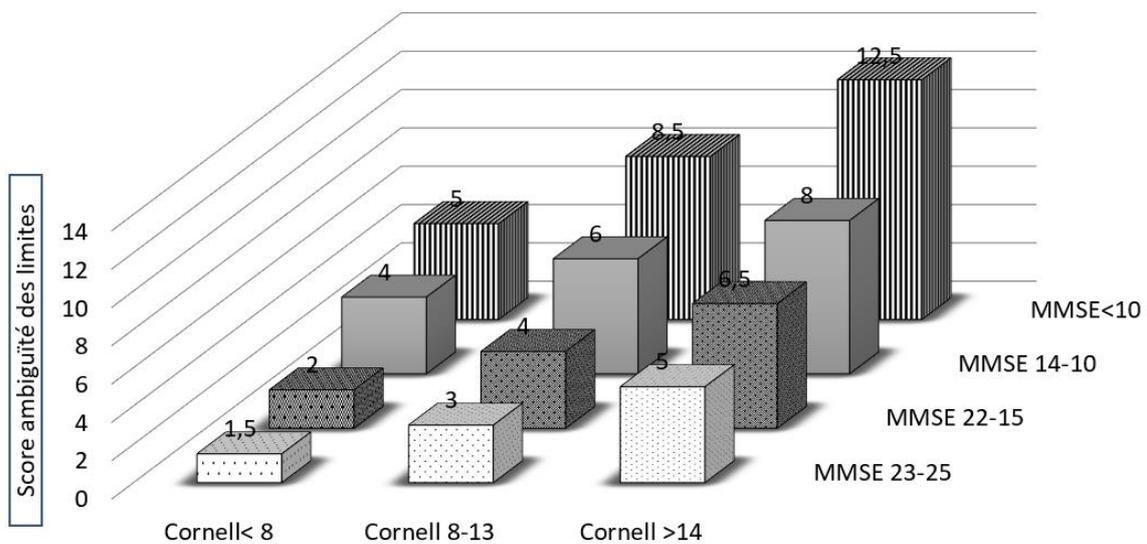


Figure 3 : Score à l'échelle d'ambiguïté des limites [0-14] chez 88 aidants de patients déments selon le MMSE et le niveau de dépression du malade

Les scores à l'échelle d'ambiguïté des limites chez les aidants augmentent à la fois lorsque la dépression du malade se majore (augmentation des scores à l'échelle de Cornell) et lorsque sa cognition se détériore (diminution des scores au MMSE). Les deux paramètres conjuguent leur effet sur l'ambiguïté des limites. Les variations ont été montrées significatives sur le plan statistique.

Le niveau des plaintes chez les 88 aidants (figure 4) augmente lorsque sa cognition se détériore (diminution des scores au MMSE). Les malades dégradés sur le plan cognitif sont plus à risque de présenter des difficultés comportementales. Le vécu de l'aidant est influencé par le niveau d'ambiguïté des limites. La tolérance de la famille face aux troubles du comportement est moins bonne lorsque l'ambiguïté des limites est présente. Les deux facteurs conjuguent leur effet sur l'ambiguïté des limites. Les variations ont été montrées ici aussi significatives sur le plan statistique.

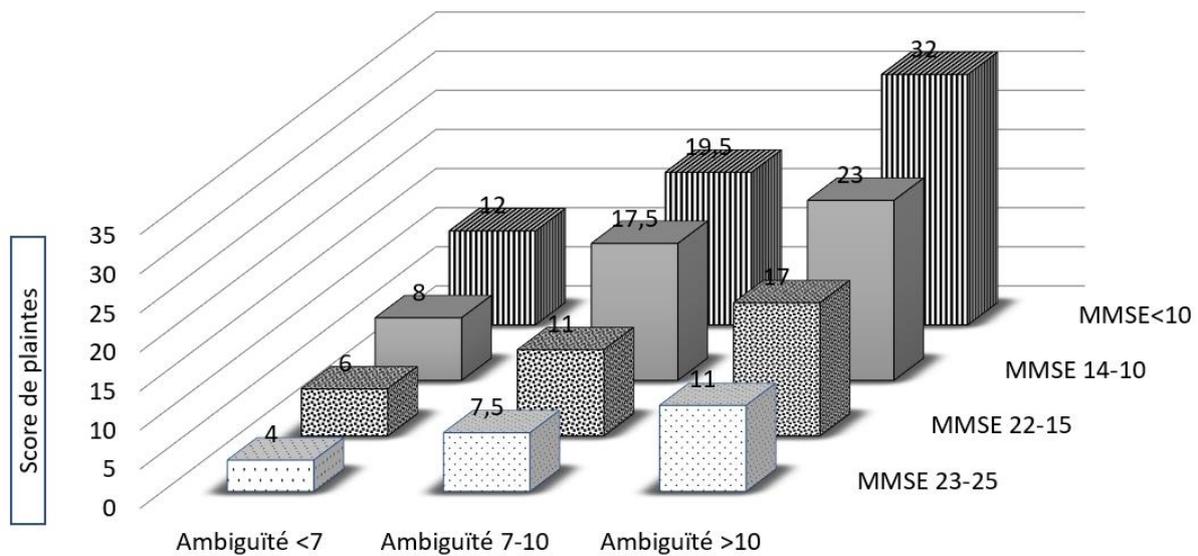


Figure 4 : Scores des plaintes chez 88 aidants de malades Alzheimer. Score de plaintes [0-100] selon le MMSE et le niveau de l'ambiguïté des limites de l'aidant

#### IV. Discussion. Une double contrainte s'exerce sur les familles aidantes

Les aidants qui s'occupent de patients atteints de maladie d'Alzheimer sont soumis à une double contrainte incontournable, de soins et de charge d'un côté, d'engagement affectif de l'autre (367, 368). La dépression est fréquente chez elles. L'une de ses causes est l'ambiguïté des limites construites à travers la relation avec le malade (356-358), et **l'impossibilité d'asseoir un choix**, de sortir de leur perplexité et ainsi de soulager leur détresse. Le malade est encore présent physiquement, absent dans la relation au moins verbale, et souvent « trop présent psychologiquement » (Q1 et Q14). La personne démente vit dans un monde d'ambiguïté, et elle finit par y enfermer ses aidants. Leur vie relationnelle en est affectée, du moins celle qui pourrait exister en dehors du malade. L'ambiguïté résulte encore de la souffrance ou de la peur à se positionner face à une situation aux limites floues, aux enjeux ambigus, au chaos des pensées comme des affects.

L'ambiguïté des limites chez l'aidant est liée au stade de dégradation cognitive de la maladie d'Alzheimer et de la perception de la dépression du malade. Elle résulte de la désorientation temporo-spatiale et de la perte de l'anticipation chez le malade et par contagiosité chez son aidant. Elle retentit sur leurs phories qui conjuguent leurs effets sur chacun. La dépression du malade majore les scores à

l'échelle d'ambiguïté des limites de l'aidant. A score identique, le vécu des aidants face aux troubles du comportement du malade génère davantage de plaintes. L'ambiguïté des limites constitue un facteur important de la souffrance familiale lors de la prise en charge d'un malade dément.

## **V. Conclusions et sémiotiques de l'ambiguïté des limites**

### V-1. L'ambiguïté des limites chez les aidants de patients déments

La relation humaine est complexe et comporte de nombreux paradoxes, impliquant des efforts de décryptage de ce que le malade cherche à dire, d'accommodations, préprogrammation en référence aux habitudes prises autrefois entre l'aidant et le malade ou d'ajustement pour essayer de s'adapter aux nouveautés manifestées par le malade : dépendance et troubles du comportement. Lever les ambiguïtés dans un dialogue est malheureusement hors de portée d'un malade dément, et est très difficile pour l'aidant. Il ne peut asseoir un choix sur les attitudes à adopter. Les codes jusque-là partagés ne sont plus pertinents. Parmi les exemples de paradoxes, on pourra citer ceux relatifs à l'identité, comme la mêmété et l'ipséité analysées par le doyen Ricœur qui questionne sur la pertinence et l'adaptation de l'identité au cours du temps (79), le paradoxe de la continuité et des ruptures dans les événements de vie. Le langage contribue à unir ou à diviser les hommes. Qu'advient-il lorsqu'il se dérobe ? Comment l'aidant peut-il se positionner dans une énonciation \*? Le malade est dans la persistance, la mêmété. L'aidant est dans l'ipséité, chaque jour est différent pour lui de la veille, souvent en pire. Cependant, il n'anticipe pas nécessairement le changement, trop pris dans un schéma tensif stressant et trépidant.

### IV-2. Du paradoxe à l'ambiguïté : une approche sémiotique

Dans une relation, le positionnement respectif des identités permet, normalement, de gérer et d'élaborer tant les événements inchoatifs que ceux qui sont dans une rupture. L'intersubjectivité et la subjectivité sont construites simultanément de façon paradoxale à la fois sur la partie stable, prévisible du vécu existentiel, mais aussi à partir de sa valence instable et imprévisible, sur la part tant attendue qu'inattendue du réel à vivre (217, 369).

La temporalité relationnelle de la personne démente est quelque peu ambiguë. Elle induit de la **perplexité** chez l'aidant. Dès lors que la maladie est très évoluée, la question se pose de l'importance et de la consistance de la psyché chez le malade. Pourtant, de temps à autre des éclipses cognitives se produisent. Le malade semble comprendre quelque chose. Il a, de façon inattendue mais peu fréquente, un mot juste, encore plus rarement une phrase adaptée ou encore un sourire de

reconnaissance. La frontière intrafamiliale entre la vie et la mort de l'esprit, entre la présence et l'absence psychologique du malade, entre la continuité de la vie de l'aidant et la discontinuité de celle du malade est ambiguë (217).

Un paradoxe est opposé à l'aidant. Il est dans un espace de vie délimitée par deux horizons : **son ouverture aux réalités humaines**, l'aide pour le malade, les difficultés qu'il va affronter, le fardeau qu'il induit, et, d'autre part **ce qu'il n'est pas immédiat d'accepter**, la maladie chez un être aimé, et plus encore les difficultés à vivre avec un malade. Que renvoie le malade de lui-même et quelle image la démence peut-elle générer en miroir dans les représentations qu'a l'aidant de lui-même ? Démence et cognition normale sont des oppositions extrêmes comparables au couple raison/folie. Foucault en matière de folie, la regardait à juste titre, comme une forme relative de raison, « ou plutôt folie et raison entrent dans une relation perpétuellement réversible (...) Chacune est mesure de l'autre, et dans ce mouvement de référence réciproque, elles se récuse toutes les deux, mais elles se fondent l'une par l'autre » (370).

Un paradoxe n'est pas une ambiguïté. Dans les deux cas, le plan de l'expression admet plusieurs contenus possibles. Une situation paradoxale renvoie à un champ de présence psychologique délimité. Elle autorise une sémiologie entre ces deux plans. L'ambiguïté laisse la sémiologie en suspens. Le champ de présence est sans limites. Il n'est pas possible de trancher pour établir une signification précise. Les contenus sont divers et leurs limites ne sont pas définies ou bien se chevauchent. L'ambiguïté des limites du champ de présence psychologique de l'aidant relève de son incapacité à définir ce qui est dans et ce qui est hors de son système de représentation, en dehors ou dans son champ de présence, dans et hors de ses capacités et de ses compétences, entre ce qu'il fait de bon ou, au contraire, d'insatisfaisant pour le malade. Sur le plan énonciatif\*, l'aidant n'est pas sûr de ses assertions. Ce qu'il fait pour le malade est-il bien adapté (Q8) ? Il n'est pas certain d'assumer tous ses devoirs envers ce dernier. Il n'est pas certain que les transformations qu'il opère pour essayer de changer les choses sont bien utiles, voire efficaces. Nous avons vu l'importance des incertitudes de l'aidant face au malade (Q6 et Q7). La dissolution des limites chez le malade, a des conséquences dans ses relations avec l'aidant, puis chez l'aidant, résultat de l'évolution du système tensif.

### V-3. Le système tensif et ambiguïté des limites chez l'aidant

En inscrivant les événements de la vie psychique sur la durée, chacune de ces sous-dimensions - intensité régissante (Tempo, tonicité), extensité régée (Temporalité, spatialité) - peut connaître une évolution et parcourir des intervalles. *Ce qui aujourd'hui m'était crucial, peut devenir négligeable demain, telle information presque inaperçue hier est maintenant devenue vitale.*

Autrement dit, dans un même contexte perçu, lorsque la fluidité affective et l'appréhension cognitive le permettent, une évolution du sens est possible. Elle est même le plus souvent la règle, ce mouvement conditionnant la maturation psychologique.

La représentation interne d'un événement peut s'amenuiser sur le plan tensif, jusqu'à disparaître, s'atténuer, se relever ou même redoubler pour devenir prégnante. Un tel parcours tensif, graduel et inchoatif, nécessite une période plus ou moins longue d'ambivalence qui permet de gérer au mieux un niveau d'incertitude, de s'adapter à un nouveau contexte pour prendre position dans un champ de présence pour mettre en balance diverse formes de vie\* avant de choisir et de fixer à une perspective (mode d'efficacité du parvenir). Prendre la dimension d'une situation demande de demeurer un temps dans un espace paradoxal, pour en percevoir l'aspect, sans trancher dans l'urgence et sans risquer de s'exposer ainsi au stress. Une transition plus ou moins harmonieuse dans le champ de présence tensif est possible, dans un sens ou un autre (ascendance ou décadence). Cependant, il est des circonstances où une rupture complète, une schizie\*, apparaît entre les deux termes extrêmes du parcours tensif, par exemple de sa fermeture hermétique à sa béance.

Nous avons vu à ce propos du système tensif que l'évolution chez le malade s'accompagnait d'une augmentation progressive de l'intensité et d'une diminution de l'extensité dans son champ de présence (schéma de l'ascendance), et que très brutalement, quand l'intensité devenait trop forte et l'extensité trop limitée, de façon catastrophique, une rupture brutale s'opérait concernant aussi bien les dimensions temporelles, spatiales, et actantielle. Lorsque le malade est dans la béance, toutes limites disparaissent et il vit dans une sorte d'espace ouvert et sans limites, dans une permanence sans fin sur le plan temporel, et dans un laisser-aller indifférent au monde. Le malade perdant ses repères et ses limites, il n'en donne plus à sa famille. La brutalité de la transition peut laisser sa famille dans la perplexité, la laissant dans une certaine ambiguïté pour se positionner, sans savoir comment gérer cette situation. Elle est désemparée (Q8) et cette situation va perdurer.

De façon paradoxale sur le plan tensif, l'aspect d'une situation peut s'amenuiser et en même temps un autre aspect redoubler d'intérêt. Dans le cas clinique de Madame Gilberte que nous rapporterons, tout son intérêt se focalisait sur un cadre bleu. Elle se désintéressait de tout, y compris des propositions faites pour lui être agréables par le personnel. La perception conjointe de ces deux extrêmes chez la personne malade laisse encore l'aidant dans la perplexité.

La personne démente est de moins en moins capable de donner à sa famille les repères qui permettent une relation authentique, sauf à entériner la rencontre dans le creux de fantasmes de renversement des générations. L'aidant souvent plus jeune devient le parent de son parent, dans le

réel de la dépendance de son père ou de sa mère comme dans la symbolique présentée par le déclin de l'autonomie. L'aidant est face à une dissolution des limites de ses champs d'intervention, les directions à y prendre ne sont pas claires et ses représentations sont brouillées. L'ambiguïté des limites ne concerne pas que le champ de présence psychologique, elle convoque le champ de présence non plus psychologique, mais pratique, celui des soins auprès du malade.

#### V-4. Les contraintes du parcours tensif

Les difficultés des aidants ne sont pas liées à une position stable et définitive de l'aide qu'il doit mettre en place, mais aux ajustements permanents de son engagement en raison d'une dégradation très progressive de la situation du malade. Aux contraintes physiques et financières, au budget du temps consacré s'ajoute la dynamique de la situation qui se dégrade en permanence, ce que l'aidant perçoit parfaitement et qui l'inquiète. Mais s'inquiète-il suffisamment pour lui ou pour le malade ?

Sur le plan tensif, il va être contraint à suivre sans échappatoire un parcours qui s'annonce dysphorique. Nous reprendrons ici, à titre d'exemple, les trois phorèmes de la subvalence extensive de la spatialité selon les catégories aspectuelles élémentaires du parcours tensif Zilberberg (28) pour décrire l'évolution de la **position**, de la **direction** et de l'**élan** de l'aidant d'un patient Alzheimer (tableau 6 du chapitre 3).

En matière d'intersubjectivité, l'aidants perçoit le malade Alzheimer au début de la maladie comme ayant une personnalité autonome. Son vécu est distinct de celui du malade qui nécessite seulement une petite aide et les rappels de temps à autre de l'expérience mnésique. La **position tensive** de l'aidant va toutefois évoluer avec la progression de la maladie selon un parcours tensif auquel il ne peut échapper. Les limites posées dans le vécu par l'aidant, entre ce que lui ressent et ce que le malade vit, vont se déplacer. Elles séparent, d'un côté les soins imposés par la maladie et ses conséquences (les soucis propres et liés au malade), notamment sur la dépendance croissante du patient, et de l'autre son engagement, avec les moyens physiques, financiers et temporels dont l'aidant dispose, de façon plus ou moins limitée selon les cas (les soucis de l'aidant). Les difficultés vont s'accroître avec l'évolution de la maladie. L'aidant oublie sa vulnérabilité. Elle tend à disparaître de son champ de présence psychologique, mais elle va pourtant devenir insistante dans la réalité quotidienne, dans un autre champ de présence, celui des activités de soins : « *Ai-je le droit de me plaindre, quand c'est lui ou elle qui est malade ?* », ou encore « Je sens que c'est difficile, voire impossible, de vivre ma propre vie... » (Q2). Les soucis liés au malade supplantent maintenant ceux propres à l'aidant. L'aidant va perdre toute limite dans le vécu de sa position jusqu'à perdre son intimité et la confondre à celle du malade (fonctionnement fusionnel).

Pour ce qui est de la **direction**, il était un temps facile de mettre des limites au malade, simplement en utilisant le langage, et le contenir affectivement. La perception de la détresse du malade, sa vulnérabilité croissante rendent toute fermeture affective impossible à ses demandes comme à la satisfaction de ses besoins : « Je place la satisfaction des demandes du malade avant celle de mes propres besoins » (Q9). D'hermétique aux plaintes du malade, l'aidant devient maintenant béant à ses demandes.

Prenons maintenant en considération le phorème « **élan** ». L'autonomie relative du malade au début ne justifie aucune intervention de l'aidant. Il va de plus en plus être incité à s'engager. Une dépendance s'installe qui progressivement engage l'aidant d'abord dans l'aide ponctuelle, puis de façon beaucoup plus gourmande en temps et surtout plus stressante. Il doit prévenir en permanence le chaos dans sa vie, tant matériel que psychologique, en écho à celui de la vie du malade, et gérer le quotidien tant sur le plan fonctionnel que psychologique : « J'ai l'impression de n'avoir aucun moment pour moi » (Q5). De relativement fixée et stable dans ce qu'il vivait et faisait au début de la maladie, dans une routine quotidienne, la situation est maintenant vécue par lui comme trépidante. Il faut qu'il soit partout à la fois. Il n'a plus assez de ses deux mains. L'extensité se rétrécissant, la tension monte en lui. Le stress devient de plus en plus important pour l'aidant.

#### V-5. Régime topologique des formes de vie de l'aidant

Nous avons déjà évoqué le régime topologique des formes de vie\* du malade au Chapitre 4 (tableau 3 du chapitre 4), selon qu'il est source ou cible<sup>158</sup>. Le même schéma s'applique à l'aidant. Tant que l'aidant est dans un champ de présence au monde ouvert et qu'il en est la source, il est dans un schéma de quête, visant des solutions les mieux adaptées pour parer à ses difficultés. Lorsque le champ se ferme, il est saisi par l'amplitude des problèmes ce qui le conduit à majorer son emprise pour faire face à sa situation. Souvent avec la charge de travail, la gestion des troubles du comportement du malade, et les difficultés affectives qu'ils génèrent, l'aidant ne fait plus face. Son univers devient la source et lui la cible dans le champ de présence. Tant qu'il reste une ouverture dans son champ de présence au monde, il peut chercher à fuir en particulier dans l'investissement affectif, mais ceci devient vite une fuite en avant. Il recherche toujours plus une présence relationnelle, qui se dérobe, se raccrochant de plus en plus à une suppléance psychique, un travail d'auxiliaire du Moi, « *Je suis capable, il le faut* », ce que le mot d'aidant ne résume qu'improprement. Il s'engage par devoir envers lui-même et envers l'autre malade, malgré son épuisement moral et physique. Le champ de présence de ses interventions dans le soin pour autrui est surinvesti à défaut du champ de présence au monde

---

<sup>158</sup> Jacques Fontanille. Formes de vie. Page 164.

pour soi. Lorsque la situation est telle qu'il n'a plus de répit, ayant des difficultés simplement pour aller faire ses courses (Q1), le champ de présence au monde est fermé. L'aidant est saisi par la situation, piégé par son engagement et le manque de soutien, lot de bien des aidants à domicile de patients Alzheimer.

#### V-6. La sémiosphère du malade dément et de sa famille

Le concept de sémiosphère dérive des concepts de biosphère et noosphère développés par Vernasky et Teilhard de Chardin (371). Il a été originellement décrit par Lotman comme un espace **culturel** structuré offrant les conditions requises pour que les langages et les communications puissent avoir lieu. La sémiosphère est un univers de sens où des sémioses sont possibles et pensables. Elle suppose un mode d'identification interne, en particulier en référence aux codes communs comportementaux et verbaux partagés entre ses membres, un mode de différenciation externe, pour différencier ceux qui sont dans la sémiosphère et ceux qui ne font pas partie, et une capacité d'auto-description pour se définir en interne comme vis-à-vis de ce qui est extérieur à soi (89).

Une sémiosphère est inscrite dans une dynamique temporelle, la binarité\* et l'asymétrie\* assurant la cohésion du système sémiotique et sa stabilité. La binarité résulte d'une séparation, de l'instauration d'une limite qui permet une différenciation. Par exemple, au cours de l'histoire, les établissements de soins pour personnes âgées se sont clivés selon la durée de séjour et la nature des soins prodigués. En EHPAD, les soignants ou sachants qui font leur travail, sont professionnellement séparés des personnes âgées démentes qui subissent les soins sans toujours les comprendre. À domicile, les limites semblent claires entre un aidant et un malade dément aidé, mais elles tendent à devenir perméables, causes et conséquences de l'ambiguïté des limites. L'altération de la binarité va alors se traduire par une destruction de l'espace sémiotique qui normalement rend consistant les échanges interpersonnels.

Une sémiosphère est à l'image d'une cellule (figure 5) : une membrane périnucléaire isole le centre, et le sépare du cytoplasme, figurant la binarité et l'asymétrie du centre et de la périphérie (89). Aidants formels (soignants) ou informels (familiaux) et patients déments évoluent dans une sémiosphère de plus en plus petite, dont l'organisation se structure progressivement autour de l'aidant. L'aidant principal représente rapidement, qu'il le veuille ou non, un centre qui pallie et essaye de comprendre les besoins périphériques, ceux d'une personne vulnérabilisée par la maladie (364). La séparation dans la sémiosphère est clairement établie entre le centre à la périphérie au début de la maladie. Cette frontière, une limite (boundary en anglais, terme utilisé par Pauline Boss pour définir son concept d'ambiguïté des limites) (357), structure et régule les interactions et les processus

sémiotiques de traduction de langages spécifiques entre le centre (aidant) et la périphérie (patient). La séparation organisée maintient la différenciation des deux milieux différenciés, mais interdépendants.

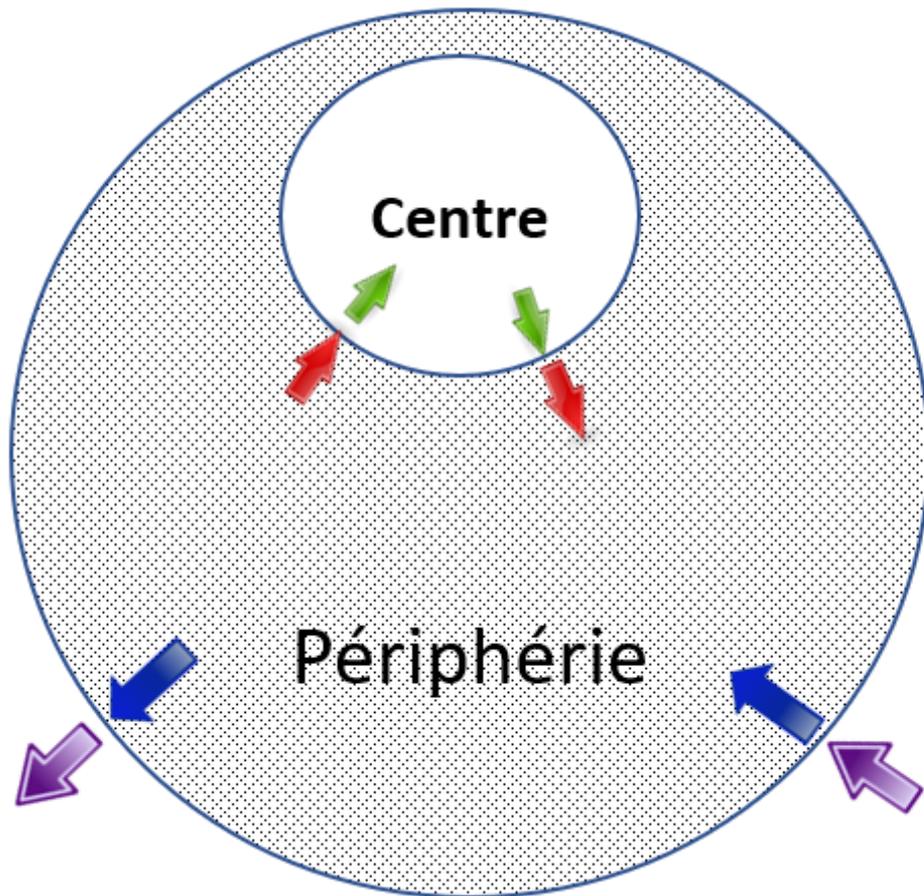


Figure 5 : Binarité et asymétrie, compartimentalisation/ individualisation, différenciation. Centre et périphérie sont séparés par une limite semi-perméable assurant une fonction de traduction entre deux milieux dont les langages sont partiellement incompatibles, des codes partagés permettant de les traduire. La limite maintient voire accentue la différenciation des différents milieux. La sémiosphère a une double dynamique : elle est installée dans la temporalité, et, en interne, les échanges entre les deux milieux sont nécessaires.

L'asymétrie conditionne les modes de relation entre centre et périphérie. L'asymétrie résulte de deux modalités : le centre et périphérie n'ont ni le même rôle ni les mêmes prérogatives d'autorité. Les langages, les codes verbaux et non verbaux, comportementaux sont différents. Les codes vestimentaires, par exemple, définissent les fonctions des divers intervenants en EHPAD. Ils sont

différents d'un établissement à l'autre, ce qui ne facilite pas les repères des nouveaux résidents, surtout s'ils ont des difficultés cognitives. Les codes pour passer à table et se comporter durant le repas ne sont pas les mêmes à domicile et en EHPAD.

#### IV-7. Sémiosphère et codes énonciatifs\*

Des codes communs appartenant à des bibliothèques sémantiques et praxiques partagées et préalablement mémorisées sont nécessaires pour qu'énonciateurs et énonciataires appartenant à un même groupe restreint puissent comprendre les termes d'un échange (figure 6 ) (92). L'accès à ces bibliothèques, comme pour toute bibliothèque, nécessite qu'elles soient ordonnées et indexées, en opposition au caractère discontinu, peu ordonné voir chaotique des informations externes à une personne (33).

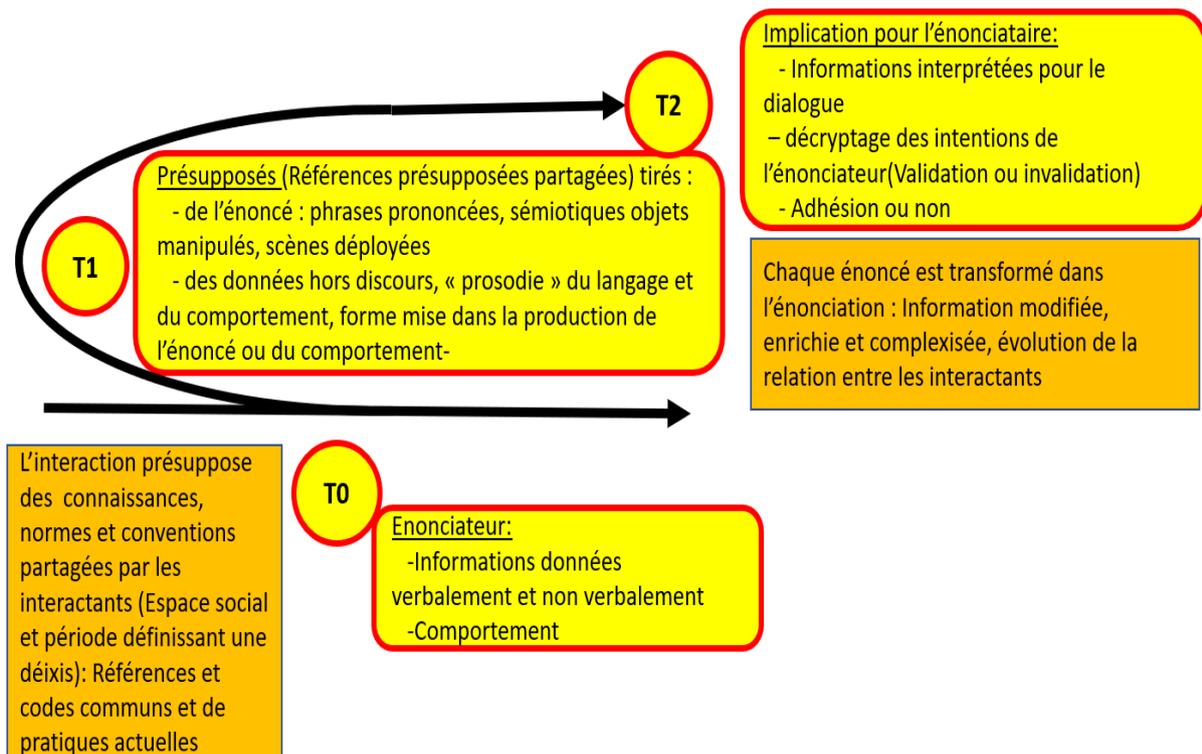


Figure 6 : Schéma d'interactions entre énonciateur et énonciataire selon Silverstein. Nécessité d'un parcours de signification entre le temps d'émission du message par l'énonciateur T0, l'accès à un référentiel commun pré-supposé T1, l'interprétation par un énonciataire en T1.

De façon explicite, les isotopies sont partagées entre la bibliothèque linguistique (partagées par un groupe ou une collectivité) et la bibliothèque mémorielle (propre à un individu). De façon implicite, lors d'un discours, lors d'une énonciation\*, elles peuvent référer à d'autres isotopies permettant de saisir les sous-entendus, ce qui suppose une référence à des bibliothèques restreintes, mais communes à un groupe et une personne, mais non nécessairement à un collectif plus vaste. Les codes communs permettent une interprétation et évitent les quiproquos. La perte des codes collectifs, et plus encore ceux des groupes restreints, est l'une de source de la non-compréhension entre patients Alzheimer et entourage humain. Nous en donnons un aperçu à propos du cas de Madame Géraldine F (figure 7) et d'un dialogue en EHPAD (tableau 4). Les incompréhensions dans le dialogue sont liées à la perte du sens implicite des prédicats en raison du non-partage des codes entre énonciateur et énonciataire. Pour Madame Géraldine F les choses sont prises au  **pied de la lettre** , comme elle les perçoit, sans interprétation et sans grande envie de changer d'opinion. C'est souvent le cas dans la démence évoluée. Le visiteur et le soignant  **présupposent une interprétation**  chez Madame Géraldine F, se référant à un sens implicite de leur langage et aux codes présupposés par eux. Les séquences de l'échange se terminent sur des quiproquos et par l'éveil d'une agressivité chez Madame Géraldine F.



Mme Géraldine F. 82 ans. Mariée. Test de Folstein 11/30

Prend le sac de course d'un visiteur, refuse de le rendre : « C'est à moi ».

Refuse de lâcher prise malgré l'intervention d'un soignant

Figure 7 : Madame Géraldine F. s'accroche au sac d'un visiteur pensant que c'est le sien

Tableau 4 : Dialogue de Madame Géraldine F avec un soignant et un visiteur en EHPAD.

Dialogue	Interprétation
Malade Géraldine F à un visiteur : « -Mon sac. » (Mme GF)	Présupposition de Mme Géraldine F : la personne va comprendre que c'est mon sac Interprétation de Mme GF : elle veut s'emparer de ce qu'elle dit son sac. Transformation : sa phrase dit simplement que c'était son sac. Finalisation : initiation d'un comportement, attente de réponse
« -Excusez-moi, madame, c'est pour mon épouse. » (Visiteur)	Présupposition du Visiteur : Mme GF va comprendre son erreur. Interprétation : il refuse poliment de donner son sac, et que ce n'est pas celui de Mme GF Transformation : sa phrase désignait la destination du sac. Finalisation : réponse et demande de changer la forme de la relation et l'objet de la demande, essai de structuration de la suite de l'entretien
« -C'est moi ton épouse. » (Mme GF)	Présupposition de Mme GF : le visiteur doit comprendre qu'elle est destinataire du sac Interprétation : elle veut son sac. Focalisation persistante sur l'objet convoité initialement. Transformation : la phrase exprime qu'elle est l'épouse Finalisation : éclat violent ; création d'une dissonance
« Madame GF, soyez raisonnable ! » (Un soignant, intervenant)	Présupposition du soignant : Mme GF peut comprendre qu'elle se trompe Interprétation : il demande à Mme GH de laisser le sac et de se calmer Transformation : sa phrase exprime simplement un rappel à la norme, à la bienséance commune Finalisation : résistance au changement

Dans la maladie d'Alzheimer, les désordres mnésiques portent sur l'accès à la bibliothèque des souvenirs. L'effacement progressif des souvenirs commence par les plus récents. Ceci explique la désorientation temporelle des malades de plus en plus marquée avec la progression de la maladie. Le malade vit de plus en plus dans le passé. Dans une situation de dialogue entre un malade et une personne indemne de la maladie, énonciateur et énonciataire n'ont pas les mêmes références temporelles, ce qui conduit à des quiproquos (372, 373).

Les codes sont interpersonnels (par exemple, une famille), ou appartiennent à des groupes restreints (par exemple, les soignants travaillant dans une spécialité médicale) ou à une collectivité plus large. Nous avons vu qu'ils devaient être partagés entre énonciateur et énonciataire sous peine d'incompréhensions ou de mauvaises traductions. Pour que l'échange soit consistant, les codes sont nécessairement multiples et hétérogènes, ce qui nécessite un travail cognitif pour résoudre les ambivalences, lever les incertitudes et se positionner dans le discours, en particulier dans le discours auto référentiel pour soi (figure 8). Malheureusement, cette élaboration de la signification du discours est rendue impossible lorsqu'il y a des troubles cognitifs. Les codes sont perdus lorsque des troubles de la mémoire sont présents.

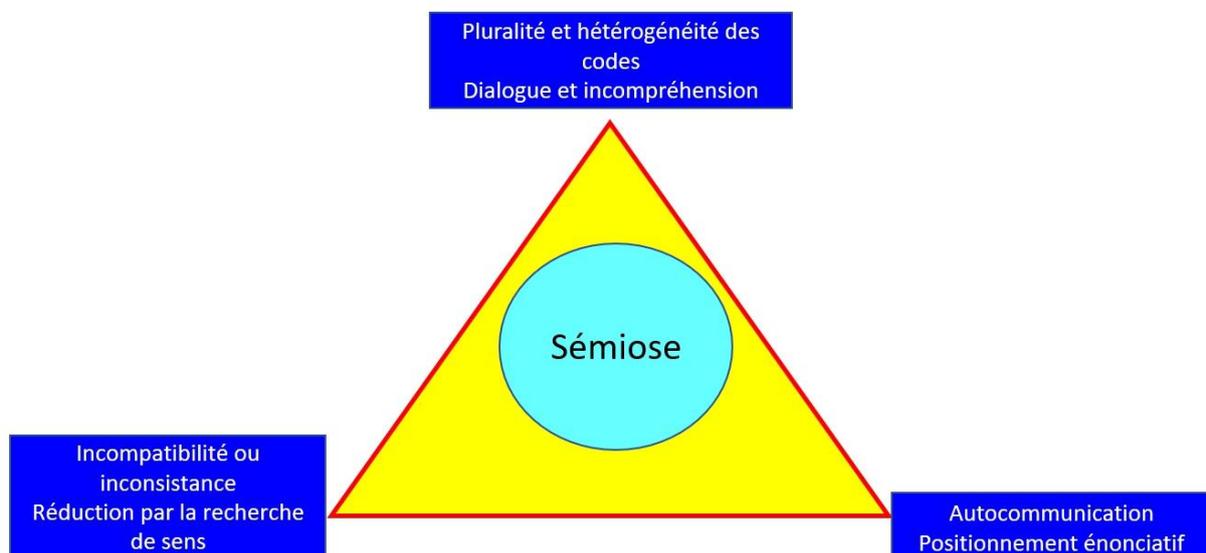


Figure 8 : Conditions nécessaires et interdépendantes à la sémiotique dans les échanges interpersonnels selon Lotman (374). Il ne peut y avoir de sémiotique sans différence. Il ne peut y avoir entre un énonciataire et un énonciateur un seul code. Aucun signe et aucun système de signes n'existent isolés culturellement (368). On retrouve ici l'un des sens de la tour de Babel. L'introduction de différences dans les langues enrichit et complexifie le système. Il n'y a aucune sémiotique dans le langage machine, car il est dépourvu d'incertitude.

#### IV-8. La disparition des limites et ses conséquences sur la sémiotique du malade

D'un point de vue culturel, les différents milieux ou différentes associations auxquels le patient adhérerait autrefois ne lui sont plus accessibles. Ses aidants se trouvent rapidement dans une situation comparable à lui, bien sûr non pas, comme lui, à cause de troubles cognitifs, mais du fait d'un chaos intérieur, lui-même conséquence du fardeau induit, physique et psychologique. Le monde se ferme rapidement et le malade se retrouve rapidement dans un huis clos avec son aidant, ou avec quelques soignants dans un EHPAD. Les codes autrefois en vigueur ne sont plus efficaces. Les limites entre le centre (aidant, soignants) et la périphérie (patient) deviennent perméables. Les rôles restent répartis entre l'aidant et le malade, mais l'autorité et son détenteur sont flous. Qui la détient, l'aidant, le malade ou la maladie ?

Élaborer les conflits, harmoniser ou gérer les contraintes deviennent délicats avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Le dialogue, l'ouverture à l'autre, la force de l'amour justifient les efforts pour une élaboration intersubjective de langages jusque-là incompatibles. La dissolution des limites conduit, cependant, à une souffrance familiale par perte de la double fonction de la sémiotique, binarité et asymétrie, empêchant une élaboration aboutie de la sémiotique (89, 364).

La dissolution des limites conduit à la disparition de la différenciation entre malade et aidant. Il n'est plus possible de construire un processus sémiotique à partir des informations circulant dans leur entre-deux. Les langages sont différents pour le malade et pour l'aidant familial ou pour des soignants, les codes autrefois partagés sont oubliés ou ne sont plus pertinents lorsque la maladie a évolué. Ils sont indispensables pour comprendre les sens implicites d'un énoncé au cours d'une énonciation\* (92). Les échanges conduisent à des énonciations incompréhensibles pour l'un comme pour l'autre. Très rapidement s'établit un dialogue de sourds (92). De nombreuses difficultés relationnelles naissent de la déstructuration de la sémiotique, à domicile comme en établissement (91), source de tension entre malades et aidants formels et informels, ou entre les familles et les soignants en EHPAD (91, 363).

La famille, les soignants ne comprennent plus le malade, le patient dément ne comprend plus sa famille. La sémiotique familiale du malade dément n'est plus un espace de communication et toute construction d'une signification disparaît. Le malade est isolé dans une sorte d'Umwelt, son « petit monde » (41). Le concept de l'Umwelt de von Uexküll (375) est à la croisée des chemins entre la biologie, la sémiotique et la communication chez l'être humain, mais aussi dans d'autres espèces du vivant. L'univers des signifiants est rétréci à quelques éléments pertinents pour la survie.

Pour un observateur extérieur, il est difficile de se représenter ce que peut être l'environnement sensoriel lorsque la maladie est très évoluée : un environnement non partageable

avec ses aidants, sans référence culturelle. Chaque élément fonctionnel du « petit monde » du malade semble se restreindre à une signification intrinsèque qui échappe à sa perception, mais qui naît d'une agitation intérieure déconnectée des stimulations extéroceptives. Il bouge peu, sans à propos, tout lui semble indifférent, il ne réagit à rien. Il crie sans raison évidente. Il survit dans la sphère non structurée où il est installé.

### **Quelques points clés du chapitre 8 : Ambiguïté des limites et maladie d'Alzheimer**

L'ambiguïté des limites dans une famille résulte d'une situation de présent-absent concernant un tiers aimé. L'ambiguïté conduit à une perplexité chez l'aidant d'un malade Alzheimer.

Sur le plan énonciatif, l'aidant ne peut plus débrayer du champ de présence « du monde à soi », il ne peut plus embrayer dans son champ de présence « de soi au monde ». Le couplage dynamique entre les deux champs de présence n'est plus possible pour lui.

La relation entre aidant et malade évolue du paradoxe à l'ambiguïté.

Un paradoxe n'est pas une ambiguïté. Dans les deux cas, le plan de l'expression admet plusieurs contenus possibles. Une situation paradoxale renvoie à un champ de présence psychologique délimité. Elle autorise une sémiologie entre ces deux plans. L'ambiguïté laisse la sémiologie en suspens. Le champ de présence est alors sans limites.

L'ambiguïté des limites rend inopérante la négociation interpersonnelle entre les personnes concernées, générant des conflits insolubles.

Elle conduit à une perte identitaire chez l'aidant, et expose sur le plan interpersonnel à des risques de fonctionnement fusionnel.

L'aidant et le malade sont dans une sémiosphère d'une taille de plus en plus réduite, dont l'aidant est le centre. La disparition des limites entre le centre et la périphérie empêche la sémiologie. La situation perd peu à peu de son sens. L'aidant et le malade ne se comprennent plus. Les codes du langage jusque-là partagés disparaissent, générant des quiproquos. Les rôles de chacun deviennent flous.

## La musique et le sens du temps pour un malade Alzheimer

Une partie des cas cliniques rapportés dans ce chapitre a été utilisée pour illustrer un article sur la musicothérapie réalisée dans le cadre de cette thèse et a été publiée dans une revue médicale (50). Nous reprendrons les cas cliniques préalablement rapportés en insistant sur la sémiotique du temps chez le malade atteint de troubles cognitifs et sur l'influence de la musique sur ceux-ci. Lorsque la maladie a évolué, le patient subit le temps et il n'inscrit plus sa présence dans une temporalité. La présence à soi et au monde est plus difficilement accessible à partir de ses perceptions et d'une construction de la signification qui mobilise mémoire et cognition. Il doit contourner cette difficulté en s'appuyant sur ses affects, ses émotions, sa sensorimotricité, et sur ses pratiques antérieures (mémoire procédurale). Ses efforts sont parfois maladroits et n'atteignent pas toujours leur but. Il cherche à maintenir la continuité de sa vie intérieure que la maladie fragmente.

Malgré les désordres neuronaux provoqués par la démence, une vie psychique perdue chez le malade, différente du sujet non dément, phénomène que Le Gouès appelle la psycholyse (294). Il la définit comme une destruction de l'appareil à « penser », liée à l'organicité de la maladie et à la dynamique psychologique qu'elle implique pour le malade, avec conservation, cependant, d'un objet interne, d'une représentation interne fragmentée, coupée des afférences du réel. Selon cet auteur, la démence a deux conséquences. Elle est à la fois une régression fonctionnelle et une altération structurelle du psychisme de la personne malade. La régression fonctionnelle conduit à une vie régie selon le principe de plaisir. Elle prend racine sur des images mentales, semblables à celles nous les rencontrons dans le rêve, dans l'imagination ou les fantasmes. L'altération de la structure de la pensée est l'écho de celle du langage. Les malades n'ont plus les mots, ni les capacités mnésiques pour

construire une signification à partir de ce qu'ils perçoivent et d'élaborer par divers process une représentation interne intelligible. Les pertes dans la maladie d'Alzheimer portent sur la représentation de mot, plus accessoirement, mais et surtout plus tardivement sur l'imaginaire, sur la représentation de chose. Celle-ci sert de palliatif, de dernier rempart aux pertes langagières et aux troubles cognitifs du malade quand il essaye de trouver du sens à son environnement.

## **I. Quelques remarques préliminaires sur le temps et les soins**

Le temps du soin est différent selon le point de vue du malade et celui de ceux qui le prennent en charge (376). La temporalité est un temps qualifié (377), un temps associé avec une qualité permettant de le catégoriser et de construire une signification (anasémiose\*), d'établir un sens intelligible et de le mettre dans une perspective pour jouir du « maintenant » et anticiper (catasémiose\*) (5). Le temps n'a pas les mêmes qualités pour les soignants et le malade, la temporalité est différente.

La maladie d'Alzheimer s'installe lentement, très longtemps avant le diagnostic. Pour un soignant, tant que le diagnostic n'est pas posé, la maladie n'est que virtuelle, même si, rétrospectivement, certains détails auraient pu ou dû attirer l'attention de l'entourage du patient. La mise en place du diagnostic est une rupture : les soignants caractérisent une maladie selon leur grille de lecture. Ils prennent position par rapport au malade et ils mettent en perspective des soins. Pour eux, commencer les soins est une autre rupture. Souvent une autre étape démarre, nécessitant, par exemple, un changement d'unité médicale ou un suivi en consultation. Elle s'ouvre sur des séquences de divers processus, sur de nouvelles interactions avec le malade et sa famille. Le temps de soins est de facto discontinu.

Le temps du soin pour le professionnel de santé relève de deux formes de temps, le temps opératoire et le temps du Kairos\*. Dans le temps opératoire, il est important qu'il puisse retrouver le plaisir du travail bien fait, et c'est dans celui du Kairos que réside le plaisir de s'occuper de la personne.

Le temps opératoire est celui qui permet d'atteindre la finalité du soin. Le soignant met ici en œuvre une rationalité instrumentale par des moyens en vue d'une fin. Il est actant de contrôle dans ses démarches auprès du malade et doit respecter une logique et des normes techniques. Le prendre-soin appartient au Kairos, nécessitant le respect et la reconnaissance de la personne, et au-delà, la promesse tacite de sollicitude et de solidarité. Les deux formes du temps se succèdent, ne se

confondent pas mais elles doivent former une dialectique, condition primordiale à la qualité des soins (378).

Le kairos et le temps opératoire sont deux modalités subjectives du temps, indépendantes de kronos, le temps objectif qui s'écoule, mesurable et sur lequel les sujets n'ont aucune prise. Les deux modalités subjectives différentes du monde vécu, sont deux modes de présence du monde et pour soi (377, 379), et sont subjectisantes. Le kairos ne se construit pas activement, il est instantané, il fait irruption dans le champ de présence. La présence est vécue comme un tout, le sujet le subit passivement. Le temps opératoire se construit, il s'anticipe ou il s'élabore progressivement dans le cours d'une pratique. Le champ de présence se développe dans le cours de ce qui est entrepris, le sujet est ici actif, actant dans ce qu'il fait et actant de contrôle dans le cours de sa pratique.

La temporalité du malade est quelque peu différente de celle des soignants, ce qui n'est pas sans poser quelques difficultés entre eux. Le patient n'a, le plus souvent, qu'une vague conscience de l'installation de la maladie. Peut-être ne rend-il pas compte, ou peut-être aussi, dénie-t-il des troubles et craint-il leurs conséquences. Il ne cherche pas à la caractériser. Des manques répétés de mots, des incidents ou des accidents de la vie inquiètent et donnent l'alerte à l'entourage, mais pas nécessairement au malade qui trouve volontiers de fausses bonnes raisons pour les expliquer. La maladie reste ainsi longtemps latente pour le malade comme pour sa famille (328). Le malade a une certaine inertie pour se ranger aux arguments de ses proches lorsqu'ils pointent ses difficultés. Plus que d'un manque de conscience, il s'accroche à une continuité de sa vie tant intérieure qu'extérieure dont les arrimages, pourtant, s'effilochent. L'annonce du diagnostic et surtout la rupture du domicile lorsqu'un établissement d'hébergement devient nécessaire remettent en cause cette continuité et ruinent les efforts qu'il a déployés jusque-là pour la maintenir (159). Sa motivation pour continuer à vivre pourra alors être altérée.

## **II. Affects, mémoire et musique**

Les affects interviennent dans le fonctionnement de la mémoire (380, 381) et la musique les touche davantage que les mots (382, 383). La musique facilite l'accès aux émotions et aux sentiments mémorisés auxquels elle est associée. Elle permet donc la réminiscence d'anciens souvenirs (384), en particulier pour les chants appris ou la musique pratiquée ou fréquemment écoutée, aimés autrefois (50). À l'occasion d'un atelier musicothérapie ou lors d'un événement avec de la musique et des chants, l'environnement et les circonstances qui ont accompagné cet apprentissage sont revisités par le malade.

La déixis de l'apprentissage associée au souvenir des scènes intérieures permet de parler d'une mémoire épisodique musicale (385). La musique autorise ainsi l'accès à un calepin mnésique propre, indépendant de celui de la mémoire sémantique, permettant d'atteindre des souvenirs qui semblaient jusque-là inaccessibles, notamment en raison de l'altération des fonctions langagières. La musique mémorisée éveille lors d'une nouvelle rencontre des sentiments de familiarité. La personne pouvant dire qu'elle connaît un air ou un chant. Elle peut être capable de le fredonner. Les registres linguistiques ne sont pas ici concernés et sont spécifiques de la mémoire musicale. Pour que l'air ou le chant soient dénommés, les registres linguistiques sont indispensables. Une double indexation est alors nécessaire, à la fois vers les calepins mnésiques purement musicaux et vers ceux qui supportent la mémoire linguistique.

## II-2. Musique et affects

La musique est source de bien-être et d'apaisement, gommant au moins momentanément l'anxiété et l'angoisse des personnes malades (386, 387). L'anxiété, et pas seulement dans la maladie d'Alzheimer, perturbe la mémorisation, l'encodage, le stockage et l'évocation des souvenirs. La musique limite le risque ou les conséquences de la dépression souvent associée à la maladie d'Alzheimer (388, 389). Elle améliore les performances cognitives (390, 391), l'expression des malades et leur créativité. A distance des moments d'écoute dans un atelier de musicothérapie, la communication du patient avec son entourage s'en trouve un temps changé pour une durée variable (392). Sur le plan comportemental, la musique diminue l'agitation et l'agressivité des malades (393, 394). Ainsi, globalement, elle améliore leur qualité de vie et celle de leur entourage (395-398).

## **III. Musique et cerveau**

### III-1. De la perception du son à l'image interne

La formation d'une image mentale (399) après perception d'une séquence de sons est indépendante de la volonté et est automatique (tableau 1). Une cascade d'événements transforme les sons résultants d'une interaction matière/énergie, en vibrations répercutées au niveau du tympan. Les mouvements du tympan sont transmis au niveau de l'oreille moyenne (Transduction)<sup>159</sup>. Les sons sont

---

<sup>159</sup> La transduction sensorielle est une modification des cellules réceptrices sous l'effet d'une stimulation. Francis Edeline et Jean-Marie Klinckenberg. Principia Semiotica. Page 162 : « ... la

transformés dans l'oreille interne en message digitalisé (5), transportés au cerveau par le nerf auditif. Le message se projettera sans perte d'informations sur le cortex auditif primaire. Un traitement secondaire permet l'internalisation, la construction de l'image sonore, au niveau du cortex auditif secondaire. À ce niveau, se fait la synthèse des différentes perceptions sonores, successives, ou mélangées et harmonieuses comme la perception des divers instruments d'un orchestre, ou dissonantes, comme un fond d'aspirateur brouillant un fond musical dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD).

Tableau 1 : Du son à la conscience imageante

<b>Process</b>	<b>Substrat</b>
Son : interactions matière/énergie	Substance sonore
Transduction	Oreille externe, tympan, oreille moyenne
Digitalisation	Oreille interne
Projection cérébrale. Traitement primaire	Cortex auditif primaire (Lobe temporal ; aire 41 de Brodmann).
Élaboration cérébrale. Traitement secondaire : processus de regroupements auditifs : forme et structure	Cortex auditif secondaire (Lobe temporal ; aires 42 et 22 de Brodmann).
Construction d'un objet interne à partir de l'environnement sonore. Conscience imageante	Cortex auditif et aires associatives

Les aires associatives auditives reçoivent des afférences sensorielles issues de différents noyaux du thalamus et de l'aire de Wernicke (l'une des aires du langage), du lobe temporal de l'hémisphère dominant (lieu de la mémoire sémantique, compréhension des mots du langage, et la catégorisation\* des mots concrets ou abstraits...) et du lobe temporal. Ces aires sont en lien avec le thalamus et l'hypothalamus (aires régulant, entre autres, les manifestations somatiques des émotions). La musique mobilise des aires associatives au-delà des aires auditives. Elles sont encore reliées au système émotionnel, système limbique (centre des émotions et des affects) et aux centres du plaisir : noyaux de l'accumbens, aires préfrontales, notamment orbito-frontales. Une musique

---

première transduction de la chaîne anasémotique (...) convertit des stimulations du monde extérieur en une sensation éprouvée. »

douce invite à une relaxation. Une dissonance est une source de stress. Tous ces processus sont rapides et convoquent une mémoire sensorielle inconsciente, fugace, durant les 0,1 à 2 secondes nécessaires pour reconnaître la forme dessinée par une succession de sons, par exemple par une suite de notes, et pour permettre la saisie d'une phrase musicale.

La musique et le langage partagent des ressources neuronales communes, en particulier pour traiter les dimensions syntagmatiques, par exemple en évaluant les capacités d'un sujet à détacher des incongruences perceptives ou structurales (400). Ce point est confirmé par les données de la neuro-imagerie fonctionnelle (401). Cependant les observations des patients cérébraux lésés ou de malades atteints de maladie d'Alzheimer montrent l'indépendance fonctionnelle des deux systèmes lexicaux et musicaux (376, 402), complétée par une dynamique d'interactivité. Apprendre une poésie est impossible pour une personne démente évoluée. Le même texte servant de parole et mis en musique dans une chanson peut être appris et restitué. Un malade violoniste atteint d'une aphasie de Wernicke ne comprend plus un texte écrit, mais peut parfois décrypter une portée et continuer à jouer du violon (385). La reconnaissance d'un air musical, sans le dénommer, correspond au seul registre musical, produisant un effet de familiarisation. Il est accessible dans la démence malgré les troubles du langage. La capacité d'identification, de dénomination implique d'associer à ce registre un registre verbal, ce qui devient compliqué pour un patient dément. Le rappel possible de la déixis de l'apprentissage d'un air particulier ou d'un chant peut renvoyer à une scène intérieure, à une ambiance autrefois vécue mobilisant une mémoire épisodique musicale.

Comme les mots sont formés d'un assemblage de sons (phonèmes), les notes successives construisent une apparence (Gestalt\*) (189) qui conduit à un objet interne, appelée dans ce contexte par Sartre conscience imageante<sup>160</sup> (47). Cette image mentale, chez une personne sans troubles cognitifs, est enrichie par les connaissances et les expériences préalables de la personne, lui permettant de s'inscrire dans une micro-histoire subjective et intersubjective (92), de trouver du sens (axe réflexif, cognition pratiquée), de raviver des souvenirs (réminiscence de scènes antérieures, cognition située) et d'être conscientisée. Cependant, la cognition et la mémoire sont altérées dans la démence. La musique, comme l'imaginaire ou d'autres formes artistiques, indépendamment de ce schéma, sans faire appel à une synthèse et au langage, peut créer une présence dans l'intimité de la personne sans passer par l'étape de la représentation interne construite (26). Pour reprendre les mots

---

<sup>160</sup> Jean-Paul Sartre. L'Imaginaire. Page 21 « Le mot d'image ne saurait donc désigner que le rapport de la conscience à l'objet ; autrement dit, c'est une certaine façon qu'à l'objet de paraître à la conscience, ou une certaine façon qu'à la conscience se donner un objet. »

de Sartre précités, la présence permet alors à la conscience de se donner un objet. Ce dernier schéma est à privilégier dans la démence.

#### **IV. Quelle efficacité de la musicothérapie dans la maladie d'Alzheimer ?**

##### IV-1. Musicothérapie et méta-analyses validant son efficacité

Plusieurs méta-analyses récentes permettent de se faire une opinion sur l'efficacité de la musicothérapie dans la maladie d'Alzheimer. Les meilleurs résultats, en particulier sur la durée des effets après la séance de musicothérapie, sont obtenus au stade débutant à modéré de la maladie. La musicothérapie continue à produire du bien-être pour le patient au stade avancé, mais de façon moins prononcée et pour un effet de durée limitée (376). Dans une première méta-analyse publiée par Ueda (403), les effets bénéfiques de la musicothérapie sur la dépression associée à la maladie d'Alzheimer durent de 5 semaines à 3 mois après la fin des séances. Dans une autre méta-analyse, Chang (404) montre que la musicothérapie réduit de près de 50% les troubles du comportement et l'anxiété des patients déments.

La musicothérapie a quatre effets principaux selon Raggio (405). Elle améliore la qualité de vie du malade et de ses aidants. Elle diminue les troubles du comportement. Lorsque la musicothérapie est passive, elle n'est que récréative et relaxante. Ses effets sont cependant temporaires. Enfin, si la personne âgée malade participe par le chant ou l'utilisation d'instruments, ses effets sont plus durables, surtout si la personne s'adonnait antérieurement à une activité musicale, ou si la pratique se fait dans le sein d'un groupe restreint. Elle limite alors, pour une durée variable, le chaos cognitif et tensif induit par la maladie (406, 407).

##### IV-2. Musicothérapie et élan créatif

La musicothérapie favorise la pulsion créatrice et l'élan vital (Gestaltung) (408). Pour Prinzhorn (41), elle stimule l'expression et développement de la pensée et encourage diverses activités, au-delà de la seule activité musicale. La musique augmente l'attention, et donc l'éveil d'autres sens que l'ouïe. Deux dimensions de la Gestaltung sont encore stimulées, l'imitation de ce que les autres font, convoquant les neurones miroirs (409) et l'amélioration de la structure de la pensée, ce qui est illustré par exemple par la capacité à combiner des formes dans un ensemble quelque peu complexe. Enfin la

musicothérapie s'ouvre sur le domaine du rêve<sup>161</sup> (137), donc à la constitution d'une présence à soi indépendante d'une construction active de la signification, et sur le bien-être intérieur du malade (410).

### IV-3. Musique et iconicité

On définit une icône comme un signe possédant en lui-même, c'est-à-dire dans sa matérialité, une certaine ressemblance avec ce dont il est l'icône<sup>162</sup> (411, 412). Cette conception permet de reconnaître comme des icônes des suites de sons qui ont quelques rapports avec leur objet, un morceau de musique particulier. Au-delà d'un air ou d'un chant, l'iconisation<sup>163</sup> renvoie aux moments et aux circonstances où ils ont été entendus et joués (déixis ou mémoire de source musicale). L'iconicité<sup>164</sup> ne désigne pas préférentiellement la fonction mimétique que l'on attribue à des images ou un morceau de musique, mais elle qualifie le moment où ce qui n'est qu'une vague intuition (un indice) acquiert les caractères d'une forme et se stabilise progressivement (412). L'entité temps s'enrichit de qualités pour constituer la temporalité nécessaire à une présence à soi et au monde.

L'icône issue de quelques notes reconnues ressemble à un objet musical familier, mémorisé préalablement, avec ou sans dénomination. Elle peut rafraîchir une dimension plus vaste que la mémoire musicale. La musique est susceptible de restaurer aussi une symbolique complexe, renvoyant à une ambiance, à des scènes et à leurs déixis correspondant à des événements rattachés indirectement à un simple fait du présent, et jusque-là enfouies ou séquestrées dans la mémoire (mémoire épisodique musicale). Comme dans le phénomène de la Madeleine de Proust, à l'occasion d'un morceau particulier ou d'un chant, le passé surgit de manière involontaire, dessinant brusquement les contours d'une subjectivité qui a accumulé des souvenirs, retrouvant de façon

---

<sup>161</sup> Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*. Page 498-499 : « L'éternité est le temps du rêve et le rêve renvoie à la veille, à laquelle il emprunte toutes ses structures. Quel est donc ce temps éveillé où l'éternité prend racine ? C'est le champ de présence au sens large, avec son double horizon de passé et d'avenir originaires et l'infinité ouverte des champs de présence révolus ou possibles ».

<sup>162</sup> Göran Sonesson. *De l'iconicité de l'image à l'iconicité des gestes*. Page 47 : « D'abord, l'iconicité, telle qu'elle s'applique aux signes, est une relation ; dans un signe particulier, elle peut donc coexister avec des relaxations d'indexicalité et de symbolicité (convention) entre la même expression et le même contenu. Deuxièmement, l'iconicité n'est pas nécessairement visuelle, et elle ne donnerait pas obligatoirement lieu à des expériences d'illusions perceptives. »

<sup>163</sup> Fait de représenter par une icône.

<sup>164</sup> Jean-François Bordron. *L'iconicité et ses images*. Page 1 : « L'iconicité est, pourrait-on dire, le modèle platonicien qui donne son unité à la multiplicité des images et dont tout procède malgré leur grande diversité matérielle. »

inattendue des scènes intérieures : un kairos (379), un instant magique de présence. La musique peut conduire à réveiller peu à peu d'autres souvenirs plus ou moins liés, grâce à un autre schéma temporel, opératoire et non plus instantané mais progressif.

## V. Trois cas cliniques illustratifs

Nous verrons successivement trois cas cliniques, ceux de mesdames Mauricette et Marguerite, celui de Monsieur Simon. Les cas cliniques seront présentés et discutés, et à leur propos, nous verrons les problématiques sémiotiques soulevées par la relation au temps dans la maladie d'Alzheimer. En particulier, nous noterons que le temps est qualifié grâce à la musique permettant aux malades de reconstruire un système symbolique.

### V-1. Cas clinique de Mme Mauricette H dans une chorale. Musique et système tensif

#### V-1.1. Cas clinique

Mme Mauricette H est âgée de 82 ans. Ses troubles cognitifs se sont installés il y a 5 ans environ (dernier MMS 17/30) (162). Elle vit à son domicile grâce au dévouement de son mari. Elle n'a pas le caractère facile. Elle est parfois verbalement violente avec lui, ou cassante. Depuis des années, une fois par semaine, elle participe à une chorale : *« Les notes, je les lis, non je lisais. Maintenant, je ne peux plus. Lorsque je vais à la chorale, je retrouve avec plaisir le groupe. Je me retrouve. Je chante, je n'ai pas besoin de comprendre les mots. Je me laisse aller à mes émotions. Quand je chante, mes idées viennent toutes seules. Elles s'enfilent les unes aux autres. Je suis heureuse de chanter, de chanter avec d'autres. Je n'ai pas peur de perdre mes idées. Quand je chante, j'oublie la maladie. Je suis sur un petit nuage, comme dans un rêve »*.

La musique se passe des mots. Elle permet de retrouver une structure de la pensée. La peur de perdre ses idées disparaît. Cette peur participe aux difficultés d'accès à la structure. Il s'agit d'une peur par anticipation, une peur de la peur (413). La peur de ne pas être capable est un frein psychologique à la fluidité de la pensée. Nous avons vu que l'oubli n'était pas toujours facile dans la maladie d'Alzheimer. Pouvoir par la musique faciliter cet oubli, ce qui très paradoxal dans le soin pour une maladie de la mémoire, limite les effets des craintes a priori.

Le mari de Mauricette y trouve son compte. Il retrouve l'épouse telle qu'il la connaissait quelques années auparavant, avec son sourire : *« Je ne me souvenais pas qu'elle avait une si belle voix. Elle est vraiment elle-même »*. À son retour à domicile, après la chorale, Mauricette est douce et agréable pendant plusieurs heures. Malheureusement, l'effet est éphémère. Quand son époux la sent de nouveau tendue, il lui met la musique qu'elle aime. Et son épouse se détend alors un peu.

Le chant améliore Mauricette, d'autant plus qu'elle participe à sa production. L'appartenance à un groupe de chanteurs qu'elle rencontre régulièrement produit des effets de resocialisation. La musique a un rôle transversal, faisant tomber les barrières sociales et ouvrant les portes verrouillées par la maladie. Elle gomme ici les difficultés interpersonnelles. En rafraîchissant de façon répétitive chez Mauricette des souvenirs référents à sa portée, elle lui permet de revivre sa singularité et de s'affirmer. Elle retrouve une présence à elle et aux autres.

La magie de la musique peut naître d'un kairos (379). Quelques notes, et la présence harmonieuse s'installe dans l'être, indépendamment de la volonté, nous y reviendrons. L'ambiance musicale peut encore rejoindre progressivement la sensibilité et la présence alors s'installer. On rentre ici peu à peu dans l'ambiance musicale. Il ne s'agit pas ici de compter les notes, de dénombrer les sections musicales, de dénommer un air ou un chant. Ce sont là des process cognitifs. La mémoire musicale épisodique n'est pas ici sollicitée. Il s'agit simplement de lâcher prise et de se laisser aller au fil de l'harmonie. La présence installe d'autant plus vite que la personne participe activement à cette musique, ou qu'elle en avait la culture, autrefois en l'écoutant, en l'entretenant en chantant dans une chorale ou en jouant d'un instrument. Elle s'installe d'autant plus vite que la musique choisie est aimée de longue date.

#### V-1.2. L'espace tensif chez Mauricette

Une continuité de présence s'installe durant et quelques heures après la chorale, dans un « maintenant » un peu prolongé. Lors du chant ou de la musique, le temps ne compte plus, l'espace n'est plus hermétiquement clos. Nous avons vu au Chapitre 3 sur l'espace tensif, que celui-ci connaissait des modifications progressives, avec une réduction progressive du déploiement extensif, en particulier temporel, et d'une augmentation conjointe de la tonicité. À l'état normal et au tout début de la maladie, le patient a une perception continue du temps de présence à lui et au monde, puis avec la maladie le temps se séquence, les brefs instants de présence sont interrompus de longs intervalles de vide. À un stade de plus de la maladie, la présence devient éphémère. Le malade vit dans une circularité du temps, au rythme de quelques restes des rituels quotidiens plus ou moins décousus, des vieilles habitudes. Lorsque la tonicité est trop forte et que l'extensité est trop réduite, brutalement, la première s'effondre et la seconde devient béante. Le malade vit dans une morne permanence, tous les objets qui l'entourent perdent leur valeur, son entourage humain lui est indifférent. La musique le sort de ce schéma. Elle l'introduit dans l'ambiance d'une époque bien éloignée de son « aujourd'hui », celle où le temps avait encore une continuité pour lui. La persévération dans l'instant musical est une réminiscence de cette époque (figure 1), pas nécessairement de souvenirs précis, mais de l'ambiance

interne, de la fluidité de soi disparue au fil des années de maladie. Une dynamique psychique est retrouvée. La qualité associée au temps, ici retrouvée, est la **continuité**.

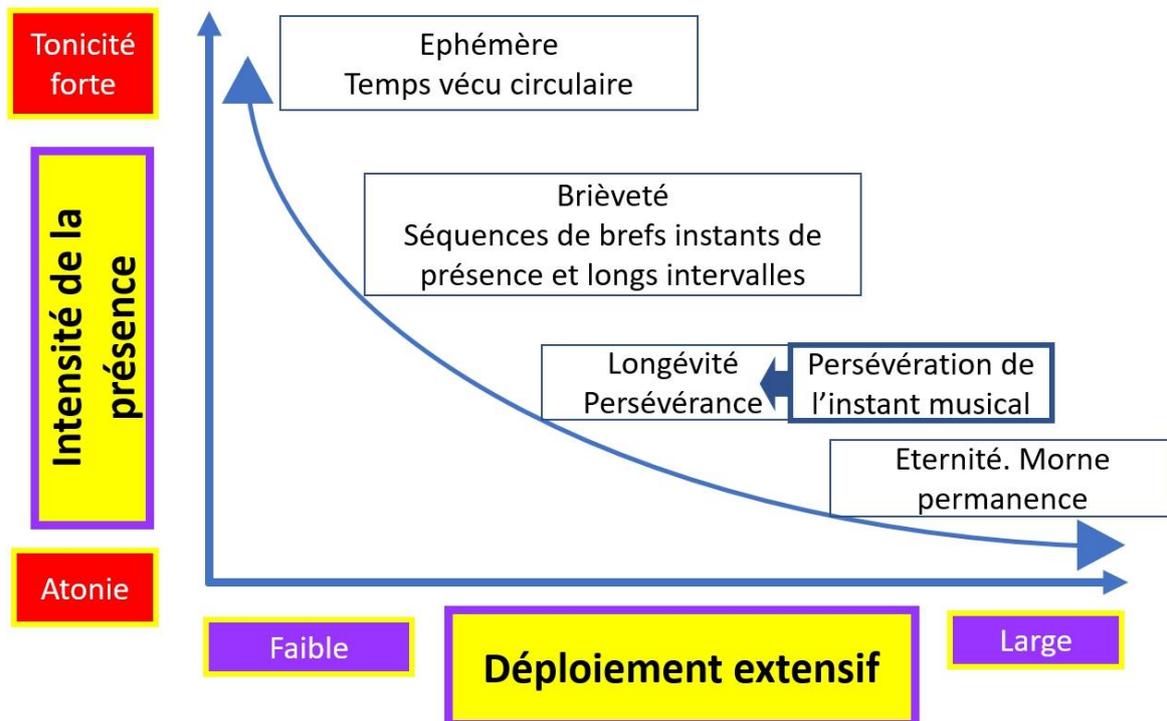


Figure 1 : Les changements tensifs par la musique et le temps de la maladie d'Alzheimer

## V-2. Cas de Mme Marguerite G au loto. Traumatisme et événement

### V-2-1. Cas clinique

Mme Marguerite G a 83 ans. Elle est veuve depuis 8 ans. Une maladie d'Alzheimer évoluée (MMSE : 10/30) associée à une perte d'autonomie l'a conduite en EHPAD, il y a 2 ans. Sa famille la décrivait comme joyeuse. Cependant, sa vie a été brisée par la mort de son fils, qu'elle a découvert mort dans la salle de bain, il y a une trentaine d'années. Nous avons déjà évoqué son cas à propos des souvenirs qui ne peuvent pas être refoulés et qui envahissent la mémoire. « C'est ce jour précis que la maladie a commencé », nous dit sa fille. Depuis cet événement, plus rien n'avait de valeur pour elle, elle ne s'intéressait plus aux autres. Elle a cessé de jouer aux jeux de société. Elle fonctionnait à la maison « comme un robot », toute la journée était programmée dans la routine des tâches à effectuer. Madame et monsieur G, autrefois, aimaient jouer ensemble à divers jeux, par exemple au loto lors des fêtes du village. Cependant, depuis des mois Madame G ne parle plus. Dans l'EHPAD où elle réside maintenant, elle ne participe pas aux activités récréatives mises en place. Elle s'attable avec les autres

lorsqu'ils jouent au loto dans la salle commune de l'établissement, mais elle regarde ses cartes sans dire un mot, impassible, laissant régulièrement passer son tour. Ce jour-là, l'aide-soignante a mis en fond musical des chants d'autrefois. Lorsqu'un chiffre est tiré, ce jour-là, tout le monde est surpris d'entendre Mme Marguerite dire : « Moi ! ». Sa fille nous expliquera que la chanson qui a éveillé au monde et au présent Mme Marguerite, était celle qu'elle chantait à la fin des repas de famille, du moins tant que son fils était présent : « *C'était sa chanson* ». À partir du jour du décès de son fils, elle n'a plus jamais chanté.

Après l'événement du chant dans l'EHPAD, les choses ont changé : la malade s'est davantage intéressée à ce qui se passait autour d'elle, elle a même joué plusieurs fois au loto. Surtout elle a reparlé, bien entendu dans un registre de parole limité. La maladie d'Alzheimer était toujours là, mais la patiente était présente aux autres, et probablement à elle-même. La musique n'a aucune action sur l'organicité de la démence. La musique a limité chez Marguerite la prégnance d'un souvenir douloureux. Elle peut consolider ou éveiller une dynamique psychique pour retrouver quelques repères. La musique, par iconicité, peut renvoyer à des connaissances préalablement mémorisées, au-delà des souvenirs rafraîchis par un morceau musical ou un chant particulier. Elle peut permettre une reprise de la symbolisation. Elle ne guérit cependant pas la démence.

Il est possible qu'un traumatisme violent comme celui qu'a subi Marguerite puisse favoriser une émergence précoce de la maladie d'Alzheimer (414). Le contexte antérieur de l'audition d'une musique particulière permet d'accéder à des registres de souvenirs personnels antérieurs au traumatisme de la mort de son fils, jusque-là rendus inaccessibles par la douleur morale. Les difficultés d'accès à des registres mnésiques peuvent être liées à la perte des souvenirs ou à des interdits psychologiques. La subjectivité reste alors emprisonnée dans le passé, et la malade était incapable d'oublier. Marguerite était dans la dénégation, parfois dans l'impossibilité de s'exprimer. La subjectivité est essentielle dans la maladie pour reconstruire les objets internes. De plus, la construction de la signification à partir des percepts est entravée par les désordres cognitifs et les difficultés langagières. Un autre accès à la présence à soi est cependant possible.

## V-2-2. Musique et événements

Nous allons regarder deux événements de vie chez Mme Marguerite : la mort de son fils et le chant en EHPAD. La mort de son fils a été pour Mme Marguerite un événement particulièrement traumatique. Sa découverte s'est produite sans aucune préparation. Au plan tensif, elle s'est faite sur le mode du survenir, dans un éclat brutal. L'événement était une rupture avec son passé jusque-là

plutôt heureux, et très brusquement sa vie a basculé. Il va introduire une tristesse persistante et un climat dépressif voire une franche dépression.

L'intensité est la grandeur régissante de l'espace tensif, composé de l'intensité (états d'âme, la sensible, la visée\*) et de l'extensité (état des choses, l'intelligible, la saisie\*). Les états d'âme et les états des choses dans l'espace tensif sont les deux composants du champ de présence à soi et au monde. Les états des choses sont sous la dépendance des états d'âme (136). Spatialité et temporalité constituent l'extensité, la conjonction du tempo et tonicité, l'intensité. Tempo et tonicité, lors de la découverte par Mme Marguerite du corps de son fils, sur un mode du survenir, rendent compte des valeurs d'éclat. L'événement faisant irruption dans sa vie : le tempo est extrêmement rapide et bref, la tonalité violente, engendrant, d'un point de vue pathémique, une surprise, une inquiétude insupportable, suivie d'une sidération. Il n'y a aucune place pour une extension temporelle. Marguerite est anéantie par la pression tensive. Le déploiement extensif demanderait du temps et de l'espace pour élaborer les conséquences de la tensivité.

Un événement temporel de cette importance est particulièrement saillant. Il tranche de façon éclatante avec le cours de la vie. Il introduit brutalement une faille entre le passé et le présent, et il ne conduit pas immédiatement à une ouverture vers le futur pour l'élaborer (415). Il sidère par sa présence en soi l'instant. Il fige Marguerite sur une position de présentisme. Il contredit ainsi le mode de la durée. Cependant, un devenir sera possible. Dans ce deuxième temps, qui succède à la sidération, l'intensité va s'atténuer sans disparaître et une extensité se déploie. Marguerite va modifier son style de vie, sur mode déceptif. Un climat dépressif ou une dépression négligée se sont installés. Sur un autre mode du parvenir, avec une thérapie et un soutien psychothérapeutique, elle aurait pu réussir à faire son deuil et se réinvestir dans d'autres formes de vie\*.

La chanson entendue durant le jeu est aussi un événement, mais, cette fois, de nature non traumatisante. La chanson émerge brutalement dans son champ de présence, sans aucune élaboration préalable, par hasard, les soignants n'ayant pas choisi spécialement celle-ci. La présence engendrée par le chant est d'emblée globale. L'événement fait saillance pour Marguerite, réveillant de façon éclatante des souvenirs joyeux, du temps où elle chantait en famille, où elle était heureuse, le temps qui précédait la mort de son fils. L'événement est ici un kairos, (379) combinant le bon moment pour le vivre, l'éveil à de multiples tensions qui éloignent le désagréable, riche en contenus et en significations pour elle. Le kairos est subi, le sujet n'en a aucune maîtrise. Il met hors-jeu le monde quotidien dans lequel le sujet plongé. On peut rapprocher le kairos de l'"Einsicht" freudien (416), (Insight en anglais), moment privilégié de prise de conscience d'un passage intuitif et soudain d'une configuration perceptive à une seconde configuration, d'une autre nature.

Au plan tensif, le tempo du deuxième événement est plus modéré que dans le premier événement, la tonicité est ici acceptable et est plaisante au plan phorique. Quelques instants avant le chant, les possibles n'étaient même pas virtualisés. Tout semblait opaque et gris. Maintenant, Marguerite actualise et elle réalise quelque chose. Elle participe à l'activité récréative du groupe. L'instant du kairós lui permet immédiatement de s'intégrer dans le jeu et d'y participer. Elle reprend vie, les passions reviennent. Bien sûr, l'organicité installée de la maladie d'Alzheimer ne permet pas à un retour à une bonne santé cognitive, mais l'événement a permis l'émergence d'une nouvelle présence du monde à soi et son recouplage à la présence du monde à soi.

Les deux événements vécus par Mme Marguerite ont en commun trois caractéristiques. Ils sont une effraction dans la routine ou la banalité du quotidien. Ils bousculent le vécu d'une personne jusque-là immergée dans un autre mode de présence au monde, et enfin ils ont eu un prolongement bien au-delà de leur instant. Le kairós introduit une autre forme de vécu de la temporalité. Un temps opératoire a été mis en place, dysphorique après le premier événement, et qui a duré des années, euphorique pour le second, installé pour des mois. Le temps opératoire est le temps de la rationalité instrumentale. Il permet à des modalités de se déployer, à des passions, positives ou négatives de se développer, de mettre en place des pratiques ou de s'y opposer, de les contrôler. Dans la maladie d'Alzheimer, avec les moyens cognitifs résiduels du malade et à leur échelle, des choix de stratégies et de formes de vie sont possibles. La qualité associée au temps est ici l'**accessibilité**, l'accessibilité aux personnes avec la parole retrouvée, à des objets qui ont à nouveau de la valeur pour Marguerite et qui pour cette raison deviennent dignes d'intérêt. Quelques ressources récréatives sont maintenant disponibles pour elle.

Un horizon anticipatoire certes encore flou et limité apparaît, elle attend les moments récréatifs, ce qui est nouveau chez elle. Le temps opératoire est aussi le temps du contrôle, d'une certaine maîtrise du réel (377), d'où l'importance de laisser du choix aux personnes âgées vivant en institution. Les deux événements de Mme Marguerite ont été des terminus a quo de deux histoires de vie différentes pour Mme Marguerite. Le premier l'a fait basculer dans un mode déceptif, le second dans un monde plus agréable. Le second événement, la chanson, est le terminus ad quem de l'épisode déceptif.

### V-3. Cas de Mr Simon R. La cognition incarnée

Monsieur Simon R a 83 ans. Il a quitté sa famille et le Mali il y a maintenant plus de 50 ans. Les troubles cognitifs et une perte d'autonomie l'ont conduit en EHPAD (dernier MMS 14/30). Depuis son entrée en établissement, monsieur Simon est prostré, il parle à peine. Il reste de longues heures

comme endormi, les yeux fermés, sur sa chaise roulante. Un jour, une aide-soignante pose sur ses oreilles un casque pour lui faire entendre de la musique de son pays. Monsieur Simon s'éveille brutalement. Il ouvre les yeux et dans sa chaise roulante, il se met à bouger le torse et la tête au rythme de la musique. Après l'audition, encore un peu ébahi, il dit quelques mots au personnel, des bribes de phrases, sur ce qu'il vient d'écouter, sur le Mali, sur la musique qu'il aime ... et il chantonne les musiques entendues.

Le cas clinique de Mr Simon R illustre la capacité des malades à retrouver une signification lorsqu'ils sont replongés dans un environnement personnel familial, ainsi que le concept de cognition incarnée (417, 418). Mr Simon n'a pas besoin du langage pour se mettre à bouger au rythme de la musique. Sa cognition est enracinée dans ses interactions sensori-motrices qui se sont déroulées dans l'environnement physique et social de sa jeunesse. Elle est présentifiée dans l'instant musical. Elle est située, liée aux déixis des situations où elle a pris naissance (419).

La musique touche les émotions éveillées par sa perception (Corps-enveloppe). Elle désenfouit de vieilles sensations et les faisceaux sensorimoteurs autrefois stimulés (Corps-chair). Elle renvoie à des déixis (Corps-point), à des moments, à des événements et à des lieux au Mali connus de Mr Simon (Corps-creux). Elle lui rappelle encore des scènes vécues antérieurement, rafraîchies par la musique de son pays. Toutes les figures du corps sont convoquées instantanément et simultanément. La présence est immédiate, sans élaboration ni synthèse, sans l'appui du langage et Mr Simon a pleinement conscience de celle-ci. La qualité associée au temps est ici la **sensorimotricité**.

## **VI. Le temps de la musique et le temps de la maladie d'Alzheimer**

Le temps existe selon deux modalités. L'une est objective, externe à la personne, sans l'on est la moindre emprise, le kronos. Le temps qui s'écoule est linéaire, mesurable, un temps scandé lors du déplacement des aiguilles d'une montre, par des désintégrations progressives d'atomes, à chaque fois de l'espace. L'autre est subjective. Nous en avons vu deux modalités de présence, le kairos et le temps opératoire. Le temps vécu est celui de la durée du moment, de ce que la personne vit dans un laps de temps. Bergson oppose ainsi l'espace et la durée. Le temps mesuré est de l'espace que l'on peut séquencer, le temps de la durée est continu et à la mesure de la présence à soi (27). Pour un bon moment, le temps ne compte pas, on ne voit pas le temps passer. Le temps de la présence dans la durée pour Bergson est à l'image d'une pierre jetée au loin et qui suit une trajectoire sans ponctuation.

Merleau-Ponty ne conçoit pas lui non plus le monde comme une somme de choses, ni le temps comme une somme de « maintenant » ponctuels, car confisquant la présence<sup>165</sup> (137).

Bachelard a une autre approche de la présence. Chaque instant est ponctué par des ruptures et des intervalles plus ou moins longs<sup>166</sup> (420). La présence est scandée par la dialectique de l'instant et des intervalles, par une infinité spatialisée, une suite ininterrompue de déixis, « une flèche orientée de maintenant qui naissent et qui meurent dans une vitesse fulgurante. Le maintenant est insaisissable puisque toujours déjà perdu au moment même de sa naissance »<sup>167</sup> (26). On ne vit pas la présence comme une durée éternelle, mais comme une série ininterrompue d'instantanés infinitésimaux<sup>168</sup>, comme une succession de déixis. La présence pour Bachelard est comme une promenade marquée par la suite continue des pas, chacun succédant à l'autre.

Nous avons vu que dans la démence, les intervalles entre les présences à soi et au monde étaient nombreux et qu'ils tendaient à s'élargir. La maladie introduit une discontinuité temporelle dans le vécu présent du malade et que celui-ci lutte contre elle. La discontinuité s'associe à une désorientation, une perte de la synchronie avec le temps réel. La rétrogression ancre le malade dans un passé révolu.

Les points de vue de Bergson et de Bachelard ne sont pas des oppositions, mais des approches différentes de la conscience du temps\*, deux directions de signification<sup>169</sup> (412). Bergson en donne un exemple à propos du carillon : « Ou je retiens chacune de ses sensations successives pour l'organiser avec les autres et former un groupe qui me rappelle un air ou un rythme connu : alors je ne compte pas les sons, je me borne à recueillir l'impression pour ainsi dire qualitative que leur nombre fait sur moi. Ou bien, je me propose explicitement de les compter, il faudra bien alors que je les dissocie, et

---

<sup>165</sup> Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*. Page 401 : « Je ne peux pas concevoir le monde comme une somme de choses, ni le temps comme une somme de « maintenant » ponctuels, puisque chaque chose ne peut s'offrir avec ses déterminations pleines que si les autres choses reculent dans le vague des lointains, chaque présent dans sa réalité qu'en excluant la présence simultanée des présents antérieurs et postérieurs, et qu'ainsi une somme de choses ou une somme de présents fait non-sens. »

<sup>166</sup> Gaston Bachelard. *L'intuition de l'instant*. Page 32: « On nous dira que le, néant du temps, c'est précisément l'intervalle qui sépare les instants vraiment marqués par des événements. On nous accordera au besoin, pour mieux nous vaincre, que les événements ont une naissance instantanée, qu'ils sont même au besoin instantanés, mais on réclamera un intervalle ayant une existence réelle pour distinguer les instants. »

<sup>167</sup> Herman Parret. *Epiphanie de la Présence*. Page 118

<sup>168</sup> Gaston Bachelard. *Ibid.* Page 28 : « Le temps ne se remarque que par les instants ; la durée (...) n'est sentie que par les instants. Elle est une poussière d'instantanés, mieux, un groupe de points qu'un phénomène de perspective solidarise plus ou moins étroitement

<sup>169</sup> Jean-François Bordron. *Ibid.* Page 190

que cette dissociation (...) laisse des traces identifiables de leur passage »<sup>170</sup>. La première approche est celle d'une image interne, d'une présence, bâtie spontanément à partir d'émotions et de sensations, la seconde constitue une construction progressive et active d'une représentation interne. Compter les sons, les discriminer nécessite de garder en mémoire la trace des événements antérieurs, et au plan cognitif d'essayer d'en tirer une signification, deux opérations difficiles dans la maladie d'Alzheimer. Cependant, garder en mémoire l'émotion soulevée par le son est accessible au malade. La mémoire émotionnelle et la mémoire musicale peuvent être mobilisées dans l'instant dans l'enchaînement d'une chaîne musicale. La musique crée une présence sans représentation interne, sans synthèse préalable (26), permettant une présentification du temps musical particulier, hors du champ temporel ordinaire. Elle sort le patient du présentisme, du temps ordinaire dépressogène pour l'introduire dans une nouvelle temporalité. Au temps s'ajoutent des qualités : accessibilité, continuité, sensorimotricité.

La présence est événementielle, issue d'un kairos, ou progressive, construite au cours d'un temps opératoire si le patient en a encore les ressources, grâce à la musique. La conscience de ce « maintenant », la présence, est un point-source qui retient par rétention\* et projette par protension\*<sup>171</sup>. Dans une phrase musicale, chaque note s'allie encore à la note précédente et se penche sur la note à venir. « On peut donc concevoir la succession sans la distinction, et comme une pénétration mutuelle, une solidarité, une organisation intime d'éléments, dont chacun, représentatif du tout, ne s'en distingue et ne s'en isole que pour une pensée capable d'abstraire. (...) Nous exprimons la durée en étendue, et la succession prend pour nous la forme d'une ligne continue ou d'une chaîne, dont les parties se touchent sans se pénétrer. Remarquons que cette dernière image implique la perception, non plus successive, mais simultanée, de l'avant et de l'après ... »<sup>172</sup>. Au temps s'ajoute une autre qualité, la **simultanéité**, qui fait de la présence une compacité instantanée, condensant dans l'instant le présent, le passé et le futur, réalisant une présentification.

La musique reconstitue une continuité dans la conscience du temps du malade sans passer par le langage<sup>173</sup> (137). Elle le sort du monde quotidien ou la maladie le contraint. Elle réinscrit le malade dans un champ de présence à soi et au monde. Il retrouve une identité, être présent au monde et

---

<sup>170</sup> Henri Bergson. Ibid. Page 78 et 79

<sup>171</sup> Herman Parret. Ibid. Page 153

<sup>172</sup> Henri Bergson. Ibid. Page 87

<sup>173</sup> Maurice Merleau-Ponty. Phénoménologie de la perception. Page 237 et 238 : « Le sens d'une phrase nous paraît intelligible de part en part, détachable de cette phrase même et défini dans un monde intelligible, parce que nous supposons données toutes les participations qu'elle doit à l'histoire de la langue et qui contribuent à en déterminer le sens. Au contraire dans la musique, aucun vocabulaire n'est présupposé, le sens apparaît lié à la présence empirique des sons, et c'est pourquoi la musique nous semble muette ».

présence du monde à soi coïncident. Il n'a plus à souffrir de l'absence du présent puisqu'il y est situé<sup>174</sup> (137). Par sa pénétration à l'intime de soi, elle lui permet de déployer l'intensité émotionnelle dans un espace intérieur décloisonné. La mélodie extérieure devient une harmonie intérieure.

---

<sup>174</sup> Ibid. Page 498 : « Il n'y a de temps pour moi que parce que j'y suis situé, c'est-à-dire parce que je m'y découvre déjà engagé, parce que tout l'être ne m'est pas donné en personne, et enfin, parce qu'un secteur de l'être m'est si proche qu'il ne fait pas même tableau devant moi et que je ne peux pas le voir, comme je ne peux pas voir mon visage. »

### **Quelques points clés du chapitre 9 : La musique et le sens du temps pour un malade Alzheimer**

La musique facilite l'accès aux émotions et aux sentiments mémorisés auxquels elle est associée. Elle permet la réminiscence d'anciens souvenirs. La déixis de l'apprentissage associée au souvenir des scènes intérieures liées à la musique, permet de parler d'une mémoire épisodique musicale.

La musique améliore les performances cognitives, l'expression des malades et leur créativité.

Le même texte servant de parole et mis en musique dans une chanson peut être appris et restitué.

La musique, comme l'imaginaire ou d'autres formes artistiques, sans faire appel à la synthèse d'un parcours de la signification et au langage, peut créer une présence à l'intimité de la personne.

On rentre peu à peu dans une ambiance musicale ou instantanément par l'instant « magique » du kairos.

La musique sort le malade des schémas tensifs où la maladie l'a enfermé.

La musique permet de repenser un événement antérieur, faisant émerger une nouvelle présence du monde à soi et permettant son recouplage à la présence de soi au monde.

La musique permet de retrouver une continuité dans le vécu temporelle du malade en rupture avec la discontinuité introduite par la maladie.

A l'entité temps, peu qualifiée dans le présentisme ou la désorientation temporo-spatiale du malade, la musique ajoute des qualités, accessibilité, continuité, sensorimotricité, simultanéité, qui font de la présence une compacité instantanée, condensant dans l'instant le présent, le passé et le futur.

## La reconstruction de la signification dans la démence

« Que la langue soit pour toi ce que le corps est aux amants.

Lui seul sépare les êtres et les unit. »

Friedrich Schiller

L'histoire clinique de Monsieur Henri présentée n'a pas une bonne fin. Elle a été pour les soignants comme pour les médecins l'occasion de se poser de nombreuses questions et de remettre en cause nos pratiques. Elle illustre la capacité des malades déments de pouvoir reconstruire en partie la signification de ce qu'ils vivent, de la transcrire et de l'exprimer dans un discours. La forme d'expression utilisée ici est un écrit. D'autres modalités de mise en œuvre sont possibles, peinture, modelage... La reprise de la signification chez le patient passe ici par le fictif, l'imaginaire, tout en gardant des liens importants avec la réalité du présent et en l'inscrivant dans son histoire de vie. Nous verrons les questions qui se posent dans la dialectique qui s'établit entre l'imaginaire et le réel du quotidien. La rédaction du récit que Monsieur Henri entame va changer son appréciation de la vie et son comportement. La démence ne sera pas guérie mais des formes de vie sont réapparues, jusque-là non manifestées depuis des mois chez lui. Ce cas clinique a été l'objet d'une brève publication dans une revue médicale (421). Nous verrons à son propos quelques conditions permettant le bon fonctionnement des ateliers psychothérapeutiques adaptés à la démence.

### I. Cas clinique de Monsieur Henri B

Monsieur Henri B est relativement jeune. Il a 72 ans. Il est marié et il travaillait autrefois comme pigiste pour la presse locale. Il présentait une forme particulière de démence, liée à une maladie à corps de Lewy. Outre les traits habituels que l'on trouve dans la maladie d'Alzheimer, cette maladie associe des troubles moteurs, avec des risques de chutes, un syndrome parkinsonien et très souvent, parfois de façon inaugurale, une dépression. Des hallucinations en particulier visuelles (elles sont des thèmes très variés, parfois renvoyant parfois à des chats, à des enfants) se manifestent de temps à autre de façon inopinée. Elles s'accompagnent d'agitation, de cris, de violence verbale et physique, très difficiles à contenir à domicile par un aidant non formé aux soins. Ces troubles ont été la cause de l'entrée en EHPAD de Monsieur Henri, il y a plus de six mois maintenant. Son épouse,

Madame B, elle-même âgée, ne pouvait gérer la situation. Lorsqu'il était halluciné, il levait parfois la main sur elle.

Monsieur Henri a une atteinte relativement modérée de la cognition (MMSE : 18/30). Il a perdu cependant ses repères temporels et spatiaux. Il lui arrive de se perdre entre les salles de l'EHPAD. Il est relativement autonome pour les actes de la vie quotidienne, à la condition qu'on lui prépare ce dont il a besoin. Il n'est habituellement pas agressif vis-à-vis du personnel, sauf lorsqu'il est halluciné ou après les visites de son épouse. Il est très solitaire, parlant peu, toujours avec des phrases courtes, des mots simples. Il reste silencieux la plupart du temps à table avec les autres résidents. En fait, il ne parle que pour réclamer son épouse. Quand Madame B vient le visiter, ce qu'elle fait plusieurs fois par semaine, Monsieur Henri a toujours le même discours : « *Ramène-moi la maison. Je ne suis pas chez moi ici. Pourquoi m'as-tu abandonné ? Tu ne m'aimes donc plus ?* » Son épouse en est culpabilisée. Il s'énerve souvent à la fin de ses visites. Il reste alors agité et agressif, parfois vis-à-vis des autres résidents. Puis après quelques heures, il se calme.

Monsieur Henri a une marotte. Il écrit. Son épouse lui apporte régulièrement des cahiers et des stylos. Cette habitude est déjà un peu ancienne chez lui. Son épouse nous apprend qu'il a recommencé à écrire il y a trois ou quatre ans, à peu près quand la maladie a commencé à se manifester, et qu'il a délaissé progressivement tout ce qui l'intéressait jusque-là. Ses écrits sont décousus, des suites de mots pas toujours signifiants et à l'orthographe incertaine, comportant beaucoup de phrases incomplètes, parfois sans verbe et très souvent sans complément : « *Il mange dans... ; le chat est sur la... ; la fille joue ... court boulanger* ». Parfois il parle de lui avec un "je", mais sans insistance : « *je m'ennuie, je veux..., chez moi* ». Lorsqu'il écrit, il est calme, mais il déteste être dérangé. Si on lui demande ce qu'il écrit, il ne répond pas. Ou il dit « *Ça me calme. Je n'entends plus de bruit dans ma tête. Ce bruit-là, personne ne l'entend. Je suis seul avec ma peur.* »

Son épouse nous a donné quelques détails sur son histoire de vie. Une période de sa jeunesse a été très difficile pour lui. À l'âge de douze ans, il a perdu brutalement son père à la suite d'un accident. Sa mère a dû reprendre un travail ce qui a conduit le jeune Henri en internat, à quelques kilomètres de chez lui. Il a accumulé ainsi, en quelques semaines, le deuil de son père et une rupture d'avec le domicile familial. Son épouse nous dit qu'il en était profondément marqué, et qu'il se détournait vivement des conversations lorsque celles-ci abordaient ce sujet.

À l'occasion d'un atelier récréatif, la psychologue du service, voyant écrire Monsieur Henri dans un coin de la salle plutôt que se joindre aux autres, lui dit : « Pourquoi ne pas nous écrire une histoire ? » Après quelques instants où il reste pensif, Monsieur Henri commence à écrire et ce pendant

un long moment. Il écrit une histoire, sur 2, 3 pages, celle d'un jeune garçon solitaire, qui vit chez ses parents. Son seul horizon est un jardin, mais il y est enclos, la porte qui donne sur l'extérieur est fermée. Un jour de beau soleil, la porte s'est ouverte en grand, une jeune fille est apparue. Elle lui a tendu la main et sa vie s'est remplie de joie... De façon étonnante, car tranchant avec ce qu'il écrivait auparavant, dans son texte les mots s'enchaînent, les phrases sont certes courtes mais elles sont bien construites et achevées. Les idées se succèdent de façon ordonnée dans le temps et dans l'espace. Monsieur Henri utilise parfois le "je" dans son texte lorsqu'il donne la parole au jeune garçon : « Je me souviens de la jeune fille. Je suis heureux... ». Dans l'ensemble, l'orthographe est retrouvée. Il y a parfois des erreurs, mais beaucoup moins que dans les textes antérieurs.

Monsieur Henri est manifestement heureux d'avoir écrit cette histoire. Il la lit posément et avec le sourire à la psychologue qui l'écoute avec attention et empathie. Après quelques échanges, elle lui demande : « *Quel est le titre de ce texte ?* » Et Monsieur Henri de répondre : « Le grand livre de l'éternité ». Monsieur Henri est heureux de lire aussi l'énoncé de son histoire aux autres pensionnaires, aux soignants. Il lit son histoire avec plaisir et avec le sourire. Il est détendu, jetant de temps en temps un œil pour vérifier l'intention de son auditoire. Il a du plaisir à **penser de nouveau**, à sortir du chaos de ses représentations internes (213). Il a du plaisir aussi à raconter à quelqu'un. Son temps de présence n'est pas seulement dans l'énoncé et ses composants passés et retrouvés au présent. Il n'est pas dans une énonciation\* textualisée, il est dans une énonciation\* vocalisée, il est dans la vie (268). Il installe un espace de plaisir dans un entre-deux où il trouve de la réciprocité avec un énonciataire. Son plaisir est partagé et donne consistance à la présence de chacun, consolidant chaque identité engagée dans la relation (218). Quand il commente son histoire, il retrouve une joie de vivre.

Cependant, il ne l'a jamais lue à son épouse. Il revient avec elle toujours à la même question : « *Quand est-ce que tu me ramènes à la maison ?* » Et il s'énerve. Il est blessant avec elle, et ensuite pendant plusieurs heures, avec toute personne qui s'approche de lui. Un soignant, un jour, a une parole très maladroite. S'adressant à son épouse, il lui demande de venir moins souvent, parce que les jours où elle vient, Monsieur Henri est énervé et qu'il ne la supporte pas. Madame B le prend très mal. Elle lui rétorque sèchement qu'elle viendra voir son mari quand elle le voudra. Ses relations avec le personnel de l'EHPAD vont se tendre, au point qu'elle décide de changer Monsieur Henri d'établissement.

## II. Commentaires de l'étude

Nous retrouvons chez Monsieur Henri B ce qui a déjà été rapporté chez Madame Marguerite précédemment au chapitre 9 : un événement de vie grave, brutal, inattendu a fait basculer le cours de

la vie. La question d'un traumatisme non élaboré dans les antécédents du malade et de l'émergence de la démence a été posée dans la littérature médicale (414). Pour Monsieur Henri, le décès de son père s'est accompagné de tristesse et l'internat a été une rupture difficile du domicile pour l'adolescent qu'il était. Il n'y a pas eu chez lui, à notre connaissance, de climat dépressif durant des années comme chez Madame Marguerite. Le deuil n'était certainement que partiel, puisque son évocation suscitait chez lui de vives réactions. Monsieur Henri a toujours expliqué que sa mère ne pouvait pas faire autrement, qu'elle avait repris un travail pour lui permettre de terminer ses études. Il ne s'est jamais plaint d'un manque d'affection de sa part. L'internat pour le jeune garçon était un lieu clos sur l'extérieur. C'était l'époque. Son domicile lui manquait.

### II-1. La réminiscence de l'événement et l'entrée en EHPAD

L'entrée en EHPAD, des années plus tard, ressemble à la rupture antérieure. Il quitte une personne aimée, son épouse, son domicile, et il se retrouve dans un lieu fermé pour des raisons de sécurité et pour limiter les risques d'errance des personnes âgées démentes. Jeune, il était confronté au deuil de son père. Il se confronte aujourd'hui à celui de sa bonne santé. L'entrée en EHPAD a dû rafraîchir de mauvais souvenirs chez Monsieur Henri. L'adolescent a vécu de façon similaire une rupture relationnelle et une privation de liberté.

La thématique du jardin clos et la porte qui s'ouvre, dans son récit, reprennent les dimensions tensives qu'il a parcourues préalablement. Dans son texte, le patient **reprend** le parcours précédent, mais dans un autre sens. La déprise de ce qui entrave l'actualisation des actes et la reprise dans une perspective ouverte permettent l'anticipation de l'avenir et de faire émerger une motivation (35). Dans une situation hermétiquement close, dans un jardin enclos, une porte s'ouvre (position fermée), une jeune fille apparaît, le prend par la main : la position devient ouverte. Le beau soleil, illumination extérieure renvoie à la dimension euphorique qui l'habite. Cette ouverture du monde est une ouverture à soi, une illumination en lui et pour lui. Il retrouve une liberté de mouvement pour lui et une vie relationnelle. Que ce soit par l'imaginaire ou par les émotions retrouvées et exprimées, l'éveil à une pensée apporte de la joie au patient. Il retrouve un plaisir perdu depuis qu'il était déshabitué à fonctionner mentalement (213, 294).

### II-2. L'espace tensif

Jeune enfant, Monsieur Henri vivait chez ses parents, dans un espace ouvert, avec certainement des règles familiales empêchant la béance éducative. Il avait une certaine liberté pour décider pour lui (mode de fonctionnement et raisonnement implicatifs) et il s'adaptait aux contraintes habituelles de la vie familiale (mode de fonctionnement et raisonnement concessifs). Lorsqu'il décidait

de faire quelque chose, son champ de perspective était ouvert. Les deux modes de fonctionnement alternaient. Sur le plan tensif, la mort de son père, pour l'adolescent, est malheureusement une situation irréversible, fermée hermétiquement dans le son déploiement spatial, et de très forte intensité (figure 1). Ses perspectives étaient alors extrêmement limitées. Il n'avait alors aucune possibilité d'emprise sur la situation et pas d'autres choix que de continuer à vivre en dépit du deuil (mode de fonctionnement concessif sans alternative).

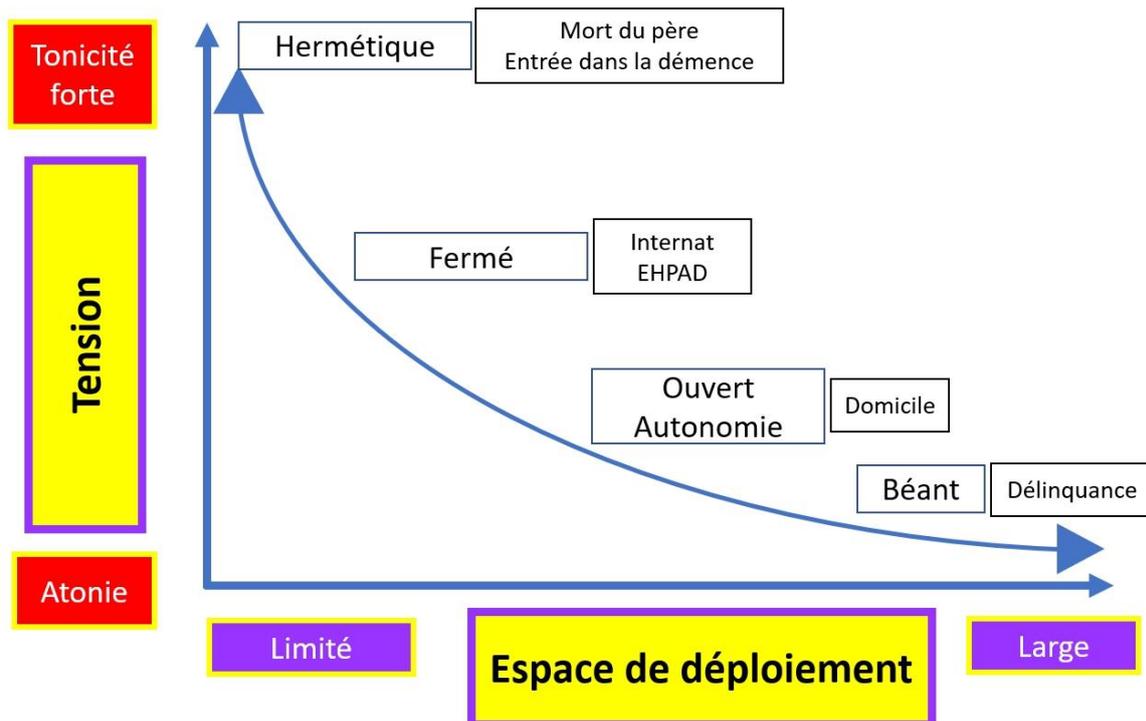


Figure 1 : Déploiement extensif spatial de l'espace tensif chez Monsieur Henri

L'internat est un lieu fermé, susceptible de s'ouvrir par exemple pour les vacances et pour le week-end, afin que le jeune puisse rejoindre son domicile. Le jeune Henri a traversé, avec de mauvais souvenirs, ces deux situations conjointes grâce à la présence affective de sa mère, malgré la séparation transitoire liée à sa scolarité. À son âge, sans l'appui et le recadrage de sa mère, une autre alternative aurait été possible, la réduction de la tensivité avec une ouverture vers une liberté totale, la béance de la délinquance, permettant un mode de fonctionnement débridé, rejetant toute contrainte extérieure : « *Si c'est ainsi, je fais ce que je veux* ». Bien entendu, cela tant que des éléments juridiques n'interfèrent pas sévèrement après un ou des actes particuliers...

Deuil de son père et internat à l'adolescence, maladie d'Alzheimer et EHPAD lorsqu'il est âgé, sont des événements marquants, fixant l'implication et privant la concession. La tension est maximale et l'extension nulle. La béance fixe l'implication et exclut la concession. La tension est ici minimale, et l'extension largement déployée. Les deux positions tensives extrêmes créent une schizie\* tensive et extensive<sup>175</sup> (273). Le récit de Monsieur Henri permet par l'imaginaire de supprimer cette schizie\* pour lui procurer un espace où concession et implication sont à nouveau possibles. Un champ de perspective est ouvert avec un horizon qui s'éloigne. Les troubles cognitifs de la démence ne permettent pas aux raisonnements implicatifs résiduels d'avoir une grande ampleur. Ils ne permettent pas au malade de s'ajuster aux difficultés rencontrées ni de persévérer dans ce qu'il fait pour avoir un résultat adapté à ses objectifs, d'accéder à des formes de vie de les laisser se déployer.

### II-3. L'énoncé du récit

En EHPAD, avant l'intervention de la psychologue, lorsque Mr Henri écrivait, il était dans son « petit monde ». Il détestait et protestait violemment si on essayait de l'en sortir, exprimant la forte tension qui l'habitait. Le bruit qu'il entendait dans sa tête pouvait refléter celle-ci. Il pouvait être d'origine hallucinatoire, le patient critiquant sa réalité, sachant qu'il n'était pas perçu par les autres : des hallucinés. Les hallucinations sont source d'importantes tensions psychologiques, le malade parle de peur et la tension psychologique facilite l'émergence des hallucinations.

Les fautes d'orthographe relevaient de difficultés d'accès aux bibliothèques sémantiques, point d'autant plus remarquable chez Mr Henri, qu'il se servait régulièrement de l'écrit pour son travail préalable. Ce qu'il écrivait était décousu, reflétant la discontinuité de sa pensée. Elle ne se déployait pas faute d'extensité dans sa position hermétiquement close. Il fait dans son nouveau texte moins de fautes d'orthographe parce qu'il améliore son accès aux bibliothèques sémantiques. L'espace s'ouvre à lui durant la rédaction de son histoire, sa tension interne retombe. Il retrouve du bien-être et par là une fluidité narrative. Son énoncé cohérent correspond à une représentation interne qui s'est partiellement reconstituée. Nous avons présenté avec Madame Mauricette H un effet similaire avec la chorale (chapitre 9). La patiente disait : « *Quand je chante, mes idées viennent toutes seules.* »

### II-4. L'énonciation\*

La proposition de la psychologue, « Pourquoi ne pas nous écrire une histoire ? », a une formulation intéressante. Elle commence par un pourquoi, ou un pour quoi : une invitation pour Monsieur Henri à choisir le thème de ce qu'il peut écrire. Elle lui suggère une position énonciative\*, lui

---

<sup>175</sup> Zilberberg C. *Éléments de grammaire tensive*. Page 205

proposant d'être rédacteur de son futur discours. Elle institue un énonciataire à travers le "nous" qui encourage à annoncer quelque chose à quelqu'un. Elle propose, en un mot, à Monsieur Henri de participer à une instance d'énonciation\*.

La position choisie par Monsieur Henri dans son texte n'est pas la sienne, un homme de 72 ans, malade et sans grand avenir. Il donne la parole à un jeune garçon, avec une large perspective de vie. Sa position dans le récit a une certaine ambiguë cependant, tantôt il fait parler le jeune garçon, tantôt il dit "je". Il inscrit sa présence dans le texte. Il ne raconte pas uniquement pour quelqu'un, la psychologue, les soignants, mais surtout pour lui. Il se dit à lui-même ses espoirs et ses rêves dans un espace-temps largement ouvert.

La psychologue a permis de faire la **médiation** entre **deux énonciataires**, l'un est externe et l'autre interne. L'histoire racontée met en scène son fantasme de retour à une jeunesse corporelle, à une liberté intérieure et extérieure. Sa présence à lui-même se fonde sur une réalité fictive, transgressive du réel qu'il n'accepte pas. Cette transgression est validée par la psychologue (422), qui sert ici d'analogon\*, permettant une nouvelle médiation, cette fois-ci entre **le réel déceptif du monde naturel et le réel de la présence à soi**. La psychologue fabrique en quelque sorte un alibi référentiel pour avoir une bonne raison et les moyens de sortir d'un monde du langage impossible, inaudible, inarticulable, pour entrer dans un espace fictif où les mots enfin peuvent reprendre sens <sup>176</sup>.

Le temps du récit n'est pas celui du temps présent, inacceptable pour le malade. Dans son récit, il présentifie le présent et le passé. Hors du récit, il est dans le présentisme. Sortir le malade de son rêve pour le réinscrire dans le présent en lui disant par exemple « *Votre rêve ressemble à votre vie* », briserait la "magie" de l'instant. L'instant du récit, le temps du rêve, est le temps de la durée pour Monsieur Henri et il réfère au titre de son texte au livre à l'éternité.

La magie de l'instant est reconstituée chaque fois que Monsieur Henri reprend son discours, lorsqu'il raconte son histoire, c'est-à-dire tant qu'il a un énonciataire extérieur. Le discours pour soi n'est pas suffisant pour entretenir la flamme de l'imaginaire. Madame Marguerite après un événement lié à un chant entendu par hasard, a pu se réinscrire dans des activités de jeu, dans les relations avec les autres pensionnaires, dans les échanges avec sa famille. Cependant, nous avons rencontré

---

<sup>176</sup> Roland Barthes. L'Empire des signes. Page 15 : « Le rêve: connaître une langue étrangère (étrange) et cependant ne pas la comprendre: percevoir en elle la différence, sans que cette différence ne soit jamais récupérée par la socialité superficielle du langage, communication ou vulgarité; connaître, réfractées positivement dans une langue nouvelle, les impossibilités de la nôtre; apprendre la systématique de l'inconcevable; défaire notre « réel » sous l'effet d'autres découpages, d'autres syntaxes; découvrir des positions inouïes du sujet dans l'énonciation, déplacer sa topologie; en un mot, descendre dans l'intraduisible, en éprouver la secousse sans jamais l'amortir, jusqu'à ce qu'en nous tout l'Occident s'ébranle et que vacillent les droits de la langue paternelle, celle qui nous vient de nos pères et qui nous a faits à notre tour, pères et propriétaires d'une culture que précisément l'histoire transforme en "nature".

Monsieur Robert M au chapitre 5. Il s'était éveillé après un épisode de rencontre avec des gardes forestiers. Son discours s'est tari par lassitude de son auditoire, et le patient s'est à nouveau emmuré dans le silence. La qualité du résultat obtenu par ses expériences d'éveil dans des ateliers, ou parfois par des événements bénéfiques survenant accidentellement, ou lors de rencontres, est conditionnée par le maintien de l'instance d'énonciation\*. Sortir le malade de sa position d'énonciateur, le priver d'énonciateurs, le ramener au réel du monde naturel avec l'idée de le réinsérer dans le temps quotidien, toutes ces intentions et attitudes détruisent la présence à soi et au monde. La réalité de la présence, pour Monsieur Henri et d'autres patients, est dans la fiction.

Monsieur Henri M prend la parole à propos de son récit avec les résidents et avec les soignants. Il n'en a jamais parlé à son épouse. Certes il l'aime, certes il a compris que sa demande de retourner chez lui est impossible à satisfaire. Mais elle est un analogon\* fonctionnant dans l'autre sens que celui de la psychologue, le sortant de l'imaginaire pour le renvoyer dans le réel quotidien. Elle est celle qui le ramène, bien malgré elle, au réel du quotidien. Présence à un réel insupportable du monde naturel et présence bienveillante à l'imaginaire ne sont pas compatibles. Lors de sa réalisation d'une œuvre d'art, l'artiste est le sujet et l'objet d'une dialectique entre l'imaginaire, la fiction, et le réel de la technique. Le rêve devient réalité que lorsque celle-ci est réalisée, pour un observateur extérieur, mais la séparation du rêve, ou de la dialectique, sont difficiles parfois pour l'artiste. Certains détruisent leurs œuvres lorsqu'elles sont achevées<sup>177</sup>. Comme de l'huile et de l'eau, les deux domaines ne se mélangent pas, mais se succèdent. Ricœur maintient très fermement le verrou de la distinction entre l'histoire réelle et la fiction<sup>178</sup> (423). Leur couplage et la dialectique qu'ils instituent sont une voie thérapeutique possible dans la prise en charge des déments.

#### II-5. Le conflit entre Mme B et les soignants

La demande faite par le soignant à Madame B, à propos de ses visites auprès de son mari allume le conflit avec les soignants. Le soignant a fait une demande de limiter ses visites, et il y a associé, grande maladresse, une opinion sur une causalité relationnelle. Toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire, surtout dans de tels termes. « La vérité persécutée n'est pas pour lui simplement une vérité mal approchée. La persécution et l'humiliation par excellence à laquelle elle expose sont des modalités du vrai. La force de la vérité transcendante est dans son humilité » (424). Madame B s'en est vexée et elle a traduit la demande comme injonction qui heurte sa liberté de venir voir son époux

---

<sup>177</sup> Claude Monet, Zao Wou, Ki, Francis Bacon, Paul Ducas, Georges Méliès, Georges Malkine, Nicolas Gogol et le tome II des âmes morte... ont détruits une partie de leurs œuvres.

<sup>178</sup> Paul Ricœur. La marque du passé. Revue de métaphysique et de morale. Page 15 : « La représentance exprime le mélange opaque du souvenir et de la fiction dans la reconstruction du passé. »

quand elle le veut. Le schéma narratif de l'intersubjectivité proposée au chapitre 8 (figure 1) n'a pas été mis en place. Il n'était plus possible de se mettre autour d'une table pour négocier quoique ce soit. Les formes permettant un échange avec elle n'ont pas été mises en place. Il aurait été préférable à un soignant prenant de son chef une initiative maladroite que la discussion soit entamée avec le médecin de l'EHPAD ou avec la directrice, et ceci après une concertation interdisciplinaire au sein de l'équipe de soins.

La demande du soignant d'espacer ses visites accentue la culpabilité de Madame B qui a institutionnalisé son époux contrainte et forcée. Elle a pris la remarque comme une injonction à ne plus venir et peut-être comme une agression personnelle. Il s'agit ici d'une interprétation de sa part, en raison du climat de tension généré par la forme de la demande du soignant. La réalité rapportée par le soignant est une lecture superficielle, à partir des comportements de Monsieur Henri. Un plan profond aurait dû être pris en compte, car des valeurs importantes sont mobilisées par Madame B et dans le couple : leur amour, leur désir d'être ensemble, leur volonté de satisfaire leurs désirs et leurs besoins réciproques. La **liberté sans entrave** est ici essentielle, même si les choses ne pourront plus être comme auparavant. Du côté du soignant, d'autres valeurs sont convoquées, son dévouement pour le bien être des résidents, ce qui ne concerne pas seulement Mr Henri, mais aussi les résidents qu'il côtoie, l'application à bien faire son travail, le peu de temps qu'il a à y consacrer. Le **règlement et l'autorité administrative** de l'EHPAD vont dans son sens. Leur application à la lettre génère des conflits avec les familles de résidents.

Une prévention du conflit aurait été possible, en respectant les formes, et en réfléchissant préalablement au fond de ce qui pouvait être dit et ce qu'il fallait négocier avec Mme B. Il ne fallait pas prendre Mme B de front. Le contenu de la demande du soignant aurait pu être élaboré, et éviter tout ce qui pouvait conduire à être perçu ou à être interprété comme des injonctions par Mme B. Les familles en EHPAD sont souvent sous le registre de l'affectif, les soignants sur le registre de l'efficacité de leur travail. Ce n'est pas toujours le même personnel qui recueille l'histoire de vie du malade et de sa famille à l'entrée en EHPAD, et celui qui exerce le soin sur le terrain. Le dossier d'entrée reste parfois au secrétariat, et non dans la salle de soins. Les soignants en EHPAD sont souvent seuls, les temps de transmissions où l'équipe se regroupe quelques instants pour discuter des résidents, ne sont pas suffisants pour élaborer le fond des difficultés rencontrées avec les familles et les malades institutionnalisés. Les situations ne sont souvent que simplement évoquées, des consignes claires ne sont pas toujours données ou alors ne sont pas toujours précises : « *Tu sauras bien lui dire... Tu le diras son épouse, ça fait partie ton métier...* ». En matière de psychologie des familles, les soignants n'ont guère de formations. Il en résulte ici une formulation d'interdits du côté du soignant, des injonctions,

et une interprétation des obligations qui heurtent les droits inaliénables que revendiquent toutes les familles en EHPAD (figure 2), qu'elles considèrent comme leur droit prescrit par la Loi. Une formulation à partir de leurs subcontraires que sont le **permis** (non-injonction, non interdit formel) et le **facultatif** (non prescrit, non obligation de faire) auraient pu être introduits. Le permis assouplit l'application des normes et du règlement, sans les renier, le facultatif laisse un espace d'action ou de retrait sans désavouer la liberté.

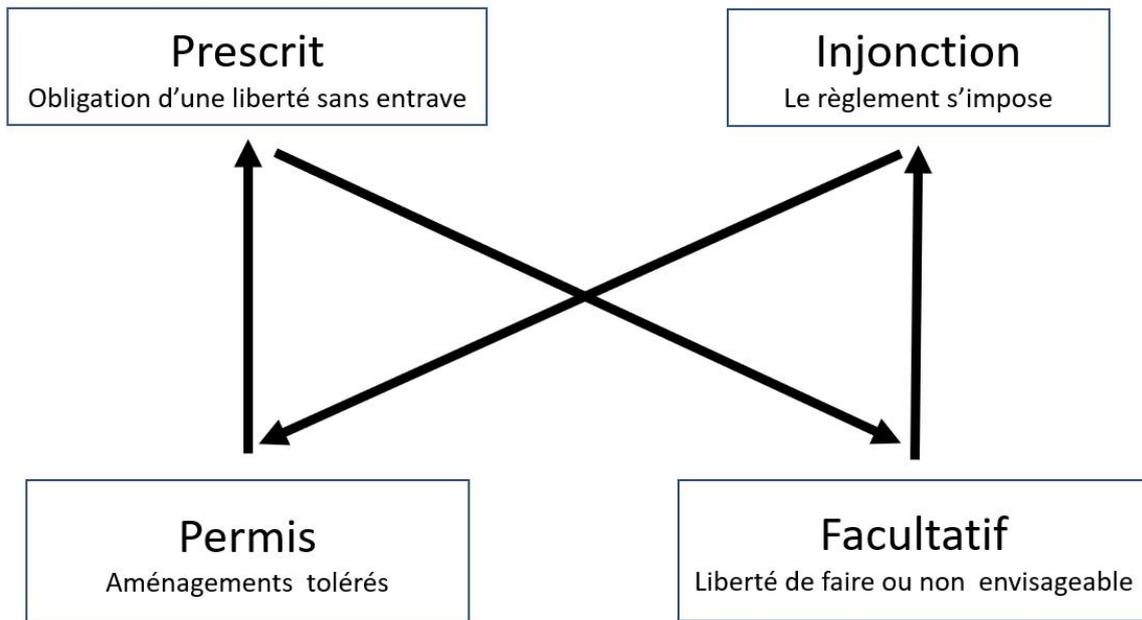


Figure 2 : Schéma d'affrontement de la liberté et des contraintes réglementaires

### III. La psychothérapie de l'ellipse

« En psychothérapie, tout commence par un discours sur soi, ce que nous avons appelé "la psychiatrie de l'ellipse" ». Elle décrit une figure avec deux centres. « Le premier fonctionne en débrayage énonciatif, le second en débrayage énoncif, et c'est l'aller-retour entre ces deux centres que se déroule le chemin initiatique de la psychothérapie »<sup>179</sup> (18). Le schéma de l'ellipse<sup>180</sup> est présenté sur la figure 3. L'ellipse est ainsi proposée comme une méthode de thérapie, appliquée par Darrault-Harris et Klein dans le champ de leur travail, non pas à la démence mais à la psychose.

<sup>179</sup> Ivan Darrault-Harris et Jean-Pierre Klein. Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création. Page 87

<sup>180</sup> Ibid. Page 269

Néanmoins, nombre d'éléments proposés par ces auteurs sont transposables à la pathologie cognitive des personnes âgées.

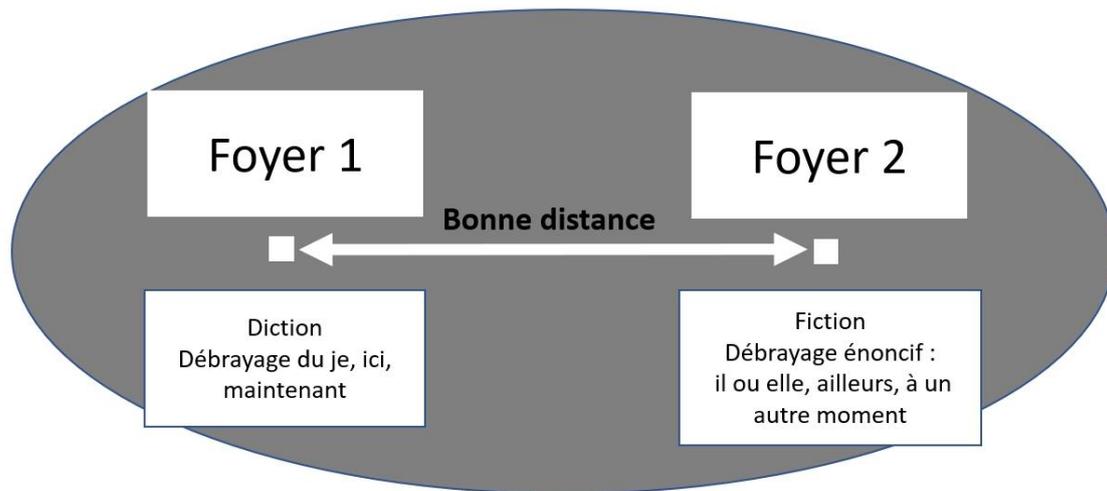


Figure 3 : Le schéma de l'ellipse

### III-1. Les approches différentes entre la psychose et la démence

Un point de différence cependant l'approche psychothérapeutique des deux pathologies. Dans la psychose, il s'agit de créer, d'engendrer un sens absent chez le malade dissocié du réel. Dans la démence, il faut libérer le sens. Il est jusque-là inaccessible interdit, mais il a été présent. Il ne s'agit pas d'écrire, à proprement parler, un texte, mais d'ouvrir le livre de la vie du malade à la bonne page du passé pour qu'il puisse en reprendre la lecture dans le temps présent (présentification) et pour qu'il puisse réinscrire sa présence à lui-même. Dans la psychose, le malade ne gère pas sa présence au réel. La dialectique entre le réel et l'imaginaire est à éviter. Dans la démence, elle doit être recherchée. Le patient est en attente d'une restauration de soi au monde.

Des problématiques psychiatriques concernent aussi bien des psychotiques que des patients déments : l'organisation de la pensée. Cependant, chez les premiers, celle-ci est perturbée par des conflits remontant à la première enfance, entretenus par des tensions libidinales importantes, des problématiques œdipiennes ou transgénérationnelles, qui n'apparaissent pas ou peu chez les seconds. La désorganisation de la pensée dans la démence a une double origine, dans l'organicité, la neurodégénérescence et dans l'altération de la psychodynamique de la construction de la signification et du fonctionnement mnésique.

### III-2. Les ateliers psychothérapeutiques utilisant l'ellipse

Dans la méthodologie des ateliers utilisant l'ellipse avec des malades psychotiques, une instance énonciative<sup>181</sup> est construite. Les actants de l'énoncé y sont clairement distincts du malade. On peut proposer au malade sous diverses modes d'expression, dialogue, dessins, marionnettes... Divers personnages fictifs peuvent être mis en scène dans l'énoncé : un renard rattrapant des lapins, des personnages inventés etc. Le malade débraye de sa position énonciative mais il n'embraye pas pour autant dans un autre discours. Il reste à distance de l'énoncé. L'énoncé traduit une fiction de ce que pourrait être une réalité. Celle-ci peut alors refléter une difficulté de l'organisation symbolique chez le malade. Le patient psychotique est débrayé de la position énonciative et de la position énonciative. Par le dialogue et un éventuel recadrage avec le psychologue, quelques éléments constructifs du sens peuvent émerger de ce qu'il vit et qui peut faire sens pour lui. Les assemblages symboliques exprimés dans l'énoncé peuvent refléter une réalité interdite du malade ou ses efforts pour élaborer le sens absent du fait de la psychose. Dans la démence, il s'agit de faire émerger non pas un sens absent mais de faire réémerger un sens perdu. « Soit je sais ce qui est, mais je ne le sens pas, comme dans la schizophrénie, soit je ne sais que très partiellement ce qui est, et ce qui subsiste est ressenti, comme dans la détérioration mentale »<sup>182</sup> (2).

Le centre énonciatif est provisoirement mis de côté, pour permettre la création du centre énonciatif, permettant d'établir une sorte de déviation, de construire un détour, pour éviter un obstacle psychologique, infranchissable et pourtant jusque-là incontournable. À partir de ce nouveau centre imaginaire, un sujet fictif participe à un simulacre d'action. Le sujet débraye de son "je", de l'énonciation dans le monde naturel, pour y substituer un "il" ou un "elle", pour décrire les actants de l'énoncé sans s'y impliquer. « L'/ici et maintenant/ ne peut se vivre que si ces /ailleurs/ voire /nulle part/ l'entourent, le décontaminant un peu des pensées invasives de la folie, de la mort et de la destruction »<sup>183</sup>, disent Darrault-Harris et Klein à propos de la prise en charge d'un psychotique<sup>184</sup>. Les actants de l'énoncé doivent être assez vivants pour fragiliser les réflexes défensifs, assez vibrants pour

---

<sup>181</sup> Sujet actant dans l'espace et le temps d'un énoncé d'une situation imaginaire.

<sup>182</sup> Jean Claude Grulier. Eugène Minkowski. Philosophe de la Psychiatrie. Page 46

<sup>183</sup> Ivan Darrault-Harris et Jean-Pierre Klein. Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création. Page 97

<sup>184</sup> Eugène Minkowski. Le temps vécu. Pages 367-368 : « En effet, nous avons mis en évidence que la notion du "moi-ici-maintenant" était conservée se montrait agissante chez les paralytiques généraux, et cela malgré leur désorientation dans l'espace, au sens clinique du mot, tandis qu'au contraire, elle perdait sa tonalité chez les schizophrènes. Un facteur d'ordre nettement spatial, le "ici" du "moi-ici-maintenant" se trouvait ainsi situé du côté des facteurs irrationnels de la vie et était opposé à l'espace intelligible ».

figurer et créer des êtres de chair et de sang, assez poétiques pour une représentation langagière, pour manifester une présence du référent auxquels ils renvoient<sup>185</sup>.

Le deuxième centre, énoncif, imaginaire et distinct du référent, donne l'illusion et seulement l'illusion d'un embrayage réussi, permettant de dégager une certaine authenticité à la fiction, et introduisant le sujet dans un monde nouveau, comme Alice au-delà du miroir. Ce monde ne doit pas être merveilleux, mais rester proche de l'ordinaire. Des questions non formulables dans le monde quotidien peuvent être alors élaborées et exprimées dans ce petit monde artificiel adapté aux psychotiques.

#### **IV. Retrouver le sens par les ateliers psychothérapeutiques**

Une transposition de cette méthodologie est possible dans la démence. Un écueil est à éviter toutefois chez les personnes âgées, l'infantilisation. Les personnages choisis dans l'énoncé ne doivent pas renvoyer à des actes qu'un enfant produirait. La dépersonnalisation du sujet de l'énoncé n'est pas nécessaire et est probablement non souhaitable sur ce terrain.

Dans la démence, en particulier dans l'exemple présenté avec Monsieur Henri, le patient a choisi d'établir un lien entre l'actant de l'énoncé et lui-même. Les positions énonciatives ne sont pas les mêmes que pour l'ellipse. Il ne s'agit pas simplement d'une énonciation énoncée, mais d'un changement de position d'énonciateur qui, à partir du réel, entre dans la peau d'un jeune personnage, certes fictif et imaginaire, mais dont il partage les caractéristiques identitaires et actancielles. Le changement de statut de l'énonciateur ne crée pas un récit de novo, il **reprend un récit de vie jusqu'ici inaccessible et indicible.**

##### **IV-1. Quatre conditions préalables**

Dans les conditions préalables à la mise en route d'un atelier utilisant l'ellipse chez des psychotiques, Darrault-Harris et Klein insistent sur la partition entre les lieux de vie et le lieu de déroulement de la psychothérapie<sup>186</sup>. Cette condition n'est pas indispensable dans la démence. Au contraire, sous la réserve de calme et de confort, la coïncidence des deux lieux évite, chez le sujet dément, un dépaysement et lui permet de se raccrocher à quelques bribes du réel de la vie quotidienne, **permettant la dialectique entre celui-ci et l'imaginaire.**

---

<sup>185</sup> Ivan Darrault-Harris et Jean-Pierre Klein. Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création. Page 96

<sup>186</sup> Ibid. Page 238

L'atelier peut prendre diverses configurations pour favoriser l'expression du malade selon ses goûts et les possibilités offertes par l'environnement où il vit : peinture, musique, écriture... **Le patient doit avoir la liberté de choisir** ce qui lui correspond le mieux en termes de mode d'expression et sur les thèmes qu'il souhaite mettre en scène. Toutes contraintes ou normes aboutiraient à renforcer ses résistances pour s'opposer au réel, à accroître son inertie à participer à quelque chose, et l'inviter à demeurer dans son présentisme. Le malade dément présente certes de fortes résistances. Elles pallient ses faibles défenses psychologiques, puisqu'il ne dispose plus des moyens cognitifs pour élaborer ses conflits internes, pour les contenir et pour les exprimer. Il est particulièrement vulnérable aux sollicitations incisives, parce qu'il préfère s'enfermer dans son monde pour s'en protéger.

Ceci ouvre la quatrième condition de la bonne réalisation d'un atelier : **l'empathie, la douceur et la patience du soignant** pour faciliter et encourager le malade, pour valider ce qu'il exprime (422). Un « bon » énonciataire permet au patient de contourner les obstacles à sa vie imaginative et retrouver un minimum de présence à soi.

#### IV-2. La place de la relation "je-tu"

Le malade est en butte à deux formes de souffrance qui doivent être prises simultanément en charge dans l'atelier. D'une part, il présente de nombreuses **tensions internes** en particulier dans la conscience de ce qu'il était et ce qu'il est aujourd'hui, mais aussi de façon ambiguë dans son désir de changer et dans ses résistances à mettre en œuvre le changement avec l'aide d'un tiers aidant. D'autre part, il peut souffrir des **résistances provenant des autres**, famille, résidents, et aussi soignants, qui ne peuvent pas matériellement ou qui ne veulent pas toujours accéder à sa satisfaction. La démence invite à remettre en cause leur économie psychologique personnelle, ce qui demande un effort sur soi pour s'adapter à l'autre.

Le soin, comme dans la vie courante, ne peut se limiter à l'approche cognitive ou affective de l'autre. Ils impliquent un engagement dans la relation "je-tu". Le "tu" est ici intéroceptif et non l'expression verbale d'un tutoiement recherchant la familiarité et la sujétion du patient vulnérable. Le "je" a une responsabilité dans la relation avec un "tu" (218). Le "je" est une présence existentielle du soignant à lui-même. Il prend position dans le champ de présence à l'autre, et ouvre une perspective pour un futur non encore défini dans le champ relationnel. La présence à soi du "je" est une parole en soi, une présence au "tu" (425). Le "je" est en soi accueillant de l'autre en ce qu'il est et en ce qu'il vit. Cette responsabilité présuppose une intentionnalité affective fondée sur l'amour. Elle présuppose encore que l'autre, le "tu" ait une réelle valeur dans ce qu'il est, dans ce qu'il fait, dans ce qu'il ressent pour le "je", et que le "tu" revête pour "je" un sens en soi (426). La participation affective du soignant

est dans le laisser-vivre d'une sympathie (426). Elle peut être une simple représentation cognitive de l'affect du malade, qu'importe le mode de saisie impressive, sémantique, molaire ou même technique. Elle présuppose cependant le respect du patient et de ses désirs, et que la thérapie soit orientée vers une réhabilitation du sens de la vie: la liberté de la **volonté du malade** opposée aux attitudes normatives et au déterminisme institutionnel, la prise en compte de sa **volonté de sens** dans les efforts qu'il fait pour la mettre en œuvre et se raccrocher à un réel où il aimerait vivre, et le **sens de sa vie**, son élan vital (264, 427). Cette triade définit la place de la logothérapie selon Frankl<sup>187</sup> (428).

La participation affective peut-être la compréhension pour soi des sentiments d'autrui et de sa souffrance pour les vivre, ce qui fait appel aux neurones miroirs (409). Elle nécessite de la part du soignant de constituer une représentation interne de son propre affect sur laquelle il peut construire une présence. La participation affective présente cependant des dangers qui nécessitent soit une supervision, par exemple par la psychologue d'un EHPAD, soit par le travail en équipe pour limiter les risques pour soi et pour l'ensemble des soignants, car exposant à la fatigue de compassion (360). Le premier risque est la contagion affective dans le groupe soignant, la dissolution de la relation "je-tu", singulière dans une relation "nous-tu" collective, dépersonnalisée. Le deuxième danger est la fusion affective, la dissolution du "je", dans le "tu", qui prend certes en compte la dimension affective, mais perd tout sens et tout appui thérapeutique.

#### IV-3. Relancer la narrativité"

Enfin, trois remarques seront faites sur le bon usage du kairos et temps opératoire pour relancer la narrativité du malade. Les temps opératoires et les temps du kairos sont à dissocier. L'animateur doit négocier leur dialectique en participant à un co-récit avec le patient, en lui en laissant toute fois l'initiative. La première remarque porte sur le repérage de la cible opportune pour le sujet. Elle est une piste avec le repérage des agirs du patient pour trouver le bon analogon\*. Il faut rechercher dans l'histoire de vie du patient l'événement ou les événements qui entravent sa narration personnelle. De façon générale, des prises de conscience se rencontrent dans toute histoire humaine. Elles sont habillées d'événements lourds de signification, heureux ou malheureux, moments qui font basculer les décisions. Certains sont des entraves incontournables et non contournées. L'événement de vie est une « péripétia » dans le théâtre grec, un changement radical de la trame de la pièce. Il interrompt le récit qui accourt jusque-là et réorganise l'intrigue. La dimension narrative en soins et la

---

<sup>187</sup> Victor Frankl. Découvrir un sens de sa vie avec la logothérapie. Page 133 : « C'est à chacun de choisir ce dont il veut être responsable, envers quoi ou envers qui. »

prise en compte de l'histoire de vie du malade et de l'histoire de sa maladie, de leurs interactions. Le vécu du malade intègre cette rupture que représente pour lui la maladie. Aider le malade à mettre avec ses mots l'expérience vécue et pour le soignant l'écouter de façon empathique, puis l'aider à la mettre dans le discours et à le raconter, c'est lui permettre de construire une intention tournée vers un a-venir. Pourquoi ou pour quoi raconter à autrui « Le temps devient humain dans la mesure où il est articulé de manière narrative »<sup>188</sup> (429). La seconde porte sur le temps opératoire du déroulement de l'atelier, le soignant est actant de contrôle de ce qu'il anime. Il s'agit de soulager la souffrance qui s'impose au malade et lui est insupportable. Il doit tester les perspectives qui permettent au malade de se débarrasser de ce fardeau, « par égard pour cet être même »<sup>189</sup> (430). La troisième porte sur le kairos. Faire émerger un Kairos chez le malade n'est pas uniquement faire émerger une présentification, c'est aussi lui apporter une garantie de sollicitude et de solidarité pour le futur (377). Il s'agit donc de faire de la narration d'autrui une nouvelle expérience d'un éprouvé ancien, validé par l'empathie de l'énonciataire, pour que le sujet s'approprie la transformation du vécu de son expérience initiale.

---

<sup>188</sup> Paul Ricœur. Temps et récit I. L'intrigue et le récit historique. Page 17

<sup>189</sup> Frédéric Worms. Le moment du soin. A quoi tenons-nous ? Page 21

## **Quelques points clés du chapitre 10. Cas clinique N°2 : la reconstruction de la signification dans la démence.**

L'émergence de la démence peut être liée à un traumatisme non élaboré dans les antécédents du malade. Des difficultés comportementales du malade peuvent renvoyer à des mauvais souvenirs rafraîchis par un événement ou une rencontre.

Sortir le malade de sa position d'énonciateur, le priver d'énonciataire, le ramener au réel du monde naturel avec l'idée de le réinsérer dans le temps quotidien, détruisent la présence à soi et au monde.

Comme de l'huile et de l'eau, les deux domaines du réel au monde et de l'imaginaire ne se mélangent pas, mais se succèdent. Leur couplage et la dialectique qu'ils instituent sont une voie thérapeutique possible dans la prise en charge des déments.

Un analogon est un médiateur de ce couplage, introduisant indifféremment un des deux domaines à l'autre. Outre la médiation entre le réel déceptif du monde naturel et le réel de la présence à soi, elle intervient entre deux énonciataires, l'un est externe et l'autre interne, le malade lui-même.

Le déploiement de l'espace intérieur et la réduction tensive facilitent l'accès aux bibliothèques sémantiques. Ils permettent d'organiser la représentation interne, ce qui se traduit par un énoncé structuré et d'accéder à une présence à soi et au monde, manifestée dans le discours.

La béance extensive fixe implication et exclut la concession. L'hermétique fixe la concession et fixe l'implication. L'imaginaire supprime cette schizie et procure un espace où concession et implication sont à nouveau possibles.

Dans la démence, il est nécessaire d'ouvrir le livre de la vie du malade à la bonne page du passé pour qu'il puisse en reprendre la lecture dans le temps présent (présentification) et réinscrire sa présence à lui-même.

Un énonciataire empathique permet au patient de contourner les obstacles à sa vie imaginative, et retrouver un minimum de présence à soi. Un "je" existentiel doit s'engager dans la relation "je-tu" pour se positionner dans le champ de présence ou ouvrir une perspective sur un avenir.

La démence invite à remettre en cause l'économie psychologique personnelle des aidants bien-portants, ce qui demande un effort sur soi pour s'adapter à l'autre.

La logothérapie de Frankl s'appuie sur la liberté de la volonté du malade, sur la prise en compte de la volonté de sens dans les efforts qu'il déploie, et sur le sens de sa vie qu'il cherche à retrouver.

## Cas clinique de Mr Gilbert : analyse d'une pratique

« L'action violente ne consiste pas à se trouver en rapport avec l'autre ;  
C'est précisément celle où on est comme si on était seul ».

Emmanuel Levinas

La fréquence et la gravité des troubles du comportement croissent avec la progression des troubles cognitifs associés à la maladie d'Alzheimer (157, 431). Ils sont difficiles à appréhender pour l'entourage. Ils participent avec la prise en charge de la dépendance au fardeau à gérer par les aidants. Ils sont liés à la confusion du malade, à l'approximation de ses jugements et d'autres part aux tensions internes auxquelles il est en butte. Certaines pratiques maladroites du patient sont qualifiées parfois trop vite comme aberrantes ou comme troubles du comportement. Dans ses actes le malade trouve du sens et inscrit une identité. Il dit par leur intermédiaire quelque chose et s'adresse à quelqu'un. Les altérations de la mémoire épisodique et du jugement accentuent la vulnérabilité et la dépendance du patient. La mémoire procédurale, les émotions, les affects sont longtemps préservés chez le patient. Le malade s'appuie sur ces ressources cognitives résiduelles et il lutte pour maintenir une inscription sociale et familiale. Ses praxies sont détériorées creusant souvent dans son vécu un écart entre ce qu'il cherche à actualiser et ce qu'il réalise effectivement dans ses entreprises. Il bute aujourd'hui sur des obstacles incontournables, contrastant avec ce qu'il réalisait habituellement facilement autrefois. Il s'entête et il n'ajuste pas sa pratique. Il n'en a plus les moyens cognitifs. Donc il persiste dans ce qu'il fait jusqu'à ce qu'il se lasse de ses répétitions. Ses échecs le conduisent à renoncer et à se confronter peu à peu à un apprentissage de l'impuissance (252), puis à la démotivation. Les troubles praxiques exposent parfois au délabrement de l'espace de vie et à la mise en danger du patient ou de son entourage : gaz non éteint, robinet d'eau non arrêté... Les désordres praxiques, les échecs vécus par le malade ont encore de graves retentissements sur l'anxiété et la dépression. Ils éliminent l'estime de soi et sont source d'angoisse.

La démence altère les fonctions exécutives\* et par-là les praxies. L'absence de réussite des entreprises est rebutante pour le malade. Il peut encore être découragé par l'incompréhension de son entourage. Une circularité pathologique s'installe : action stérile du malade-incompréhension de l'entourage-action stérile du malade. Ses proches ne le reconnaissent plus à travers des comportements jugés déraisonnables, rattachés à la maladie et non au malade, ce qui est dépersonnalisant. Les aidants peuvent craindre la récurrence des désordres comportementaux épuisants à contenir. En ne soutenant pas les efforts du patient, ils se privent ainsi d'une ressource de soins. Le renoncement à entreprendre, le repli sur soi et le désapprentissage progressif favorisé par les troubles mnésiques, accentuent les troubles exécutifs (351) et majorent les pertes d'autonomie du malade. L'aider, c'est prévenir l'accroissement de la dépendance. Les désordres comportementaux ne sont qu'une manifestation superficielle des troubles praxiques. S'ouvrir au sens du symptôme sous-tendant ce que les aidants qualifient comme un trouble du comportement lié à la démence, est une première ouverture vers le soin centré sur la personne et vers l'étayage identitaire de la personne malade. Nous l'illustrons par l'analyse d'un cas clinique concernant Mr Gilbert H. L'analyse d'une situation présentée vécue par ce patient porte sur les interactions entre les composants d'une scène pratique. Ils convoquent des questions de sens pour le malade comme pour les soignants qui le prennent en charge. Une tension naît entre eux par leur approche différente du sens. Les désordres praxiques naissent des anomalies de ces interactions qui pourraient se corriger et des contre-sens. Nous les avons déclinés dans un article médical fait dans le cadre de cette thèse (24). Nous les reprenons et les complétons.

À travers la mise en œuvre de soi dans une pratique se dessine la marque de l'identité, l'Homo faber\*<sup>190</sup> (264), l'Être qui se manifeste en tant que présence intelligente au monde, présence créatrice et inventive, architecte du réel. L'Être est à la fois inscrit dans l'élan vital (264) et est actant de contrôle de sa manifestation pour maintenir le contact avec le réel et le transformer (31). Le "je" prend place dans une action d'énonciation de l'énoncé de l'action à travers ses dimensions syntagmatique et paradigmatique\*. Le malade affirme et assume quelque chose à travers ses actes. Il transforme à travers eux l'interprétation du monde où il vit. Il s'adresse à un énonciataire, formulant dans ses pratiques une à son entourage.

Le "je" est la marque de la présence, le pivot du choix de la direction de la signification dans l'entreprise et la singularité de l'intention. Le "je" peut cependant être exclu de l'action, et sa présence

---

<sup>190</sup> Henri Bergson, L'Évolution créatrice. Page 138-140 : « En définitive, l'intelligence, envisagée dans ce qui en paraît être la démarche originelle, est la faculté de fabriquer les objets artificiels, en particulier des outils à faire des outils, et d'en varier indéfiniment la fabrication »

s'effacer dans la programmation d'une pratique réduite à une simple mise en œuvre d'actions issues de la mémoire procédurale. Le "il" déroule alors un programme issu des habitudes et des gestes surappris dont le sujet n'a qu'une faible conscience. Le "je" peut s'exclure, se débrayer de l'action, le sujet cramponnant une pensée opposée au réel auquel pourtant il donne une forme. Le sujet devient un "il" dans ce qu'il fait, dépersonnalisant volontairement ses actes. La présence à soi est dans l'opposition au monde et aux autres, l'action est dans le retrait du monde à soi et l'investissement dans un « petit monde » différent de celui du quotidien qu'il rejette. Dans ce qu'il fait, Monsieur Gilbert dira de lui : « *Il n'est plus rien, Monsieur Gilbert* ».

Trois mondes sont rencontrés dans la maladie d'Alzheimer. Le monde du quotidien du malade, le réel qu'il partage et avec ses aidants, sa famille et avec lesquels il interfère, le monde où il est présent dans un champ spatial, temporel et actanciel. Ce monde reste accessible au début de la maladie. Avec la progression de la maladie, il se désynchronise de ce monde, l'espace se rétrécit tous les jours un peu, comme l'univers de Chloé dans « L'écume des jours » de Sartre. Ses actions ont de moins en moins de consistance et de cohérence. La présence du malade s'efface progressivement du monde, passivement, mais bientôt il s'en retire activement, dans un esprit de polémique, comme reprochant aux autres et au monde leur inaccessibilité. Il les rejette parce qu'il y est incompris et que lui-même devient incompréhensible. Le malade se réfugie dans un « petit monde »

Ce deuxième monde est le « petit monde » avec une dynamique tensive particulière. Il devient de plus en plus hermétique au point de vue spatial. Il confine le malade dans une circularité de la perception du temps, à une ritualisation exclusive de la vie quotidienne. Il fonctionne sur le plan jonctif en éliminant tout risque d'imprévu. Les ajustements praxiques sont insurmontables pour le malade, donc il les évite, il se confine à la programmation. Le « petit monde » se ferme aux autres, les relations interpersonnelles se raréfient, car susceptibles de bouleverser son espace-temps, de contrarier ses efforts pour ne rien changer aux quelques actes qu'il y déploie encore. Autrui devient un intrus. Le « petit monde » devient une citadelle, dans les fantasmes du malade, imprenable. Le "je" y règne de façon impériale.

« Si tu veux être grand, bâtis la citadelle :  
Loin de tous et trop haut, bâtis-la pour toi seul ;  
Qu'elle soit imprenable et vierge, et qu'autour d'elle  
Le mont fasse un rempart et la neige un linceul ! (...)  
Puis, cent verrous, et clos ta porte au vent qui passe !  
Ferme tes quatre murs au quadruple horizon,  
Et si le toit te pèse, ouvre-le vers l'espace  
Pour que l'âme du ciel entre dans ta maison !  
Alors, au plus secret de la mystique enceinte,  
Tu dresseras l'autel de fer, prêtre ébloui,  
L'autel de fer et d'or où ta volonté sainte  
Doit célébrer ton rêve et s'adorer en lui. »  
La Citadelle.  
Edmond Haraucourt

Toute dimension téléologique semble avoir disparu du « petit monde », le seul horizon qui apparaisse est celui de la mort, que le rituel quotidien écarte, à la fois la conjurant, *si rien ne change dans ce que je fais, aujourd'hui sera comme hier, demain comme aujourd'hui*, et à la fois la repoussant de façon propitiatoire. Un mode d'économie apparaît, le syndrome de la bougie éteinte sur le buffet. *Je ne l'allume jamais, car si un jour j'en ai besoin...* Il peut conduire à une accumulation de choses diverses : un syndrome de Diogène.

Les murs de la citadelle se fissurent avec le temps. Le contenant disparu, le contenu se dissipe vers l'extérieur. Les forces qui s'exerçaient pour en maintenir la compacité et la connexité des quelques éléments résiduels ne sont plus suffisantes pour se confronter à l'altérité du monde. Le sujet n'a plus de présence dans un espace béant, permanent, n'autorisant aucune emprise et ne permettant aucune appropriation. On ne peut plus parler de « petit monde » dans les formes très évoluées de la maladie mais de non-monde, sans présence manifestée.

L'angoisse de mort est-elle absente d'un monde où la pensée semble elle-même s'être absentée ? L'angoisse de mort ne se traverse pas par la raison. Elle s'approche par l'imaginaire, l'apprivoisement de ses peurs de la mort, pour passer de l'inquiétante étrangeté (282) à la familiarisation de ce qui est incontournable. Il reste un troisième monde accessible, où le « penser » peut se déployer, l'imaginaire, le fictif, le rêve si bien illustré par Émile Zola. Ce monde-là est accessible,

surtout si la personne l'a fréquenté plus jeune, si elle était alors ouverte à l'aventure intérieure. Parfois, la porte du « petit monde » peut s'ouvrir vers ce troisième monde, mais encore faut-il avoir la bonne clé. Il faut la trouver. La clé est quelque part, dans l'histoire de vie du malade, si bien rangée et qu'on ne la trouve pas toujours, ou que le malade ne veut pas la trouver. Le monde de l'imaginaire ouvert, la présence peut s'épanouir. La clé est un analogon\*. L'analogon, présente des qualités praxiques, riches d'une sémiose en devenir et capables de donner sa place à l'« homo faber » en tant qu'existant. Analogue avec un objet substitué et pouvant faire rentrer une personne démente dans une pratique singulière, discursive et praxique, l'objet-analogon la sort de sa coquille autistique où l'enferme sa maladie (219). Faisant passerelle entre le début et la fin de la vie psychique, l'analogon a encore un rôle d'ancrage de l'imaginaire dans le quotidien, assurant à la personne un vécu en devenir riche de potentialités identitaires.

Le monde de l'imaginaire ouvert, la présence peut s'épanouir et le malade faire un retour dans le quotidien. Le retour au réel peut être doux et se faire sur un mode du parvenir, la porte se fermant lentement. La présence a alors une certaine persistance en particulier grâce au renouvellement du discours et à l'entre-deux qu'il autorise. La porte se referme parfois brutalement, et le malade de retourner à la réalité sur un mode du survenir, sous l'effet d'un analogon fonctionnant dans l'autre direction. Toute construction de la pensée à partir du réel passe par une élaboration perceptive (anasémiose), une intelligibilité et une prise de conscience qui permettent de construire une interprétation et ainsi un retour projeté sur le monde perçu (catasémiose) (5). De la même façon, l'analogon introduit à l'imaginaire, l'imaginaire a une présence, la présence conscientisée à une représentation interne particulière. Cependant, un retour au réel est possible, par un schéma inverse. L'imaginaire rompu par un retour au réel, la magie de l'instant va être détruite. La frustration du malade est alors sévère, dysphorique et provoque des réactions d'hostilité vis-à-vis de ceux qui en sont la cause.

### **I. Cas clinique de Mr Gilbert H**

Monsieur Gilbert H est un ancien éditorialiste dans un grand journal à diffusion nationale. Il a 87 ans et il est en retraite depuis une vingtaine d'années. Il a un très bon niveau culturel, docteur en littérature. Ses troubles cognitifs évoluent depuis au moins 5 ans et l'ont conduit il y a quelques mois en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Son épouse épuisée et âgée ne pouvait plus le prendre en charge, car il était devenu trop dépendant pour les actes de la vie quotidienne et parce qu'il présentait des troubles du comportement. Avant que la maladie ne révèle ses traits, Mr Gilbert avait une vie sociale très riche. Il était alors facile et agréable à vivre selon sa femme. Pourtant, il a changé avec la maladie et une agressivité est apparue, notamment lorsqu'à

toute heure du jour ou de la nuit, de façon angoissée, il réclamait papier et crayon pour écrire une soi-disant ligne éditoriale urgemment attendue par son journal et qu'elle essayait de le raisonner. Pourtant bloc-notes et crayons étaient à sa disposition sur la table de sa chambre. Il était même parfois violent physiquement avec elle : « *Il a levé la main plusieurs fois sur moi* », nous dit-elle. Lorsque la violence s'estompait, Monsieur Gilbert était abattu et pleurait abondamment. Selon sa femme, ce qu'il écrivait « *n'avait ni queue ni tête* ». Elle précise que depuis des mois, il était illisible. Il écrivait « *n'importe quoi* », des mots décousus ou sans aucun sens. Mais il couvrait des pages entières de gribouillis qui ressemblaient vaguement à des lignes.

Monsieur Gilbert H dans l'EHPAD est d'un premier abord courtois. Le « vernis social » est cependant fragile. Il ne recherche pas le dialogue avec les autres résidents. Il rabroue ceux qui s'approchent trop près de lui et il ne cherche pas à discuter. La démence est déjà bien installée (MMSE : 12/30) (162). Son discours présente de nombreux lieux communs ou des phrases toutes faites. Lorsqu'on lui demande de ses nouvelles, il dit de façon stéréotypée : « *Monsieur Gilbert, monsieur Gilbert, il n'est plus rien, monsieur Gilbert* » et au plan non verbal, il montre une tristesse. L'orientation spatiale et temporelle est altérée : « *Monsieur Gilbert, il est au bureau à cette heure-ci, ne le dérangez pas.* » Habituellement son comportement ne pose pas trop de problèmes sauf s'il est contrarié dans ce qu'il entreprend. La nuit, il erre dans les couloirs, cherchant de quoi écrire. Lui proposer de retourner dans sa chambre ou de s'asseoir à une table provoque colère et insultes. Monsieur Gilbert préfère être seul. Il reste souvent devant sa table dans sa chambre, parfois dans des endroits variés de l'EHPAD, de façon très ritualisée s'il a de quoi écrire, et ce à n'importe quelle heure. Il écrit pendant de longs moments, très concentré. Les mots qu'il trace n'ont guère de sens. Son écriture est irrégulière, mais un certain alignement sur la feuille. « *Des gribouillis ordonnés* », dit la psychologue de l'EHPAD, reprenant le terme de son épouse.

La figure 1 présente monsieur Gilbert H en train d'écrire dans une scène que nous nous proposons d'analyser. En tenue estivale comme il faisait beau, monsieur Gilbert s'est installé dans un banc du jardin. Dans sa confusion, il a pris sur une table ce qui ressemblait vaguement à un crayon, une petite cuillère. Il écrit de façon appliquée depuis un moment quand une soignante lui fait cette remarque : « *Monsieur Gilbert, vous utilisez une cuillère au lieu d'un crayon* ». Monsieur Gilbert répond de façon agressive : « *Occupez-vous de vos affaires. Monsieur Gilbert, il travaille !* »



Figure 1 : Pratique de l'écrit avec une cuillère chez monsieur Gilbert

## II. Méthode d'analyse de la scène prédictive

Nous ne reprendrons ici que succinctement la méthode d'analyse utilisée, car préalablement publiée (24). Nous nous appuyons ici dans cette analyse sur la sémiotique des pratiques développées par le Pr Fontanille (46). Le sens qui se dégage d'une pratique découle d'une stratification ordonnée de différents plans. L'expression de la signification déroule ainsi une hiérarchisation à partir des niveaux les plus élémentaires jusqu'aux plus complexes, chaque niveau englobant le précédent : signes et figures, textes-énoncés, objets et supports, pratiques et scènes, situations et stratégies, formes de vie (Chapitre 5). Le niveau choisi ici concerne les pratiques et la scène (222, 432). L'analyse dépend du point de vue adopté. Elle peut être centrée sur la personne malade ou bien s'inscrire dans la visée soignante. Le patient, dans la deuxième situation n'est plus dans le choix d'un agir mais dans un subir : ce qui convient de faire pour pallier ses insuffisances et pour soulager sa souffrance mal ou non

exprimée du fait de la maladie démentielle. Entre ce que vise le malade dans ce qu'il entreprend et l'horizon normatif des soignants se situe le sens du symptôme. Une dialectique devrait s'y installer.

### II-1. Description de la scène prédicative

La figure 2 présente le système de la scène prédicative. Elle comprend quatre instances particulières, le malade, son action en position centrale -sa pratique de l'écrit-, son objectif lorsqu'il déploie son action, et l'horizon visé. L'objectif semble être quelque peu ici éloigné du résultat escomptable, conduisant à des gribouillis, du moins lorsqu'il a un crayon, ici à aucun résultat compte tenu des moyens qu'il met en œuvre. La quatrième instance, l'« horizon stratégique » de Mr H pourrait être de faire un éditorial et de retrouver son rôle social et professionnel, maintenant inaccessible. Il reste toujours inscrit dans une image et un élan praxique d'un passé révolu dont il n'a pas fait le deuil. Une autre scène interfère avec la scène du malade, celle de la soignante de l'EHPAD qui a quelques traits comparables avec d'autres scènes vécues préalablement avec son l'épouse. Ces quatre instances interagissent entre elles à travers des liens réciproques, ce qui permet de décrire l'expression de la signification issue de la scène. Elle exprime une dynamique temporelle, éprouvant les liens entre les quatre instances, tendant tantôt à la collusion ou tantôt à la dissociation.

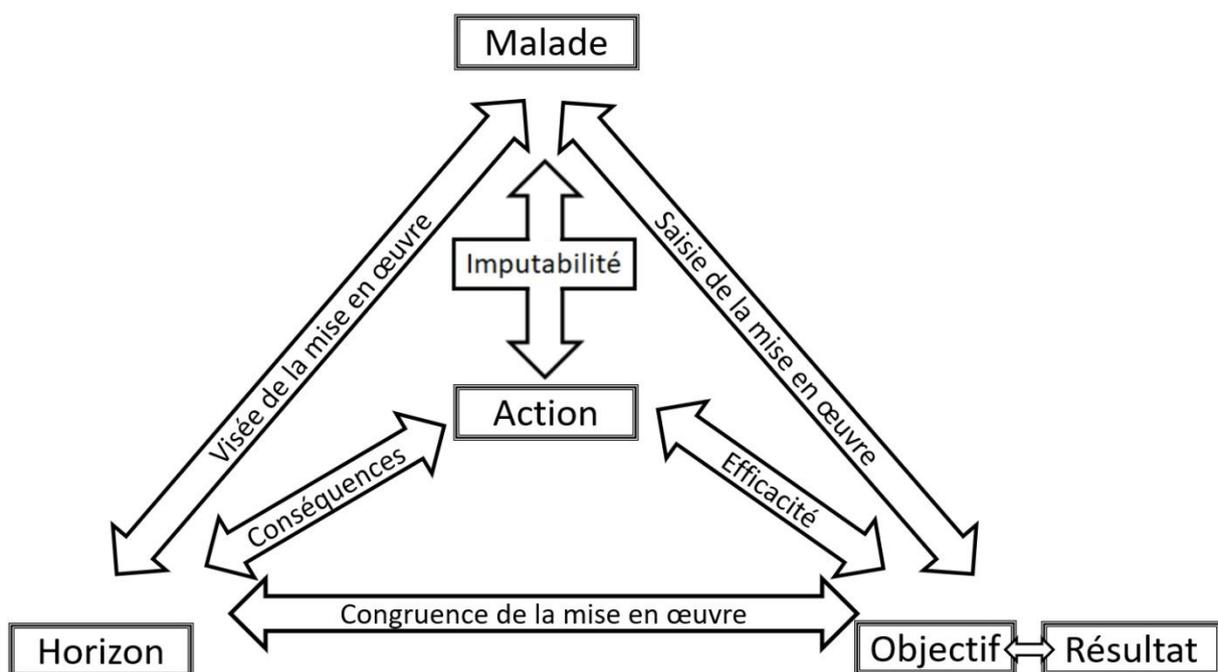


Figure 2 : Système des pratiques chez Mr Gilbert. Quatre instances sont réunies par six liens de réciprocité interagissent dans la scène prédicative.

## II-1-1. La collusion du malade et de l'acte

L'action est imputable à Mr Gilbert. Il retrouve son identité d'éditorialiste dans son action qui ressemble à ses pratiques anciennes. Le malade est fortement impliqué et appliqué dans son action. L'imputabilité de l'action au malade suppose qu'une partie de son autonomie cognitive est préservée. Mr Gilbert le revendique d'ailleurs, « *Monsieur Gilbert, il travaille !* » et il **résiste** brutalement au conseil de l'aide-soignante. L'action est liée au malade, miroir de son savoir-faire et de son vouloir-faire : une appropriation antérieure. Elle renvoie à l'image de ses manières d'être habituelles, de ses habitudes, de ses rituels et à ses pratiques professionnelles anciennes, à son éthos et son hexis.

## II-1-2. La collusion du malade et de son objectif.

L'objectif comporte aux yeux de Mr Gilbert des valeurs importantes. Il montre un intérêt important et soutenu pour soutenir un objectif dans son entreprise d'écriture. Il est très présent à ce qu'il fait, et sa conduite est de longue date répétitive. La disjonction entre objectifs et résultats, en première analyse, tient ici au moyen inadapté qu'il met en place en vue d'un résultat matériellement abouti. Il tient la cuillère de la même façon qu'il tiendrait un crayon. Il mobilise ici une mémoire corporelle sensorimotrice, une mémoire procédurale\*. Sa chambre lui est accessible et, s'il en avait eu le désir, il y aurait trouvé ce qu'il fallait pour écrire. La cuillère est l'analogon\* (47) d'un crayon. Confusion, impulsivité, absence de réflexivité expliquent une sorte de lapsus praxique qui perdure.

L'analogon évoque l'être réel de l'objet absent. Il témoigne que la conscience imageante n'est pas vide. La cuillère est le simulacre d'une empreinte mnésique, qu'Aristote avait pu comparer à celle d'un sceau sur une tablette de cire (181). La conscience imageante convoque dans le présent quelques traces de la mémoire de son passé. Elle introduit un rituel d'écriture. Pour un observateur extérieur, l'action ne s'ouvre ici sur aucun avenir. Mr Gilbert semble se condamner à la répétition, à des fonctionnements compulsifs, l'enfermant dans un monde atemporel. De ce « petit monde », il ne veut surtout pas être dérangé (433). La cuillère est précieuse pour Mr Gilbert. Il ne veut pas s'en défaire malgré son inadaptation. Elle est comme la clé d'entrée dans la séquence rituelle. Les séquences de la pratique devraient conduire à une accommodation\* en vue d'un résultat tangible. Elle ne se fait pas. Le patient s'enferme dans une répétition et il renonce à une prise de risque qui conduirait à s'ajuster au réel. Une reprise aurait remplacé la répétition, une persévérance aurait pris la place d'une persistance. La reprise aurait alors été porteuse de l'élan motivationnel en le couplant au contact vital d'une réalité ancrée et vécue dans le quotidien, construite à partir des ressources du passé (31, 35). La

répétition de l'action marque l'insuffisance de ce couplage mais aussi l'attente insatisfaite de ce couplage.

Mr Gilbert persiste dans sa gestuelle fantasmatiquement importante pour lui. L'outil choisi n'est pas performatif pour la production d'un écrit. L'outil est un alibi cognitif pour continuer sa pratique et transgresser la norme proposée par la soignante, un « talisman » conjuratoire d'un réel inacceptable. Mr Gilbert préfère rester dans la peau d'une personne encore en activité : « Mr Gilbert, il travaille ». Au plan réflexivité, Mr Gilbert trouve du sens à ce qu'il fait. Il vit le fantasme d'un travail dont l'énoncé praxique reflète une part importante de sa personnalité. Il est dans le fantasme d'un temps suspendu « hors du temps », dans une permanence pour fuir les échecs liés à la démence susceptibles de s'accumuler s'il s'aventurait dans d'autres pratiques moins souvent visitées (280, 434). Ni la dimension fantasmatique, ni les valeurs singulières investies, ni l'effort déployé par le patient ne sont perçus par l'aide-soignante ou autrefois par son épouse. Elles sont toutes deux centrées sur la performance et l'échec inéluctable. Ses gribouillis pour les deux aidants ne sont que des contre-performances et des contre-persévérances.

Pourtant dans son rituel, Mr Gilbert est quelqu'un. Il rejette fermement un environnement humain où il n'est qu'un malade. Malade dans le monde, il n'y est ni reconnu dans les valeurs qui portent son action ni dans son identité. Il perçoit dans le miroir de ce monde du quotidien, une image de lui pessimiste. Il ne s'y reconnaît pas, ce n'est pas lui. Il traduit son rejet par un "il", donc débrayé du "je" que l'on attendrait dans son énoncé : « *Monsieur Gilbert, Monsieur Gilbert, il n'est plus rien, Monsieur Gilbert* ». L'explication de ce qu'il fait est tout aussi impersonnelle et générale : « *Il travaille* ». Le malade renonce à s'engager et à s'affirmer dans la relation interpersonnelle, se chosifiant, mettant ses interlocuteurs dans une position où ils le regardent comme un "Je-chose"\* (218). Mr Gilbert fonctionne ici en écho de son entourage. Il n'existe plus pour eux en tant que "je", les autres n'existent plus pour lui qu'en se mettant sous la forme d'un "il". Il recourt à un « autrement qu'être » quasi autistique, à l'illéité\* (435). Il est complice d'une dysharmonie évolutive. Débrayant de son « discours et en utilisant le un "il", il valide pour protester l'image d'un malade d'objet de soin que lui renvoie l'entourage et en même temps, il exprime une souffrance devant ce qu'il perçoit comme une réification où il a sa part de responsabilité. La démence altère les représentations mentales, mais ni le vécu fantasmatique ni l'émotion qui s'y rattachent (294). Une autre malade qui refusait obstinément d'entrer en maison de retraite malgré les efforts de sa fille pour lui faire comprendre qu'il n'y avait pas d'autres choix, après une visite de l'EHPAD, lui dit : « *Bon, il va falloir que tu fasses ta valise* ». La vieille dame inverse la relation "je-tu"\*, et projette son angoisse de rupture de son domicile sur sa fille, l'incarnant dans sa sensorialité narrative.

La concentration de Mr Gilbert renforce le lien avec l'objectif fantasmé au détriment d'une réalisation attendue au sens concret. L'insistance identitaire serait donc à la fois dans l'effort répétitif de présentification pour réinscrire un passé dans le présent (25), dans la conation pour maintenir son être de rédacteur, comme s'il cherchait à s'inscrire et se réinscrire dans une promesse d'avenir à travers sa mise en scène (35, 79). Cette dimension temporelle est accessible à la thérapie relationnelle.

#### II-1-3. Le malade et son horizon stratégique

Si on adopte le point de vue de la soignante ou de son épouse, la scène pratique a pour horizon stratégique un univers révolu, que le patient n'est plus capable de transposer dans le monde actuel. La répétition comportementale de la même pratique par le malade traduirait ici une incomplétude et une insatisfaction chez Mr Gilbert. Du fait de sa désorientation temporelle, Monsieur Gilbert se vivrait dans une bulle existentielle comme s'il était toujours à son journal. Cependant, la soignante ne lui donne pas les moyens d'une réussite matérielle en lui proposant un bon outil pour écrire, ce qui lui aurait permis d'aller plus avant dans sa pratique.

Mr Gilbert peut avoir un autre horizon, fantasmatique, tourné non sur un résultat concret, mais vers le retour au bien-être qu'il éprouvait autrefois lorsque son élan vital (264) coïncidait avec son contact à une réalité. Cette forme de présentification est possible, cet espace/temps qualité est accessible, désencombré des difficultés rencontrées dans l'environnement quotidien devenu trop complexe à élaborer. Il perçoit néanmoins, le décalage entre son horizon et ceux de ses aidants à travers la disqualification qu'ils expriment. Il ne peut que se sentir incompris.

#### II-1-4. L'action et son résultat

L'action et son résultat sont liés par une efficacité en vue d'une finalité. La « production » que cherche à saisir Mr Gilbert est éloignée d'un résultat concret. Il manifeste cependant un objectif. Mr Gilbert cherche-t-il un résultat ou vise-t-il seulement un objectif ? Peut-être le malade reste-t-il davantage ancré dans un croire pouvoir faire que dans une réalisation concrète aboutie. L'écart entre l'objectif visé et le résultat escompté devrait normalement amener en retour un réajustement de la pratique de l'action. L'ajustement n'a pas lieu, montrant que le malade ne perçoit pas la dissonance entre l'action et son résultat ou qu'il ne veut pas en tenir compte (436). Soit son activité critique et ses capacités d'adaptation sont limitées, soit il reste prisonnier d'une pratique mémorisée. On pourrait encore estimer qu'il choisit la dénégation d'un échec inévitable comme pour en fuir la honte. Une autre hypothèse peut être soulevée. L'efficacité de l'action n'est pas dans une réalisation concrète qui n'est que le support superficiel d'une réalité plus profonde. L'objectif attendu par le malade est de

retrouver l'élan qui l'animait autrefois, de se replonger dans les thèmes qui autrefois l'intéressaient et qui appartiennent encore à un contact vital à la réalité, tout ce qui faisait sa présence au monde.

#### II-1-5. Efficacité de l'action pratiquée

L'application de Mr Gilbert montre qu'il recherche une certaine efficacité dans ce qu'il fait. L'efficacité est dans son geste d'écrire, son objectif, et non dans la rédaction d'un éditorial rédigé avec une feuille et un crayon. Monsieur Gilbert dans la scène présentée et lors des épisodes similaires antérieurs se montre sans capacité ou sans volonté évidente d'un ajustement au monde réel. Sortir de ses programmes pour s'ajuster ou pratiquer de nouvelles activités sont susceptibles de réveiller du mal-être et des échecs possibles de réveiller des angoisses. La dimension « épi-sémiotique » qui lui permettrait au moins d'exercer à la fois un contrôle cognitif et une régulation pratique sur le cours de son action est ici déficiente pour un résultat normé. Elle ne l'est probablement pas pour Mr Gilbert, la séquence gestuelle qu'il adopte, est signifiante pour le lui. L'entourage humain ne valide pas son action (422). Au contraire, la dissonance de la situation est pointée par la soignante, insistant ici sur l'écart qu'elle constate entre la norme attendue et l'acte pratiqué (296). La dissonance entre l'objectif et le résultat constatée par la soignante éveille chez le malade une tension entre la norme et ce qu'il fait. De cette tension naît un stress, ce qu'il exprime violemment.

#### II-1-6. L'action et l'horizon stratégique

Mr Gilbert réalise la jonction entre son action et son objectif. Il est dans la réminiscence de sa vie professionnelle et le plaisir qu'elle lui apportait. Il est présent, engagé dans son action. Il vise un horizon de qualité de vie dans un espace-temps séparé du monde réel, qualifié par ses valeurs singulières. Il est cohérent dans son parcours praxique global, qui s'inscrit dans son éthos et qui s'appuie sur les traces de mémoire procédurale encore disponible. Par-là, son action est cohérente dans les étapes de la mise en place de la scène (437). Au plan réflexivité, il ne semble cependant pas s'interroger sur ce que produirait son action au sens commun (pas d'apprentissage lors des épisodes antérieurs d'écrits erratiques, et pas d'ajustement à la situation actuelle), ou sur son résultat tangible.

Le monde du malade et le monde des aidants (épouse, soignante) n'ont pas le même horizon. Le premier, le « petit monde » du malade est immergé dans un avenir indéfini, irréel porté par son élan vital résiduel, et dans la réminiscence du contact avec une réalité vécue, ce qu'il manifeste à travers la gestuelle de l'écriture. Le second, le monde des soignants, est dans la réalisation concrète

de l'action dans le temps clos du résultat obtenu. Un conflit ne pouvait que naître entre eux. Nous avons vu avec la figure 1 du Chapitre 8 le schéma narratif de l'intersubjectivité qui présente la topographie de ces difficultés. Quatre modalités possibles d'interactions sont en théorie possible entre les deux systèmes : antagonisme (épreuve), dissension (absence de relations, absence d'échange), collusion (échange et négociation). La négociation est la solution la plus adaptée et la plus fonctionnelle, car permettant l'échange et d'élaborer une co-construction (8). Les interactions entre les deux systèmes se développeront harmonieusement que par la dialectique, la co-élaboration préalable d'un horizon commun pour que les désirs du malade et sa motivation soient intégrés dans la logique du soin. Encore faut-il négocier, trouver le bon canal de communication et surtout établir une relation réciproque dans un respect mutuel.

### **III. La scène prédicative et les interactions avec le système soignant**

#### III-1. Action et polémique possible

Un ancien éditorialiste de renom, souhaite-t-il ici encore la réussite matérielle de ce qu'il fait et peut-il accepter de se confronter, lorsqu'il a un crayon, à « des gribouillis » ou à faire « N'importe quoi » ? Ou souhaite-t-il retrouver un univers fantasmatique avec un espace-qualité, un temps -qualité où il est bien ? Le rituel est aussi un repaire, à défaut de donner à autrui de solides repères relationnels. La cuillère, analogon est contra-dépressive. Elle, permet à Mr Gilbert de se retrouver dans le confort d'un monde fantasmé au demeurant fragile et temporaire, mais apaisant (124). L'effet pacificateur n'est pas retenu par les aidants lorsque la réalité superficielle est préférée à la profondeur de l'imaginaire qui s'y adosse.

« *Monsieur Gilbert, vous utilisez une cuillère au lieu d'un crayon* ». La remarque de la soignante renvoie en effet à une analyse différente du sens de la situation. Sa logique est mise à mal par la tenue d'une cuillère pour écrire au lieu de l'emploi d'un crayon. Plutôt que pointer le symptôme, peut-être aurait-il été moins difficile au plan relationnel pour Mr Gilbert de se voir proposer un crayon, et au moins un minimum d'expression positive dans ce qu'il fait. La réponse du malade en témoigne : « *Occupez-vous de vos affaires* ». Elle n'a pas trouvé ici le créneau de communication pour son approche. L'exploration du sens de la situation aurait dû conduire naturellement le soignant à faciliter la réussite du projet du malade en palliant ses insuffisances sans critiquer sa praxie.

Les aidants doivent faire l'effort de comprendre le rétrécissement du monde d'un malade dément et de respecter les rituels ce que ce dernier entreprend lorsqu'il n'engage pas sa sécurité et celle d'autrui. La prudence du côté des soignants devrait les inviter à préserver les quelques domaines

d'agir qui perdurent chez lui, domaines souvent ancrés dans ses habitudes antérieures et dans son histoire de vie. Ces objectifs du malade sont à intégrer dans la démarche de soin et dans son projet de vie dans l'EHPAD.

### III-2. L'action et la scène des aidants

La pratique d'un malade dément déroge souvent aux règles et aux normes que des soignants attendraient dans des circonstances particulières. Ils sont renvoyés à la question de la pertinence de ces normes, à la raison de leur mise en place. Ils devraient encore se questionner sur le sens de ce que fait le malade, sur la nécessité ou non d'intervenir auprès de lui, pour qu'il réalise quelque chose qui a du sens pour lui. La pratique de Mr Gilbert est jugée par la soignante très à l'écart d'une norme attendue. Elle aurait pu aussi être évaluée à l'aune du besoin de « se foutre la paix » (438), et le laisser vivre sa vérité fantasmatique mise en jeu dans l'ébauche d'un discours manifesté par une pratique ancrée sur ses talents passés.

### III-3. Le malade et la scène des aidants

La pratique vue par le malade n'est pas celle du point de vue des aidants. Le malade cherche à mettre entre parenthèses le schéma délétère qui l'englobe, à fuir la condition de malade âgé, précarisé par une maladie qu'il n'accepte pas. Il cherche à recoupler son élan vital avec la réalité vécue et valider son identité d'homme qu'il vivait à travers son engagement professionnel. La réussite de la pratique d'un malade vulnérable appartient au rôle propre des aidants. Les efforts maladroits du malade pour s'en sortir, la répétition de ses rituels, sont trop vites qualifiés de récurrence d'un trouble du comportement. Le malade a une certaine perception de son incapacité à mener à bien une tâche. Mais l'action est un segment de vie précieux pour lui. Il traduit en partie sa détresse en appelant ce qui lui est logiquement nécessaire en cette circonstance, une aide pratique, relationnelle et affective.

La réponse relationnelle pallierait son désarroi par la relation "je-tu" remplacée par la relation "il-vous" adressée à autrui (218). Le sujet du "il" n'est pas une instance vide, mais un occupant sans position fixe (439), ou un occupant qui s'absente de sa position. Le "il" se réfère à une présence qui aurait dû être là, une absence de présence. Ainsi son identité relationnelle s'en trouverait réassurée. Avec raison, Mr Gilbert ne peut être satisfait par une attitude jugeante de sa maladresse. Il est ici davantage dans un excès de raison que dans son crépuscule (280).

Si l'entourage reste centré sur la pratique matérielle, voire s'il la disqualifie « *Il fait n'importe quoi* », ou s'il disqualifie le résultat, « *des gribouillis* », il passe à côté de la véritable demande. Le malade tente d'instaurer des mondes signifiants, alternatifs et énoncés. Il ne parvient pas à leur terme concret, comme il ne parvient pas à énoncer son discours. Ses pertes de capacité à s'exprimer ne lui

permettent plus comme autrefois de discourir avec l'entourage. Les autres sont-ils facilitants pour l'écouter ? Il est facile de tout mettre sur le compte de la démence. Même si le malade parle la même langue que les soignants, et indépendamment de la volonté de ces derniers, il est dominé socialement par leur langage (440), volontiers normé et dépouillé d'émotions personnelles, donc impersonnel et dépersonnalisant. Le monde instauré par Mr Gilbert se confronte à celui des pratiques propres à l'institution, pas moins normées que celui des personnes qui y travaillent : la confrontation se fait entre un monde vécu par le malade et un monde institué par les aidants. Le sens du symptôme est entre ces deux extrêmes, l'absence de mise en place d'une dialectique. Mr Gilbert ne parvient ainsi ni à ressusciter pleinement son monde révolu, ouvert sur un avenir fantasmé, ni à satisfaire aux règles de celui qu'on lui propose, dans un futur quelque peu fermé pour lui. Il donne cependant de façon provocante et répétitive un avenir à une action sans but réaliste (14). Il demande quelque chose et il proteste car non satisfait.

#### **IV. Les conditions pour la prise en compte du sens du symptôme**

La lecture d'un symptôme appartient au domaine du signifié. Il est une forme de langage et sa signification n'est pas univoque selon que le lecteur est un malade ou un aidant. Mr Gilbert a un comportement inadapté au monde soignant, mais il vise un horizon stratégique singulier. En règle, les symptômes psychopathologiques reflètent une crise existentielle survenant à l'occasion d'une confrontation à un obstacle ou un défi relationnel et ils imposent un changement (441). Sans conscience du changement exigé ou sans possibilité de réaliser ses désirs, sans étayage de ses efforts dans ce qu'il entreprend, le sujet va perdre sa capacité anticipatoire, se résigner à renoncer puis il va se réfugier dans la démotivation. Selon la perspective du malade et celle des aidants, la valeur de l'action n'a pas la même amplitude et ne suscite pas le même intérêt. Des valeurs et des contre-valeurs s'expriment dans la crise chez Mr Gilbert comme chez ses aidants. Les symptômes peuvent être perçus comme la recherche du malade, relationnelle, palliative et maladroite, en écho à son incompréhension du monde conventionnel. On peut encore les percevoir comme une incompréhension du malade par le monde quotidien. Une autre perspective est pourtant possible. Construire une signification et trouver du sens à ce qu'il fait et ce qu'il vit est essentiel au malade, en particulier pour le réinscrire dans une anticipation désidérative, dans un élan vital (35). Pour cela, les soignants doivent s'ouvrir à une dimension d'empathie et essayer de se mettre à la place du malade.

La compréhension du sens du comportement Mr Gilbert et de l'environnement soignant dans l'EHPAD permet de préciser les conditions de la saisie et de la production du sens (2). Le malade doit

délimiter un espace d'action et un encadrement de ses pratiques à la dimension de ce qu'il est encore capable de réaliser et de mettre en jeu dans le réel. Le « petit monde » résulte de la dynamique tensive et il est adapté à la dimension de ses praxies.

#### IV-1. Une compréhension, au-delà du superficiel manifesté

La démence ne conduit pas à l'insensé, mais à des difficultés inextricables de mise en sens par le malade, l'exposant aux risques d'une incompréhension des autres et à une aliénation (442). Les troubles du comportement reflètent les difficultés de construction d'une signification du monde ordinaire à partir de l'univers du malade. Ces difficultés sont parfois ramenées à une tension entre ce qu'il savait faire, ce qu'il peut encore faire, et ce qu'il aimerait continuer. Du fait des troubles dysexécutifs, les pratiques du patient sont désajustées de la réalité et vulnérabilisées par les normes complexes du quotidien (440). Le malade lutte contre ses déficits, contre la faillite de ses pratiques. Percevoir cette dynamique n'est pas immédiat pour l'entourage qui ne comprend pas ce qu'il cherche à exprimer. Soutenir le malade dans ses efforts pour trouver du sens dans ce qu'il vit et dans ce qu'il fait, trouver le sens d'un symptôme au-delà d'un trouble du comportement est donc important pour lui apporter une aide ajustée à ce qu'il demande maladroitement. Une action répétitive, marquée par son éthos, peut être trop rapidement qualifiée de trouble du comportement. Un soutien adapté permet cependant au malade de sortir momentanément de la morosité délétère où la démence l'enferme. Les efforts du malade portent sur le maintien d'une identité fragilisée à travers ce qui lui reste possible dans le quotidien et dans l'espérance d'une promesse d'un futur encore accessible (79, 443). **Cette compréhension, au-delà du superficiel manifesté**, est la première condition pour que le malade puisse consolider le sens de ce qu'il fait malgré la maladie.

#### IV-2. La validation du vécu du malade

La prise en considération inconditionnelle des énoncés et des attitudes des malades permet de construire un espace de rencontre avec le thérapeute, selon Carl Rogers (444). Le refus du fantasme par les soignants est un refus de partage. Ils ferment l'espace de rencontre. Derrière le trouble du comportement, le malade exprime la fragilité de son identité relationnelle. La question posée n'est donc pas celle d'un destinataire possible des gribouillis ou des mots sans sens tracés mais une demande d'un énonciataire pour son discours même si son énoncé est maladroit. Le sens du trouble du comportement, tel que les soignants peuvent le comprendre, traduit donc sa demande d'étayage identitaire, et non une simple demande d'aide palliative à ses pratiques défailtantes.

Dans son rituel, en particulier dans la façon dont il tient la cuillère, Mr Gilbert est dans la réminiscence de sensations corporelles autrefois éprouvées. Le corps (Körper), le corps-objet, objet de

soin, est distinct du corps de chair (Leib), ou corps-sujet, sujet d'attention pour autrui, rattaché à la vie (Leben). Seule la ressemblance liant, à l'intérieur de la sphère primordiale, le corps du malade et le corps du soignant peut fonder une « saisie analogisante » (259). Les deux types de corps sont continûment en jeu dans la vie quotidienne illustrant ainsi l'ambiguïté fondamentale de la condition humaine, sa fragilité et donc la prudence nécessaire de l'approche soignante. Le présent de Mr Gilbert est ancré dans son corps. Le présent est en ce sens non seulement inscrit dans une ligne de temps, mais aussi arrimé au corps individuel, conjugal, familial et social. L'analogon a un sens d'arrimage interpersonnel par le corps.

Mr Gilbert n'est pas liant avec les autres résidents. Son comportement d'écriture est l'occasion de se mettre en mouvement à partir de sa conscience imageante. Il permet encore de jouer avec les traces de sa mémoire, dans une tentative laborieuse de mise en cohérence avec la réalité externe. Ce comportement traduit aussi une demande de validation\* (422). Son hexis\* est le reflet imageant (47) d'une période de sa vie satisfaisante sur le plan professionnel et alors ouverte à une vie relationnelle. **La validation\* du vécu du malade** est la seconde condition pour que le malade puisse construire une énonciation malgré ses difficultés relationnelles. Tant que la demande de validation de ses rituels n'est pas satisfaite par les autres, il répète vainement ses actions, en attente, en demande d'un énonciataire. Il lui est difficile ou impossible de vivre l'être-ensemble en raison des troubles du langage et des difficultés comportementales. La faillite de ce rempart va précipiter la régression du malade dans le non-monde, son refus de manifester quelque présence que ce soit. Le patient finit par se lasser de ne pas trouver quelqu'un qui réponde à sa demande relationnelle, et il ne lui restera plus que communication phatique pour s'exprimer répétitivement, qu'il y est une personne avec lu ou non (445, 446) : « *Madame, madame... S'il vous plait, s'il vous plait...* »

#### IV-3. La co-construction d'un horizon commun

Le monde vécu par le malade est riche de ses valeurs singulières. Il se confronte au monde instauré par les soignants, de plus en plus centré superficiellement sur des protocoles plutôt que sur le malade qui en devient l'objet. Les soignants participent malgré eux aux troubles du comportement des malades. Ils appartiennent involontairement à son système relationnel. Leur autorité normative génère le désaccord du malade. Pour atteindre la compréhension et l'intersubjectivité, un horizon commun entre malade et soignants doit être co-élaboré. La démarche est impliquante pour tous, et doit prendre en compte le respect des désirs et de la volonté du malade, la reconnaissance de ses efforts pour trouver du sens dans son environnement accessible. Il ne s'agit plus de pointer le symptôme, d'insister sur l'inadéquation des moyens mis en œuvre dans une pratique. Ceci suppose

des temps de découvertes, de réflexivité et d'ajustements réciproques, puis de **co-construction d'un horizon commun**, ce qui est la troisième condition à l'élaboration du sens par le malade.

#### IV-4. La personnalisation du soin

Le malade se sait condamné à une discontinuité de son « être au monde ». Toute démente s'accompagne d'une aliénation. Si celle-ci est prise en compte, parfois à l'occasion d'une éclipse cognitive, un moment de présence à autrui, où des phrases surprenantes peuvent être délivrées par le patient, ou lors d'un de ses rituels, brièvement il « redevient une personne en même temps que ceux qui l'entourent le perçoivent fugitivement comme relativement le même qu'eux, parce que de façon plus inconsciente que consciente, pour telle ou telle cause contextuelle ou affective, ils sont moins bouleversés par son étrangeté et du même coup plus sensibles à sa ressemblance avec eux qu'à sa différence » (442). L'oubli résulte du détachement de l'individu du groupe dans lequel il évolue. Les souvenirs enlacent la mémoire individuelle et la mémoire collective (40). Mr Gilbert doit-il démissionner de son monde, perdre son individualité et se résoudre à vivre dans le monde soignant, car c'est le seul qui lui serait encore accessible ? Ce faisant, il renoncerait à qui il est, à son histoire de vie, à ses souvenirs : « *Monsieur Gilbert, Monsieur Gilbert, il n'est plus rien, Monsieur Gilbert* ». Mr Gilbert parle de lui comme en parlerait parfois un soignant lors des temps de transmission : « Monsieur Gilbert ? *Il va bien aujourd'hui* ». La quatrième condition qui permettrait à Mr Gilbert de réinvestir une identité porteuse de sens est donc de le sortir du sentiment d'être instrumentalisé, réifié et d'adopter **une démarche de soins personnalisés**.

#### **V. Remarques de synthèse à propos du cas clinique de Mr Gilbert**

L'objectif de Mr Gilbert ne peut conduire à un résultat concret compte-tenu des moyens employés, sa demande identitaire relationnelle n'est pas entendue par l'entourage, l'horizon stratégique du malade et celui du soin ne sont pas congruents. Des déliaisons soignants-malade sont présentes pour ces trois points dans ce dossier. La question du sens est ainsi posée aux aidants devant un trouble du comportement chez un malade dément, sollicitant une réponse soignante ouverte et personnalisée. Le sens du trouble réside dans la disjonction des horizons du monde du malade et de celui des soignants. Les troubles du comportement émergent en raison du non-investissement de tous, de l'absence de dialectique dans le champ délimité par ces deux pôles. Le malade n'a pas les mêmes ressources que les bien-portants pour démêler la situation. Il est tenté de rester à travers ses rituels dans un monde fantasmé afin de lutter contre l'angoisse dépressive. Le risque est de voir la situation réglée par un rapport de force implicite au dépend du plus vulnérable. La co-élaboration d'un horizon commun est donc une phase préalable et incontournable dans le projet de soin pour que les

interrelations entre les soignants et le malade se développent harmonieusement, et que la logique du soin rejoigne ses désirs.

La cuillère a un rôle important dans la pratique de Mr Gilbert et dans ses relations interpersonnelles. Elle est ici l'analogon d'un crayon, l'introduisant dans un monde fictif. Nous revenons sur quelques caractéristiques de l'analogon et les modes de présence par l'action qu'il introduit parfois.

#### V-1. Analogon et objet transitionnel

Un objet transitionnel selon Winnicott (447) est un médiateur et un catalyseur permettant le processus de décollement fusionnel entre la mère et l'enfant. Il a une fonction contenant, parexcitation, comme le Soi-peau, une fonction d'enveloppe, construisant progressivement le clivage entre l'objectif et le subjectif. Il autorise un temps l'ambiguïté des limites entre l'enfant et la mère, en préparant leur séparation, assurant ainsi la future identité de l'enfant. Il maintient transitoirement la présence conjointe des extrêmes contradictoires, fusion et autonomie, en les confondant simultanément, et en aménageant progressivement la frontière les séparant. L'objet transitionnel transforme la frontière en la renforçant. L'enfant a un pied dans chaque plan, le plan de la fusion, le plan de l'autonomie. L'objet transitionnel est fortement investi par l'enfant sur le plan affectif et identitaire. La séparation de l'objet conduit à des crises violentes fortement dysphoriques chez lui. L'objet transitionnel est conta-dépressif, permettant à l'enfant de chasser l'angoisse d'endormissement<sup>191</sup> (447).

L'analogon ne renvoie pas à une ambiguïté des limites, mais à un paradoxe\*. Il prévient l'ambiguïté des limites. Il permet de sauter au-dessus de la frontière entre deux contenus, le réel du monde naturel et l'imaginaire ou le fictif. Il n'aménage pas la frontière pour la renforcer, mais il assure simplement son franchissement, permettant de rejoindre l'univers imaginaire à partir du monde naturel. Il peut avoir une fonction inverse ramenant le sujet plus ou moins rapidement du monde fictif vers le monde réel (Kata-logon). Les deux mondes coexistent indépendamment l'un de l'autre, sans confusion. L'analogon permet la discursivité. Le discours est un visa pour franchir la frontière. Il permet de passer d'un plan à l'autre successivement sans nécessiter d'avoir un pied dans chacun des plans.

---

<sup>191</sup> Donald Winnicott . Page 35 : « Il l'utilise au moment de s'endormir : c'est une défense contre l'angoisse de type dépressif. Il se peut que le petit enfant ait trouvé à utiliser un objet moelleux ou sa couverture qui devient alors ce que j'appelle un objet transitionnel » ... « L'importance de cet objet persiste [...] La mère accepte qu'il devienne sale et même malodorant parce qu'elle sait qu'en le lavant elle créerait une interruption dans l'expérience du petit enfant, ce qui pourrait détruire la signification et la valeur de l'objet pour l'enfant »

L'analogon lui-même n'est pas investi sur le plan des affects, cependant il l'est fortement pour des praxies. Interrompre le jeu d'enfants qui jouent avec une capsule de bière en guise de ballon, va générer des protestations non pas parce qu'ils sont attachés à la capsule de bière, mais parce que le jeu est interrompu. Il a une dimension collective le rapprochant de l'objet flottant, objet symbolique bâti par le groupe familial pour y faciliter le fonctionnement et l'écologie des liens, valorisés par les tenants de l'approche systémique (448). L'analogon a un rôle subjectif et singularisant, réinscrivant le malade dans un contact avec une réalité vécue, à nouveau couplée, synchronisée avec son élan vital (449). Il réintroduit la présence à soi et au monde. Il a également une portée intersubjective autorisant une position d'énonciateur pour communiquer avec son entourage (421), lui permettant de retrouver une assise identitaire (450). Il est un objet sémiotique thérapeutique.

## V-2. Les modes de présence par l'action

Le mode de présence au monde par les praxies est à l'origine de la quête du malade. Mr Gilbert n'a plus les compétences pour mettre en jeu sa pratique en vue d'un résultat, mais il garde les compétences pour la mettre en œuvre et l'actualiser. Il est, par son action, dans la perspective d'un avenir, certes irréel, d'un horizon qui reste ouvert pour lui, mais non réduit à la réalisation d'un objet réalisé, un texte éditorial. Son élan vital est présent ici mais est désynchronisé de son contact avec une réalité concrète vécue comme inatteignable. Son objectif est donc la pratique pour la pratique, où élan et contact avec la réalité sont de nouveau synchronisés et couplés, où présence de soi au monde et présence d'un monde à soi sont à nouveau conjoints.

Selon François Rastier, trois zones définissent les relations du sujet avec un objet selon la distance les séparant et une activité possible à déployer (451). Cette approche offre un langage commun à tous les partenaires et fournit des outils pour une description claire des objets et des sujets impliqués dans l'interaction assurant une appropriation de l'information (452). La première zone identitaire est la zone de coïncidence, elle jouxte une zone de familiarité, proximale. Elle est éloignée d'une zone distante, inatteignable par les praxies, étrangère et parfois faite d'étrangeté. Elle concerne la position de l'énonciateur lorsqu'il en parle (452), le temps et l'espace du déroulement de l'action possible, les modes de présence (Tableau 1). Des frontières séparent les zones identitaire et proximale (frontière empirique, pragmatique) et les zones identitaire/proximale et la zone distale, frontière de l'expectation.

Tableau 1 : Trois zones dans lesquelles tout énoncé d'une pratique doit se déployer

	Zone identitaire	Zone proximale	Zone distale
Énonciation	Je, nous	Tu, vous	Il, on, ça
Temps	Maintenant	Naguère, bientôt	Passé, futur
Espace	Ici	Là	Là-bas, ailleurs
Modes de présence	Certain	Probable	Possible, irréel
Frontières	Empirique, pragmatique		Expectation

L'activité se décompose en trois niveaux selon les zones où elle se déploie. Restant strictement ancrée sur la zone identitaire, de coïncidence avec l'objet, l'activité intrinsèque est la zone du jeu, de l'imaginaire, du fictif. Le temps ici imperfectif. Présent, passé et à venir sont confondus dans le maintenant d'une durée qui ne fait pas formellement appel à la mémoire épisodique ou à la mémoire biographique. L'éthos et l'hexis\* n'en sont pas moins convoqués, manifestant ici l'élan vital du malade déployé préalablement par le sujet au cours de son existence et en contact avec un vécu d'une réalité singulière (31). L'activité prend une consistance pour soi dans la conscience du malade, une présence à soi au monde émerge. L'activité intrinsèque est accessible à Mr Gilbert. Pour reprendre l'exemple des enfants qui jouent avec une capsule de bière en guise de ballon, les activités intrinsèques peuvent être répétitives, flottantes, non finalisées. Ici les blocages et les contradictions logiques disparaissent, et se fondent l'une dans l'autre (condensation). Les lieux et les temps inatteignables sont à portée de main (déplacement), une cohésion apparaît (organisation secondaire produite par une image ou une représentation interne) (194). L'imprévu, le non-sens, irrationnel, l'imparfait ne sont pas ici des obstacles, mais des ressources à l'imagination.

L'action met en relation la zone identitaire et la zone proximale. Elle représente l'activité que l'individu déploie dans ce qui lui est atteignable, ce qui est maintenant hors de portée pour Mr Gilbert. Elle est gouvernée par des normes personnelles et collectives. Elle fait l'objet d'apprentissage et est transmissible. Elle est plutôt du domaine de la déduction\* et de l'induction\*. Les processus d'accommodation (ajustement et programmation) s'y appliquent.

L'acte intentionnel met en relation les zones identitaire et proximale avec la zone distale. L'activité ne peut s'y déployer faute de pouvoir atteindre cette zone. Elle peut être là encore objet de lois pour essayer d'observer, de comprendre et d'approcher. Elle est surtout l'objet de processus

d'exploration. Elle est plutôt du domaine de l'abduction\*. En dehors de la recherche d'une appropriation cognitive, elle est encore du domaine de la contemplation (intention issue d'une visée\* tensive) ou parfois sur le plan religieux de rituels (intention issue une saisie\* de l'insaisissable) : conjurations, prières, supplications ... La question des actes à portée religieuse n'est pas posée à travers le cas de Mr Gilbert. De façon générale, ils restent accessibles aux patients atteints de troubles cognitifs (453).

### **Quelques points clés du chapitre 11 : Cas clinique de Mr Gilbert. Analyse d'une pratique**

La démence altère les fonctions exécutives\* et par-là les praxies. L'absence de réussite des entreprises est rebutante pour le malade. Il peut encore être découragé par l'incompréhension de son entourage. Un cercle vicieux s'installe.

Les désordres comportementaux ne sont qu'une manifestation superficielle des troubles praxiques.

Le malade s'appuie sur ces ressources cognitives résiduelles et il lutte pour maintenir une inscription sociale et familiale.

Le « petit monde » du malade est adapté à la dimension de ses praxies.

Le "je" est présence, choix de la direction de la signification dans l'entreprise et singularisation de l'intention. Il assied l'identité de chacun dans la relation interpersonnelle.

Le sens d'un trouble du comportement réside dans la disjonction des horizons du monde du malade et de celui des soignants.

Le malade peut avoir un autre horizon que celui des aidants, fantasmatique, tourné non sur un résultat concret mais vers le retour au bien-être qu'il éprouvait autrefois lorsque son élan vital coïncidait avec son contact à une réalité.

Une confrontation se fait entre un monde vécu par le malade et un monde institué par les aidants.

La co-élaboration d'un horizon commun est incontournable dans le projet de soin pour que les interrelations entre les soignants et le malade se développent harmonieusement.

La reprise motivationnelle présuppose le couplage de l'élan vital et du contact avec une réalité ancrée et vécue dans le quotidien, construite à partir des ressources du passé.

La clé du monde fictif est un analogon. Il présente des qualités praxiques, riches d'une sémiose en devenir et capables de donner sa place à l'« homo faber » en tant qu'existant.

L'analogon ne renvoie pas à une ambiguïté des limites, mais à un paradoxe. Il permet de sauter au-dessus de la frontière entre deux contenus, le réel du monde naturel et l'imaginaire ou le fictif.

L'analogon n'est pas investi sur le plan des affects, il l'est fortement pour les praxies.

L'analogon a un sens d'arrimage interpersonnel par le corps.

## Cas clinique de Mme Gilberte : un cadre bleu

La maladie d'Alzheimer est avant tout une maladie de la mémoire. Certains souvenirs sont effacés, mais d'autres, chargés d'émotions, sont prégnants, envahissant le champ de présence à soi et rétrécissant l'élan vital, coupant le malade de la réalité quotidienne ainsi que nous l'avons vu avec l'exemple de Madame Marguerite au Chapitre 10. Des dynamiques psychiques qui pourraient s'actualiser restent en jachère, la personne n'investit plus sa vie quotidienne, elle délaisse la vie sociale et relationnelle. La plasticité cérébrale, les interconnexions neuronales ne se font pas, ou pas aussi bien que pour une personne normalement engagée dans la vie, curieuse de découvrir les richesses d'autrui, d'apprendre de nouvelles choses. La psychodynamique de la maladie interfère avec les conséquences de la maladie.

L'hypothèse du rôle d'un traumatisme dans la démence a ainsi été soulevée (414). La maladie peut être liée à des conséquences psychologiques, par exemple le non-engagement de la personne dans ses rôles sociaux et dans la vie quotidienne, ou avoir des raisons organiques. Outre la question de l'origine génétique de la maladie d'Alzheimer, le stress chronique peut générer à la longue des modifications du métabolisme du cortisol et finir par être délétère sur les structures de la mémoire, en particulier l'hippocampe (454, 455).

Les accidents de la vie ont des conséquences affectives, matérielles et sur la vie collective ou familiale. Leur accumulation joue un rôle dans l'apparition précoce de la maladie. Ils interviennent probablement dans les mêmes mécanismes psychodynamiques que le traumatisme unique et ils peuvent avoir des conséquences organiques d'origine métabolique. La plasticité cérébrale est insuffisante pour compenser les pertes neuronales liées à l'âge. Le vieillissement cérébral est en conséquence accéléré.

Les traumatismes subis pendant l'enfance et à l'âge adulte augmentent ainsi le risque de démence chez les personnes âgées. Persson (456) retrouve ainsi quatre événements de vie susceptibles d'augmenter le risque d'apparition d'une démence de type Alzheimer : la perte d'un parent avant 16 ans, le travail physique très pénible, le fait d'avoir à assumer une maladie physique grave du conjoint avant 65 ans ou pour un aidant avant ses 65 ans d'avoir eu à gérer la maladie grave d'un enfant. La vulnérabilité à la maladie est multifactorielle, mais est impactée par les effets cumulatifs des événements vécus dans le parcours de vie. Sa prévalence, dans la population étudiée

n'est que de 3 % lorsqu'aucun de ces événements de vie n'est retrouvé. Elle passe à 8 % pour 2 événements retrouvés dans l'histoire du malade et à 20 % pour 3 événements. Ces événements de vie sont malheureusement fréquemment rencontrés, et le cas clinique de Madame Gilberte rapporte une vie faite de multiples événements difficiles à gérer mais qui ne sortent pas de l'ordinaire.

Parmi les autres traumatismes de la vie, on retiendra encore la pauvreté et ses conséquences sur la qualité de vie, la nutrition, les relations sociales. Dans l'Alameda County Study (figure 1), une cohorte d'adultes américains a été suivie durant 29 ans et les d'épisodes de pauvreté marquée et prolongée durant cette période ont été relevées (457). La multiplication des problèmes sociaux a des conséquences sur l'émergence chez la personne âgée de difficultés praxiques, de troubles thymiques et expose un risque accru de démence.

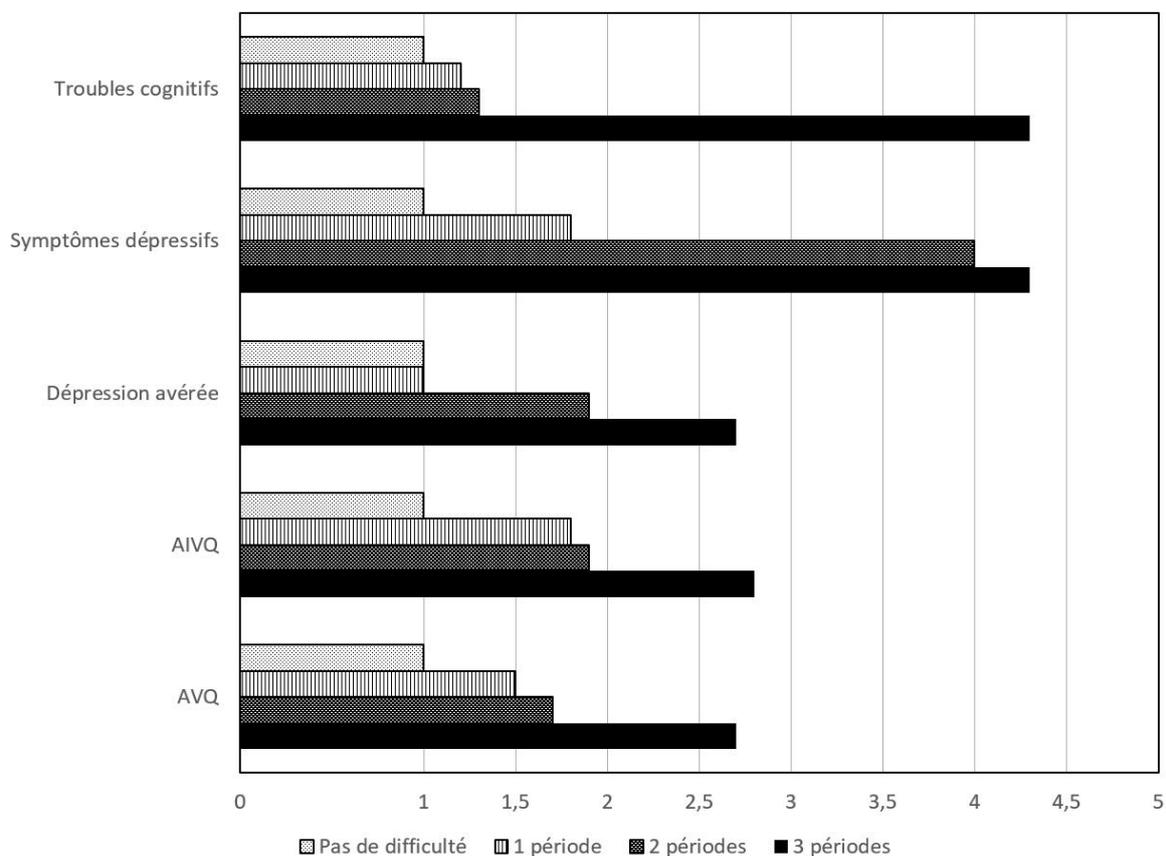


Figure 1 : Liens entre longues périodes de faibles revenus (< 200% du revenu moyen durant au moins 3 mois) et troubles exécutifs (AVQ et AIVQ), troubles thymiques (dépression et symptômes dépressifs) et troubles cognitifs. 24 personnes suivies durant 29 ans. Alabama County Study. AVQ : Activités de la vie quotidienne. AIVQ : Activités instrumentales de la vie quotidienne. L'axe des abscisses représente le risque relatif d'avoir un problème par rapport à une population n'ayant jamais rencontré de difficultés financières durant la période l'étude.

Le retrait social chez les adultes à la cinquantaine, le non-engagement actif dans la vie sociale augmente le risque de mortalité chez les personnes âgées et le risque de maladie d'Alzheimer chez les survivants (343).

La maladie d'Alzheimer est une maladie organique du cerveau. Le développement des lésions est progressif et se fait inéluctablement avec le grand âge, plus ou moins rapidement selon la loterie génétique. Elle est plus ou moins précoce et plus ou moins sévère selon la trajectoire de vie des personnes. Elle peut débuter tôt dans la vie sans être pour autant dépistée actuellement comme l'a montré la Nun study (340, 458). L'utilisation des fonctions cérébrales résiduelles se fait plus ou moins bien selon le niveau scolaire acquis et selon que les adultes continuent ou non d'entretenir leurs capacités d'apprentissage (112).

Avec le cas clinique de Madame Gilberte N, nous allons regarder un autre aspect de la psychodynamique de l'apparition de la maladie et son évolution une fois installée. Nous illustrerons ici la question des deuils non élaborés chez une patiente, deuils de personnes décédées, mais aussi deuils de situations liées à des ruptures mal élaborées dans le parcours de vie, conduisant des années après à une situation d'attente. L'absence d'élaboration ou une mauvaise élaboration des problèmes psychologiques, parfois de conflits intrapsychiques remontant à l'enfance, ré-émerge dans la démence, car les processus de refoulement ne sont plus efficaces du fait des troubles cognitifs (214).

L'école de la vie sélectionne des formes de vie et des stratégies de règlement personnel des conflits et la manière dont les personnes gèrent les ruptures et les deuils. L'histoire de vie imprègne, malgré les troubles de la mémoire, les comportements des malades et leur psyché. Le délire, les hallucinations peuvent ainsi être habités des expériences traumatiques préalables. La maladie d'Alzheimer a ceci de particulier, c'est qu'elle survient chez une personne avec un long passé derrière elle et que son éthos se rigidifie et ne lui permet pas de s'ajuster aux contraintes que la vie lui impose. Trois mécanismes interfèrent ici avec l'évolution du processus démentiel : l'apprentissage préalable de la gestion des conflits par l'expérience acquise à l'école de la vie, le réinvestissement après une rupture ou un deuil, en particulier dans les praxies et le relationnel, en troisième lieu, l'émergence de souvenirs irréfragables, bouleversant le champ de conscience fragmentée du malade dément et asphyxiant la psyché. Ces trois mécanismes sont à l'œuvre dans le dossier de Madame Gilberte. La patiente gère ses conflits avec beaucoup d'autorité et de volonté comme elle l'a toujours fait, elle sait se réinvestir avec efficacité, après une rupture ou un deuil. Elle laisse cependant derrière elle de gros restes d'éléments non élaborés qui finissent par émerger à sa conscience. Elle sera submergée par l'attente de leur résolution. *Pour encore en donner une illustration, je citerai une patiente de 88 ans démente et délirante qui travaillait autrefois comme bonne dans une maison bourgeoise. Elle avait eu*

*un enfant avec le maître de maison. Il lui avait confisqué son enfant et l'avait licenciée. Elle n'a jamais pu revoir son enfant. Toutes les nuits dans l'EHPAD, elle appelait à l'aide, car elle disait être sur le point d'accoucher.*

L'histoire de vie favorise l'apparition plus ou moins précoce de la maladie. Elle module et transforme progressivement les souvenirs et les incorpore dans un récit de vie perpétuellement réécrit. Ce récit subjectif n'est jamais définitif. Il est susceptible de se modifier au cours des années. Il se déforme avec la démence, car il est alors fondé sur les souvenirs devenus approximatifs, conditionnés par certaines émotions et non critiqués. Une identité narrative personnelle se constitue ainsi au fil des narrations qu'elle produit. Elle permet de lutter contre l'éparpillement des propres expériences vécues pour essayer de constituer une cohérence de soi. « Un sujet se reconnaît dans l'histoire qu'il se raconte à lui-même sur lui-même »<sup>192</sup> (80). Le récit de vie de Mme Gilberte va s'arrêter au pied d'un mur : le silence de ses enfants. L'analogon du cadre va lui permettre de changer de perspective de vie.

Nous avons évoqué le cas de Madame Gilberte dans un article rédigé dans le cadre de cette thèse pour en faire une analyse phénoménologique que nous ne rapporterons que succinctement (323). Nous aborderons un rôle particulier de l'analogon dans les changements de perspective sur la vie. Nous reviendrons enfin sur la question de l'attente et du vécu temps.

### **I. Cas clinique de Mme Gilberte N**

Madame Gilberte N vit en EHPAD depuis quelques mois. Elle a 88 ans et elle présente une démence évoluée (MMSE 12/30). L'histoire de vie de Madame Gilberte peut être résumée en trois grandes périodes.

Madame Gilberte s'est mariée une première fois avec Albert. De la vie conjugale qui a duré une quinzaine d'années sont nés deux garçons, Pierre et Jean. Dans ce que nous avons pu reconstituer de cette période, Madame Gilberte n'en a pas gardé un bon souvenir. Elle ne portait plus Albert dans son cœur pour le restant de sa vie.

Âgée de trente-cinq ans, Madame Gilberte est tombée amoureuse de Maurice. Elle a divorcé d'Albert et elle a épousé Maurice. À son grand dam, elle n'a jamais pu avoir d'enfants avec lui. Elle a été heureuse avec Maurice qui est maintenant décédé depuis dix ans. Si les choses se sont bien passées pour elle avec Maurice, il n'en a pas été de même avec ses deux enfants Pierre et Jean. Le divorce d'avec Albert a été conflictuel et il s'est produit quand ils étaient au début de leur adolescence. Ils

---

<sup>192</sup> Paul Ricoeur . Temps et récit. Tome III. Page 445

n'ont jamais accepté la séparation du couple parental et ils en ont voulu à leur mère. Ils ne se sont jamais bien entendus avec Maurice. Dès leurs 18 ans, ils ont rejoint leur père. Ils ont rompu avec leur mère à laquelle ils n'ont jamais plus donné de nouvelles. Madame Gilberte en a été très affectée. Elle reprochait à Albert, son premier mari, d'interdire aux garçons de la voir et à ses enfants d'avoir choisi le côté de leur père. Elle a longtemps souffert de l'éloignement prolongé : « *Je les ai élevés, j'ai payé leurs études. Ce sont des ingrats* ».

La troisième tranche de vie de Madame Gilberte porte sur la démence. Nous la connaissons par le médecin de famille. Veuve, elle est restée seule à son domicile après le décès de Maurice, sans trop de problèmes durant environ cinq années. Madame Gilberte a pu faire le deuil de Maurice, son deuxième époux. Son médecin nous dit qu'elle était alors coquette et que l'appartement était bien entretenu. Elle n'avait cependant rien changé à son agencement après la mort de son deuxième mari.

Il y a cinq ans de cela, en ouvrant le journal, elle a appris le décès d'Albert. Pour le médecin traitant, c'est là que la maladie a démarré : « *Ça a été une détonation pour elle. Elle n'a pas accepté que ses enfants ne l'aient pas prévenue* ». Madame Gilberte est devenue négligente, ne respectant plus les règles d'hygiène corporelle. L'appartement est devenu sale, les poubelles n'étaient pas toujours vidées. Les troubles cognitifs se sont installés et ont évolué rapidement. Madame Gilberte a fini par ne plus sortir de chez elle, même pour faire ses courses. Des aides à domicile ont été mises en place par le médecin, mais le service de livraison des repas à domicile lui signalait souvent que les plateaux-repas n'étaient pas toujours consommés. La saleté de l'appartement générait les odeurs et les voisins se plaignaient régulièrement. Troubles cognitifs et probablement dépression malgré un traitement bien conduit par le praticien, négligence des règles d'hygiène, dénutrition... Comment gérer tout cela, d'autant que Madame Gilberte ne voulait pas entendre parler de maison de retraite ?

Une chute à domicile responsable d'une fracture de la hanche a été l'occasion d'une hospitalisation. Malgré la démence, la rééducation a donné de bons résultats et la patiente a pu remarcher. La dépendance pour les actes de la vie quotidienne était telle que l'on pouvait imaginer un retour à domicile et Madame Gilberte est entrée en EHPAD, bon gré mal gré.

Elle n'a pris de son domicile pour meubler sa chambre qu'une table de nuit et un cadre bleu contenant la photo de Maurice. Quelques jours après son entrée, elle a déchiré la photo de Maurice, ne gardant que le cadre et en disant aux soignants de l'EHPAD : « *Tout cela, c'est du passé* ». Lorsqu'ils lui parlaient de ses enfants, elle les rabrouait. « *Je n'ai pas leur adresse. Et laissez-moi tranquille. Vous me faites mal* ». Elle refusait violemment qu'on les contacte.

À l'EHPAD, les choses se sont bien passées. Madame Gilberte était agréable avec le personnel et avec les autres résidents sans rechercher toutefois de la compagnie. Elle semblait apprécier que l'on s'occupât d'elle. Très souvent, elle s'asseyait dans une des pièces de l'EHPAD, hors de sa chambre, et très souvent prenant avec elle son cadre bleu vide (figure 2 A). Madame Gilberte disant s'ennuyer, une animation lui sera proposée : un atelier dessin.



Figure 2 : A) Madame Gilberte et son cadre bleu. B) Dessin de Mme Gilberte. Elle désigne le personnage de gauche comme Pierre son premier fils, la seconde figure comme le frère de celui-ci, et comme son mari la dernière.

L'atelier concernait principalement des « mandalas » à colorier. Elle n'y consacrait que peu d'enthousiasme. Un jour, l'animatrice proposa au groupe de l'atelier de faire un dessin représentant leur famille. Madame Gilberte a changé durant l'atelier. Elle s'est de plus en plus concentrée pour faire son dessin et quand elle a posé le crayon, elle a souri, ce qui était plutôt rare chez elle. Le dessin est désordonné, un seul personnage est esquissé, la partie inférieure du tronc restant béante. Deux autres figures non fermées vaguement elliptiques et de moindres tailles l'accompagnent (figure 2 B).

À la question de l'animatrice de savoir quelles sont les personnes représentées sur le dessin, Madame Gilberte répond sans difficulté avec une certaine assurance : « *Mes fils, Pierre [pour le premier personnage] et Jean [le second dessin] et mon mari [pour la dernière figure]* ». Quant à savoir s'il s'agit ici d'Albert son ex-mari ou de Maurice, Madame Gilberte ne sait pas répondre : « *Je ne me souviens plus* ». Sur proposition de l'animatrice, elle accepte de mettre le dessin dans le cadre bleu et celui-ci sur sa table de nuit : « *Comme ça, ils seront à côté de moi* ». À côté d'elle, mais pas avec elle. Elle refuse toujours qu'on les joigne. Le cadre rempli, des petites choses ont changé. Le cadre et le dessin restent maintenant dans la chambre. Madame Gilberte parle plus facilement de sa famille avec les soignants qui s'occupent d'elle.

## II. Analyse clinique

Mme Gilberte présente une maladie d'Alzheimer évoluant depuis quelques années. La perte d'autonomie liée à la progression des troubles cognitifs s'est accompagnée peu à peu d'un désajustement social avec une incapacité à faire ses courses, une négligence dans l'hygiène corporelle et dans l'entretien de son habitat. Son alimentation est devenue aléatoire. Un événement grave a conduit à une dépression qui a pu précipiter une démence jusque-là latente. Une chute conduit la patiente à l'hôpital. Elle a pu être liée à des problèmes de coordination fréquents dans cette maladie neurodégénérative ou/et être la conséquence d'une malnutrition associée (459, 460). La chute est en tous cas l'occasion d'une hospitalisation. Au décours de celle-ci, malgré l'opposition initiale de Mme Gilberte, l'EHPAD a permis de la sortir d'un inconfortable univers quotidien pour trouver confort et assistance, et elle s'en est montrée satisfaite.

### II.1. La violence de la découverte de la mort d'Albert

Selon le médecin, la découverte sans préparation du décès de son premier mari, Albert, précipite l'entrée dans la démence. Ce qui advient sur le mode du survenir est parfois plus stressant que ce qui est prévisible et annoncé (224, 273). Cet événement ici est certainement dépressogène. Il fait écho à des circonstances de son histoire personnelle. Il peut être à l'origine de dégradations en cascade, et le cas échéant, décompensant une pathologie déjà constituée (414). La découverte brutale de la nouvelle dans le journal renvoie à l'histoire de ses ruptures antérieures, divorce conflictuel d'avec Albert, séparation et distanciation de ses garçons, décès de Maurice. Si son remariage a permis de trouver une nouvelle situation gratifiante, ce n'est pas le cas pour les autres ruptures. Chacune met de côté des restes de vie relationnelle volontairement délaissés, dévalorisés comme pour la séparation d'avec Albert ou parfois concerne des domaines fortement investis de valeurs affectives comme ses

enfants. Les derniers événements ont été subis de façon contrainte et non désirée. L'annonce du décès d'Albert et surtout le silence de ses enfants a été une déflagration pour elle. La dépression qui en a suivi, explique le retrait brutal de Mme Gilberte de tout ce qui faisait sa socialisation à son domicile, ce qui lui aurait apporté pourtant un minimum de soulagement. Les troubles démentiels émergents et l'ancienneté des traces de sa blessure liée aux ruptures ne favorisent pas l'émergence d'une solution à ses difficultés.

## II.2. La lecture du caractère définitif de la relation aux enfants

Mme Gilberte apprend le décès de son premier époux sans que ses enfants aient fait le moindre signe de vie. Elle l'apprend sans préparation, par accident, par la lecture du journal. Certes elle n'avait pas de bons souvenirs avec Albert et elle était sans contact avec ses garçons, mais l'annonce du décès de leur père, un événement grave dans une vie de famille, aurait été un bon prétexte pour entrer de nouveau en relation avec eux. L'occasion est manquée, et elle témoigne de la volonté d'éloignement irréversible des enfants. Elle a accompagné ses enfants jusqu'à l'âge adulte et, comme toute mère, est attachée affectivement à eux. Son attente de les revoir un jour est définitivement déçue. La découverte du décès et le silence des enfants ne sont guère bienveillants à son encontre. Ils sont au cœur de la réminiscence d'une rupture traumatisante dans un passé pourtant lointain, leur départ de chez leur mère, un virage dans sa vie.

Elle a tiré autrefois un trait radical sur plus d'une quinzaine d'années de vie conjugale avec Albert pour suivre Maurice. C'était le choix de son cœur. Les garçons adolescents n'ont pas été alors accommodants ni elle ni avec son nouvel époux. La distanciation de ses deux garçons n'a pas dû être simple et a laissé de sévères séquelles relationnelles. Elle n'a d'eux ni nouvelles ni même leurs adresses. L'annonce du décès de son premier mari ravive le vécu qu'elle a de leur hostilité. Les garçons se sont retirés du cadre de vie de leur mère, la laissant à son amertume de ne pas avoir été comprise. Leur silence dans l'événement de la mort de leur père signifie qu'ils ne veulent toujours pas la contacter, ce qui ruine l'espoir de Mme Gilberte de les revoir.

Mme Gilberte refusait radicalement qu'on les recherche et demeure encore sur cette position. N'a-t-elle pas pour autant gardé au fond d'elle-même un espoir de les revoir et de se réconcilier avec eux ? Son cadre serait disponible aujourd'hui, pourquoi pas, pour contenir l'image de ses enfants. Mme Gilberte malgré la démence sait ce qu'elle veut, ou plutôt ce qu'elle ne veut pas. Son entêtement cristallise sa souffrance, par un refus répété de lâcher-prise. Ce qui est théoriquement possible bute sur sa volonté de ne plus restaurer de liens.

### II.3. La dépression de Mme Gilberte et l'histoire de ses ruptures

Mme Gilberte est triste, dépressive. La dépression est fréquente dans la démence et elle en aggrave les traits (461). La rupture avec le domicile peut être en cause. Rupture définitive avec Albert (divorce), avec ses enfants (éloignement), avec Maurice (deuil), puis avec son appartement (déménagement). L'EHPAD est le dernier domicile avant une autre rupture radicale. L'avenir est clos. Elle tire un trait définitif sur tout ce qui la rattachait à son second mari, son domicile et le musée des souvenirs qu'il renfermait. L'espoir de retourner à son domicile ou de retrouver ses enfants s'est évanoui. Plus rien ne compte pour elle. Quelques jours après son entrée en EHPAD, elle déchire la photo de Maurice. Elle ne garde que le cadre qui la contenait, un cadre vide comme le vide de sa vie, sans élan vital pour la soutenir, car sans avenir pour qu'il se déploie. Mme Gilberte fait un deuil anticipé de sa vie relationnelle présente et passée, en déchirant la photo de Maurice. Son choix laisse de gros restes affectifs.

Le dessin fait à l'EHPAD l'a aidée à franchir une étape et à réhabiter une représentation de sa famille en elle et fait émerger le désir de la conserver. La patiente peut en parler sans colère et au moins s'exprimer sur son désir de voir ses enfants à côté d'elle. Le cadre bleu est à nouveau habité d'une représentation des enfants et d'un époux. Dans ses propos, elle passe de « *Je ne suis pas avec eux* » à « *ils sont à côté de moi* », sans aller toutefois jusqu'à vouloir les contacter, pour les avoir avec elle.

### II.4. Moi-peau et angoisse de vidage

Le schéma corporel et la sensorimotricité se détériorent dans la maladie d'Alzheimer, surtout si la personne se sédentarise et ne sort plus de chez elle. La mobilité et les mouvements se réduisent, l'équilibre devient fragile, la coordination des gestes est défaillante, et le patient est à risque de chutes. La progressivité des troubles fait que le patient n'en est pas toujours conscient. Apraxie et agnosie compliquent le travail d'accompagnement par les soignants de l'EHPAD (462). L'agnosie visuelle et la déconstruction visuospatiale peuvent rendre compte du caractère archaïque et désorganisé des dessins des patients déments (322). C'est particulièrement le cas dans le dessin des membres de la famille que Mme Gilberte cherche à réaliser. Souvent lorsque plusieurs personnes ou objets sont représentés, ils se détériorent au fur et à mesure de la progression du dessin, comme s'ils étaient l'objet d'une fatigue cognitive. Échelle et formes ne sont généralement pas respectées comme on le note sur la figure 2 B. La seule personne à peu près représentée par Mme Gilberte est désignée par elle comme Pierre, un de ses fils. L'image est béante au niveau du tronc. Les autres figures esquissées ne sont pas fermées. À propos des dessins de corps ou de troncs ouverts, le concept d'angoisse de

vidage a été évoqué dans la démence (463, 464). Les représentations de personnage tronçonné renvoient à une métaphore d'enveloppe psychique rompue, au Moi-peau de Didier Anzieu (138). La Peau rompue du dessin d'un personnage est la figuration de la catastrophe du corps susceptible de se perforer (322), matérialisée parfois dans la démence par la perte de contrôle des sphincters. La peur et la honte de l'incontinence s'ajoutent à la conscience de l'effritement progressif des capacités cognitives, l'esprit se vidant tous les jours un peu plus.

#### II-5. L'analogon comme substitut d'un objet non représentable

Un objet extérieur pour être signifiant doit rejoindre une réalité intérieure. L'objet auquel se cramponne Mme Gilberte, le cadre bleu est un analogon du cadre familial (465). En déchirant la photo de son second mari, elle a rejeté ainsi un contenu où elle retrouvait un ancrage identitaire. L'analogon est un objet intercalaire qui remplit la conscience imageante à la place d'un autre objet.

Mme Gilberte déchire la photo de son second mari laissant un cadre vide, se privant d'un sens qui aurait permis de retrouver sa signification première, l'accueil du souvenir de Maurice. L'analogon est privé de sa part de bon objet. Mme Gilberte se sent-elle responsable dans la rupture relationnelle avec ses enfants ? Mme Gilberte pouvait-elle s'empêcher de désirer et d'attendre le décès d'Albert pour enfin avoir l'occasion de renouer quelque peu avec ses enfants ? Elle se confronte à un oxymore paralysant, c'est-à-dire à deux émotions contraires et indémêlables, sentiments négatifs vis-à-vis de son ex-mari et de la distanciation des enfants, et désir de les revoir. Le conflit intrapsychique, la déflagration subite, éclatante de l'annonce de la mort d'Albert et l'évidence de la volonté de silence des enfants ont précipité la dépression puis ont fait émerger les symptômes de la démence.

Seul un vide du cadre permet de métaphoriser quelque peu cette catastrophe irréversible, ce droit de cité narratif qui ne lui a pas été reconnu et qu'elle refuse de communiquer. Elle suspend sa pensée pour ne pas raviver un souvenir douloureux. Ne pas revenir au passé pour ne plus rencontrer sa souffrance est sa ligne de défense. Son récit de vie s'arrête là où sa souffrance démarre. Le cadre vide est devenu un analogon d'attente, attente immuable, sans fond, en creux, car intarissable, d'un événement à venir qui ne se produit pas : la présence de ses enfants. L'attente concerne aussi une pensée secourable qui pourrait redonner du sens à sa vie psychologique. Encourager Mme G. à remplir le cadre d'une nouvelle image dessinée par elle-même est une manière de lui tendre la main, une manière de l'aider à se réconcilier avec elle-même en accueillant son angoisse de confusion narrative, de transformer l'analogon d'attente vaine en bon objet, performant pour reprendre une visée signifiante de sa vie.

Mme Gilberte retrouve du plaisir dans l'atelier dessin, ce qui réactive quelque peu sa pensée et lui permet de s'exprimer dans un cadre contenant et de s'éloigner de ses angoisses. Elle peut réinvestir la signification d'un quotidien que la confusion rend oppressant. Le dessin lui a permis de mettre en image un fragment de son récit de vie qu'elle s'interdisait d'exprimer. Elle réhabite le fond du cadre bleu, analogon de son cadre familial. Le mauvais objet est maintenant transformé en bon objet. Elle s'y retrouve, elle se réconcilie au moins avec elle-même et elle peut maintenant se poser à côté du souvenir de ses enfants. Un sens est retrouvé pour Mme Gilberte. Il l'est aussi pour les soignants, qui, par la compréhension de l'histoire de vie, trouvent des repères dans leurs soins. Une nouvelle relation naît entre eux et Mme Gilberte. L'EHPAD tend à devenir un analogon de la famille.

Les trois présentations successives du cadre bleu modifient la perception de son contenu pour Mme G, et reflètent des étapes psychologiques dans son parcours de vie. Le cadre accueille le souvenir de Maurice à domicile, il devient un mauvais objet en EHPAD. Accueillant le dessin de la famille, il est réinvesti en bon objet. Les trois aspects du cadre varient ainsi selon la perspective adoptée pour son point de vue, réalisant une anamorphose. L'anamorphose est un artifice visuel que l'on trouve par exemple dans la peinture « Les Ambassadeurs » d' Holbein où l' « os de seiche » que l'on voit de face devant les deux personnages se révèle être en fait un crâne lorsqu'on regarde le tableau de côté.

### **III. Temps de l'attente et désir dans la maladie d'Alzheimer**

#### III-1. Elan vital et deux types d'actions dans le temps

Si on revient quelques instants au cas de Monsieur Gilbert, présenté au Chapitre 11, une chose est pour lui de rédiger son éditorial pour demain 10 heures, une autre d'avoir un avenir ouvert devant lui, sans résultats définitifs à formuler. Dans le premier cas, l'élan vital s'exprime en se couplant à un ancrage dans le réel et il s'étend dans une temporalité préalablement clôturée et fixée. Dans le second, l'élan vital dépose l'avenir devant lui, sans limites définies dans le temps et sans définition concrète des actions à réaliser. L'élan vital se déploie librement. Il n'y a pas de fermeture à terme du devenir, et l'horizon est ouvert. L'élan vital donne de « façon primitive la notion de direction dans le temps, fait que notre vie est essentiellement orientée vers l'avenir. Quant à la mémoire, toujours relative aux événements enregistrés ou aux choses apprises, elle est bien plus proche du savoir que de la vie et elle ne peut occuper par conséquent qu'une place secondaire dans une analyse du temps vécu »<sup>193</sup>(31). La mémoire permet de vivre ou de revivre de façon médiate « dans » le passé, pour retrouver le savoir

---

<sup>193</sup> Eugène Minkowski. Le temps vécu. Page 73

d'un épisode, tandis qu'avec l'élan vital l'avenir est vécu de façon directe et immédiate. La quête de ce savoir évanoui est pénible pour le malade dément qui fait de gros efforts pour rechercher les traces résiduelles à sa disposition et essayer de bâtir un récit de vie aussi cohérent que possible, avec toutes les limites cognitives qu'autorise le stade de la maladie. L'enjeu est alors à la fois subjectif pour Mr Gilbert, l'ancrage dans la réalité, et collectif, ne plus se sentir marginalisé dans une société où la mémoire est une condition présumée à une bonne insertion. La suppression de la difficile quête rationnelle des souvenirs et la mise en pause des efforts qu'elle nécessite, libèrent une énergie disponible pour le malade pour vivre son élan vital dans une autre dimension non contrainte, sans performance recherchée, sans résultat concret à évaluer.

### III-2. Prévion et schéma de la quête

Prévoir quelque chose porte sur l'acquisition d'un résultat concret dans un temps imparti. Le champ du déploiement de l'agir est clos. Ceci nécessite pour ce faire de convoquer un savoir, donc la mémoire, et de suivre un schéma narratif canonique de quête (466) : « manipulation » par le commanditaire d'un éditorial, compétences pour regrouper les connaissances et les mettre en ordre (savoir-faire), performance pour la rédaction et la sanction, l'évaluation par soi-même et par le commanditaire. Tant que Mr Gilbert est dans la rédaction d'un éditorial, il est dans un schéma de quête. L'action entreprise fait partie non pas de l'Être, mais du devenir. L'Être est une condition pour l'élan vital. Elle s'inscrit dans un vécu orienté vers l'avenir et dans le contact vital du sujet avec une réalité vécue et concrète. Il nécessite une solidarité spatiotemporelle pour une réalisation ordonnée. C'est dans le déploiement tensif que l'Être se positionne dans un "je" au contact du réel et assume l'acte et la transformation du réel. Lorsque Mr Gilbert écrit librement sans chercher un résultat concret, il suit simplement son désir d'écrire, docile simplement à son élan vital déployé dans un champ ouvert.

Dans une direction centrifuge, du sujet vers l'objet, l'Être se sépare du milieu ambiant et le transforme pour une activité. L'attente est un schéma topologique inverse (Chapitre 5, tableau 3). La direction est centripète, du monde au sujet. Certaines attentes peuvent suspendre l'élan vital et atrophier le contact vital à la réalité. L'être se rétrécit alors sur lui-même pour s'exposer le moins possible aux difficultés d'un environnement qui pourrait être hostile et ne pas s'engager dans un monde qui n'apparaît plus bienveillant.

### III-3. Les deux types d'attentes

Il existe deux types d'attentes selon qu'il existe ou non une fin envisagée. L'attente peut s'inscrire dans un espace-temps délimité, comme attendre un bus qui doit passer à une heure donnée.

Elle est de l'ordre du prévisible et laisse un espace-temps disponible entre le moment présent et l'événement attendu pour déployer une activité. Elle est la position de l'éditorialiste qui doit dans un temps imparti réaliser son travail et celle du commanditaire qui l'attend pour le mettre sous presse. La personne est tournée vers un fait à venir. Le sujet investit le présent dispose d'une liberté entre le temps présent, et le temps imparti pour la réalisation achevée d'une action attendue. L'élan vital n'est pas altéré, il y a un contact à la réalité et la personne est tournée vers l'objet attendu à un moment prédéfini.

L'attente peut concerner un événement désiré, dont on ne sait ni quand ni même s'il se produira. C'est la situation de l'ambiguïté des limites de type 1 (Chapitre 8), celle des épouses d'aviateurs disparus en mission et qui sont dans une attente sans fin du retour de l'être aimé. La personne n'est alors plus tournée vers le temps à venir à échéance, c'est le temps qui est tourné vers la personne qui attend. Son présent est dans l'avenir. L'élan vital et le contact avec la réalité sont figés dans son maintenant. Le temps est comme suspendu. La réalité d'un présent arrêté « ... englobe tout l'être vivant, suspend son activité, le fige, angoissé, dans l'attente. Elle contient un facteur d'arrêt brutal en elle et rend l'individu haletant »<sup>194</sup>. L'attente est anxiogène, stressante et sa prolongation dépressogène. Elle suspend le goût et la direction de l'activité, elle affaiblit la motivation à vivre (266), donc l'élan vital. Elle prend, avec sa prolongation, peu à peu le goût du désespoir, d'un anéantissement de soi avec la montée de pensées morbides comme l'illustre le livre " Le désert des Tartares" de Dino Buzzati. Le pessimisme aliénant d'un sujet clôturé par le désert environnant finit par s'atténuer à l'horizon et le désert s'animer, mais trop tardivement. L'événement attendu qui tarde est supplanté par l'avènement de la suspension du temps. Le jeune officier, Giovanni Drogo, meurt avant l'action tant attendue.

Le survenir de l'annonce à une épouse de la disparition de son mari pilote, est suivi de l'installation sur le mode du parvenir d'une préparation à son retour, mais faute de réalisation, l'extensivité temporaire et spatiale est arrêtée, et cet arrêt dure trop longtemps. « Dans l'attente l'Être se replie sur lui-même, se recroqueville, cherche, dirait-on, à exposer le minimum de soi aux heurts de l'ambiance hostile, et en le faisant, il se sépare de cette ambiance, tire ses propres limites par rapport à elle »<sup>195</sup>. *Le juge de tutelle m'avait demandé de vérifier la situation au domicile d'une vieille dame de 86 ans vivant dans une petite ville. Des neveux voulaient la mettre sous tutelle, mais une nièce y était farouchement opposée, estimant que sa tante avait le droit de vivre sa liberté. L'accueil que me fit la vieille dame a été frais. Après quelques moments de discussion, elle finit par m'ouvrir et me laisser*

---

<sup>194</sup> Ibid. Page 80.

<sup>195</sup> Ibid. Page 83.

*pénétrer chez elle. La vieille dame était surmaquillée, habillée d'une petite jupe colorée et d'un chemisier assorti que l'on aurait plutôt vu chez une femme de 20 ans. Tout était propre et rangé dans son logement. La dame était cohérente et la tutelle ne s'imposait pas. Elle me dit quelques mots de son histoire à la fin de l'entretien. Elle avait été amoureuse d'un jeune homme durant la guerre. Parti au front, il n'est jamais revenu et personne n'a jamais eu de nouvelles. Depuis, elle l'attend et elle se prépare à son retour.*

#### III-4. L'attente et l'espoir

Dans l'activité, nous tendons vers l'avenir, dans l'attente le temps a une direction opposée. « Ici, je sens l'avenir venir vers moi, d'une façon immédiate, dans toute son impétuosité »<sup>196</sup>. L'attente supprime la perception du temps, le vécu de la durée, le sujet vit dans l'instantanéité. Nous avons vu la problématique de l'attente d'une réconciliation, d'un retour, ou simplement d'une manifestation de ses enfants avec Madame Gilberte. L'attente d'un événement sans certitude s'appuie sur un espoir d'avènement. L'espoir repose sur quelque chose que l'on n'a pas, sur quelqu'un qui est absent, mais qui pourra être un jour à nouveau accessible. Il contient une présence de l'absence. L'objet de cette absence disparaissant ou devenant irrémédiablement inatteignable, comme c'est le cas pour Madame Gilberte avec le silence de ses enfants, le désir s'éteint et fait place un vide existentiel, un cadre de vie sans contenu que métaphorise le cadre bleu qu'elle a vidé de la photo de Maurice et qu'elle continue à manipuler. Le contenant persiste, le contenu est plus qu'incertain. Il reste peut-être chez elle une demande implicite de sollicitude.

L'activité se décompose en trois niveaux selon les zones où elle se déploie (Chapitre 11, tableau 1). Dans chacune de ces zones, le désir peut émerger. Il peut être éveillé dans la zone identitaire (pensée et construction mentale, fantasme), dans la zone proximale, l'objet du désir est atteignable par le sujet par un programme de quête. Il peut demeurer dans la zone distale hors d'atteinte de la personne, mais peut-être sera-t-il joint un jour. Inatteignable sur le moment, mais tangible, ce désir reste réalisable dans le rêve, l'imaginaire, et il suscite une attente. Si sa réalisation impossible appartient à la zone distale, son vécu se restreint à la zone identitaire : un fantasme. Tant que le désir vise un « encore possible » et que l'espoir n'est pas pulvérisé, l'attente continue à inscrire la personne dans un avenir, certes incertain. Deux certitudes s'imposent à Madame Gilberte : l'objet de son désir est désormais irréversiblement inatteignable, tout ce qui a été fait pour l'atteindre a été vain. Le désir important et l'attente très prolongée conduisent à un brutal renoncement à continuer à vivre et à un refus de s'inscrire dorénavant dans la réalité (la photo de Maurice est déchirée). Mme Gilberte délaisse

---

<sup>196</sup> Ibid. Page 81.

son l'élan vital. Pourtant, elle aurait pu être tendue vers d'autres horizons, mais elle a à traverser sa propre culpabilité devant les efforts précédents qu'elle a déployés pendant des années en attendant le retour de ses enfants et qui se sont révélés inutiles.

## Points clés du Chapitre 12. Cas clinique de Mme Gilberte : un cadre bleu

Outre la question de l'origine génétique de la maladie d'Alzheimer, le stress chronique peut générer à la longue des modifications du métabolisme du cortisol et finir par être délétère sur les structures de la mémoire en particulier l'hippocampe

L'apparition de la démence et son cours sont influencés par des facteurs sociaux et traumatiques issus de l'histoire de vie.

Trois mécanismes interfèrent avec l'évolution démentielle : l'apprentissage préalable de la gestion des conflits par l'expérience acquise à l'école de la vie, le réinvestissement après une rupture ou un deuil, en troisième lieu, l'émergence de souvenirs irréfragables, bouleversant le champ de conscience fragmentée du malade dément et asphyxiant la psyché.

Le récit subjectif se déforme avec la démence, car il est alors fondé sur les souvenirs devenus approximatifs et non critiqués.

L'enjeu pour les malades de la mémoire, est alors à la fois subjectif, l'ancrage dans la réalité, et collectif, ne plus se sentir marginalisé dans une société où la mémoire est une condition présumée à une bonne insertion.

La mémoire permet de vivre ou de revivre de façon médiate « dans » le passé, pour retrouver le savoir d'un épisode, tandis qu'avec l'élan vital, l'avenir est vécu de façon directe et immédiate.

Il existe deux types d'attentes selon qu'il existe ou non une fin envisagée. L'attente peut s'inscrire dans un espace-temps délimité n'entravant pas l'élan vital.

L'attente est anxiogène, stressante et sa prolongation dépressogène. Elle suspend le goût et la direction de l'activité, donc la motivation à vivre.

L'événement attendu qui tarde est supplanté par l'avènement de la suspension du temps.

L'attente supprime la perception du temps, le vécu de la durée, le sujet vit dans l'instantanéité.

Tant que le désir vise un « encore possible » et que l'espoir n'est pas pulvérisé, l'attente continue à inscrire la personne dans un avenir, certes incertain.

## Topologie de l'organisation du sens dans la maladie d'Alzheimer

Tout au long de ce travail enrichi d'observations cliniques, une topologie de la maladie d'Alzheimer se dessine en fonction des capacités résiduelles des malades à symboliser le réel. Nous reprendrons cette topologie à travers quatre sous chapitres : les dysfonctionnements de la mémoire, les conséquences tensives pour le malade, l'impact sur ses formes de vie et enfin les difficultés induites par la maladie sur le discours. Nous proposons cinq stades évolutifs selon l'organisation du sens trouvé par le malade, chacun s'installant progressivement, avec des transitions plus ou moins nettes. De façon approximative, nous les associerons avec le schéma de l'histoire naturelle de la maladie et ses niveaux d'altération cognitive évaluée par le score au test de Folstein (MMSE) : formes de début (MMSE >24), formes modérées à évoluées (MMSE 24–18), formes évoluées (MMSE 17–10), formes très évoluées (MMSE 10–5) et formes terminales, en termes cognitifs et non forcément en prenant en considération la fin de vie (MMSE < 5). Le patient va parcourir bien involontairement ces positions dans son évolution clinique.

Dans un second temps, nous reprendrons les hypothèses initiales proposées en introduction pour les valider, les infirmer ou les reformuler éventuellement. Nous terminerons par des propositions thérapeutiques et quelques remarques générales.

### **I. Déficits fonctionnels sémiotiques dans la maladie d'Alzheimer. Remise en question des schémas descriptifs actuels.**

Nous décrivons ici cinq stades évolutifs de la maladie d'Alzheimer selon le sens que le malade essaye d'apporter à son environnement.

#### I-1. La phase de début de la maladie d'Alzheimer

La phase de début de la maladie d'Alzheimer est insidieuse et n'est pas toujours reconnue par la famille, de plus les troubles sont souvent déniés ou banalisés par le malade. Il cherche parfois à les cacher à ses proches. Pour ces raisons un retard du diagnostic est fréquent. Certains troubles passant inaperçus sont déjà installés de longue date : troubles mnésiques précoces dès l'âge de 50 ans (343), troubles du langage installés dès la fin de l'adolescence (340) encore peu étudiés médicalement.

#### I-1-1. Le fonctionnement de la mémoire

À ce stade, le malade fait des **efforts pour retrouver les souvenirs** qui se dérobent à lui. Il lutte pour maintenir à flot sa mémoire épisodique et sémantique. Les traces Gist marquées sur le plan affectif et émotionnel prédominent sur les traces Verbatim et les oublis portent plus fréquemment sur ces derniers. Les tris axiologiques et les catégorisations\* perceptives se fragilisent peu à peu. Les nouveaux événements perçus sont plus difficiles à mémoriser qu'auparavant, et les anciens souvenirs se déforment et s'enrichissent avec le temps, pas toujours à bon escient (loi de Ribot)(37). Les efforts du malade sont tournés vers le passé qui se dérobe. Il perçoit les risques de marginalisation pour sa vie en société. Aux difficultés des aidants pour la prendre en charge évoquées en consultation devant elle, une patiente prend la parole pour dire : « - *Je n'ai plus les mots pour dire cela. Je me tais. J'ai trop besoin de ma famille maintenant* ».

#### I-1-2. Le système tensif

Des tensions naissent entre les situations du passé, non encore oubliées et le présent, ce qui est source d'anxiété pour le malade conscient des troubles, une anxiété pas toujours partagée avec l'entourage. Les raisonnements concessifs sont ici encore possibles.

#### I-1-3. Les formes de vie

L'accommodation des pratiques et des formes de vie garde une place pour des ajustements possibles, même si le patient tend de plus en plus à privilégier les mécanismes de programmation : « *j'ai toujours fait ainsi !* ». Les situations trop complexes sont évitées, des erreurs se produisent de temps à autre. La persévérance dans les entreprises est encore possible, mais limitée lorsque celles-ci deviennent trop difficiles à appréhender et trop complexes à mettre en œuvre. Le malade interrompt alors ses tâches et passe à autre chose en trouvant de fausses excuses ou des mots échappatoires convenus. Il reste dans un régime de quête de découverte ou de redécouverte de ce qu'il est encore possible de faire. Des objectifs distants de son horizon habituel persistent, le désir et l'élan vital ne sont pas éteints. Tant que le malade a accès à des processus d'ajustement, il peut continuer certaines pratiques et assumer ses conflits internes. Les mécanismes de **défense** psychologiques lui sont alors accessibles.

#### I-1-4. Le discours du malade

Les énoncés du malade tendent à s'appauvrir progressivement et restent structurés. Ses discours reviennent volontiers sur des thèmes moult fois évoqués et se remodelent au fur et à mesure des énonciations successives au cours de l'évolution de la maladie, ancrant les déformations des

souvenirs. À ce stade, le malade lutte pour maintenir un récit de vie structurant pour son identité et conserver son inscription dans l'univers collectif où il évolue.

## I-2. La phase de la maladie modérée à évoluée

Les traits de la maladie sont patents pour l'entourage qui parfois cependant peut les banaliser : « *c'est l'âge !* ». Bien souvent, c'est à ce stade seulement que le diagnostic est porté.

### I-2-1. Le fonctionnement de la mémoire

Les représentations internes du malade se fragmentent. Les liens entre les différentes images internes se font mal. La perception ne conduit pas à des images internes rationnelles et cohérentes. Les informations ou les événements nouveaux ne semblent pas encodés. Les traces du passé se floutent ou s'effacent. Leur organisation structurale n'est plus suffisante pour construire des représentations internes nettes, leur connexité est altérée. Le malade perd peu à peu les ressources de la mémoire collective, en partie du fait de ses troubles mnésiques, en partie du fait de son isolement relationnel progressif. L'affaiblissement sociétal actuel de la mémoire collective fragilise les plus vulnérables. Les traces Gist prédominent et des erreurs se glissent sur les traces Verbatim. Le besoin d'une continuité interne conduit à rechercher de façon inconsciente une cohérence de soi en faisant appel à une pensée de secours, l'imagination, mal critiquée par lui à ce stade. De faux souvenirs apparaissent, difficiles à corriger par l'entourage : le patient s'entête dans ses fabulations. Il ne lutte plus pour retrouver ses souvenirs, parce que ses efforts sont devenus inutiles. Ses efforts portent souvent sur une résistance à l'entourage lorsque celui-ci rectifie une aberration. Il semble **se résigner** à ses oublis et ne pas chercher à les pallier, comme si la « prime narcissique » de la réminiscence lui était interdite. Des conflits avec ses aidants naissent de quiproquos relationnels. À ce stade, comme au précédent, les ressources de l'imagination peuvent être sollicitées par l'entourage ou par les soignants, d'autant plus facilement que le malade aura investi cette dimension dans le déroulement de sa vie.

### I-2-2. Le système tensif

L'extensité du malade se rétrécit, pour des raisons cognitives, mais parfois aussi parce que l'autonomie se réduit par d'autres causes associées. Une désorientation temporo-spatiale s'installe, marquée au début par des erreurs et des oublis de dates, puis par leurs mélanges. Le temps est vécu de façon séquencée, morcelée. La durée d'évolution des troubles, la conscience des limitations qu'ils induisent et la répétition des échecs font le lit d'une anxiété chronique, d'une hypervigilance, puis souvent d'une dépression. Les événements parfois banals ne sont plus anticipés. Leurs émergences dans le vécu du malade se font souvent sur un mode du survenir et non plus sur celui du parvenir,

conduisant à des réactions inattendues pour l'entourage, d'autant plus surpris que s'écartant du comportement habituel chez lui. La famille, les soignants, les médecins sont parfois médusés par ses comportements. Ils cherchent à comprendre ce qui a pu les provoquer, à saisir leur cause, extérieure au malade, parfois s'auto-accusant et se sentant coupables, quand la problématique est plus profonde, interne au patient. La quête du sens du symptôme nécessite de centrer cette question sur le malade et non sur les soignants.

À ce stade, le patient peut être en attente, aux aguets d'un événement susceptible de se produire, important pour lui et marquant dans son histoire de vie mais qui se fait attendre. Il reste alors figé dans un présent en quête prolongée d'un avenir qui tarde à n'en plus finir. Il ne remet pas en cause cette présence de l'absence malgré le temps qui s'écoule.

#### I-2-3. Les formes de vie

Les raisonnements implicatifs\* prédominent mais sont limités à la simplicité, les concessifs\* disparaissent. L'accommodation\* des pratiques et des formes de vie\* est à prédominance de programmation. Des erreurs grossières se produisent dans son tri axiologique, dans les catégorisations\* qui ne sont qu'approximatives et souvent erronées, conduisant à des aberrations comportementales pour un observateur extérieur. Le malade est davantage dans la persistance d'un programme comportemental à laquelle il s'accroche, malgré les remarques possibles des tiers externes, que dans la persévérance. Cette programmation prédominante ou exclusive ne permet plus une adaptation harmonieuse aux aléas de la vie quotidienne. Elle ne permet plus de régler les conflits internes. Le malade n'a plus accès à des mécanismes de défense psychiques pour élaborer ses tensions internes, mais seulement à des **résistances actives**, puis passives, réflexes, aux changements tant internes qu'externes (18). Il tend à se rigidifier dans ses relations interpersonnelles. Il finit peu à peu par se résigner à ne plus comprendre le monde et à ne plus y être compris. Il apprend l'inutilité d'être et de faire dans un monde appréhendé de façon de plus en plus stressante, finissant par être dépassé par le stress. Il se réfugie dans un passé encore signifiant pour lui mais de plus en plus éloigné du présent de ses proches.

#### I-2-4. Le discours du malade

Le patient fait usage dans son discours de lieux communs, de banalités sociales, de phrases toutes faites. Un dialogue bref est encore possible, mais le malade a des difficultés à gérer la complexité des interactions. Des erreurs d'interprétation dans ces échanges interpersonnels sont possibles, car les codes du langage tendent à être perdus de vue. Des fausses reconnaissances et des

fabulations sont possibles. Sur le plan topologique des formes de vie, il est dans un schéma d'emprise de ce qui lui reste comme autorité sur le monde, selon des modalités très ancrées sur le passé.

Le malade s'accroche à un récit de vie tourné vers son passé et se détourne du présent. Il n'investit plus l'avenir. Il recherche la consolidation en s'appuyant sur autrui, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il change d'avis et qu'il tient compte des observations d'autrui. D'ailleurs s'en souvient-il ou ne veut-il plus s'en souvenir ? Il valide, ce faisant, sa désynchronisation avec le temps du monde commun.

### I-3. La phase de la maladie évoluée

Lors de cette phase, le malade présente des troubles cognitifs qui affectent non seulement la mémoire, mais aussi le jugement et les fonctions exécutives\*. L'autonomie est fortement compromise. Il devient dépendant d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne.

#### I-3-1. Le fonctionnement de la mémoire

Les représentations internes et les traces mnésiques sont parcellisées. L'imaginaire s'installe au secours de la construction de la signification défailante, pour élaborer une cohérence interne relative et éviter les solutions de continuité dans les représentations du monde. Le malade n'entend plus le langage de la raison de son entourage. Des fabulations non critiquées par le patient conduisent à des confusions. Quelques émotions peuvent parfois réveiller des souvenirs, souvent sans grand détail et parfois parasités par d'autres événements anciens. Dans l'ensemble lors de la phase avancée de la maladie, le malade se dérobe aux efforts pour se souvenir ou il insiste pour retrouver des objets ou des événements du passé déconnectés de la réalité du présent.

#### I-3-2. Le système tensif

Le patient tend à s'enfermer dans un « petit monde », fermé hermétiquement au plan spatial, pris dans une circularité du temps vécu dans la routine non renouvelée du quotidien. Il est dans un présent perpétuel, un présentisme, sans place pour un passé actualisé dans le présent, sans projection de soi vers l'avenir. L'élan vital (31, 264) se rétracte avec l'effacement de l'anticipation (35). D'éphémères moments de présence peuvent se manifester à l'occasion d'une rencontre, d'un chant autrefois aimé et pratiqué, ou devant la présentation d'une photo d'une personne ou d'un événement particulier pouvant alors avoir une forte raisonnée émotionnelle avec la vie intérieure du patient. Le présent n'est plus un « maintenant », il n'est plus investi qu'en pointillé. Il n'est qu'une permanence improbable du présentisme. Tout événement même annoncé se déroule sur le mode du survenir et

donc est dérangeant. La désorientation temporo-spatiale est fortement installée et fait la place à une désorientation biographique.

### I-3-3. Les formes de vie

Tout est routine, renouvellement sans changement du quotidien. Le malade est dans une programmation comportementale exclusive, au risque du chaos au moindre petit changement. Toute proposition de changement est refusée comme dérangeant l'ordre des choses. Seuls persistent quelques raisonnements implicatifs simplistes. Il n'y a plus, dans son « petit monde » de persévérance dans ce qu'il entreprend, mais uniquement une persistance volontariste. On ne peut plus alors parler de formes de vie, mais de vieilles habitudes plus ou moins bien adaptées au monde quotidien. Le malade est en perte d'emprise sur son environnement, il est cerné dans son « petit monde ». Il n'a de choix qu'entre se résigner, subir les contraintes extérieures, ou fuir, fuguer, avec les risques que cela peut représenter en raison des troubles cognitifs et notamment de la désorientation spatiale.

### I-3-4. Le discours du malade

L'énoncé de discours du malade reflète la désorganisation de ses représentations internes. Ses énoncés sont pauvres en vocabulaire, mais la structure des phrases perdure, sans complexité toutefois. Sur le plan énonciatif, le sujet évite de prendre position dans les échanges interpersonnels. Il n'assume plus sa présence et préfère dire : « *je ne sais plus, je ne me souviens plus, je ne suis pas sûr* ». Il ne prend plus le risque de proposer une transformation à travers ses mots, même pour un mieux-être ou pour exprimer un besoin. Le "je" peut déjà s'absenter du discours : « *-Comment allez-vous aujourd'hui, Monsieur Durand ?- Il a bien dormi* ». L'organicité de la maladie concernant les centres du langage, il est difficile de faire la part de l'aphasie démentielle et des difficultés énonciatives.

## I-4. La phase de la maladie très évoluée

La désorientation temporo-spatiale est marquée, les troubles du jugement et les atteintes mnésiques sont caricaturaux. La plupart des malades sont dépendants d'un tiers pour tous les actes de la vie quotidienne.

### I-4-1. Le fonctionnement de la mémoire

Quelques souvenirs peuvent émerger dans certaines circonstances, généralement portés par une émotion ancienne, voire très ancienne. Le malade ne fait plus aucun effort pour se souvenir. Il ne montre pas d'intérêt pour le faire. Il reste une possibilité d'atteindre une présence au monde par le jeu de stimulations externes, utilisant la poly-sensorialité, la sensorimotricité ou la musique, tous ces

modes d'existence empruntant dès lors la voie d'une sensorialité narrative (467) délaissant la mémoire narrative. Leur effet est cependant inconstant et peu durable.

#### I-4-2. Le système tensif

Le patient est volontiers renfermé sur lui-même et peu communicant, peu stimuable. Il est très souvent triste et paraît angoissé. L'absence de communication, les faibles réactions, souvent d'opposition aux soins ou une raideur lorsqu'on le mobilise, laissent penser qu'il est tendu au sens corporel comme au sens langagier. L'annonce d'un événement douloureux dans sa famille peut générer des larmes, preuve qu'il n'est pas totalement absent au monde. C'est ici malheureusement une des causes d'entrée au stade évolutif suivant. Rarement, chez quelques malades, émergent des remarques orales frappantes, car pertinentes et construites dans un langage adapté. Il est possible que le malade soit parasité par une angoisse de vide existentiel, tendu entre ce qu'il perçoit du monde où il a perdu toute emprise et la conscience plus ou moins claire de ce qu'il est ou de ce qu'il était. Peut-être reste-il conscient encore de quelque chose de non-élaborable et de non symbolisable dans son contact avec le monde qu'il semble mettre à distance et où il ne s'investit plus. Il a perdu confiance en lui-même et dans le monde. Il ferme les yeux pour ne plus le voir, ne plus le ressentir.

#### I-4-3. Les formes de vie

Toute forme de vie a disparu. Il ne reste que quelques bribes de fonctionnements « automatiques » et ritualisés. Le malade est piégé dans le monde qui le prend en charge, enfermé dans sa maladie. Les siens ne sont plus reconnus et sont assimilés à des étrangers, ou encore confondus avec d'autres disparus depuis longtemps. C'est à ce stade que se manifeste la concrétisation de la pensée, marquant l'absence d'élaboration symbolique de la pensée.

#### I-4-4. Le discours du malade

Les énoncés sont décosus, pauvres qualitativement comme quantitativement et rares. La structure du langage est en voie de disparition. Les mots se télescopent et ne sont pas toujours associés à une signification particulière. Des paraphrases s'intercalent. Le malade peut répéter à l'envi un mot qu'il vient d'entendre (écholalie). Le "je" est désinvesti, parfois remplacées par un "il", ou simplement évité, la personne malade s'adressant sans aucune forme de socialisation à autrui : « *vous voulez quoi encore ?* ». Le malade a décroché de son récit de vie. Les énoncés semblent réduits à interroger ou à protester contre l'univers extérieur. Sur le plan interpersonnel, il ne donne plus de repères à son interlocuteur. Une ambiguïté des limites s'installe.

#### I-5. La phase terminale de la maladie

Le malade s'exprime peu ou pas, l'aphasie démentielle s'est développée. La dépendance à un tiers aidant est très marquée et la marche est très souvent compromise. L'entrée dans cette phase est le plus souvent progressive. Elle peut être rapide après l'annonce d'un deuil. Faut-il cependant renoncer à avertir un patient de la disparition d'une personne aimée ? La conversion vers cette phase peut encore être liée à une aggravation de la dépression ou à un accident de santé médical ou chirurgical, à une douleur chronique insuffisamment prise en charge, ou encore à une perte sensorielle.

#### I-5-1. Le fonctionnement de la mémoire

La quasi-absence de communication du malade ne permet guère d'évaluer la mémoire. Il n'exprime aucune trace mnésique et il ne manifeste que peu de choses, voire semble indifférent aux sollicitations externes : visite de membres de sa famille, photos, chants... Il semble s'être absenté du monde et de toute relation interpersonnelle.

#### I-5-2. Le système tensif

Le patient semble absent de tout. Il est sur le plan spatial dans une béance, et sur le plan temporel dans une permanence sans fin. Assis au fauteuil, il ne bouge plus, sauf à se laisser glisser passivement vers le sol.

#### I-5-3. Les formes de vie

La passivité est complète ou le comportement réduit à une opposition aux soins. Aucun désir ne se manifeste. Le patient ne semble plus sensible aux événements extérieurs. La douleur se manifeste chez lui par des cris difficiles à interpréter en raison des stéréotypies verbales. Il semble avoir démissionné de lui-même.

#### I-4-4. Le discours du malade

Le discours du malade n'existe plus. Il reste parfois dans des stéréotypies verbales répétitives comme pour essayer d'attirer un peu l'attention vers lui : « *au secours, au secours, ... maman, maman...* ». D'autres fois, il se manifeste par des gémissements, des cris, très difficiles à contenir et très dérangeants pour les autres résidents en EHPAD. Reste-t-il une attente d'une présence humaine à ses côtés ? Prendre la main du malade, parler, manifester une présence auprès de lui calme parfois momentanément les cris, mais pas toujours, et très rapidement, ils reprennent. L'attente n'est pas celle d'une présence extérieure, mais d'une présence au tréfonds de lui-même.

## II. Evaluation des hypothèses de travail initiales

Quatre hypothèses de travail ont été proposées en introduction de cette thèse. La première concernait les conditions permettant au malade d'inscrire sa présence au monde. La seconde portait sur la réinscription dans une ligne de temps pour le sortir du présentisme. La troisième concernait la réversibilité au moins partielle de certains troubles mnésiques. La dernière posait la question du « petit monde » dans laquelle le patient s'enferme et est enfermé par la maladie ainsi que l'hypothèse d'un élargissement possible de son univers interne.

### II-1. La présence du monde au malade et la présence du malade au monde

La présence du malade au monde est normalement couplé à la réalité au monde (31). L'élan vital émerge de ce couplage dynamique.

#### II-1-1. La présence du monde au malade

La présence du malade au monde renvoie encore au couplage de la présence de soi au monde et du monde à soi. La présence du monde à soi est probablement insuffisamment formulée. Dans les deux premiers stades de la maladie, le malade garde une emprise sur le monde. Il a un contact avec la réalité du quotidien et il se bat un temps pour la maintenir, y compris contre ses aidants. Il est la source d'une autorité sur le monde et le monde est sa cible. Lorsque les troubles cognitifs évoluent et que la fragilité de son autonomie commence à se manifester, la faiblesse du patient conduit à majorer son emprise jusqu'à un autoritarisme qui éloigne ceux qui d'aventure s'approchent de lui, ce qui accentue son isolement. Il s'éloigne de ce qui aurait pu l'aider s'il s'ouvrait au monde et aux autres. Tout n'est pas à mettre sur le compte du malade ou de la maladie, les difficultés d'accès aux ressources extérieures ont leur part : éloignement des commerces, limitation des visites à domicile des médecins, développement des réseaux informatisés inutilisables pour nombre de personnes âgées démentes ou non, etc. Les entraves progressives inhérentes au malade sont en quelque sorte validées et accentuées par l'environnement.

Au stade ultérieur, le monde est trop présent au malade. Le monde est la source, le malade la cible. Se sentant visé par le monde, il n'a guère de choix que dans la fuite ou le repli, la démission de soi. Lorsqu'il est saisi par le monde, il y est piégé (7). La maladie et la dépendance progressive cumulent leurs effets délétères. Le malade a-t-il conscience de la présence du monde à lui ? Pour les quatre premiers stades de la maladie, il est aisé de répondre par l'affirmatif. Au dernier stade terminal, la réponse n'est qu'un peut-être. Une présence du monde à soi peut persister. Comment expliquer sinon

comme une ultime protestation ses cris, son opposition aux soins, son glissement passif vers le sol lorsqu'il est mis au fauteuil ? Le contact empathique avec la réalité perdure chez lui, de plus en plus prégnant au fur et à mesure que la maladie évolue.

## II-1-2. La présence de soi au monde

Sans présence de soi au monde, il n'y a plus d'élan vital. La réalité intentionnelle disparaît, rendant inutilisable en termes d'agir la perception du monde. La volonté n'a plus de points d'appui et les choix ne sont plus possibles. La présence du malade au monde est complexe et a deux origines possibles. La première, qui certes s'effrite lors du premier stade de la maladie, mais qui perdure un temps, est liée à la capacité de construire une signification à partir de la perception de l'environnement pour élaborer une représentation interne intelligible et asseoir une intentionnalité à son propos. L'organisation de la signification à partir de la perception de l'environnement dépend des capacités cognitives et des apprentissages acquis durant l'enfance. Elle dépend encore du style de vie adoptée à l'âge adulte. Les stratégies diffèrent d'un individu à l'autre, certains fonctionnent plutôt sur un registre figuratif et d'autres à partir d'éléments du langage. La présence naît ici de la conscience de la représentation interne qui permet de vivre un sentiment de présence de soi au monde plus ou moins intense. Cette voie malheureusement se rétrécit avec la progression de la démence.

Une autre voie reste praticable, qui échappe aux processus cognitifs, car indépendante de toute synthèse préalable (26): la voie de l'imaginaire. Est-elle accessible à tous ? Tout dépend là encore des compétences acquises et entretenues par le sujet dans sa trajectoire de vie. La porte de l'imaginaire peut être maintenue fermée par des traumatismes mal élaborés ou des successions d'accidents de la vie difficilement traversés et qui ont profondément marqué le sujet, laissant derrière eux un lourd passif de rupture biographique. Trouver la clé de la porte de l'imaginaire ouvre la personne à une présence à soi, et à un nouveau couplage à la réalité en particulier en faisant émerger une représentation interne..

La présence de soi au monde est aussi la présence de soi à autrui. La stigmatisation des personnes âgées démentes, la standardisation des soins, le manque de temps dévolu à la relation dans le soin en EHPAD ne permettent pas la construction d'une relation à autrui. La technique même des soins relationnels peut être en cause. Doit-on s'engager dans une relation personnalisée et singulière, exposant à des risques affectifs, avec un malade ou doit-on garder une distance neutre et bienveillante ? Le sentiment d'engagement d'une personne envers le malade, la perception de sa responsabilité envers lui dans la relation, le désir d'autrui pour sa présence, font renaître un "je" relationnel, là où il tend à s'étioler.

### II-1-3. Formulation de l'hypothèse initiale sur la présence du monde au malade et du malade au monde

L'hypothèse de travail pourrait être formulée comme une persistance ou une réémergence possible chez les malades d'une présence de soi au monde. Le monde est surreprésenté dans la vie psychique du malade qui le subit peu à peu plus qu'il ne l'accepte.

### II-2. Sortir le malade du présentisme

L'hypothèse d'une sortie du malade du présentisme reste valable tant qu'un dialogue est possible. Le vécu du temps est essentiel et il varie selon les stades de la maladie. Dans les premiers stades de la maladie, le malade lutte contre les pertes de mémoire pour se raccrocher aux souvenirs qui tiennent encore mais qui sont de plus en plus difficilement accessibles. Parfois après quelques instants de délai, les souvenirs oubliés reviennent spontanément à la mémoire d'un patient. L'oubli pathologique n'est pas une question de mémoire, mais d'accès aux registres mnésiques. Ici la validation\* émotionnelle qui sous-tend les traces Gist peut être utile. L'utilisation de pense-bêtes et de tout autre moyen mnémotechnique peut être utile, aidant la recatégorisation et la réorganisation du plan de la pensée en fournissant des images palliatives des objets oubliés, complétant ainsi le puzzle épars de la représentation interne. Peut-être certains ont-ils été trop sévères vis-à-vis des « ateliers-mémoire », qualifiés d'inefficaces, car il ne servirait à rien de stimuler un vide mnésique. Le modèle restreint de la maladie d'Alzheimer ne prend pas en compte la psychodynamique de la maladie. Les « ateliers-mémoire » sont certainement efficaces aux stades débutants de la maladie, permettant d'entretenir les processus résiduels de construction de la signification à partir des percepts, d'entretenir les modalités de catégorisation des objets et la structure du langage, et de ré-évoquer des souvenirs s'y rattachant. Les néo-apprentissages sont cependant plus laborieux et leurs résultats aléatoires.

L'anxiété devant le risque d'échouer ne facilite pas le fonctionnement de la mémoire. Rassurer le patient dans sa pratique de recollections de ses souvenirs est une ressource pour lui. Les aides pour se ressouvenir lui permettent de prendre conscience que sa vie n'est pas dominée par l'effacement. La sensorimotricité a ici un rôle important à jouer. La reprise des pratiques gestuelles anciennes, porteuses d'informations couplées avec d'autres registres mnésiques entraîne par contiguïté et analogie des images internalisées. Les épisodes mnésiques peuvent être reconstitués, jusque-là enfouis, que le malade lui-même pensait définitivement avoir oubliés.

Lorsque la voie de la construction de la signification des percepts semble altérée, il reste à la disposition du malade, la construction et les rappels mnésiques à partir des affects et des émotions. Les traces Gist sont résistantes à l'usure du temps et sont reliées à la vie émotionnelle. La présence

conduit à une représentation interne . Celle-ci obtenue sans synthèse n'a pas la continuité de celle obtenue par un travail de synthèse cognitive. Conscientisée, elle propose une présence de soi à un réel intérieur. L'expression de ce contenu par le malade par la voie du discours ou par un moyen artistique, ou par une pratique gestuelle, permet de retrouver quelque cohérence et de poser quelques jalons mnésiques. Des ponts entre les différents objets évoqués sont établis. Bien souvent, la déixis\*, la mémoire de sources est fortement colorée d'émotions. Elle introduit la reconstitution d'un épisode plus ou moins net et met en lumière des épisodes contigus plus ou moins bien reliés entre eux. La mémoire biographique ne sera certainement pas restaurée, mais le malade aura accès à une autre mémoire, sa biomnèse (220). La mémoire émotionnelle, contient suffisamment de points d'appui pour prendre en compte une partie de son passé dans le présent et de se projeter dans un devenir. Le présentisme est contrecarré par une présentification. L'élan vital est de nouveau présent. La biomnèse lui permet à nouveau de penser à autre chose que les limites et les déficits imposés par la maladie qui le révoltent. Elle lui permet de déployer une dynamique psychique et de sortir du présentisme.

L'hypothèse initiale sera maintenue dans sa formulation conforme aux observations et à l'analyse.

### II-3. La réversibilité partielle de l'accès aux empreintes mnésiques

La maladie d'Alzheimer n'efface pas tous les souvenirs. Elle en gomme certains, d'autres sont très longtemps vivaces et parfois sont trop prégnants. Solliciter les souvenirs qui perdurent convoque d'autres souvenirs par analogie et par iconicité. Le corps, les sensations corporelles et la sensorimotricité stimulent des traces mnésiques. Le découplage de la dynamique du Soi-peau avec le Moi peut conduire à des résultats aberrants. Une sensation tactile peut être vécue comme une effraction et susciter un rejet ou des réactions d'hostilité. Les méthodes de « toucher dans le soin » bien conduites peuvent contourner cet obstacle. Le goût, les senteurs, la musique touchent le tréfonds de l'Être et éveillent le Moi, apprivoisant la relation du Soi au monde. Les contacts avec la matière, la reprise d'une pratique gestuelle, par exemple la danse, mobilisent la sensorimotricité et une sensorialité narrative. Elles facilitent le couplage fonctionnel du Moi vers le Soi.

Le malade est anxieux et se sent en échec lorsqu'il ne se souvient pas de quelque chose lors d'une interrogation. L'incitation « *essayez de vous souvenir, faites attention à ce que je vais vous dire* », souvent utilisées dans les tests neuropsychologiques ne sont pas aidants. Le malade doute à juste titre de ses capacités mnésiques et de ses aptitudes attentionnelles. Valider ce dont il se souvient partiellement ouvre par contiguïté à un autre souvenir ou par association analogique à une sensation, ce qui le rassérène et lui donne l'assurance pour une nouvelle expérimentation de sa mémoire.

Certaines personnes âgées vivent leur enfance comme une période d'interdits de vivre leurs désirs propres et peuvent avoir des trajectoires de vie marquée par la soumission à une autorité, par exemple maritale, sans avoir eu l'occasion de faire des choix personnels. La question de la mémoire est souvent posée en termes d'effacement dans la maladie d'Alzheimer. La réémergence de certains souvenirs montre que les registres mnésiques sont parfois présents, mais jusque-là inaccessibles. Ils sont de nouveau accessibles lorsque l'identité est restaurée, que des choix sont à nouveau possibles, que la volonté et qu'une intention peuvent enfin émerger de ce qui fait de nouveau sens. On constate une réminiscence parfois surprenante dans sa netteté émotionnelle qui indique un « défloutage » des traces Gist.

Les blocages remontent ainsi parfois loin dans le temps, avant l'installation de la maladie. Les processus bloquant les registres de la mémoire peuvent se contourner. La maladie d'Alzheimer peut avoir des effets positifs de façon étonnante. Il arrive en psychogériatrie, en interrogeant les personnes, surtout des femmes, à la question « avez-vous pris.e une décision seul.e une fois dans votre vie ? », qu'on s'entende répondre : « jamais ». Le "je" peut être libéré des entraves antérieures, des inhibitions acquises par l'éducation et du respect d'anciennes normes jusque-là respectées durant la vie d'adulte. Un fonctionnement transgressif apparaît, à cause, ou grâce aux troubles cognitifs. La personne jusque-là timide et bien élevée peut avoir maintenant des attitudes choquantes pour son entourage. De façon plus positive au plan social, la parole peut se libérer de façon surprenante, facilitée par l'écoute empathique, et le discours peut reprendre vie et l'énoncé se structurer, ramenant à la pensée des souvenirs depuis longtemps oubliés.

L'hypothèse initiale sera donc maintenue, conforme aux analyses réalisées dans cette thèse..

#### II-4. Le « petit monde » peut être élargi

Le « petit monde » est le repaire rassurant pour le malade et le lieu des repères intérieurs dans lequel le malade se réfugie lorsque les troubles cognitifs s'accroissent. Il représente une citadelle sécuritaire pour lui dans lequel ses agirs résiduels peuvent se déployer, un espace-temps clos qui lui est encore accessible. Il est la zone proximale dans lequel sa pratique peut encore se déployer (451). La zone distale est négligée puis oubliée. La frontière avec les zones proximales et identitaires, l'expectation d'un avenir même vague et irréel semble pour lui verrouillée. L'élan vital ne peut se déployer que sur une petite échelle, avec un horizon qui se rapproche de plus en plus du sujet lui-même. Le « petit monde » marque une rupture biographique et cristallise l'isolement psychosocial. La personne âgée s'isole et se protège, mais en même temps elle s'éloigne du monde quotidien des autres. La citadelle finit par être plantée au milieu du désert dans un repli autistique.

Le « petit monde » est construit dans la tête du malade. Son habitat en est souvent la représentation métaphorique, le stade de la « cabane » pour le Gouès (294). Souvent rien de change avec les années. Le papier au mur vieillit, la poussière s'accumule sur les meubles, les photos jaunissent dans les cadres. La citadelle de son logement est permanence et musée. Il est à l'image de la stabilité fantasmée par l'ainé. Rompre avec le logement pour entrer en EHPAD, c'est sortir de chez soi, parfois depuis des années, pour la première fois. Pour le malade, c'est rompre avec ses repères et les images attachées aux souvenirs qu'il comportait, autant d'indices qui renvoyaient à son histoire de vie. La désorientation se majore souvent à l'entrée en institution. Les troubles cognitifs et la perte progressive de l'accommodation\* par ajustement, supplanté par la programmation, ne permettent plus de s'adapter facilement au changement de lieu de vie. La dépendance s'accroît aussi souvent. En EHPAD, les vieilles habitudes de vie ne sont plus de mise. Elles étaient la dernière marque d'une liberté personnelle par les agirs. Cette liberté était conditionnée, car dépendante de l'éthos, conditionnelle par la sensorimotricité lorsqu'elle est mise en jeu dans le quotidien. Les successions gestuelles ritualisées dans la journée structuraient et soutenaient encore des fragments de personnalité et représentant pour l'ainé des « gestes d'être »: aller au fauteuil à telle heure, déjeuner à midi précise, regarder les « feux de l'amour » à 14h 15 à la télévision... Entré en EHPAD, le malade doit encore gérer la rupture avec les quelques formes de vie résiduelles possibles à domicile, plus souvent réduites à des persistances existentielles qu'à des persévérances. La dépression latente se majore d'autant plus que l'EHPAD porte en elle l'image du dernier domicile possible. Après...

Les lieux d'accueil des personnes âgées dépendantes sont aujourd'hui confortables, le personnel est accueillant, mais certainement pas en nombre suffisant pour toutes les tâches à réaliser et les temps à consacrer aux soins pour la personne sont limités. Les postes du personnel tournent fréquemment. Pour la personne âgée, les têtes changent fréquemment. Quelle relation est possible ? Les protocoles en matière d'hygiène, de sécurité et de repas sont établis et encadrés. Le langage technique et professionnel est de rigueur. La citadelle du domicile de la personne âgée est perdue pour une autre sphère domiciliaire tout aussi fermée sur le monde pour elle, cette fois-ci elle est collective et vécue comme impersonnelle. Le « petit monde » interne de la personne âgée se rétrécit parallèlement au monde extérieur. La personne âgée ne cherche pas toujours à rentrer en relation avec autrui, à se faire de nouveaux amis. Elle subit passivement les contraintes de l'établissement, parfois elle résiste encore un peu avant de baisser les bras. Un observateur extérieur pourrait dire qu'elle s'habitue. Mais peut-être démissionne-t-elle aussi d'elle-même.

À domicile comme en EHPAD, lorsque la démence s'est installée, les questions du « petit monde » dans lequel s'enferment les personnes âgées et de leur « inter-opérabilité » sont posées. Les

murs de la citadelle intérieure sont solides et les portes souvent fermement verrouillées. Comment faire rentrer le soleil de la vie à l'intérieur ? Le sens de la vie n'est pas une donnée collective, générale, applicable à tous, généralisable dans une recette de portée universelle. C'est une donnée **singulière**, spécifiquement attachée à la personnalité de chacun (428). « L'être humain ne cherche pas avant tout le plaisir ni la souffrance, mais plutôt une raison de vivre »<sup>197</sup>. Cette raison n'est pas nécessairement restreinte au plaisir à vivre pour vivre qui appartient seulement aux zones d'agir possibles identitaires et proximales. Le sens de la vie va au-delà de la personne et de son univers directement atteignable, pour s'intéresser au monde extérieur en ce qu'il a d'admirable et aux autres. La souffrance doit être certes accueillie et soulagée. Le manque d'un plaisir à vivre ou un désagrément sous-tendent chez un sujet sans troubles cognitifs des mécanismes de défense et de sublimation, mais ces mécanismes sont déficients dans la démence, remplacés par des processus de résistance, de rejet. La porte de sortie pour aider le malade est à rechercher à l'extérieur au « petit monde », au-delà de celui-ci, plutôt qu'en lui-même, dans la zone distale : le rêve, l'imaginaire, l'irréel et l'intérêt pour les autres, l'ouverture à autrui.

L'Être humain ne se limite pas à sa psyché, il est un être relationnel et responsable devant lui-même. De quoi le malade peut-il être encore responsable, envers quoi et envers qui ? La réponse à cette question est dans son histoire de vie. « L'être humain n'est pas complètement conditionné, il a le choix d'accepter les conditions qui l'entourent ou de s'y opposer. En d'autres termes, il ne fait pas qu'exister, mais il façonne lui-même sa vie à chaque moment »<sup>198</sup>. Le « petit monde » est le monde de la programmation et de la routine. La première condition pour que l'agir puisse reprendre une forme est la **présence de soi au monde**. La présence permet d'exister, de dire "je". Il reste encore un énoncé à formuler par le discours oral, si le malade peut encore s'exprimer, ou par un agir. La sensorimotricité est ici essentielle pour retrouver du plaisir à vivre au-delà de la zone proximale pour retrouver un avenir, pour restaurer un élan vital tourné plus loin que les limites imposées par la maladie à la personne. Agir est essentiel pour ouvrir « le petit monde ». Il ne faut pas enfermer la personne dans une recherche de résultats, en particulier dans les ateliers de stimulation cognitive, mais plutôt préférer la libération des actes sans objectif réaliste posé a priori.

L'hypothèse initiale aurait donc pu être différemment formulée. Sortir le malade de ses agirs préprogrammés est plus englobant que sortir le malade de son « petit monde ». Trois conditions sont ici nécessaires : asseoir la présence du malade au monde, laisser libre cours à son imagination et

---

<sup>197</sup> Victor Frankl. Le sens de la vie. Page 136.

<sup>198</sup> Ibid. Page 152.

l'encourager à faire ce qui compte et fait sens pour lui. Sous ces conditions, l'élan vital peut se déployer et se coupler à une réalité vécue.

### **III. Des pistes nouvelles pour une prise en charge des malades**

Trois directions de recherche ont été proposées pour explorer des champs nouveaux de prise en charge des patients : l'analogon, la prise en compte de la position énonciative du malade, l'accès à l'imagination par l'art thérapie.

#### III-1. L'analogon

L'analogon se réfère à la conscience imageante (219, 323). Il permet d'ouvrir sans synthèse préalable un espace fictif, imaginaire, et d'asseoir une présence de soi au monde, une existence. De la conscience de la présence naît une représentation interne qui n'a cependant pas les qualités discriminatoires de celle issue d'un parcours de la signification. Le "je" s'installe tant dans le discours que dans les agirs. Il libère un champ d'action jusque-là entravé, permettant le déploiement de l'élan vital et de le raccrocher à une réalité certes fictive, proche du jeu donc sans risque potentiel, générant un plaisir à faire. L'action permise par l'analogon est dépourvue de but tangible. Le patient est dispensé d'atteindre un objectif précis et ainsi il évite de se confronter invariablement à l'échec. Il peut s'inscrire dans une durée temporalisante. L'analogon est en lien avec l'histoire du malade et son équilibre interne entre pensée analogique et pensée digitale, entre sensorialité et mémoire narrative. Il permet une présentification en donnant corps à un passé signifiant dans le présent. Il projette un certain avenir dans le vécu du malade. Il est singulier pour chaque patient. Il est le substitut d'un objet inutilisable aujourd'hui par le malade et pour cette raison, il est inutilisé par lui. Il présente des analogies de formes, de taille et surtout de mise en pratique avec cet objet. Il ouvre une brèche dans le présentisme et sort le malade de sa citadelle. Il permet aux malades d'accéder à une présence de soi au monde sans synthèse préalable. L'imaginaire est longtemps accessible au malade dans la démence.

L'analogon s'inscrit dans les pratiques et les formes de vie antérieures du malade. Il appartient à son histoire de vie. La connaissance de celle-ci est une première voie pour trouver un analogon qui lui soit adapté. La seconde voie est l'observation du malade et la quête des gestes pro-mnésiant qui peuvent témoigner de petits restes mnésiques, praxiques, de formes de vie atrophiées, mises en jachère en raison de la maladie ou parfois par la non-validation de ses actes.

#### III-2. La position énonciative

Le discours du malade pour lui-même assied son identité narrative. Il permet de passer ainsi de rituels dépersonnalisés plaqués sur le quotidien aux risques, compte tenu de sa fragilité cognitive croissante, à des prises de positions personnelles pour s'exprimer oralement ou par des gestes. Il facilite de plus ainsi la restauration mnésique. Il permet de rendre cohérentes ses représentations internes et d'établir la connexité des différents objets la composant. Le discours sur soi est en perpétuelle réécriture. Il sert d'assise pour le discours adressé à autrui, pour la communication, et pour la validation\* du "je" en face d'autrui. Il n'est mobilisé sous cette forme que dans les premiers stades évolutifs de la maladie. Dans le courant de son évolution, la fragmentation des représentations internes rend de plus en plus incertains les énoncés et suscite des peurs d'être incompris. Les difficultés à assumer un discours hésitant font que le malade prend progressivement de moins en moins la parole et peu à peu dépersonnalise ce qu'il cherche à dire. Le soutenir dans ce qu'il dit et le valider, faciliter son élocution, être patient et écoutant avec empathie, sont aidants pour lui (422). Le "je" manifeste la présence de soi au monde.

La présence de soi au monde est accessible au malade un temps au terme d'un parcours de la signification permettant l'élaboration d'une représentation interne intelligible et conscientisée. Ce schéma n'est possible que dans les stades débutants de la maladie. Une autre voie sans synthèse reste possible. La présence à soi renvoie à l'existence. Elle est une condition pour que l'élan vital se déploie vers un advenir. L'élan vital ne renvoie pas à l'existence, mais à l'agir relationnel et sur le monde. La validation\* par un tiers extérieur de ce que fait le malade intervient pour consolider ses choix et la direction de ses intentions vers le monde.

La présence de soi au monde et à autrui permet aux malades de prendre conscience que sa vie n'est pas dominée par l'effacement. Elle prévient l'ambiguïté des limites en structurant leurs personnalités par et dans les interactions identitaires (réciprocité). Elle empêche la fracture identitaire, la rupture biographique qui menace le malade. Elle évite l'arrêt brutal de toute motivation par lassitude des échecs répétés de ses tentatives sans lendemain, ce qui conduit à un laisser-aller irréversible dans la régression, la béance temporelle et la permanence temporelle du stade terminal. La présence à soi et au monde a deux origines encore accessibles au patient : la présence sans synthèse et la relation interpersonnelle. La présence de soi au monde, une fois retrouvée, doit être entretenue sous peine de disparaître de nouveau. Toute forme d'expression orale ou artistique peut assurer une pérennité.

Le "je" s'absente lorsque le discours devient ardu à construire et qu'aucun énonciataire n'est là pour l'entendre en profondeur. La relation "je-tu" assied l'identité du malade et permet de

construire la présence à soi face à autrui. La relation "je-tu" est singulière et spécifique à un entre-deux (218).

À l'inverse de la psychose où trouver une assise du "je" peut être délétère pour le patient et délicate à gérer pour lui (18), le malade présentant une maladie d'Alzheimer vit dans la détresse d'un vide existentiel et est en demande d'assise identitaire. Il cherche à retrouver une présence au monde. La relation "je-tu" ne s'établit pas instantanément. Elle demande aux soignants de gagner la confiance du malade. Elle peut demander un temps plus ou moins long pour s'établir, selon les « atomes crochus ». Elle nécessite d'avoir une distance mesurée à soi et à autrui (468) et présente deux risques, la fusion et la fatigue d'empathie. Elle nécessite à la fois une bonne connaissance de soi et d'autre part une supervision.

### III-3. L'approche de l'imaginaire par l'art

Le couplage d'une présence du monde à soi et de soi au monde est une condition nécessaire, mais non suffisante pour que l'imagination puisse se déployer. Dans le cours de leur vie, certaines personnes très rationnelles n'ont pas cultivé cette dimension. D'autres se sont ouverts à l'esthétique, voire ont pratiqué différentes formes artistiques. Refaire des gestes d'autrefois, s'appuyer sur la mémoire procédurale, retrouver des plaisirs esthétiques anciens, donnent de meilleurs résultats que d'essayer des techniques d'art-thérapie toutes faites chez une personne jusque-là peu intéressée.

Outre la question de la présence et de l'ouverture à l'imaginaire et aux agirs motivationnels qu'il autorise, l'art et en particulier la musique, permet l'accès à un vécu temporel particulier, la durée d'un vécu personnel (27). Le malade n'est plus en quête de souvenirs qui lui échappent, et il est d'emblée dans une saisie globale qui ne nécessite pas de synthèse préalable. Au début de sa maladie, le malade fait des efforts pour retrouver les souvenirs stockés dans la mémoire épisodique qui s'absentent de sa conscience. S'ils ne sont plus accessibles par les indices sémantiques, les émotions par iconisation peuvent rafraîchir ou faire émerger des images anciennes oubliées et les réagencer selon la ligne émotionnelle développée dans le courant de l'atelier (469). À travers l'art, le malade accède non à sa mémoire biographique qui est durablement fragilisée, mais à sa mémoire de vie émotionnelle, sa biographie (220). Ne pas pouvoir se souvenir, malgré son vouloir et ses efforts, est anxiogène. La représentation d'un vide existentiel, d'une absence précède ici l'émotion. Dans la pratique artistique, dans l'écoute musicale, les souvenirs se présentent eux-mêmes et sans effort particulier. Il n'y a ni angoisse du risque d'échouer ni anxiété à craindre, car la représentation consciente suit l'émotion et ne la précède pas, elle l'accompagne.

#### **IV. Le sens du symptôme dans la maladie d'Alzheimer**

L'approche sémiotique permet avantagement de comprendre comment le patient dément fonctionne par rapport à son appréhension du réel. Les désordres démentiels ne sont pas seulement dans les déficits et les incapacités qui en résultent. Ils sont encore dans la dynamique des désordres qui s'installent progressivement et qui ont des conséquences tensives et dysphoriques pour le malade. Les troubles du comportement sont une manifestation de la déconnexion de sa présence au monde. L'incompréhension du malade par l'entourage humain a une part dans leur constitution. La restauration de présence du malade à lui-même permet d'améliorer les symptômes. Deux voies sont possibles, la restauration de la présence sans synthèse préalable s'appuyant sur l'imaginaire et la voie relationnelle de l'échange interpersonnel et du don identitaire réciproque. L'une et l'autre permettent au "je" du malade de se positionner, de s'affirmer et d'élaborer une intention pour établir par l'action ou la parole une transformation de son environnement.

Comprendre le sens d'un symptôme en psychiatrie est un enjeu thérapeutique essentiel. Il permet d'atteindre la cause du désordre et les processus complexes qui le sous-tendent. Ce travail est une première esquisse dans ce domaine. Il est limité ici à un désordre organique avec de graves répercussions sur la vie de personnes âgées. D'autres domaines notamment dans les psychoses sont beaucoup plus complexes et nécessitent de futurs travaux approfondis.

### **Points clés du Chapitre 13. Topologie de l'organisation du sens dans la maladie d'Alzheimer**

Nous proposons cinq stades évolutifs selon l'organisation du sens trouvé par le malade, chacun s'installant progressivement, avec des transitions plus ou moins nettes. Nous les associerons avec le schéma de l'histoire naturelle de la maladie et ses niveaux d'altération cognitive évaluée par le score au test de Folstein.

Les topologies sont examinées à travers quatre sous chapitres : les dysfonctionnements de la mémoire, les conséquences tensives pour le malade, l'impact sur ses formes de vie et enfin les difficultés induites par la maladie sur le discours.

Le malade suit un parcours tensif continu quand la maladie s'aggrave puis une rupture catastrophique.

Les énoncés du malade tendent à s'appauvrir progressivement et restent longtemps structurés. Le malade retire peu à peu sa présence de l'instance d'énonciation. Son discours se dépersonnalise.

Le « petit monde » est le monde de la programmation et de la routine. La première condition pour que l'agir puisse reprendre une forme est la présence de soi au monde. La présence peut être restaurée. Elle permet au malade d'exister, de dire "je". Il reste encore un énoncé à formuler dans le discours oral, si le malade peut encore s'exprimer, ou par un agir.

Deux voies sont possibles, pour que le malade restaure sa présence, une approche du réel sans synthèse préalable s'appuyant sur l'imaginaire et la voie relationnelle de l'échange interpersonnel et du don identitaire réciproque.

Le couplage d'une présence du monde à soi et de soi au monde est une condition nécessaire, mais non suffisante pour que l'imagination puisse se déployer. L'attente supprime la perception du temps, le vécu de la durée, le sujet vit dans l'instantanéité.

La voie de l'imaginaire peut être ouverte par l'analogon. Il se réfère à la conscience imageante Il réintroduit le malade dans ses agirs antérieurs, dans sa biognèse.

La biognèse lui permet à nouveau de penser à autre chose que les limites et les déficits imposés par la maladie qui le révoltent. Le présentisme est contrecarré par une présentification. L'élan vital est alors de nouveau présent.

## Conclusions

À l'issue de ce travail, il est bon de rappeler la position philosophique humaniste dans laquelle il s'inscrit. La prise en charge du malade tant par les médecins que par les soignants n'est pas seulement technique mais doit être centrée sur la personne en souffrance. La direction philosophique choisie n'est donc pas celle de la pathologie du psychologique mais la psychologie du pathologique passée au prisme de la science sémiotique. Elle privilégie donc l'approche phénoménologique, l'étude de ce que le malade comprend du sens de sa maladie analysé à travers ses dires et ses actes. Nous avons fait l'hypothèse, étayée par des travaux de la littérature médicale, que le malade était conscient de ses troubles au début de la maladie. Il reste conscient de quelque chose lorsqu'elle évolue, quelque chose ni nécessairement élaboré ni symbolisé, ce d'autant plus qu'il est parfois confronté à un entourage soignant ou familial convaincu du caractère aberrant de ses productions, peu armé qu'il est, pour aider à élaborer et symboliser. À défaut d'être directement conscient de ses déficits cognitifs, il est bien obligé de fréquenter leurs conséquences à l'intime de lui-même. Il est conscient de celles-ci, parfois peu, il est vrai, mais parfois plus, avec de fréquents affects dépressifs réactionnels, et il les exprime à travers des productions non verbales et comportementales d'essence analogique à défaut d'accéder aux raisonnements « digitaux ». Elles se réduisent à la fin de la maladie, confinant le malade à une présentation d'indifférence et ne lui laissant que quelques manifestations archaïques du langage, la fonction phatique persistant, quoique affaiblie.

Dans le parcours imposé par la maladie, sur le plan énonciatif\*, le malade procède à un effort de couplage de plus en plus périlleux entre sa présence au monde qui s'étrique et l'insistance dérangeante de la présence du monde à lui à laquelle il ne sait pas toujours donner une place dans l'organisation du sens de paysage mental, d'où une atmosphère psychique fréquemment marquée d'une perplexité aux contours « confus ». Une tension angoissante voire anxio-traumatique en résulte. Son identité ne s'exprime plus avec une base sécurisée et sécurisante, ce qui ne signifie pas qu'elle est absente de sa conscience mais qu'elle vacille dans sa rencontre avec l'autre, sauf si son interlocuteur le ramène à un territoire familier ou à un ancrage identitaire connu. Le malade, pour se protéger, se retire de l'instance d'énonciation\* en raison des troubles cognitifs dont les conséquences se combinent avec ses interactions dans son environnement matériel devenu trop complexe pour lui. Elles se combinent encore avec ses interactions avec un environnement humain, mal armé pour le soutenir et accueillir sa douleur morale, souvent incapable de valider\*émotionnellement ce qu'il vit. Quelques résultats exposés dans cette thèse illustrent ces propositions conclusives.

La perspective sémiotique interdit de ne voir dans la maladie d'Alzheimer que la seule dimension démentielle chez un malade, d'essence défectologique, pour privilégier celle d'un Être humain en butte avec une dynamique évolutive délétère car aboutissant à enfermer le malade dans une résignation apprise. Elle ouvre bien davantage à la reconnaissance d'une errance du sens dans la sémiosphère\* de l'Inter-Être. Une errance n'est pas une disparition. Le sens reste longtemps à la disposition du patient, à portée de la main, encore faut-il la saisir, pour qu'un « main-tenant » émerge et qu'il permette de sortir le malade du présentisme où il s'est réfugié, seule zone de sécurité encore accessible. Lorsqu'une aide adaptée est mise à la disposition du patient, elle ralentit voire stoppe l'évolution régressive grâce aux voies de la sensorimotricité, de la sensorialité narrative (entrée dans l'imaginaire, le fictif). Une certaine mémoire narrative s'éveille donc par surcroît lorsque le malade retrouve les marques de son inscription dans le monde et la trame de sa pensée, et qu'il peut la traduire et l'exprimer à un tiers par des mots, par des mouvements ou par des actes. Il ne guérira pas autant de sa maladie d'Alzheimer, mais il retrouvera un fil d'Ariane pour sortir de l'errance sans fin dans lequel le labyrinthe de la pathologie l'enferme.

L'approche exclusive neurobiologique ou neuropsychologique, aussi pointue soit-elle sur le plan scientifique, est parcellaire et dégagée, au nom de son autonomie méthodologique, du système interactionnel qui fait la péri-pathologie de la maladie. Elle conduit à des analyses défectologiques des fonctions cognitives de l'individu malade. L'approche psychanalytique quant à elle s'attarde essentiellement sur la dynamique intersubjective et s'ouvre sur l'investigation causale du « petit monde » du malade, ne s'opposant pas en cela à l'élaboration de la sphère du sens du malade et de ses proches. Ces deux approches neuro-bio-psychologique et psychanalytique ne donnent pas de place au corps sentant et actant comme relation portante d'une réhabilitation des schémas moteurs et proprioceptifs par la reprise des agirs du malade. Ces schémas s'ouvrent pourtant sur une restauration de l'identité narrative. Elles ne donnent pas d'ouverture à la relation interpersonnelle réciproque pourtant « porteuse de sens, quand elle est tissée de respect et de considération afin que la personne puisse se sentir encore importante »<sup>199</sup> (369).

L'analyse sémiotique des déficits du sens et des insuffisances de la construction de la signification à partir des percepts (permettant l'encodage\*), ou à partir des traces mnésiques (rappel\*), oblige l'observation importante et la reconnaissance incontournable des efforts du malade pour symboliser ses incapacités afin de rester en lien avec autrui et pour demeurer ancré dans le réel et y agir.

---

199 Joséphine Hasi. L'aide-soignante et la prise en soins palliatifs. Page 37.

La place du corps-actant et sentant a été centrale dans cette thèse. L'analyse de la sémiotique du corps a permis d'aborder la question de la sensorimotricité de façon approfondie, reprenant les diverses figures du corps normalement fonctionnellement couplées de façon indissociable : Corps-enveloppe (le Soi, plan de l'expression), le Moi-chair (plan du contenu), le Corps-point (déixis\*), le Corps-creux (diégèse\*). Un nouveau mécanisme de dysfonctionnement de la mémoire a été proposé, le dysfonctionnement du couplage sémiotique de ces figures. Le Moi ne se limite pas toutefois pas à la sensorimotricité. Il est le lieu de toutes les sensations internes et de la présence au monde. La relation sémiotique entre le Moi et le Soi est perturbée dans la démence. L'Égo et l'Alter Ego sont définis par leurs situations et ne s'achèvent pas avec le retour à un champ de présence de soi au monde. Le floutage de leurs limites génère une confusion chez la personne démente. La dissolution des limites chez le patient, en écho de son identité, transforme la relation entre lui et son aidant. Elle évolue progressivement du paradoxe à l'ambiguïté. Un paradoxe n'est pas une ambiguïté. Dans les deux cas, le plan de l'expression admet plusieurs contenus possibles. Une situation paradoxale renvoie à un champ de présence psychologique délimité. Elle autorise une sémiose entre ces deux plans. L'ambiguïté laisse la sémiose en suspens. Le champ de présence est alors sans limites. L'aidant est rapidement en souffrance car désorienté affectivement.

Quatre aspects psychopathologiques rendent compte des difficultés de symbolisation dans la maladie d'Alzheimer. L'objet  $\beta$  perçu primitivement n'est pas élaboré au stade très évolué de la maladie. Il en résulte une concrétisation de la pensée. A un stade moins évolué, lorsque le parcours de la signification est altéré, les images perçues se couplant mal avec les images préalablement mémorisées, la représentation interne est chaotique et appauvrie. L'énoncé intérieur ou exprimé dans un dialogue avec autrui est pauvre et fragmenté. La troisième situation résulte de la précarité de la présence à soi au monde. Elle se manifeste par la rareté ou l'absence du "je" dans l'énonciation orale du malade. Le "il" ou le "elle" y sont substitués. Il arrive enfin que le "je" soit chassé du champ de présence. La dernière situation est la saturation de la représentation interne lorsque le malade est exposé à des productions psychotiques. Aucune représentation interne n'est plus élaborable. Conscience et présence sont alors submergées par les images internes hallucinatoires.

L'articulation de la construction de la signification à partir des percepts en vue de l'encodage mnésique a permis de montrer, tant dans le parcours de la signification à partir du plan du contenu qu'à partir du plan de l'expression, un affaiblissement progressif des mécanismes impliqués dans la construction de la signification, fragilisant et parcellisant la constitution d'une représentation interne cohérente et intelligible. Le tri axiologique des objets perçus, des pratiques et des formes de vie pertinentes à un moment donné, est perturbé dans la démence. Si les processus conduisant à la

construction d'une représentation interne perdent de leur efficacité quand la maladie évolue, des besoins de continuité de celle-ci perdurent chez le malade ce qui se traduit par ses efforts pour maintenir un sens dans l'univers où il évolue.

L'une des avancées de cette thèse concerne l'analyse de la présence du malade au monde. La représentation interne fragmentée est issue d'une construction de la signification. Celle-ci utilise diverses voies, des ressources sémantiques ou des images selon les personnalités et l'histoire de vie. Elle convoque chez le sujet indemne de troubles cognitifs des ressources mnésiques personnelles et collectives, et elle nécessite une synthèse polysensorielle et cognitive. Tous ces processus sont bouleversés par la maladie. Une présence sans synthèse reste possible, s'ouvrant sur une temporalité particulière, la durée au sens de Bergson et une spatialité non limitée par des objectifs impératifs et concrets. Des raisonnements analogiques et imaginaires sont des relais aux difficultés cognitives par l'ouverture d'une pensée de secours. Une ressource thérapeutique nouvelle a été proposée : l'analogon.

L'analyse méthodique du système tensif chez les malades a permis de pointer des étapes évolutives dans l'histoire naturelle de la maladie non abordées de cette façon dans la littérature médicale. Le malade suit un parcours tensif ascendant d'abord continu avec une fermeture progressive de l'extensité\* et une accentuation de l'intensité\*, une perte progressive de l'accommodation\* par les raisonnements concessifs pour se limiter à quelques raisonnements implicatifs résiduels. Une rupture « catastrophique » au sens de Thom se produira au cours de l'évolution, annonçant une phase terminale de la maladie rebelle à des actions thérapeutiques tournées vers quelques formes de réhabilitation que ce soit. Des modalités relationnelles ont été proposées pour éviter cette rupture catastrophique. L'évolution proposée du système tensif conduit à la constitution d'une relation au temps particulière, le présentisme et nous avons encore présenté des modalités thérapeutiques pour réinscrire le malade dans une présentification. Celle-ci survient lorsque le présentisme est accueilli et enrichi d'une accroche temporelle motivante, c'est-à-dire mettant en place des contre-programmes ne niant pas le présentisme mais s'appuyant dessus pour y adjoindre une motivation, redonnant un élan pour l'anticipation.

La méthodologie générale centrée sur le malade et utilisée dans cette thèse vise à comprendre l'expérience vécue habituellement par le patient dans la dynamique délétère de la maladie et à souligner les efforts qu'il fait pour y retrouver du sens. Elle a permis d'évoquer quelles formes de vie pouvaient encore en résulter. L'analyse des formes de vie a montré un parcours particulier du patient dans le cours de la maladie à travers des topologies selon qu'il est source ou cible dans le monde, selon

que le champ de présence est ouvert ou non, ou que le malade est dans une visée ou dans une saisie du monde. Un autre parcours original est ainsi proposé dans la maladie d'Alzheimer.

La problématique du discours du malade a encore été abordée à propos du récit de vie et de l'identité narrative. Nous avons montré que la structure du texte mémorisé reste plus longtemps conservée que le vocabulaire utilisé par le malade. Nous avons rappelé son importance pour maintenir une cohérence identitaire malgré les difficultés croissantes du malade lorsqu'il confronte son identité aux changements que lui impose le chemin de vie vécu généralement sous le sceau d'une fin de vie psychique. Nous avons préféré parler de « discours de vie » plutôt que du « récit de vie » communément utilisé en psychologie cognitive. Le discours de vie implique la mise en place d'une instance d'énonciation pour donner une signification particulière à l'énoncé du récit à travers la présence du malade au monde et à lui-même. De façon novatrice, il a été montré un effacement progressif du sujet de l'instance d'énonciation\*. L'identité du malade est-elle menacée par la maladie ? Nous ne le pensons pas. Elle continue à se manifester de façon dépersonnalisée dans son discours et elle peut réémerger même à des stades évolués dans « des éclipses » et parfois grâce à la relation "je-tu". Le malade en revanche débraye progressivement de son discours et finit par s'en absenter. Nous avons encore montré qu'il était en attente d'une validation de son identité pour restaurer la présence d'un "je" au monde. Cette position d'attente est une ressource thérapeutique nouvelle.

Au total, la sémiotique permet d'approcher les raisons de la perte du sens dans l'environnement matériel et humain du malade dément. Elle pointe et qualifie ses efforts déployés pour qu'il reste inscrit dans un monde signifiant pour lui. Elle permet enfin de trouver de nouvelles pistes pour asseoir le soin des patients. Tous ces points, bien entendu, doivent être confirmés par des travaux ultérieurs. La recherche concernant l'analogon et les assises de la volonté du malade dans l'orientation des processus d'organisation de la signification continue actuellement.

## Références bibliographiques

1. Gonzalez Monge L. Perturbations de la fonction symbolique dans la maladie d'Alzheimer et leurs conséquences cognitives et affectives. Thèse de doctorat en Psychologie Université Lyon 2 Lumière. 2015.
2. Greimas AJ, Courtés J. Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Hachette Paris. 1979:125-8.
3. Sonesson G, Lenninger S. The psychological development of semiotic competence : From the window to the movie by way of the mirror. *Cognitive development*. 2015;36:191-201.
4. Sonesson G. La sémiotique cognitive : le même et l'autre de la sémiotique structurale. in *La sémiotique et son autre*. Editions Kimé Paris. 2019:147-60.
5. Edeline F, Klinkenberg J-M. Principia semiotica. Aux sources du sens. Les impressions nouvelles Bruxelles. 2015.
6. Greimas AJ, Fontanille J. Sémiotique des passions. Des états des choses aux états d'âme. Editions du Seuil Paris. 1991.
7. Fontanille J. Formes de vie. Presses Universitaires de Liège. 2015.
8. Fontanille J. Sémiotique du discours. PULIM (Ed), Limoges. 1998.
9. Freud S. Contribution à la conception des aphasies : une étude critique PUF (Ed), Paris. 1983 (1891).
10. Bion W. Aux sources de l'expérience. Presses Universitaires de France Paris. 2005 (1962).
11. Makari G, Shapiro T. On psychoanalytic listening: language and unconscious communication. *J Am Psychoanal Assoc*. 1993;41(4):991-1020.
12. Daddesio T. Of minds and symbols. The relevance of cognitive science for semiotics (Approaches to Semiotics [As]). De Gruyter Mouton Eds Berlin/New York. 2012 (1994).
13. Sartre J. L'être et le néant. Editions Gallimard, Paris. 1943:632.
14. Fontanille J. Soma et séma. Figures du corps. Maisonneuve et Larose, Paris. 2004.
15. Fontanille J. Corps et Sens. Collection Formes sémiotiques. PUF (Ed), Paris. 2011.
16. Jung C. Le symbole de la transsubstantiation dans la messe . in *Les racines de la conscience* Buchet Chastel éditeurs Paris. 1971 [1954]:281.
17. Morin E. Sur l'interdisciplinarité. Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et d'Études transdisciplinaires. 1994(2):<http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c.php>.
18. Darrault-Harris I, Klein J-P. Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création. Presses universitaires de Limoges. 2010.
19. Merleau-Ponty M. Sens et non-sens. Collection : Pensées. Les Éditions Nagel Paris. 1966:30-1.
20. Gil R. Conscience de Soi, conscience de l'Autre et démences. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2007;5(2):87-99.
21. Thomas P, Hazif-Thomas C. La dépression chez la personne âgée. *Rev Prat*. 2008;58(4):389-93.
22. Camus A. L'homme révolté. Editions Gallimard (Folio) Paris. 1951:369.
23. Thomas P, Vironneau C, Hazif-Thomas C. Comportements troublants et troublés: origines et conséquences. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*. 2015;XXII(214):454-8.
24. Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C, Fontanille J. Analyse du sens d'un trouble du comportement dans la démence. *Ann Med Psychol*. 2017:906-13.
25. Husserl E. Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps. PUF (Ed), Paris. 1996 (1904).
26. Parret H. Épiphanies de la présence. Pulim Editions Limoges. 2006.
27. Bergson H. Essai sur les données immédiates de la conscience. Éditions ellipses Paris. 2013:72-109.
28. Zilberberg C. La structure tensive. Presse Universitaite de Liège. 2000.

29. Thomas P, Hazif-Thomas C, Clement JP. La démotivation de la personne âgée. *Rev Prat.* 2008;58(12):1295-302.
30. Hartog F. Régimes d'historicité. Présentisme et expérience du temps. Le Seuil (Ed), Paris. 2003.
31. Minkowski E. *Le Temps vécu.* PUF (Ed), Paris. 2013 (1933).
32. Binswanger L. Le problème de l'espace en psychopathologie. *Presses Universitaires du Mirail.* 1998:45-130.
33. Parret H. Une sémiotique des traces. Trois leçons sur la mémoire et l'oubli. Lambert-Lucas Ed Limoges. 2018:9-29.
34. Eco U. *De Bibliotheca.* Echoppe Editeur Paris. 2000.
35. Hazif-Thomas C, Thomas P, Sutter J. Anticipation et motivation dans l'âge avancé. *Ann Med Psychol.* 1991;155(8):517-22.
36. Thomas P. L'oubli en psychogériatrie en dehors de la démence. *NPG.* 2018;18:267-73.
37. Ribot T. *Les maladies de la mémoire.* L'Harmattan Paris. 2005 (1881):46.
38. Hazif-Thomas C. Theodule Ribot. *Soins Psychiatr.* 2012(282):45-6.
39. Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C. Les traces floues de la mémoire vieillissante. *Revue de Gériatrie.* 2018;43(7):401-8.
40. Halbwachs M. *La mémoire collective.*  
[http://classiquesuqacca/classiques/Halbwachs\\_maurice/memoire\\_collective/memoire\\_collectivepdf.1968](http://classiquesuqacca/classiques/Halbwachs_maurice/memoire_collective/memoire_collectivepdf.1968) [1950].
41. Eco U. Sur l'interprétation des métaphores; in *Les Limites de l'interprétation.* Editions Grasset Paris. 1990:153- 74.
42. Thomas P, Billon R, Hazif Thomas C. Narrativity analysis in Alzheimer's disease. *Proceeding of the Fifth International Luria Memorial Congress "Lurian approach in International Psychological Science"*. 2018;<https://knepublishing.com/>:856-67.
43. Barbizet J, Truscelli D. L'histoire du lion (considérations sur la fabulation). *Semaine des Hôpitaux.* 1965;28:1688-94.
44. Thomas P, Chandès G, Couégnias N, Hazif-Thomas C. Engagement des familles envers les malades atteints de maladies d'Alzheimer et ambiguïté des limites. *Revue de Gériatrie.* 2017;42(2):69-78.
45. Reyna VF, Brainerd CJ. Dual processes in decision making and developmental neuroscience: A fuzzy-trace model. *Dev Rev.* 2011;31(2-3):180-206.
46. Fontanille J. *Pratiques Sémiotiques. Formes sémiotiques* Editions Presses Universitaires de France Paris. 2008.
47. Sartre JP. *L'imaginaire. Psychologie phénoménologique de l'imagination.* Folio Essais. Editions Gallimard, Paris. 1986:30-1.
48. Bourdieu P. *Esquisse d'une théorie de la pratique.* Droz (Ed) Paris. 1972:18.
49. Bourdieu P. *Questions de sociologie.* Editions de minuit Paris. 2002 (1978).
50. Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C. Efficacité de la musicothérapie sur la résilience dans la maladie d'Alzheimer. *NPG.* 2017;17:299-306.
51. Carter W. Kernels and Narrative Blocks: The Structure of Matthew's Gospel. *The Catholic Biblical Quarterly.* 1992;54(3):463-81.
52. Barthes T. *An Introduction to the Analysis of Narrative* *New Literary History.* 1975 [1966];6:237-72.
53. Yang M, Zhang L, Shiu SC, Zhang D. Robust kernel representation with statistical local features for face recognition. *IEEE Trans Neural Netw Learn Syst.* 2013;24(6):900-12.
54. Tulving E. Episodic memory and common sense: how far apart? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2001;356(1413):1505-15.
55. Greenwald AG. Sensory feedback mechanisms in performance control: with special reference to the ideo-motor mechanism. *Psychol Rev.* 1970;77(2):73-99.

56. Zmigrod S, Hommel B. Feature integration across multimodal perception and action: a review. *Multisens Res.* 2013;26(1-2):143-57.
57. James W. What is an emotion ? *Mind.* 1898;9(34):188-205.
58. Tucker M, Ellis R. On the relations between seen objects and components of potential actions. *J Exp Psychol Hum Percept Perform.* 1998;24(3):830-46.
59. Versace R, Brouillet D, Vallet GT. *Cognition incarnée. Une cognition située et projetée.* Margada éditeur Bruxelles. 2018.
60. Petitot J. *Morphologie et esthétique.* . Editions Maison neuve et Larose Paris. 2004.
61. Barsalou LW. Grounded cognition: past, present, and future. *Top Cogn Sci.* 2010;2(4):716-24.
62. Tulving E, Watkins M. Structure of memory traces. *Psychological review.* 1975;82(4):261-75.
63. Versace R, Labeye E, Badard G, Rose M. The contents of long-term memory and the emergence of knowledge. *European Journal of Cognitive Psychology.* 2009;21(4):522-60.
64. Glenberg AM, Witt JK, Metcalfe J. From the revolution of embodiment. *Perspectives on psychological science.* 2013;8(5):573-85.
65. Desgranges B, Eustache F. Les conceptions de la mémoire déclarative d'Endel Tulving et leurs conséquences actuelles. *Rev Neuropsychol.* 2011;3(2):94-103.
66. Eustache F, Desgranges B. MNESIS: towards the integration of current multisystem models of memory. *Neuropsychol Rev.* 2008;18(1):53-69.
67. Reyna VF, Mills BA. Interference processes in fuzzy-trace theory: Aging, Alzheimer's disease, and développement. Inhibition in cognition Gosfein D S and M MacLeod (Eds) Washington. 2007:185-210.
68. Brainerd CJ, Reyna VF. Fuzzy-trace theory : Dual account in memory, reasoning, and cognitive neuroscience. *Advances in Child Development and Behavior.* 2001;28:41-100.
69. Braha-Zeitoun S, Schenin-King P, Bouaziz N, Isaac C, Moulrier V, Gaudeau-Bosma C, et al. La mémoire de la source. *Ann Med Psychol.* 2015;173(5):419-23.
70. Tulving E. Multiple memory systems and consciousness. *Hum Neurobiol.* 1987;6(2):67-80.
71. Eustache F. *Pourquoi notre mémoire est-elle si fragile.* Le Pommier (Ed), Paris. 2015.
72. Tulving E. Episodic memory: from mind to brain. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:1-25.
73. Merleau-Ponty M. *Le visible et l'invisible.* Editions Gallimard, Paris. 1964.
74. Piaget J. *Le structuraliste.* PUF (Ed), Paris. 2007 (1968).
75. Gurwitsch A. *Développement historique de la Gestalt-Psychologie.* Thalès (Ed), Paris. 1935:167-76.
76. Hjelmslev L. *Prolégomènes à une théorie du langage.* Minuit (Ed), Paris. 1968 [1943].
77. Conway MA. Emotion and memory. *Science.* 1993;261(5119):369-70.
78. Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychol Rev.* 2000;107(2):261-88.
79. Ricœur P. *Soi-même comme un autre.* Editions du Seuil, Paris. 1990.
80. Ricœur P. *Temps et récit. Tome III. Le temps raconté.* Editions du Seuil, Paris. 1985.
81. Watzlawick P. *La réalité de la réalité - Confusion, désinformation, communication.* Point, Essai Seuil (Ed), Paris. 1978:7.
82. Guyard A, Piolino P. Les faux souvenirs: à la frontière du normal et du pathologique. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2006;4(2):127-34.
83. Taconnat L, Rémy P. Les faux souvenirs dans le vieillissement normal : données empiriques et modèles théoriques. *L'année psychol.* 2006;106(3):457-86.
84. Freud S. « Souvenirs d'enfance et souvenirs-écrans », in *Psychopathologie de la vie quotidienne.* Payot (Ed) Paris. 2004 (1899).
85. Ingvar DH. "Memory of the Future": An Essay on the Temporal Organization of Conscious Awareness *Hum Neurobiol.* 1985;4:127-36.
86. Gold CA. Memory loss in Alzheimer's disease: implications for development of therapeutics. *Expert Rev Neurother.* 2008;8(12):1879-91.

87. Bird TD. Alzheimer Disease Overview. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, Wallace SE, Amemiya A, Bean LJH, et al., editors. Gene Reviews(R). Seattle (WA)1993.
88. Hazif Thomas C, Thomas P, Clément J-P. La démotivation chez la personne âgée dépendante : le poids de l'écosystème soignant. *Rev Franc General Gerontol.* 1999;6(51):11-8.
89. Lotman Y. La sémiosphère. Traduction Anka Ledenko. Collection les Nouveaux Actes Sémiotiques Presses Universitaires de Limoges. 1999:24-124.
90. Chandès G. Sémiosphère transmédiévale : un modèle sémiopragmatique d'information et de communication appliqué aux représentations du moyen-âge <http://epublicationsunilim.fr/revues/as/4783>. 2006.
91. Thomas P, Chandès G, Couegnias N, Hazif-Thomas C. Nursing Home and Elderlies'Family: Questions about Semiospheres. *Journal of Nursing & Patient Care.* 2016;1(1):1-4.
92. Silverstein M. Indexical order and the dialectics of sociolinguistic life. *Language Comm.* 2003;23:193-229.
93. Emery OB. Language and aging. *Exp Aging Res.* 1985;11(1):3-60.
94. Emery OB, Breslau LD. The problem of naming in SDAT: a relative deficit. *Exp Aging Res.* 1988;14(4):181-93.
95. Shuttleworth EC, Huber SJ. The naming disorder of dementia of Alzheimer type. *Brain Lang.* 1988;34(2):222-34.
96. Gewirth LR, Shindler AG, Hier DB. Altered patterns of word associations in dementia and aphasia. *Brain Lang.* 1984;21(2):307-17.
97. Nicholas M, Obler LK, Albert ML, Helm-Estabrooks N. Empty speech in Alzheimer's disease and fluent aphasia. *J Speech Hear Res.* 1985;28(3):405-10.
98. Huff FJ, Corkin S, Growdon JH. Semantic impairment and anomia in Alzheimer's disease. *Brain Lang.* 1986;28(2):235-49.
99. Fischer P, Gatterer G, Marterer A, Danielczyk W. Nonspecificity of semantic impairment in dementia of Alzheimer's type. *Arch Neurol.* 1988;45(12):1341-3.
100. Reilly J, Rodriguez AD, Lamy M, Neils-Strunjas J. Cognition, language, and clinical pathological features of non-Alzheimer's dementias: an overview. *J Commun Disord.* 2010;43(5):438-52.
101. Noble K, Glosser G, Grossman M. Oral reading in dementia. *Brain Lang.* 2000;74(1):48-69.
102. Stilwell BL, Dow RM, Lamers C, Woods RT. Language changes in bilingual individuals with Alzheimer's disease. *Int J Lang Commun Disord.* 2015;doi: 10.1111/jnp.12073.
103. Hassenstab J, Monsell SE, Mock C, Roe CM, Cairns NJ, Morris JC, et al. Neuropsychological markers of cognitive decline in persons with Alzheimer disease neuropathology. *J Neuropathol Exp Neurol.* 2015;74(11):1086-92.
104. Troster AI, Salmon DP, McCullough D, Butters N. A comparison of the category fluency deficits associated with Alzheimer's and Huntington's disease. *Brain Lang.* 1989;37(3):500-13.
105. Smith SR, Murdoch BE, Chenery HJ. Semantic abilities in dementia of the Alzheimer type. 1. Lexical semantics. *Brain Lang.* 1989;36(2):314-24.
106. Lang CJ. Continuous figure recognition in dementia and unilateral cerebral damage. *Neuropsychologia.* 1989;27(5):619-28.
107. Arroyo-Anlloa E, Ingrand P, Gil R. Improvement of semantic categorization through procedural learning in Alzheimer's disease. *J Alzheimer Dis.* 2012;30:121-9.
108. Irish M, Kamminga J, Addis DR, Crain S, Thornton R, Hodges JR, et al. 'Language of the past' - Exploring past tense disruption during autobiographical narration in neurodegenerative disorders. *J Neuropsychol.* 2015;10.1111/jnp.12073.
109. Leyton CE, Savage S, Irish M, Schubert S, Piguet O, Ballard KJ, et al. Verbal repetition in primary progressive aphasia and Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2014;41(2):575-85.
110. Bird H, Lambon Ralph MA, Patterson K, Hodges JR. The rise and fall of frequency and imageability: noun and verb production in semantic dementia. *Brain Lang.* 2000;73(1):17-49.
111. Altmann LJ, McClung JS. Effects of semantic impairment on language use in Alzheimer's disease. *Semin Speech Lang.* 2008;29(1):18-31.

112. Arroyo-Anllo EM, Beauchamps M, Ingrand P, Neau JP, Gil R. Lexical priming in Alzheimer's disease and aphasia. *Eur Neurol.* 2013;69(6):360-5.
113. Benke T, Andree B, Hittmair M, Gerstenbrand F. [Speech changes in dementia]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1990;58(6):215-23.
114. Jakobson R. *Linguistique et poétique* », Essais de linguistique générale. Minuit (Ed) Paris. 1963.
115. Thomas P, Hazif-Thomas C. Language Disorders in Alzheimer's Disease and Phatic Function. *Open Journal of Psychiatry.* 2016;6(4):213-6.
116. Wirotius J-M, Pétrissant J-L. Langage et discours dans la démence. *J Readapt Med.* 2005;25(2):94-8.
117. Grosclaude M. Les troubles du comportement démentiel à l'épreuve de la psyché. *Neuro Psycho Geriatr.* 2019;19(110):56-60.
118. Perruchon M. *Le déclin de la vie psychique : psychanalyse de la démence sénile.* Dunod (Ed). 1994:164p.
119. Todd JJ, Marois R. Capacity limit of visual short-term memory in human posterior parietal cortex. *Nature.* 2004;428(6984):751-4.
120. Cowan N. Evolving conceptions of memory storage, selective attention, and their mutual constraints within the human information-processing system. *Psychol Bull.* 1988;104(2):163-91.
121. Baddeley AD, Patterson K. The relation between long-term and short-term memory. *Br Med Bull.* 1971;27(3):237-42.
122. Baddeley A. The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends Cogn Sci.* 2000;4(11):417-23.
123. Baddeley A. Working memory: theories, models, and controversies. *Annu Rev Psychol.* 2012;63:1-29.
124. Thomas P, Chandès G, Hazif-Thomas C. Mémoire et sens. *Neuro Psycho Geriatr.* 2016;16:183-93.
125. Morris RG, Baddeley AD. Primary and working memory functioning in Alzheimer-type dementia. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1988;10(2):279-96.
126. Baddeley AD, Bressi S, Della Sala S, Logie R, Spinnler H. The decline of working memory in Alzheimer's disease. A longitudinal study. *Brain.* 1991;114 ( Pt 6):2521-42.
127. Duchek JM, Balota DA. Failure to control prepotent pathways in early stage dementia of the Alzheimer's type: evidence from dichotic listening. *Neuropsychology.* 2005;19(5):687-95.
128. Frega R. *John Dewey et la philosophie comme épistémologie de la pratique.* L'Harmattan Paris. 2006.
129. Tulving E. *Organisation of memory: quo vadis? . The cognitive neurosciences* Mass: MIT Press MS Gazzaniga (Ed), Cambridge. 1995:839-47.
130. Assmann J. *La mémoire culturelle.* Collection historique. Editions Aubier Paris. 2010 (2002):27-145.
131. Connerton P. *How society remember.* Cambridge University Press. 2012 [1989]:6-40.
132. Nora P. *La mémoire collective.* in *L'encyclopédie.* La Nouvelle Histoire. Editions Complexes Bruxelles. 1978:400.
133. Ricœur P. *La mémoire, l'histoire, l'oubli.* Editions du Seuil Paris. 2000:553.
134. Kant E. *Critique de la Raison Pure,* Traduction de Jules Barni revue par P. Archambault. Editions Garnier Flammarion, Paris. 1976 [1781].
135. Korzybski A. *Une carte n'est pas le territoire : Prolégomènes aux systèmes non-aristotéliens et à la sémantique générale.* Edition l'Eclat 2007. 2007 [1945].
136. Zilberberg C. *Précis de grammaire tensive.* Tangence. 2002;70:111-43.
137. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception.* Editions Gallimard, Paris. 1945:171.
138. Anzieu D. *Le Moi-Peau.* Paris: Editions Gallimard; 1985.

139. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cogn Psychol*. 2000;41(1):49-100.
140. Christensen H, Korten AE, Mackinnon AJ, Jorm AF, Henderson AS, Rodgers B. Are changes in sensory disability, reaction time, and grip strength associated with changes in memory and crystallized Intelligence? A longitudinal analysis in an elderly community sample. *Gerontology*. 2000;46(5):276-92.
141. Vallet G, Brunel L, Versace R. The perceptual nature of the cross-modal priming effect: arguments in favor of a sensory-based conception of memory. *Exp Psychol*. 2010;57(5):376-82.
142. Devitt AL, Schacter DL. False memories with age: Neural and cognitive underpinnings. *Neuropsychologia*. 2016;91:346-59.
143. Lamont RA, Swift HJ, Abrams D. A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychol Aging*. 2015;30(1):180-93.
144. Belmin J, Hee C, Ollivet C. A health education program lessens the burden of family caregivers of demented patients. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(11):1388-9.
145. Minkowski E. *Traité de Psychopathologie. Les Empêcheurs de Penser en Rond* Paris. 1999 [1966].
146. Pélicier Y. *Vivre le temps: Eugène Minkowski*. in *Le temps vécu*. PUF (Ed) Paris. 1995:V-XI.
147. Delbeuck X, Collette F, Van der Linden M. Is Alzheimer's disease a disconnection syndrome? Evidence from a crossmodal audio-visual illusory experiment. *Neuropsychologia*. 2007;45(14):3315-23.
148. Gomez A, Rousset S, Charnallet A. Spatial deficits in an amnesic patient with hippocampal damage: questioning the multiple trace theory. *Hippocampus*. 2012;22(6):1313-24.
149. Hazif-Thomas C, Thomas P. Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer sont-ils une simple aphasie ? *Soins Gérontol*. 2017;125(Mai/juin):41-3.
150. Kuzis G, Sabe L, Tiberti C, Merello M, Leiguarda R, Starkstein SE. Explicit and implicit learning in patients with Alzheimer disease and Parkinson disease with dementia. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1999;12(4):265-9.
151. Knopman D. Long-term retention of implicitly acquired learning in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 1991;13(6):880-94.
152. Booth V, Hood V, Kearney F. Interventions incorporating physical and cognitive elements to reduce falls risk in cognitively impaired older adults: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(5):110-35.
153. Dick MB, Shankle RW, Beth RE, Dick-Muehlke C, Cotman CW, Kean ML. Acquisition and long-term retention of a gross motor skill in Alzheimer's disease patients under constant and varied practice conditions. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1996;51(2):P103-11.
154. Muller P, Rehfeld K, Schmicker M, Hokelmann A, Dordevic M, Lessmann V, et al. Evolution of Neuroplasticity in Response to Physical Activity in Old Age: The Case for Dancing. *Front Aging Neurosci*. 2017;9:56.
155. Rehfeld K, Muller P, Aye N, Schmicker M, Dordevic M, Kaufmann J, et al. Dancing or Fitness Sport? The Effects of Two Training Programs on Hippocampal Plasticity and Balance Abilities in Healthy Seniors. *Front Hum Neurosci*. 2017;11:305.
156. Dubos G, Gonthier R, Simeone I, Camus V, Schwed P, Cadec B, et al. Les syndromes confusionnels du sujet âgé hospitalisé: polymorphisme sémiologique et évolutif. Etude prospective de 183 patients. *Rev Med Interne*. 1996;17(12):979-86.
157. Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44(9):1078-81.
158. Thomas P, Lalloue F, Preux PM, Hazif-Thomas C, Pariel S, Inscale R, et al. Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(1):50-6.

159. Thomas P, Ingrand P, Lalloue F, Hazif-Thomas C, Billon R, Vieban F, et al. Reasons of informal caregivers for institutionalizing dementia patients previously living at home: the Pixel study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(2):127-35.
160. Thompson PM, Hayashi KM, de Zubizaray G, Janke AL, Rose SE, Semple J, et al. Dynamics of gray matter loss in Alzheimer's disease. *J Neurosci*. 2003;23(3):994-1005.
161. Arroyo-Anllo EM, Bouston AT, Fargeau MN, Orgaz Baz B, Gil R. Self-Consciousness in Patients with Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. *J Alzheimers Dis*. 2016;49(4):1021-9.
162. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
163. Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med*. 2011;269(1):107-17.
164. Dubois B. L'épreuve des cinq mots. Fiche technique. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2001:40-2.
165. Cardebat D, Doyon B, Puel M, Goulet P, Jouanette Y. Formal and lexical evocation in normal subjects. *Acta Neurological Belg*. 1990;90(4):207-17.
166. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*. 2000;55(11):1621-6.
167. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988;23(3):271-84.
168. de Saussure F. Cours de linguistique générale. Payot, Paris. 1972:97 et suivantes.
169. van Orman Quine W. Le mot et la chose. Collection Champs Essais. Flammarion éditeur Paris. 2016 [1908].
170. Everaert-Desmedt N. La sémiotique de Peirce. In Louis Hébert (dir), Signo [en ligne], Rimouski (Québec). 2011:<http://www.signosemio.com/peirce/semiotique.asp>.
171. Peirce C. Oeuvres I. Pragmatisme et pragmatiscisme. Editions du Cerf Paris. 2002 [1898-1903].
172. Peirce C. Pragmatisme et pragmatiscisme. Cerf (Ed), Paris. 2002 (1938).
173. Eco U. A theory of semiotics. Indiana University Press, Bloomington 1976:68-72.
174. Chandler D. Semiotics: the basics. Routledge editions Taylor & Francis Group Abingdon. 2017.
175. Neisser U. Cognition and Reality : principes and implicatio of cognitive psychology. W H Freeman and Company Ed New York. 1976.
176. Delion P. Conditions éthiques et politiques d'une clinique plus humaine, Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien? . Editions Erès Toulouse. 2018:87-8.
177. Peirce C. Elements of Logic, in Collected Papers. Harvard University Press. 1960.
178. Gudjonsson G. Memory distrust syndrome, confabulation and false confession. *Cortex*. 2017;87:156-65.
179. Francastel P. Eléments et structures du langage figuratif. in L'Image , la vision, et l'imagination. Collection "Médiation". Editions Denoel/Gonthier Paris. 1983:60.
180. Lameyre X. L'magerie mentale. Que sais-je ? PUF (Ed) Paris. 1993.
181. Aristote. De anima. Livre II. Chapitre 12. [http://www.documentacatholicaomniaeu/03d/-384\\_-322,\\_Aristoteles,\\_De\\_1%27ame\(Vrin\),\\_FRpdf](http://www.documentacatholicaomniaeu/03d/-384_-322,_Aristoteles,_De_1%27ame(Vrin),_FRpdf). 2004.
182. Descartes R. Meditations Métaphysiques - Méditations De Philosophie Première. Le Livre de Poche Paris. 2007 [1641].
183. Locke J. Essai philosophique concernant l'entendement humain. Editions Vrin, Memphis. 1983 (1689):264.
184. Hume D. Enquête sur l'entendement humain. Principe de la morale. Le monde de la philosophie. Flammarion éditeur Paris. 2008 [1745].
185. Berkeley H. Dialogues entre Hylas et Philonous, dont le but est de démontrer clairement la Réalité et la perfection de l'entendement humain. Hachette Paris. 2011 [1750].
186. Leibniz G. Nouveaux essais sur l'entendement humain. Garnier Flammarion éditeurs Paris. 1966 [1704, publié en 1765].

187. Hegel G. Science de la logique. La doctrine de l'Essence. Editions Aubier Paris. 1998 (1812);Tome I(Livre II).
188. Husserl E. Recherches logiques. Presses Universitaires de France Paris. 1969 (1896);Tome II(2):229.
189. Perls F. Manuel de Gestalt-thérapie. Editions ESF Paris. 2010 (1973).
190. Quental NB, Brucki SM, Bueno OF. Visuospatial function in early Alzheimer's disease--the use of the Visual Object and Space Perception (VOSP) battery. PLoS One. 2013;8(7):e68398.
191. Verstichel P. Hyperfamiliarité stéréotypée pour les visages au cours d'une démence fronto-temporale. Rev Neurol. 2005;161(8-9):804-16.
192. Greimas AJ. La structure élémentaire de la signification en linguistique Homme. 1964;4-3:5-17.
193. Eco U. Kant et l'ornithorynque. Editions Grasset Paris. 1999:64.
194. Freud S. L'Interprétation des rêves. PUF (Ed), Paris. 1976 [1900]:222, note de bas de page.
195. Lacan J. Le Séminaire XI. Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse. Editions du Seuil, Paris. 1973 [1964]:129.
196. Léger C. Une leçon de maïeutique lacanienne. EP FCL – France Champ lacanien. 2004;1:115-25.
197. Roussillon R. Agonie, clivage et symbolisation Fonction symbolisante de l'objet PUF (Ed), Paris. 2012:167-85.
198. Roussillon R. La fonction symbolisante de l'objet. Revue française de psychanalyse. 1997;2:399-413.
199. Di Rocco V. « Qui est là ? » Echec de la symbolisation et symbolisation des échecs. De la symbolisation dans les problématiques psychotiques . Thèse de doctorat en psychologi. Université Lumière Lyon2. <https://www.theses.fr/112030912>. 2006.
200. Thomas P, Hazif-Thomas C, Clement J-P. La plainte familiale dans la démence d'Alzheimer. NPG. 2005;5(27):33-8.
201. Zwaan RA, Langston MC, Graesser AC. The construction of situation models in narrative comprehension: An event-indexing model. Psychological science. 1995;6(5):292-7.
202. Shannon CE, Warren Weaver W. A mathematical model of communication. University of Illinois Press Urbana, IL. 1949.
203. Graesser AC, Singer M, Trabasso T. Constructing inferences during narrative text comprehension. Psychol Rev. 1994;101(3):371-95.
204. Kintsch W, Mangalath P. The construction of meaning. Top Cogn Sci. 2011;3(2):346-70.
205. Ericsson KA, Kintsch W. Long-term working memory. Psychol Rev. 1995;102(2):211-45.
206. Mealier AL, Poiteau G, Mirliaz S, Ogawa K, Finlayson M, Dominey PF. Narrative Constructions for the Organization of Self Experience: Proof of Concept via Embodied Robotics. Front Psychol. 2017;8:1331.
207. Leon C. An architecture of narrative memory. Biologically inspired cognitive architectures. 2016;16:19-33.
208. Klinkenberg J-M. Précis de sémiotique générale. Editions du Seuil, Paris. 2000 (1996):159.
209. Köhler W. Psychologie de la forme. Editions Gallimard (collection "idées") Paris. 1964[1929].
210. Valera F. Connaître : Les sciences cognitives, tendances et perspectives. Editions du Seuil, Paris. 1989.
211. Thompson E, Varela FJ. Radical embodiment: neural dynamics and consciousness. Trends Cogn Sci. 2001;5(10):418-25.
212. Simondon G. Imagination et invention. Editions Transparence Chatoux. 1965-1966:386p.
213. Le Gouès G, Péruchon M. Ultimes processus de pensée. Revue Française de psychanalyse. 1992;1(56):135-48.
214. Balier C. Les changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement. In: Le temps et la vie, les dynamiques du vieillissement, de Jean Guillaumin et Hélène Reboul. Editions Chroniques Sociales, Lyon. 1982:63-70.

215. Hazif-Thomas C, Leger D, Thomas P. Agitation et agressivité du sujet âgé : de la clinique avant toute chose ! *La Revue de Gériatrie*. 2003;28(4):349-56.
216. Simondon G. Communication et information. Cours et conférences. Editions de la Transparence Chatou. 2010.
217. Simondon G. L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information. Editions Millon Grenoble. 2005.
218. Buber M. Je et tu. Aubier Bibliothèque philosophique Paris. 1980.
219. Hazif Thomas C, Chandès G, Thomas P. Analogon, conduite informative et pensée de secours. *Annales Médico-Psychologiques*. 2019;177:(Sous presse).
220. Pélicier Y. Les Objets de La Psychiatrie. Dictionnaire de concepts. 1991;Editions L'esprit du Temps. Paris.
221. Levi-Strauss C. La pensée Sauvage. Plon, Paris. 1962:203-5.
222. Fontanille J. Textes, objets, situations et formes de vie. Les niveaux de pertinence du plan de l'expression dans une sémiotique des cultures 2006:  
[http://www.unilim.fr/pages\\_perso/jacques.fontanille/textes-pdf/CSituations\\_pratiques2004\\_06.pdf](http://www.unilim.fr/pages_perso/jacques.fontanille/textes-pdf/CSituations_pratiques2004_06.pdf).
223. Smith M, Hall GR, Gerdner L, Buckwalter KC. Application of the Progressively Lowered Stress Threshold Model across the continuum of care. *Nurs Clin North Am*. 2006;41(1):57-81, vi.
224. Hazif-Thomas C, Bouche C, Thomas P. Stress et famille: lien nécessaire ou liaison dangereuse? L'exemple de la maladie d'Alzheimer. *Encephale*. 2006;32 Pt 4:S1130-3.
225. Géninasca J. Le discours en perspective », *Nouveaux Actes Sémiotiques*. Presse Universitaite de Limoges. 1990;10-11:59-239.
226. Géninasca J. La parole littéraire. PUF (Ed), Paris. 1997.
227. Dortier J-F. la grande histoire de la psychologie. *Sciences humaines*. 2008;Hors série, 7:44.
228. Alain. Idées. Introduction à la philosophie. 10-18 Union générale d'Édition Paris. 1960 [1939]:33.
229. Genette G. Frontières du récit. *Communications*. 1966;8:152-63.
230. Schank R, Abelson R. Scripts, plans, goals, and understanding. Hillsdale , Earlbaum Associated (Ed), New Jersey. 1977.
231. Hamon P. Qu'est-ce qu'une description. *Poétique*. 1972;12:465-86.
232. Denhière G, Legros D. L'interaction narration-description dans le récit. I. Etude de la mémorisation de différents types de séquences descriptives *L'Année psychologique*. 1987;87-3:345-62
233. Bruner JS. *Actes of meaning*. Harvard University Press. 1990.
234. Bruner JS. The narrative construction of reality. *Critical inquiry*. 1991;18:1-18.
235. Herman D. *Storytelling and the Sciences of Mind: Cognitive Narratology, Discursive Psychology, and Narratives in Face-to-Face Interaction Narrative*. 2007;15:306–34.
236. Ryan M. *Narratologie et sciences cognitives: une relation problématique*. Cahier de narratologie 2015;28:<https://journals.openedition.org/narratologie/7171>.
237. Szilas N, Axelrad M, Richle UM. Propositions for innovative forms of digital interactive storytelling based on narrative theories and practices. *Transactions on edutainment*. 2012;VII:161-79.
238. Lesourd M, Baumard J, Jarry C, Etcharry-Bouyx F, Belliard S, Moreaud O, et al. Rethinking the Cognitive Mechanisms Underlying Pantomime of Tool Use: Evidence from Alzheimer's Disease and Semantic Dementia. *J Int Neuropsychol Soc*. 2017;23(2):128-38.
239. Bovet M, Voellin D. Le rôle de l'image mentale dans le raisonnement opératoire : auxiliaire ou structurant ? . PUF (Ed), Paris. 2003.
240. Bourdieu P. Le sens pratique. Le sens commun. Minuit Ed Paris. 1980:86.
241. Tarski A. Logique, sémantique et métamathématique. Editions Armand Colin Paris.134-5.
242. Lacan J. Séminaire, livre VII : L'éthique de la psychanalyse. Editions du Seuil Paris. 1986.
243. Valery P. Le cimetière marin. Extraits de charme. 1920:<https://www.textebook.exionnaire.com/poeme-55-le-cimetiere-marin>.
244. Heidegger M. Introduction à la métaphysique. Editions Gallimard Paris. 1967 [1935].

245. Hazif Thomas C, Chandès G, Thomas P. Affects, énonciation, et troubles de la parole dans la maladie d'Alzheimer. *NPG*. 2019;19:105-9.
246. Minkowski E. Le problème des hallucinations et le problème de l'espace, quelques réflexions au sujet d'un halluciné. *L'Evolution Psychiatrique*. 1932;4:59-76.
247. Edeline F, Klinkenberg J-M. *Principia Semiotica*. Editions les Impressions Nouvelles Bruxelles. 2015.
248. Zadeh LA. Fuzzy sets. *Information and Control* 1965:338-53.
249. Jolles E. La théorie des sous-ensembles flous au service de la décision: deux exemples d'application. Rapport de recherche Institut de mathématiques économiques (IME). 1978:hal-0152718.
250. Hazif-Thomas C, Thomas P. Démotivation et troubles conatifs chez le sujet âgé dépendant. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2004;2(2):93-105.
251. Lefebvre des Noettes V. *Alzheimer : l'éthique à l'écoute des petites perceptions*. Erès Editeur Paris. 2018.
252. Seligman ME, Weiss J, Weinraub M, Schulman A. Coping behavior: learned helplessness, physiological change and learned inactivity. *Behav Res Ther*. 1980;18(5):459-512.
253. Fontanille J, Gonzalez XA. Les objets communicants : des corps, entre texte et pratiques. *Médiation et Information (Dossier dirigé par Bernard Darras "Objets et communication"*. 2010:[https://www.unilim.fr/pages\\_perso/jacques.fontanille/articles\\_pdf/applications/objetscommunicants.pdf](https://www.unilim.fr/pages_perso/jacques.fontanille/articles_pdf/applications/objetscommunicants.pdf).
254. Fontanille J. La sémiotique est-elle générative ? *Linx*. 2001;44:107-32.
255. Greimas AJ. *Sémantique structurale*. PUF, Paris. 1986 (1966).
256. Floch JM. L'iconicité : enjeu d'une énonciation manipulatoire (Analyse sémiotique d'une photographie de R Doisneau). *Actes sémiotiques-bulletin*. 1982;VI(27):3-8.
257. Storkel HL. Learning from input and memory evolution: points of vulnerability on a pathway to mastery in word learning. *Int J Speech Lang Pathol*. 2015;17(1):1-12.
258. Eco U. *Lector in fabula*. Editions Grasset Paris. 1985 [1979].
259. Husserl E. *Méditations cartésiennes*, trad. par Marc de Launay. PUF Paris. 1994 (1929).
260. Lévinas E. *De l'existence à l'existant*. Editions Varin Paris. 1981.
261. Anzieu D. *Le corps de l'oeuvre*. Editions Gallimard, Paris. 1981.
262. Houzel D. Le concept d'enveloppe psychique, in D. Anzieu, *Les enveloppes psychiques*. Dunod Editeur Paris. 1987.
263. Spinoza B. *Éthique/Partie III*. Editions Charpentier Paris. 1861 [1677]:107-81.
264. Bergson H. *L'Évolution créatrice*. PUF (Ed), Paris. 2007 [1907]:138-40.
265. Eco U. *La structure absente*. Mercure de France Paris. 1972:179.
266. Berthoz A. *Le sens du mouvement*. Ed O Jacob Paris. 1997.
267. Couégnias N, Laurent F. Exercice de sémantique tensives. 2010:halshs-00708466.
268. Violi P. Énonciation textualisée, énonciation vocalisée : art de dire et sémiotique de l'oralité. *Actes sémiotiques-bulletin*. 2013 [2009];123:[www.unilim.fr/actes-semiotiques/3199](http://www.unilim.fr/actes-semiotiques/3199).
269. Fontanille J. *Sémiotique et littérature. Essais de méthode*. PUF (Ed) Paris. 1999:41.
270. Hébert L. Le schéma tensif. *Tangence*. 2005;79:111-39.
271. Zilberberg C. *Des formes de vie aux valeurs*. Collection Formes sémiotiques. PUF (Ed), Paris. 2011.
272. Bronckart J. *Théorie du langage. Nouvelle introduction critique*. Margada éditeur Bruxelles. 2019:119-44.
273. Zilberberg C. *Éléments de grammaire tensives*. Nouveaux actes sémiotiques. Presses Univ Limoges. 2006.
274. Zilberberg C. *Des modes sémiotiques aux valeurs*. *Signata Annales de sémiotiques*. 2011;2:221-46.
275. Valéry P. *Cahiers*. Bibliothèque de la Pleiade. Tome 1. Editions Gallimard, Paris. 1973:1160.

276. Deleuze G, Guattary F. Qu'est-ce que la philosophie ? Les Éditions de Minuit (coll « Critique ») Paris. 1991.
277. Yates FA. L'art de la mémoire. Editions Gallimard, Paris. 1966.
278. Abadie M. L'effet de pensée inconsciente en matière de décisions complexes : étude des modérateurs et processus mnésiques sous-jacents. Thèse de Psychologie Université Toulouse le Mirail - Toulouse II. 2014:<http://www.theses.fr/2014TOU20096>.
279. Abadie M, Waroquier L, Terrier P. The role of gist and verbatim memory in complex decision making: Explaining the unconscious-thought effect. *J Exp Psychol : Learning, Memory, and Cognition*. 2017;43:694-705.
280. Maisondieu J. Le crépuscule de la raison. Bayard Ed, Toulouse. 2011.
281. Massy J. La personne âgée n'existe pas: une approche psychanalytique de la vieillesse. Editions Rivages Paris. 1992.
282. Freud S. L'inquiétante étrangeté et autres essais. Editions Gallimard Paris. 1985 [1919].
283. Schultz S, Hoth A, Buckwalter K. Anxiety and impaired social function in the elderly. *Annals of clinical psychiatry* 2004;16(1):47-51.
284. Bergson H. La conscience et la vie . In L'énergie spirituelle. Petite Bibliothèque Payot Paris. 2012 [1919]:23-4.
285. Thom R. Crise et catastrophe. La notion de crise. *Communications*. 1976;25:34-8.
286. Strawson G. Against narrativity. *Ratio*. 2004:428-52.
287. Magritte R. Ecrits complets. Flammarion éditeur Paris. 2009.
288. Versace R, Vallet GT, Brunel L, Riou B, Lesourd M, Labeye E. An integrate view of memory mechanisms. *Journal of Cognitive Psychology*. 2014;113(2):358-89.
289. Greimas AJ. Du sens. Seuil (Ed), Paris. 1970:49-92.
290. Metz C. L'énonciation impersonnelle ou le Site du Film. Cinémas Editions Klincksieck Paris. 1991;3(2-3):241-6.
291. Dondero MG. L'énonciation visuelle entre réflexivité et métalangage. in Les plis du visuel. Réflexivité et énonciation dans l'image. Editions Lambert-Lucas Limoges. 2017:193-206.
292. Greimas AJ. Du Sens II. Editions du Seuil, Paris. 1983.
293. Greimas AJ. De l'imperfection. Pierre Fanlac Périgueux. 2003.
294. Le Gouès G. L'âge et le principe de plaisir. Editions Dunod Paris. 2000:129-51.
295. Tolman EC. Cognitive maps in rats and men. *The Psychological Review*. 1948;55:189-208.
296. Festinger L. Cognitive dissonance. *Sci Am*. 1962;207:93-102.
297. Atkinson RC, Shiffrin RM. The control of short-term memory. *Sci Am*. 1971;225(2):82-90.
298. Gibson JJ. Direct visual perception: a reply to Gyr. *Psychol Bull*. 1973;79(6):396-7.
299. Gregory RL. Visual illusions classified. *Trends Cogn Sci*. 1997;1(5):190-4.
300. Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(4):CD003152.
301. Attali J. Tout montrer, tout noter : vers une société hypermnésique. *L'express*. 2017:<http://blogs.lexpress.fr/attali/2017/10/28/tout-montrer-tout-noter-vers-une-societe-hypermnésique/>.
302. Johnson MK, Hashtroudi S, Lindsay DS. Source monitoring. *Psychol Bull*. 1993;114(1):3-28.
303. Budson AE, Todman RW, Schacter DL. Gist memory in Alzheimer's disease: evidence from categorized pictures. *Neuropsychology*. 2006;20(1):113-22.
304. Mandler G. The recognition of previous encounters. *Am Sci*. 1981;69(2):211-8.
305. Tiberghien G. Models of human memory. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*. 1989;1:37-53.
306. Jacoby LL, Dallas M. On the relationship between autobiographical memory and perceptual learning. *J Exp Psychol Gen*. 1981;110(3):306-40.
307. Budson AE, Daffner KR, Desikan R, Schacter DL. When false recognition is unopposed by true recognition: gist-based memory distortion in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*. 2000;14(2):277-87.

308. Loftus EF. Memory distortion and false memory creation. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1996;24(3):281-95.
309. Schacter D. The seven sins of memory. Implications for the self. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;1001(226-239).
310. Sahakian B, Jones G, Levy R, Gray SL. The Effects of Nicotine on Attention, Information Processing, and Short-Term Memory in Patients with Dementia of the Alzheimer Type. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;154(6):797-800
311. Alescio-Lautier B, Michel BF, Herrera C, Elahmadi A, Chambon C, Touzet C, et al. Visual and visuospatial short-term memory in mild cognitive impairment and Alzheimer disease: role of attention. *Neuropsychologia*. 2007;45(8):1948-60.
312. Brewin C. The Nature and Significance of Memory Disturbance in Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* 2011;7:203-27.
313. Freud S. Sur les souvenirs-écrans. In: *Névrose, psychose et perversion*. PUF (Ed), Paris. 1973 (1899):131-2.
314. Dennett CD. Why everyone is a novelist *Times Literary Supplement*. 1988;4459(16-22 September ):<https://dl.tufts.edu/catalog/tufts:ddenett-1988.00007>.
315. Downs RM, Stea D. Image and environment: Cognitive mapping and spatial behaviour. Aldin Ed Chicago. 1973:7.
316. Chauvin L. Modèles de cartes cognitives étendues aux notions de contexte et d'échelle. Thèse d'informatique Université d'Angers. 2010:<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00585259>
317. Kosko B. Adaptive bidirectional associative memories. *Appl Opt*. 1987;26(23):4947-60.
318. Brainerd CJ, Stein LM, Reyna VF. On the development of conscious and unconscious memory. *Dev Psychol*. 1998;34(2):342-57.
319. Stark CE, Okado Y, Loftus EF. Imaging the reconstruction of true and false memories using sensory reactivation and the misinformation paradigms. *Learn Mem*. 2010;17(10):485-8.
320. Jouet J. Retour critique sur la sociologie des usages. *Réseaux*. 2000;18(100):487-521.
321. Freud S. Le début du traitement », in *La technique psychanalytique*. PUF (Ed), Paris. 1977 [1913]:94.
322. Montani C, Ruffiot M. L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Clin Mediter*. 2009;79:103-16.
323. Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C. Analogon au secours du sens de la vie dans la maladie d'Alzheimer. *NPG*. 2018;18(1):18-26.
324. Miermont J. Sémiotique. Pour une théorie de l'esprit: cognitions, passions et communications. *Résonances*. 2017;10-11:64-70.
325. Hazif Thomas C, Ploton L, Thomas P. Un trousseau de clés psychogériatriques pour aider les malades âgés confus. *La Revue de Gériatrie*. 2019;44(4):219-26.
326. Dubois B. A new definition for Alzheimer's disease. *Bull Acad Natl Med*. 2013;197(1):143-53; discussion 53-6.
327. Thomas P, Clement JP, Hazif-Thomas C, Leger JM. Family, Alzheimer's disease and negative symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(2):192-202.
328. Thomas P, Montagne B, Chantoin S, Belmin S, Clement J, Hazif-Thomas C, et al. Maladie d'Alzheimer et conscience du trouble par le malade. Conséquences pour l'aidant principal. Étude PIXEL. *Revue Neurologique*. 2001;157(10):4S13.
329. Holmes D. Bruno Dubois: transforming the diagnosis of Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*. 2014;13(6):541.
330. Huff FJ, Mack L, Mahlmann J, Greenberg S. A comparison of lexical-semantic impairments in left hemisphere stroke and Alzheimer's disease. *Brain Lang*. 1988;34(2):262-78.
331. Verma M, Howard RJ. Semantic memory and language dysfunction in early Alzheimer's disease: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(12):1209-17.

332. Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, Sano M, Banerjee S, Devanand DP, et al. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(1):7-17.
333. Hazif-Thomas C, Thomas P. Le care au risque de la maladie d'Alzheimer : guidance accrue ou autodétermination des aidants? *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérologie*. 2011;XVIII(179):194-9.
334. Hazif-Thomas C, Thomas P, Tritschler-LeMaitre MH, Walter M. Limites et ambiguïtés juridiques du rôle des aidants familiaux. *Encephale*. 2012;38(5):411-7.
335. Thomas P, Billon R, Hazif Thomas C. Narrative analysis in Alzheimer's disease. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2018;11(3):145-51.
336. Hazif-Thomas C, Billon R, Thomas P. Narrativity and memory analysis in Alzheimer's disease. *Op J Psych*. 2017;7:107-307.
337. Uflacker A, Edmondson MC, Onyike CU, Appleby BS. Caregiver burden in atypical dementias: comparing frontotemporal dementia, Creutzfeldt-Jakob disease, and Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2015:1-5.
338. Dooley J, Bailey C, McCabe R. Communication in healthcare interactions in dementia: a systematic review of observational studies. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(8):1277-300.
339. Klimova B, Maresova P, Valis M, Hort J, Kuca K. Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1401-7.
340. Snowdon DA, Kemper SJ, Mortimer JA, Greiner LH, Wekstein DR, Markesbery WR. Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life. Findings from the Nun Study. *JAMA*. 1996;275(7):528-32.
341. Snowdon DA, Greiner LH, Markesbery WR. Linguistic ability in early life and the neuropathology of Alzheimer's disease and cerebrovascular disease. Findings from the Nun Study. *Ann N Y Acad Sci*. 2000;903:34-8.
342. Greiner LH, Snowdon DA. Underrecognition of dementia by caregivers cuts across cultures. *JAMA*. 1997;277(22):1757; author reply 8-9.
343. Bassuk SS. Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Persons. *Annals of Internal Medicine*. 1999;131:165-73.
344. Davis BH, Maclagan M. Examining pauses in Alzheimer's discourse. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2009;24(2):141-54.
345. Kumfor F, Hodges JR, Piguet O. Ecological assessment of emotional enhancement of memory in progressive nonfluent aphasia and Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2014;42(1):201-10.
346. Croisile B, Astier JL, Beaumont C, Mollion H. Validation de la batterie rapide de dénomination (BARD) chez 382 témoins et 1004 patients d'une consultation mémoire. *Rev Neurol (Paris)*. 2010;166(6-7):584-93.
347. Eisfeld IS. [Semantic dementia: clinical profile and cognitive-neuropsychological relevance]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2004;72(7):383-96.
348. Chantoin S, Hazif-Thomas C, Billon R, Thomas P. Construction d'une échelle d'appréciation de la demotivation chez la personne âgée. *Encephale*. 2001;27(5):450-8.
349. Belzil G, Vezina J. Impact of caregivers' behaviors on resistiveness to care and collaboration in persons with dementia in the context of hygienic care: an interactional perspective. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(11):1861-73.
350. Tenenhaus M, Esposito Vinzi V, Chatelinc Y-M, Lauro C. PLS path modeling. *Computational Statistics & Data Analysis*. 2005;48(1):159-205.
351. Hazif-Thomas C, Reber G, Bonvalot T, Thomas P. Syndrome dysexécutif et dépression tardive. *Ann Med Psychol*. 2005;163:569-76.
352. Elliott R, Sahakian BJ, Herrod JJ, Robbins TW, Paykel ES. Abnormal response to negative feedback in unipolar depression: evidence for a diagnosis specific impairment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;63(1):74-82.

353. Lee H. Langage et Maladie d'Alzheimer : Analyse Multidimensionnelle d'un Discours Pathologique. Thèse de doctorat. Université Paul-Valéry, Montpellier 3. 2012; <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00812618v1/document:198-9>.
354. Arroyo-Anllo EM, Thomas P, Hazif Thomas C. Quejas y limites familiares en el cuidado de los enfermos de "Alzheimer". *Rev Exp Geriatr Gerontol*. 1999;34(5):289-97.
355. Thomas P, Arroyo-Anllo EM, Hazif Thomas C. Difficultés des familles face à la prise en charge à domicile des patients atteints de démence en France (Poitiers) et en Espagne (Salamanque). *Rev Franc Psychiat Psychol Med*. 1999;27:127-31.
356. Boss P, Caron W, Horbal J, Mortimer J. Predictors of depression in caregivers of dementia patients: boundary ambiguity and mastery. *Fam Process*. 1990;29(3):245-54.
357. Boss P, Greenberg J. Family boundary ambiguity: a new variable in family stress theory. *Fam Process*. 1984;23(4):535-46.
358. Boss PG. Ambiguous loss: working with families of the missing. *Fam Process*. 2002;41(1):14-7.
359. Thomas P, Peix R, Hazif-Thomas C, Barruche G. Bien communiquer et bien traiter les malades déments: soins spécialisés ou prise en charge globale. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*. 2011;XVIII(175):194-200.
360. Thomas P, Barruche G, Hazif-Thomas C. La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*. 2012;XIX(187):266-73.
361. Kaplan L, Boss P. Depressive symptoms among spousal caregivers of institutionalized mates with Alzheimer's: boundary ambiguity and mastery as predictors. *Fam Process*. 1999;38(1):85-103.
362. Handels RL, Wolfs CA, Aalten P, Bossuyt PM, Joore MA, Leentjens AF, et al. Optimizing the use of expert panel reference diagnoses in diagnostic studies of multidimensional syndromes. *BMC Neurol*. 2014;14:190.
363. Thomas P, Hazif Thomas C. Conflits intrafamiliaux et tensions famille-soignants en Ehpad. *Soins Gerontol*. 2018;23(129):29-32.
364. Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C. EHPAD et familles de résidents : deux sémiosphères en compétition. *Neurol psychiatr geriatr* 2016:194-203.
365. Jullien F. *Vivre en existant: une nouvelle éthique*. Editions Gallimard, Paris. 2016.
366. Hazif Thomas C, Thomas P, Chantoin S. Langage, Motivation et oubli dans la maladie d'Alzheimer. *Alzheim Actual*. 1999;11-12(147):6-12.
367. Bateson G. *Vers une écologie de l'esprit (tome 2)*. Seuil-Point Essai, Paris. 1988.
368. Ivanov V. Toward a theory of the speech of the other person. *Elementa. Journ Slavic stud compar cultur semiotics* 1998;4(1):71-96.
369. Hasy J. *L'aide-soignante et la prise en soins palliatifs*. Éditions Chronique Sociale Lyon. 2019.
370. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Collection La Pleïade. Editions Gallimard Paris. 2015 (1964); Œuvres I:9-56.
371. Levit GS. The Biosphere and the Noosphere Theories of V. I. Vernadsky and P. Teilhard de Chardin: A Methodological Essay. *Internat Archiv History Science*. 2000;50(144):160-76.
372. Ploton L. À propos de la maladie d'Alzheimer. *Gerontol Societ*. 2009;32:89-115.
373. Ploton L. La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence *Chronique Sociale Lyon*. 2005:245-50.
374. Lotman Y. *The unpredictable workings of culture*. TLU Press, Talinn. 2013 (1992).
375. von Uexküll J. *Milieu animal et milieu humain*. Bibliothèque Rivages. 2010 (1934).
376. Groussard M, Chan TG, Coppalle R, Platel H. Preservation of Musical Memory Throughout the Progression of Alzheimer's Disease? Toward a Reconciliation of Theoretical, Clinical, and Neuroimaging Evidence. *J Alzheimers Dis*. 2019;68(3):857-83.
377. Jobin G. Comment les directives anticipées recadrent-elles la question de la temporalité dans les soins de fin de vie ? In *directives anticipées*. Sauramps Medical Montpellier. 2019:9-42.
378. Caenepeel D, Jobin G. Discursivité et co-autorité en éthique clinique: regard critique sur le rôle et les fonctions de la délibération éthique en comité. *J Int Bioethique*. 2005;16(3-4):107-33, 74-5.

379. Berger G. Phénoménologie du temps. *n* Phénoménologie du temps et prospective. PUF (Ed) Paris. 1964:200-5.
380. Vandekerckhove M, Panksepp J. A neurocognitive theory of higher mental emergence: from anoetic affective experiences to noetic knowledge and auto-noetic awareness. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(9):2017-25.
381. Rosenberg MJ, Hovland CI. Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes. In M J Rosenberg, C I Hovland (eds), *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency Among Attitude Components* New Haven: Yale University Press. 1960.
382. Carrer LR. Music and Sound in Time Processing of Children with ADHD. *Front Psychiatry.* 2015;6:127.
383. Gosselin N, Samson S, Adolphs R, Noulhiane M, Roy M, Hasboun D, et al. Emotional responses to unpleasant music correlates with damage to the parahippocampal cortex. *Brain.* 2006;129(Pt 10):2585-92.
384. Ashida S. The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *J Music Ther.* 2000;37:170-82.
385. Platel H, Groussard M. La mémoire sémantique musicale. Apport des données de la neuropsychologie clinique et de la neuro-imagerie fonctionnelle. *Revue de neuropsychologie.* 2010;2:61-9.
386. Raglio A, Oasi O, Gianotti M, Bellandi D, Manzoni V, Goulene K, et al. Music therapy, emotions and the heart: a pilot study. *G Ital Med Lav Ergon.* 2012;34(4):438-43.
387. Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommie C, Messaoudi M, Djabelkir L, et al. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2009;28(1):36-46.
388. Narme P, Tonini A, Khatir F, Schiaratura L, Clement S, Samson S. Thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : comparaison d'ateliers musicaux et non musicaux. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2012;10(2):215-24.
389. Clément S, Tonini A, Khatir F, Schiaratura L, Samson S. Short and longer term effects of musical intervention in severe Alzheimer's disease. *Music Percept. Music Percep.* 2012;29:533-41.
390. Cooke ML, Moyle W, Shum DH, Harrison SD, Murfield JE. A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging Ment Health.* 2010;14(8):905-16.
391. Chu H, Yang CY, Lin Y, Ou KL, Lee TY, O'Brien AP, et al. The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. *Biol Res Nurs.* 2014;16(2):209-17.
392. Fischer-Terworth C, Probst P. Evaluation of a TEACCH- and music therapy-based psychological intervention in mild to moderate dementia. *Gero Psy.* 2011;24:93-101.
393. Choi AN, Lee MS, Cheong KJ, Lee JS. Effects of group music intervention on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a pilot-controlled trial. *Int J Neurosci.* 2009;119(4):471-81.
394. Janata P. Effects of widespread and frequent personalized music programming on agitation and depression in assisted living facility residents with Alzheimer-type dementia. *Music Med.* 2012;4:8-15.
395. Samson S, Clement S, Narme P, Schiaratura L, Ehrle N. Efficacy of musical interventions in dementia: methodological requirements of nonpharmacological trials. *Ann N Y Acad Sci.* 2015;1337:249-55.
396. Narme P, Clément S, Ehrle N, Schiaratura L, Vachez S, Courtaigne B, et al. Efficacy of musical interventions in dementia: evidence from a randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis.* 2014;38(2):359-69.
397. Ceccato E, Vigato G, Bonetto C, Bevilacqua A, Pizziolo P, Crociani S, et al. STAM protocol in dementia: a multicenter, single-blind, randomized, and controlled trial. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2012;27(5):301-10.

398. Guetin S, Portet F, Picot MC, Defez C, Pose C, Blayac JP, et al. Intérêts de la musicothérapie sur l'anxiété, la dépression des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et sur la charge ressentie par l'accompagnant principal (étude de faisabilité). *Encéphale*. 2009;35(1):57-65.
399. McAdams S. Perception et cognition de la musique. Editions Vrin Paris. 2015:15-25.
400. Groussard M, Viader F, Hubert V, Landeau B, Abbas A, Desgranges B, et al. Musical and verbal semantic memory: two distinct neural networks? *Neuroimage*. 2010;49(3):2764-73.
401. Koelsch S. Investigating the Neural Encoding of Emotion with Music. *Neuron*. 2018;98(6):1075-9.
402. Peretz I, Gosselin N, Belin P, Zatorre RJ, Plailly J, Tillmann B. Music lexical networks: the cortical organization of music recognition. *Ann N Y Acad Sci*. 2009;1169:256-65.
403. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi S. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2013;12(2):628-41.
404. Chang YS, Chu H, Yang CY, Tsai JC, Chung MH, Liao YM, et al. The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2015;24(23-24):3425-40.
405. Ragio A. Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World J Psychiatry*. 2015;5(1):68-78.
406. McFadden SH, Basting AD. Healthy aging persons and their brains: promoting resilience through creative engagement. *Clin Geriatr Med*. 2010;26(1):149-61.
407. Harris PB. Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *Int J Aging Hum Dev*. 2008;67(1):43-61.
408. Prinzhorn H. Dessins, peintures, sculptures d'asile. Editions Gallimard, Paris. 1984.
409. Rizzolatti G, Folgassi L, Gallese V. Les neurones miroirs. *Pour la science*. 2007(Janvier):44-9.
410. Hazif-Thomas C, Bomble C, Rivière J, Emmer M, Arroyo-Anllo EM, Thomas P. Musicothérapie et maladie d'Alzheimer : à propos d'une innovation réalisée dans une institution gériatrique. *Rev Gerontol Geriat Lang Fr* 1998;43(3):31-6.
411. Sonesson G. De l'iconicité de l'image à l'iconicité des gestes. In oralité et gestualité. L'Harmattan Paris. 2001:47-55.
412. Bordron J-F. L'iconicité et ses images. Collections formes sémiotiques. PUF (Ed) Paris. 2011.
413. Goldstein MJ. The relationship between coping and avoiding behavior and response to fear-arousing propaganda. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1959;58:247-52.
414. Charles E, Bouby-Serieys V, Thomas P, Clement JP. Relation entre événements de vie, traumatismes et démence; étude ouverte portant sur 565 patients déments. *Encephale*. 2006;32(5):746-52.
415. Lamizet B. La sémiotique de l'événement: Une sémiotique de l'espace et du temps. 2011:Halshs-00604452.
416. Freud S. Formulations sur les deux principes du cours des évènements psychiques Trad. J. LAPLANCHE in : *Psychanalyse à l'Université et repris in : Résultats, idées, problèmes; vol. I* PUF (Ed) Paris. 1984 (1911):135-43.
417. Spampinato F. Les incarnations du son. . Editions L'Harmattan Paris. 2015:10.
418. Brouillet D, Vagnot C, Milhau A, Brunel L, Briglia J, Versace R, et al. Sensory-motor properties of past actions bias memory in a recognition task. *Psychol Res*. 2015;79(4):678-86.
419. Purkart R, Versace R, Vallet GT. "Does It Improve the Mind's Eye?": Sensorimotor Simulation in Episodic Event Construction. *Front Psychol*. 2019;10:1403.
420. Bachelard G. L'intuition de l'instant. Éditions Gonthier Paris. 1932.
421. Thomas P, Chandès G, Hazif-Thomas C. La reconstruction de la signification dans la démence. *Soins Gerontol*. 2017;22(127):40-3.
422. Feil N, Altman R. Validation theory and the myth of the therapeutic lie. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2004;19(2):77-8.
423. Ricœur P. La marque du passé. *Revue de métaphysique et de morale* 1998:7-31.

424. Lévinas E. Entre-nous. Essais sur le penser-à-l'autre. Le Livre de Poche Paris. 1993:113-4.
425. Grulier J-C. Eugène Minkowski. Philosophe de la Psychiatrie. Editions L'Harmattan, Paris. 2017:129.
426. Scheller M. Nature et formes de la sympathie. Editions Payot Paris. 2003.
427. Frankl V. Ce qui nous fait vivre. Collections Interéditions. Editions Dunod Paris. 2009.
428. Frankl V. Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie. Editions "J'ai lu" Paris. 2006 [1959].
429. Ricœur P. Temps et récit I. L'intrigue et le récit historique. Editions du Seuil Paris. 1983.
430. Worm F. Le moment du soin. A quoi tenons-nous ? PUF (Ed), Paris. 2010.
431. Thomas P. Entrée en institution des déments l'étude pixel. Gérontologie et Société. 2005;112(1):141-56.
432. Fontanille J. L'analyse des pratiques : le cours du sens. Protée. 2010;38(2):9-19.
433. Kierkegaard S. La Reprise. Flammarion éditeur Paris. 2008 (1843).
434. Wertheimer J. Le sens du non-sens dans les démences. A propos de la communication. Rev Med Suisse Romande. 1994;114(3):281-5.
435. Lévinas E. Liberté et commandement. Editions Fata Morgana, Saint Clément de rivièrè. 1994:70.
436. Nation DA, Bondi MW, Gayles E, Delis DC. Mechanisms of Memory Dysfunction during High Altitude Hypoxia Training in Military Aircrew. J Int Neuropsychol Soc. 2016:1-10.
437. Fontanille J. Pratique et éthique: la théorie du lien. Protée. 2008;36(2):11-26.
438. Midal F. Foutez-vous la paix, et commencer à vivre. Editions Flammarion Paris. 2017.
439. Paolucci C. Prothèses de la subjectivité. L'appareil formel de l'énonciation dans l'audiovisuel. in Les plis visuels. Réflexivité et énonciation dans l'image. Lambert-Lucas Ed Limoges. 2017.
440. Colonna R. Les paradoxes de la domination linguistique. Editions L'Harmattan Paris. 2013.
441. Berta M. L'Epreuve d'anticipation. Test de l'imaginaire personnel. Editions Erès Toulouse. 1999.
442. Maisondieu J. Pas de démence sans aliénation. Neuro Psycho Geriatr. 2017;17:161-5.
443. Hazif-Thomas C, Thomas P, Chantoin S. Langage, motivation et oubli dans la maladie d'Alzheimer. Alzheimer Actualités. 1999;147:6-12.
444. Rogers C. Le face à face en psychothérapie. Editions ESF Paris. 1970 (1942).
445. Hazif-Thomas C, Thomas P, Guillibert E. La demotivation de la personne agee demente. De la reprise a la repetition. Ann Med Psychol (Paris). 1995;153(4):261-8.
446. Malinowski B. The problem of meaning in primitive languages. The meaning of meaningHarcourt, Brace & World New York. 1923; Supplement I:296-336.
447. Winnicott DW. Jeu et réalité. Editions Gallimard, Paris. 1971.
448. Caillé P. Les objets flottants, Au-delà de la parole en thérapie systémique. Editions ESF Paris. 1994:16-24.
449. Hazif Thomas C, Thomas P. L'analogon, une ressource soignante en psychogériatrie. Soins Gerontol. 2018;23(129):35-8.
450. Hazif Thomas C, Hanon C, Chandès G, Thomas P. Le vieil homme, l'analogon et l'objet identifiant. NPG. 2017;17:287-93.
451. Rastier F. L'action et le sens pour une sémiotique des cultures. Journal des anthropologues. 2001;2-3:183-219.
452. Duteil-Mougèl C, Geslin-Beyaert A, Billonnet L, Pignier N, Tsala-Effa D, Dumas J-M. Semiotics and semantic: tool for an effective appropriation of information, communication an health technologies. 2012:https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00922491.
453. Thomas P, Hazif-Thomas C. Autonomie et religion chez la personne âgée dite "démence" : principes pour une bientraitance. In Vie psychique, spiritualité et vieillissement. Chronique Sociale Lyon. 2017:100-14.
454. Ricci S, Fuso A, Ippoliti F, Businaro R. Stress-induced cytokines and neuronal dysfunction in Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis. 2012;28(1):11-24.

455. Magri F, Cravello L, Barili L, Sarra S, Cinchetti W, Salmoiraghi F, et al. Stress and dementia: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Aging Clin Exp Res*. 2006;18(2):167-70.
456. Persson G, Skoog I. A prospective population study of psychosocial risk factors for late onset dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1996;11:15-22.
457. Lynch JW, Kaplan GA, Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *N Engl J Med*. 1997;337(26):1889-95.
458. Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA, Riley KP, Greiner PA, Markesbery WR. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun Study. *JAMA*. 1997;277(10):813-7.
459. Winograd CH, Jacobson DH, Butterfield GE, Cragen E, Edler LA, Taylor BS, et al. Nutritional intake in patients with senile dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1991;5(3):173-80.
460. Suominen MH, Puranen TM, Jyvakorpi SK, Eloniemi-Sulkava U, Kautiainen H, Siljamäki-Ojansuu U, et al. Nutritional guidance improves nutrient intake and quality of life, and may prevent falls in aged persons with Alzheimer disease living with a spouse (NuAD Trial). *J Nutr Health Aging*. 2015;19(9):901-7.
461. Gimm GW, Kitsantas P. Falls, depression, and other hospitalization risk factors for adults in residential care facilities. *Int J Aging Hum Dev*. 2016;83(1):44-62.
462. Castrillo Sanz A, Andres Calvo M, Repiso Gento I, Izquierdo Delgado E, Gutierrez Rios R, Rodriguez Herrero R, et al. Anosognosia in Alzheimer disease: Prevalence, associated factors, and influence on disease progression. *Neurologia*. 2016;31(5):296-304.
463. Montani C. *La maladie d'Alzheimer. Quand la psyché s'égaré*. Editions L'Harmattan, Paris. 1994.
464. Clément J-P, Léger J. Intérêt du test du personnage dans l'approche diagnostique des personnes âgées. *Nervure*. 1995/1996;VIII:13-6.
465. Hazif-Thomas C, Hanon C, Chandès G, Thomas P. Le vieil homme, l'analogon et l'objet identifiant. *Neuro Psycho Geriatr*. 2017;11:Sous presse.
466. Courtés J. *Analyse sémiotique du discours. De l'énoncé à l'énonciation*. Editions Hachette Paris. 1991.
467. Lefebvre des Noettes V. L'oubli démentiel : effondrement ontologique ou adaptation salvatrice ? *Neuro Psycho Geriatr*. 2018;18:Sous presse.
468. Hall GR, Buckwalter KC, Stolley JM, Gerdner LA, Garand L, Ridgeway S, et al. Standardized care plan. *Managing Alzheimer's patients at home*. *J Gerontol Nurs*. 1995;21(1):37-47.
469. Hazif-Thomas C, Bouche C, Guegan A, Auffret K, Dubreuil A, Thomas P. Les repères interprofessionnels dans la relation soignante en psychogériatrie. *Soins Psychiatr*. 2008(257):42-6.

## Références d'articles ou d'ouvrages sémiotiques

- Barthes T. "An Introduction to the Analysis of Narrative ". *New Literary History* 1975 [1966]; 6:237-272.
- Bateson G. "Vers une écologie de l'esprit (tome 2)". Seuil-Point Essai, Paris 1988.
- Bordron J-F. "L'iconicité et ses images. Collections formes sémiotiques". PUF (Ed). Paris 2011.
- Bovet M, Voellin D. "Le rôle de l'image mentale dans le raisonnement opératoire : auxiliaire ou structurant ? ". PUF (Ed), Paris 2003.
- Bronckart J. "Théorie du langage. Nouvelle introduction critique". Margada éditeur. Bruxelles 2019:119-144.

- Bruner JS. "Acts of meaning". Harvard University Press 1990.
- Bruner JS. "The narrative construction of reality". *Critical inquiry* 1991; 18:1-18.
- Caenepeel D, Jobin G. "Discursivité et co-autorité en éthique clinique: regard critique sur le rôle et les fonctions de la délibération éthique en comité". *J Int Bioethique* 2005; 16(3-4):107-133, 174-105.
- Cardebat D, Doyon B, Puel M, Goulet P, Jouanette Y. "Formal and lexical evocation in normal subjects. ". *Acta Neurological Belg* 1990; 90(4):207-217.
- Chandès G. "Sémiosphère transmédiévale : un modèle sémiopragmatique d'information et de communication appliqué aux représentations du moyen-âge ". <http://epublications.unilim.fr/revues/as/4783> 2006.
- Chandler D. "Semiotics: the basics". Routledge editions. Taylor & Francis Group. Abingdon 2017.
- Colonna R. "Les paradoxes de la domination linguistique". Editions L'Harmattan. Paris 2013.
- Couégnias N, Laurent F. "Exercice de sémantique tensive". 2010:halshs-00708466.
- Courtés J. "Analyse sémiotique du discours. De l'énoncé à l'énonciation". Editions Hachette. Paris 1991.
- Daddesio T. "Of minds and symbols. The relevance of cognitive science for semiotics (Approaches to Semiotics [As])". De Gruyter Mouton Eds. Berlin/New York 2012 (1994).
- Darrault-Harris I, Klein J-P. "Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création". Presses universitaires de Limoges 2010.
- Davis BH, Maclagan M. "Examining pauses in Alzheimer's discourse". *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2009; 24(2):141-154.
- de Saussure F. "Cours de linguistique générale". Payot, Paris 1972:97 et suivantes.
- Denhière G, Legros D. "L'interaction narration-description dans le récit. I. Etude de la mémorisation de différents types de séquences descriptives ". *L'Année psychologique* 1987; 87-3:345-362
- Di Rocco V. "« Qui est là ? » Echec de la symbolisation et symbolisation des échecs. De la symbolisation dans les problématiques psychotiques . Thèse de doctorat en psychologi. Université Lumière Lyon2". <https://www.theses.fr/112030912> 2006.
- Dondero MG. "L'énonciation visuelle entre réflexivité et métalangage. in Les plis du visuel. Réflexivité et énonciation dans l'image". Editions Lambert-Lucas. Limoges 2017:193-206.
- Duteil-Mouguel C, Geslin-Beyaert A, Billonnet L, Pignier N, Tsala-Effa D, Dumas J-M. "Semiotics and semantic: tool for an effective appropriation of information, communication an health technologies". 2012:<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00922491>.
- Eco U. "De Bibliotheca". Echoppe Editeur. Paris 2000.
- Eco U. "Kant et l'ornithorynque". Editions Grasset. Paris 1999:64.
- Eco U. "La structure absente". Mercure de France. Paris 1972:179.
- Eco U. "Lector in fabula". Editions Grasset. Paris 1985 [1979].
- Eco U. "Sur l'interprétation des métaphores; in Les Limites de l'interprétation". Editions Grasset. Paris 1990:153- 174.
- Eco U. "A theory of semiotics". Indiana University Press, Bloomington 1976:68-72.
- Edeline F, Klinkenberg J-M. "Principia Semiotica". Editions les Impressions Nouvelles. Bruxelles 2015.

- Everaert-Desmedt N. " La sémiotique de Peirce". In Louis Hébert (dir.), Signo [en ligne], Rimouski (Québec) 2011:<http://www.signosemio.com/peirce/semiotique.asp>.
- Floch JM. "L'iconicité : enjeu d'une énonciation manipulateur (Analyse sémiotique d'une photographie de R Doisneau)". Actes sémiotiques-bulletin 1982; VI(27):3-8.
- Fontanille J. "Corps et Sens. Collection Formes sémiotiques". PUF (Ed), Paris 2011.
- Fontanille J. "Formes de vie". Presses Universitaires de Liège 2015.
- Fontanille J. "L'analyse des pratiques : le cours du sens". Protée 2010; 38(2):9-19.
- Fontanille J. "La sémiotique est-elle générative ?". Linx 2001; 44:107-132.
- Fontanille J. "Pratique et éthique: la théorie du lien". Protée 2008; 36(2):11-26.
- Fontanille J. "Pratiques Sémiotiques". Formes sémiotiques. Editions Presses Universitaires de France. Paris 2008.
- Fontanille J. "Sémiotique du discours". PULIM (Ed), Limoges 1998.
- Fontanille J. "Sémiotique et littérature. Essais de méthode". PUF (Ed). Paris 1999:41.
- Fontanille J. "Soma et séma. Figures du corps". Maisonneuve et Larose, Paris 2004.
- Fontanille J. "Textes, objets, situations et formes de vie. Les niveaux de pertinence du plan de l'expression dans une sémiotique des cultures ". 2006:  
[http://www.unilim.fr/pages\\_perso/jacques.fontanille/textes-pdf/CSituations\\_pratiques2004\\_2006.pdf](http://www.unilim.fr/pages_perso/jacques.fontanille/textes-pdf/CSituations_pratiques2004_2006.pdf).
- Fontanille J, Gonzalez XA. "Les objets communicants : des corps, entre texte et pratiques". Médiation et Information (Dossier dirigé par Bernard Darras "Objets et communication" 2010:[https://www.unilim.fr/pages\\_perso/jacques.fontanille/articles\\_pdf/applications/objetscommunicants.pdf](https://www.unilim.fr/pages_perso/jacques.fontanille/articles_pdf/applications/objetscommunicants.pdf).
- Francastel P. "Eléments et structures du langage figuratif. in L'Image , la vision, et l'imagination. Collection "Médiation"". Editions Denoel/Gonthier. Paris 1983:60.
- Genette G. "Frontières du récit". Communications 1966; 8:152-163.
- Géninasca J. "La parole littéraire". PUF (Ed), Paris 1997.
- Géninasca J. " Le discours en perspective », Nouveaux Actes Sémiotiques". Presse Universitaire de Limoges 1990; 10-11:59-239.
- Gibson JJ. "Direct visual perception: a reply to Gyr". Psychol Bull 1973; 79(6):396-397.
- Gonzalez Monge L. "Perturbations de la fonction symbolique dans la maladie d'Alzheimer et leurs conséquences cognitives et affectives". Thèse de doctorat en Psychologie. Université Lyon 2 Lumière 2015.
- Gregory RL. "Visual illusions classified". Trends Cogn Sci 1997; 1(5):190-194.
- Greimas AJ. "De l'imperfection". Pierre Fanlac. Périgueux 2003.
- Greimas AJ. "Du sens". Seuil (Ed), Paris 1970:49-92.
- Greimas AJ. " Du Sens II". Editions du Seuil, Paris 1983.
- Greimas AJ. "La structure élémentaire de la signification en linguistique ". Homme 1964; 4-3:5-17.
- Greimas AJ. "Sémantique structurale". PUF, Paris 1986 (1966).
- Greimas AJ, Courtés J. "Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage". Hachette. Paris 1979:125-128.

- Greimas AJ, Fontanille J. "Sémiotique des passions. Des états des choses aux états d'âme". Editions du Seuil. Paris 1991.
- Hamon P. "Qu'est-ce qu'une description". *Poétique* 1972; 12:465-486.
- Hazif-Thomas C, Billon R, Thomas P. "Narrativity and memory analysis in Alzheimer's disease". *Op J Psych* 2017; 7:107-307.
- Hazif-Thomas C, Hanon C, Chandès G, Thomas P. "Le vieil homme, l'analogon et l'objet identifiant". *Neuro Psycho Geriatr* 2017; 11:Sous presse.
- Hazif-Thomas C, Thomas P, Tritschler-LeMaitre MH, Walter M. "Limites et ambiguïtés juridiques du rôle des aidants familiaux". *Encéphale* 2012; 38(5):411-417.
- Hazif Thomas C, Chandès G, Thomas P. "Affects, énonciation, et troubles de la parole dans la maladie d'Alzheimer". *NPG* 2019; 19:105-109.
- Hazif Thomas C, Chandès G, Thomas P. "Analogon, conduite informative et pensée de secours". *Annales Médico-Psychologiques* 2019; 177:(Sous presse).
- Hazif Thomas C, Hanon C, Chandès G, Thomas P. "Le vieil homme, l'analogon et l'objet identifiant". *NPG* 2017; 17:287-293.
- Hazif Thomas C, Thomas P. "L'analogon, une ressource soignante en psychogériatrie". *Soins Gérontologie* 2018; 23(129):35-38.
- Hébert L. "Le schéma tensif". *Tangence* 2005; 79:111-139.
- Herman D. "Storytelling and the Sciences of Mind: Cognitive Narratology, Discursive Psychology, and Narratives in Face-to-Face Interaction ". *Narrative* 2007; 15:306–334.
- Hjelmstev L. "Prolégomènes à une théorie du langage". Minuit (Ed), Paris 1968 [1943].
- Irish M, Kamminga J, Addis DR, Crain S, Thornton R, Hodges JR, Piguet O. "'Language of the past' - Exploring past tense disruption during autobiographical narration in neurodegenerative disorders". *J Neuropsychol* 2015;10.1111/jnp.12073.
- Jakobson R. "Linguistique et poétique », *Essais de linguistique générale*". Minuit (Ed). Paris 1963.
- Klinkenberg J-M. "Précis de sémiotique générale". Editions du Seuil, Paris 2000 (1996):159.
- Köhler W. "Psychologie de la forme". Editions Gallimard (collection "idées"). Paris 1964[1929].
- Lamizet B. "La sémiotique de l'événement : Une sémiotique de l'espace et du temps". 2011:Halshs-00604452.
- Lee H. "Langage et Maladie d'Alzheimer : Analyse Multidimensionnelle d'un Discours Pathologique. Thèse de doctorat". Université Paul-Valéry, Montpellier 3 2012; <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00812618v1/document:198-199>.
- Levit GS. "The Biosphere and the Noosphere Theories of V. I. Vernadsky and P. Teilhard de Chardin: A Methodological Essay". *Internat Archiv History Science* 2000; 50(144):160-176.
- Lotman Y. "La sémiosphère. Traduction Anka Ledenko". Collection les Nouveaux Actes Sémiotiques. Presses Universitaires de Limoges 1999:24-124.
- Lotman Y. "The unpredictable workings of culture". TLU Press, Talinn 2013 (1992).
- Malinowski B. "The problem of meaning in primitive languages". *The meaning of meaning*. Harcourt, Brace & World. New York 1923; Supplement I:296-336.

Mealier AL, Poiteau G, Mirliaz S, Ogawa K, Finlayson M, Dominey PF. "Narrative Constructions for the Organization of Self Experience: Proof of Concept via Embodied Robotics". *Front Psychol* 2017; 8:1331.

Metz C. "L'énonciation impersonnelle ou le Site du Film". *Cinémas*. Editions Klincksieck. Paris 1991; 3(2-3):241-246.

Paolucci C. "Prothèses de la subjectivité. L'appareil formel de l'énonciation dans l'audiovisuel. in *Les plis visuels. Réflexivité et énonciation dans l'image*". Lambert-Lucas Ed. Limoges 2017.

Parret H. "Épiphanies de la présence". Pulim Editions. Limoges 2006.

Parret H. "Une sémiotique des traces. Trois leçons sur la mémoire et l'oubli". Lambert-Lucas Ed. Limoges 2018:9-29.

Peirce C. "Elements of Logic, in *Collected Papers*". Harvard University Press 1960.

Peirce C. "Oeuvres I. Pragmatisme et pragmaticisme". Editions du Cerf. Paris 2002 [1898-1903].

Peirce C. "Pragmatisme et pragmaticisme". Cerf (Ed), Paris 2002 (1938).

Petitot J. "Morphologie et esthétique. ". Editions Maison neuve et Larose. Paris 2004.

Rastier F. "L'action et le sens pour une sémiotique des cultures". *Journal des anthropologues* 2001; 2-3:183-219.

Roussillon R. "Agonie, clivage et symbolisation. Fonction symbolisante de l'objet ". PUF (Ed), Paris 2012:167-185.

Roussillon R. "La fonction symbolisante de l'objet". *Revue française de psychanalyse* 1997; 2:399-413.

Ryan M. "Narratologie et sciences cognitives: une relation problématique". *Cahier de narratologie* 2015; 28:<https://journals.openedition.org/narratologie/7171>.

Schank R, Abelson R. "Scripts, plans, goals, and understanding". Hillsdale , Earlbaum Associated (Ed), New Jersey 1977.

Scheller M. "Nature et formes de la sympathie". Editions Payot. Paris 2003.

Shannon CE, Warren Weaver W. "A mathematical model of communication". University of Illinois Press. Urbana, IL 1949.

Silverstein M. "Indexical order and the dialectics of sociolinguistic life". *Language Comm* 2003; 23:193-229.

Simondon G. "Communication et information. Cours et conférences". Editions de la Transparence. Chatou 2010.

Simondon G. "Imagination et invention". Editions Transparence. Chatoux 1965-1966:386p.

Simondon G. "L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information". Editions Millon. Grenoble 2005.

Sonesson G. " De l'iconicité de l'image à l'iconicité des gestes. In *oralité et gestualité*". L'Harmattan. Paris 2001:47-55.

Sonesson G. "La sémiotique cognitive : le même et l'autre de la sémiotique structurale. in *La sémiotique et son autre*". Editions Kimé. Paris 2019:147-160.

Sonesson G, Lenninger S. "The psychological development of semiotic competence : From the window to the movie by way of the mirror". *Cognitive développement* 2015; 36:191-201.

Spampinato F. "Les incarnations du son. ". Editions L'Harmattan. Paris 2015:10.

- Strawson G. "Against narrativity". *Ratio* 2004;428-452.
- Szilas N, Axelrad M, Richle UM. "Propositions for innovative forms of digital interactive storytelling based on narrative theories and practices". *Transactions on edutainment* 2012; VII:161-179.
- Tarski A. "Logique, sémantique et métamathématique". Editions Armand Colin. Paris:134-135.
- Thom R. "Crise et catastrophe. La notion de crise". *Communications* 1976; 25:34-38.
- Thomas P, Billon R, Hazif Thomas C. "Narrative analysis in Alzheimer's disease". *Psychology in Russia: State of the Art* 2018; 11(3):145-151.
- Thomas P, Billon R, Hazif Thomas C. "Narrativity analysis in Alzheimer's disease". *Proceeding of the Fifth International Luria Memorial Congress. "Lurian approach in International Psychological Science"* 2018; <https://knepublishing.com/:856-867>.
- Thomas P, Chandès G, Couégnias N, Hazif-Thomas C. "Engagement des familles envers les malades atteints de maladies d'Alzheimer et ambiguïté des limites". *Revue de Gériatrie* 2017; 42(2):69-78.
- Thomas P, Chandès G, Hazif-Thomas C. "La reconstruction de la signification dans la démence". *Soins Gerontol* 2017; 22(127):40-43.
- Thomas P, Chandès G, Hazif-Thomas C. "Mémoire et sens". *Neuro Psycho Geriatr* 2016; 16:183-193.
- Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C. "Analogon au secours du sens de la vie dans la maladie d'Alzheimer". *NPG* 2018; 18(1):18-26.
- Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C. "Les traces floues de la mémoire vieillissante". *Revue de Gériatrie* 2018; 43(7):401-408.
- Thomas P, Hazif-Thomas C. "Language Disorders in Alzheimer's Disease and Phatic Function". *Open Journal of Psychiatry* 2016; 6(4):213-216.
- Valera F. "Connaître : Les sciences cognitives, tendances et perspectives". Editions du Seuil, Paris 1989.
- van Orman Quine W. "Le mot et la chose. Collection Champs Essais". Flammarion éditeur. Paris 2016 [1908].
- Violi P. "Énonciation textualisée, énonciation vocalisée : art de dire et sémiotique de l'oralité". *Actes sémiotiques-bulletin* 2013 [2009]; 123:[www.unilim.fr/actes-sémiotiques/3199](http://www.unilim.fr/actes-sémiotiques/3199).
- von Uexküll J. "Milieu animal et milieu humain". Bibliothèque Rivages 2010 (1934).
- Wirocius J-M, Pétrissant J-L. "Langage et discours dans la démence". *J Readapt Med* 2005; 25(2):94-98.
- Yang M, Zhang L, Shiu SC, Zhang D. "Robust kernel representation with statistical local features for face recognition". *IEEE Trans Neural Netw Learn Syst* 2013; 24(6):900-912.
- Zilberberg C. "Des formes de vie aux valeurs. Collection Formes sémiotiques". PUF (Ed), Paris 2011.
- Zilberberg C. "Des modes sémiotiques aux valeurs". *Signata. Annales de sémiotiques* 2011; 2:221-246.
- Zilberberg C. "Eléments de grammaire tensive. Nouveaux actes sémiotiques". Presses Univ Limoges 2006.
- Zilberberg C. "La structure tensive". Presse Universitaire de Liège 2000.
- Zilberberg C. "Précis de grammaire tensive". *Tangence* 2002; 70:111-143.
- Zmigrod S, Hommel B. "Feature integration across multimodal perception and action: a review". *Multisens Res* 2013; 26(1-2):143-157.

Zwaan RA, Langston MC, Graesser AC. "The construction of situation models in narrative comprehension: An event-indexing model". *Psychological science* 1995; 6(5):292-297.

## Références d'articles ou d'ouvrages philosophiques

Alain. "Idées. Introduction à la philosophie". 10-18. Union générale d'Édition. Paris 1960 [1939]:33.154. Frega R. "John Dewey et la philosophie comme épistémologie de la pratique". L'Harmattan. Paris 2006.

Aristote. "De anima. Livre II. Chapitre 12". [http://www.documentacatholicaomnia.eu/03d/-384\\_-322,\\_Aristoteles,\\_De\\_l%27ame\(Vrin\),\\_FR.pdf](http://www.documentacatholicaomnia.eu/03d/-384_-322,_Aristoteles,_De_l%27ame(Vrin),_FR.pdf) 2004.

Bachelard G. "L'intuition de l'instant". Éditions Gonthier. Paris 1932.

Berger G. "Phénoménologie du temps. in Phénoménologie du temps et prospective". PUF (Ed). Paris 1964:200-205.

Bergson H. "Essai sur les données immédiates de la conscience". Éditions ellipses. Paris 2013:72-109.

Bergson H. "L'Évolution créatrice". PUF (Ed), Paris 2007 [1907]:138-140.

Bergson H. "La conscience et la vie . In L'énergie spirituelle". Petite Bibliothèque Payot. Paris 2012 [1919]:23-24.

Berkeley H. "Dialogues entre Hylas et Philonous, dont le but est de démontrer clairement la Réalité et la perfection de l'entendement humain". Hachette. Paris 2011 [1750].

Buber M. "Je et tu". Aubier. Bibliothèque philosophique. Paris 1980.

Camus A. "L'homme révolté". Editions Gallimard (Folio). Paris 1951:369.

Deleuze G, Guattary F. "Qu'est-ce que la philosophie ?". Les Éditions de Minuit (coll. « Critique »). Paris 1991.

Descartes R. "Meditations Métaphysiques - Méditations De Philosophie Première". Le Livre de Poche. Paris 2007 [1641].

Foucault M. "Histoire de la folie à l'âge classique. Collection La Pleiade". Editions Gallimard. Paris 2015 (1964); Œuvres I:9-56.

Grulier J-C. "Eugène Minkowski. Philosophe de la Psychiatrie". Editions L'Harmattan, Paris 2017:129.

Hegel G. "Science de la logique. La doctrine de l'Essence". Editions Aubier. Paris 1998 (1812); Tome I(Livre II).

Heidegger M. "Introduction à la métaphysique". Editions Gallimard. Paris 1967 [1935].

Kant E. "Critique de la Raison Pure, Traduction de Jules Barni revue par P. Archambault". Editions Garnier Flammarion, Paris 1976 [1781].

Hume D. "Enquête sur l'entendement humain. Principe de la morale. Le monde de la philosophie". Flammarion éditeur. Paris 2008 [1745].

Husserl E. "Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps". PUF (Ed), Paris 1996 (1904).

Husserl E. "Méditations cartésiennes, trad. par Marc de Launay". PUF. Paris 1994 (1929).

Husserl E. "Recherches logiques". Presses Universitaires de France. Paris 1969 (1896); Tome II(2):229.

James W. "What is an emotion ?". *Mind* 1898; 9(34):188-205

Kierkegaard S. "La Reprise". Flammarion éditeur. Paris 2008 (1843).

Leibniz G. "Nouveaux essais sur l'entendement humain". Garnier Flammarion éditeurs. Paris 1966 [1704, publié en 1765].

Merleau-Ponty M. " Le visible et l'invisible". Editions Gallimard, Paris 1964.

Merleau-Ponty M. "Phénoménologie de la perception". Editions Gallimard, Paris 1945:171.

Merleau-Ponty M. "Sens et non-sens. Collection : Pensées". Les Éditions Nagel. Paris 1966:30-31.

Lévinas E. "De l'existence à l'existant". Editions Varin. Paris 1981.

Lévinas E. "Entre-nous. Essais sur le penser-à-l'autre". Le Livre de Poche. Paris 1993:113-114.

Lévinas E. "Liberté et commandement". Editions Fata Morgana, Saint Clément de rivièrè 1994:70.

Locke J. "Essai philosophique concernant l'entendement humain". Editions Vrin, Memphis 1983 (1689):264.

Minkowski E. "Le Temps vécu". PUF (Ed), Paris 2013 (1933).

Morin E. "Sur l'interdisciplinarité". Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et d'Études transdisciplinaires 1994; (2):<http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>.

Piaget J. "Le structuraliste". PUF (Ed), Paris 2007 (1968).

Ricœur P. "La marque du passé". *Revue de métaphysique et de morale* 1998:7-31.

Ricœur P. "La mémoire, l'histoire, l'oubli". Editions du Seuil. Paris 2000:553.

Ricœur P. "Soi-même comme un autre". Editions du Seuil, Paris 1990.

Ricœur P. "Temps et récit I. L'intrigue et le récit historique". Editions du Seuil. Paris 1983.

Ricœur P. "Temps et récit. Tome III. Le temps raconté". Editions du Seuil, Paris 1985.

Spinoza B. "Éthique/Partie III". Editions Charpentier. Paris 1861 [1677]:107-181.

Sartre J. "L'être et le néant". Editions Gallimard, Paris 1943:632.

Sartre JP. "L'imaginaire. Psychologie phénoménologique de l'imagination. Folio Essais". Editions Gallimard, Paris 1986:30-31.

Valery P. "Le cimetière marin. Extraits de charme". 1920:<https://www.textebook.exionnaire.com/poeme-55-le-cimetiere-marin>.

Valéry P. "Cahiers. Bibliothèque de la Pléiade. Tome 1". Editions Gallimard, Paris 1973:1160.

# Index

## A

analogon, 7, 26, 61, 62, 78, 81, 256, 257, 266, 271, 275, 279, 283, 285, 286, 289, 299, 300, 321, 325, 329, 330, 351  
anasémiose, 14, 29, 30, 99, 132, 232, 271

## B

bricolage, 82

## C

catasémiose, 15, 29, 30, 93, 132, 232, 271  
catégorisation, 20, 30, 46, 48, 68, 69, 91, 93, 99, 235, 316  
Corps-propre, 44, 45, 74, 98, 100, 103, 105, 106, 109, 111, 114

## D

déixis, 32, 50, 55, 61, 74, 122, 134, 140, 151, 160, 162, 165, 166, 171, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 184, 186, 187, 189, 194,  
200, 234, 236, 238, 245, 246, 249, 317, 328  
discours de vie, 15, 18, 34, 55, 78, 89, 169, 177, 178, 179, 186, 330  
durée, 7, 20, 21, 28, 31, 39, 81, 97, 101, 123, 127, 138, 167, 173, 217, 221, 234, 237, 243, 245, 246, 247, 256, 287, 303, 305,  
308, 321, 323, 325, 329

## E

énonciation, 15, 16, 20, 25, 27, 37, 64, 65, 112, 128, 130, 131, 136, 139, 140, 147, 153, 158, 171, 172, 178, 216, 224, 228,  
252, 255, 256, 257, 261, 262, 268, 283, 325, 326, 330,  
espace tensif, 19, 20, 21, 112, 113, 115, 117, 125, 136, 240, 243, 253, 254  
état des choses, 14, 20, 114, 115, 243  
états d'âme, 15, 20, 53, 108, 114, 125, 178, 243

## F

faux souvenirs, 23, 164, 168, 185, 308  
floutage, 26, 33, 48, 93, 174, 200  
formes de vie, 22, 26, 27, 30, 80, 83, 88, 115, 129, 137, 141, 144, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 158, 169, 218, 220, 243, 244,  
250, 255, 273, 292, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 319, 321, 325, 329

## I

identité, 7, 16, 18, 27, 34, 38, 78, 86, 89, 95, 101, 106, 109, 128, 130, 169, 172, 202, 206, 213, 216, 247, 252, 268, 275, 276,  
280, 282, 284, 285, 289, 293, 308, 318, 322, 326, 327, 330  
interdisciplinaire, 16, 258  
irrationnel, 17, 19, 287

## J

je-cela, 80, 101

## L

langue, 37, 57, 137, 167, 190, 191, 247, 250, 256, 281

## M

mémoire du futur, 35  
mémoire épisodique, 6, 7, 18, 26, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 47, 55, 85, 86, 98, 140, 160, 161, 162, 163, 234, 236, 238, 249, 267, 287, 307, 323  
mémoire sémantique, 7, 26, 32, 36, 37, 41, 50, 54, 55, 67, 72, 95, 98, 160, 174, 192, 234, 235  
mode du survenir, 121, 125, 242, 243, 271, 296, 308, 310  
Moi-peau, 45, 101, 102, 103, 104, 298, 299

## N

noèse, 33

## O

objectivité, 20

## P

pensée de secours, 73, 80, 308, 329, 351  
persévérance, 34, 106, 109, 142, 144, 149, 156, 187, 275, 307, 309, 311  
persistance, 18, 34, 94, 95, 106, 142, 144, 156, 179, 210, 216, 271, 275, 309, 311, 316  
petit monde, 6, 19, 23, 27, 79, 134, 142, 156, 228, 229, 255, 262, 269, 270, 271, 275, 282, 289, 310, 311, 314, 318, 319, 320, 325, 327  
présence à soi et au monde, 7, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 27, 28, 29, 33, 78, 81, 89, 90, 94, 112, 135, 154, 158, 162, 169, 175, 231, 238, 243, 247, 257, 266, 286, 322  
présentification, 7, 20, 21, 34, 162, 247, 260, 265, 266, 277, 317, 321, 325, 329  
présentisme, 7, 21, 24, 25, 34, 36, 50, 55, 127, 134, 210, 243, 247, 249, 256, 263, 310, 314, 316, 317, 321, 325, 327, 329  
programmation, 41, 87, 106, 142, 146, 148, 156, 187, 189, 269, 287, 307, 309, 311, 319, 320, 325

## R

récit de vie, 16, 27, 34, 69, 71, 78, 85, 89, 95, 169, 262, 293, 299, 300, 301, 308, 310, 312, 330  
relation "je-tu, 80, 100, 101, 206, 263, 264, 266, 276, 280, 322, 323, 330  
relation humaine, 7, 216  
représentation interne, 15, 16, 22, 30, 37, 44, 55, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 71, 73, 76, 77, 78, 79, 81, 85, 86, 90, 92, 93, 96, 98, 99, 129, 130, 131, 132, 136, 152, 160, 169, 170, 172, 174, 175, 186, 206, 218, 232, 236, 247, 255, 264, 266, 287, 315, 316, 317, 322, 328, 329  
rétrogression, 24, 36, 210, 246

## S

sémiosphère, 36, 98, 130, 148, 152, 158, 221, 222, 228, 230, 327  
subjectivité, 20, 38, 170, 172, 216, 238, 242  
symbolisation, 13, 14, 56, 68, 90, 96, 131, 136, 242, 327  
syndrome dysexécutif, 36, 193, 199

## T

traces Gist, 32, 43, 44, 55, 72, 85, 95, 124, 133, 163, 164, 166, 174, 185, 189, 200, 307, 308, 316, 318  
traces Verbatim, 32, 55, 72, 85, 89, 95, 124, 133, 163, 164, 174, 185, 189, 200, 307, 308

## V

véridictoire, 34, 55, 163, 164

## Glossaire

### A

**Abduction** (Peirce) : elle consiste à inférer des causes probables à un fait observé. Elle permet d'établir une cause la plus vraisemblable à un fait constaté et d'affirmer, à titre d'hypothèse, que fait et cause sont liés.

**Accommodation** : adaptation du cours de l'action pour les pratiques : programmations/persistance ou ajustement/persévérance. Ces deux procédures permettent d'assurer la cohérence syntagmatique.

**Ambiguïté** : ambivalence, équivoque. Un plan de la signification puisse être associé confusément à plusieurs plans de signifiés, générant une perplexité du malade dans un champ de présence.

**Ambiguïté des limites** (Boss) : situation des présents-absents dans les familles, perte des limites identitaires.

**Analogon** : substitut d'objet permettant une pratique. se réfère au sens sartrien d'ouverture à une conscience imageante

**Anamnesis**: Pour Aristote, mémoire volontaire tournée vers l'avenir.

**Anasémiose**: parcours sémiotique des percepts à la représentation interne rendue intelligible.

**Aspectualisation** : renvoie aux procédures d'actorialisation, de spacialisation, de temporalisation, constitutives du débrayage énonciatif. Les phases d'un procès sont aussi appelées ses aspects comportant une prise de position, inchoativité, durée,...

**Asymétrie** : dans la sémiosphère conditionne les modes de relation entre centre et périphérie.

### B

**Binarité** : dans la sémiosphère résulte d'une séparation entre le centre et la périphérie,

de l'instauration d'une limite qui permet une différenciation

### C

**Carré sémiotique**(Greimas) : outil servant à formaliser les relations entre des signes sémiotiques et à représenter l'émergence de la signification à l'intérieur d'une structure.

**Carte cognitive** : concept développé par Édouard Tolman. Elle représente une élaboration intuitive d'une image mentale issue du contexte spatial et temporel à partir de la perception d'une situation donnée, permettant au sujet de se positionner et progressivement de développer à son propos une intention, de planifier un déplacement ou une action.

**Catasémiose** : processus nés de l'intention et tournées vers l'objet observé.

**Catégorisation** : Constitution de catégories. Résultat d'un équilibre entre l'exigence d'un coût minimal dans la manipulation et celle d'une rentabilité cognitive maximale. Il s'agit de couvrir le plus grand nombre possible de besoins (besoin qui vont décider de la saillance de tel ou tel trait), et cela grâce au plus petit nombre de catégories.

**Conscience du temps** : conscience d'un maintenant comme point source qui retient par rétention et projette par protension.

**Corps-actant** : composé du corps propre (Soi) et du Corps-chair (Moi).

**Corps-chair** (Merleau-Ponty) : Non la chose, la matière interstitielle, tissu conjonctif, mais le « sensible pour soi ».

### D

**Déduction** (Peirce): logique fondée sur des axiomes ou des définitions.

**Déictisation** : action d'installer une déixis dans une situation d'énonciation. La déictisation oriente l'attention de l'énonciataire vers

l'énonciataire et module la scène où celui-ci se positionne. La perception à travers la déictisation de l'espace sensible, permet l'application des systèmes axiologiques propres au sujet.

**Déixis** : une des façons de conférer un référent à une séquence linguistique lorsque la compréhension de certaines parties d'un énoncé nécessite une information contextuelle. Les catégories les plus concernées par la deixis sont celles de la personne, du lieu et du temps.

**Diégèse** : Espace-temps dans lequel se déroule une épisode.

**Dimension métaphorique** : permet l'interprétation des signes dans un contexte particulier.

**Dimension phorique** : renvoie au contexte dans lequel les signes évoqués par le malade prennent sens.

**Dimension sémaphorique**: nécessité pour le soignant d'être porteur de signes du malade dans son propre appareil psychique.

## E

**Élan vital** : élan vital désigne dans la philosophie de Bergson une tendance créatrice de la vie, qui se développe à travers les organismes particuliers, assurant la continuité de l'espèce et engendrant l'évolution des êtres.

**Empan mnésique** : caractérise la quantité limitée d'informations pouvant être retenues par la mémoire à court terme pour une période d'environ 30 secondes.

**Encodage mnésique** : première étape de la mémoire permettant de fixer dans la mémoire de nouvelles informations en provenance de nos sens : la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût.

**Énoncé**: toute suite fermée de mots d'une langue émise par un ou plusieurs locuteurs.

**Énonciation** : Acte de production individuelle du discours dans des circonstances données.

**Énonciatif** : qui renvoie au discours.

**Énoncif** : qui renvoie à l'énoncé.

**Extensité** : Dimension de l'espace tensif. Elle correspond à l'état des choses. Elle a deux dimensions, la temporalité et la spatialité.

## F

**Fluences catégorielles** : nombre de mots appartenant à une catégorie énoncés en une minute.

**Fluences lexicales** : nombre de mots commençant par « L » énoncés en une minute.

**Fonctifs** : Points d'origine et terminal d'une fonction. Les rapports qui permettent une analyse sont des fonctions..

**Fonctions exécutives** : concernent la capacité à planifier des actions, de rejeter des informations non pertinentes, le maintien de la focalisation de l'attention et la flexibilité cérébrale pour passer d'une tâche à l'autre. Les fonctions exécutives sont rattachées au lobe frontal.

**Formes de vie** : ensembles signifiants composites et cohérents, constituant immédiat de la sémiosphère. Une forme de vie est une sémiose entre la forme syntagmatique d'un cours d'existence (plan de l'expression) et l'ensemble des sélections congruentes opérées sur configurations axiologiques, modales, passionnelles et figuratives (plan du contenu).

## G

**Gestalt** : mise en forme structurée, complète, prenant sens et consistance au niveau du Moi profond.

## H

**Hétéromorphisme** : forme différente sur deux plans à une signification constante.

**Hexis** (Bourdieu): geste, posture sociale habituelle

**Homo faber** (Bergson): faculté de fabriquer les objets artificiels, en particulier des outils à faire des outils, et d'en varier indéfiniment la fabrication.

**Homotopiques** : conservation de la signification sur deux plans différents en la réarticulant.

**Hypoicône** (Pierce) : un tableau sans titre, un diagramme sans légende, s'ouvrant donc sur une ambiguïté dans l'analogie, 49

## I

**Icone** : reliée à l'objet réfèrent qu'elle représente par une similarité qualitative ou ressemblance, une analogie, 49

**iconicité** : modèle qui donne son unité à la multiplicité des images et dont tout procède malgré leur grande diversité.

**Iconisation** : Fait de représenter par une icône.

**Illéité** : Lévinas utilise le terme illéité pour signifier l'"il absolu", sur le caractère radical de l'absence de la transcendance, de sa séparation.

**Immanence**: principe qui permet de définir le champ des dépendances dont l'analyse sémiotique doit rendre compte.

**Indice** (Pierce) : un signe immédiat attaché à la chose ou réellement affecté par elle.

**Induction** (Pierce) : correspond à un processus qui permet de passer du particulier (faits observés, situations) au général (une loi, une théorie).

**Instance d'énonciation** : instance qui produit un énoncé donné à un temps et un lieu donné, par un énonciateur à un énonciataire.

**Intensité** : Dimension de l'espace tensif. Lieu imaginaire de l'intensité du sensible.

**Interprétant** (Pierce) : qui tient lieu de son Objet sous certains aspects seulement.

**Intrusions** : utilisation d'un mot à la place d'un autre sans relation entre eux.

## K

**Kairos** : Le bon moment pour saisir ou faire quelque chose.

**Kernel** : objet saillant dans la perception. le plus souvent associés à des objets satellites.

## M

**Mémoire à court terme** ou mémoire de **travail** : mobilise un nombre limité d'éléments

(empan verbal : 5 à 7 items), stockés sous forme verbale pendant quelques secondes.

**Mémoire de source**: Ensemble des processus cognitifs impliqués dans la reconnaissance de l'origine de l'information. Mémoire des déixis au moment des faits, est altérée dans la démence.

**Mémoire épisodique** : mémoire des événements circonstanciés, individuels. La mémoire sémantique correspond à un savoir partagé avec l'environnement humain de la personne. Elle est modale et contextualisée.

**Mémoire procédurale** : mémoire non déclarative ou implicite. Elle est la mémoire des faits appris et surappris, celle des automatismes dans certains gestes.

**Mémoire sémantique** : deuxième forme de mémoire déclarative. Elle est dite simplement noétique, car renvoyant à la conscience d'objets ou de faits sans liens avec le Soi. Elle est amodale et décontextualisée.

**Mnémè** (memoria): Pour Aristote, simple pouvoir de conservation du passé, remémoration ou réminiscence tournée simplement vers celui-ci, acte associé à un pur pathos.

**Mode d'efficience** : manière dont une grandeur est susceptible de pénétrer dans le champ de présence : parvenir, survenir.

**Modes d'existence** : se résument à une seule catégorie, la présence, regroupant le potentialisé, le virtualisé, l'actualisé et le potentialisé.

**Moi-Peau** : concept développé par Didier Anzieu pour exprimer les relations et la séparation entre le monde extérieur et la réalité psychique, le non-Soi et le Soi.

## N

**Narration** : façon la plus élémentaire de connaître, de comprendre et d'expliquer le monde. Le récit de vie, en permanence réécrit au fil du temps, construit l'identité.

**Noèse** : Acte par lequel on pense. Elle succède à la perception. Tulving qualifiait la mémoire épisodique d'auto-noétique.

## O

**Objet  $\beta$**  : percept éphémère et non ébauché chez Bion.

**Objet du signe** (Pierce): ce que le signe représente.

## P

**Paradigmatique**: En linguistique, l'axe paradigmatique concerne le choix des mots eux-mêmes.

**Paradoxe** : Association de deux faits, de deux idées contradictoires. Différent de l'ambiguïté. Dans les deux cas, le plan de l'expression admet plusieurs contenus possibles. Une situation paradoxale renvoie à un champ de présence psychologique délimité. Elle autorise une sémiose entre ces deux plans.

**Parcours génératif** : économie générale d'une théorie sémiotique, c'est-à-dire la disposition de ses composantes les unes par rapport aux autres, et ceci dans la perspective de la génération, c'est-à-dire en postulant que, tout objet sémiotique pouvant être défini selon le mode de sa production, les composantes qui interviennent dans ce processus s'articulent les unes avec les autres selon un parcours qui va du plus simple au plus complexe, du plus abstrait au plus concret.

**Petit monde** : au sens d'Eco, univers rétrécis où le sujet trouve encore du sens, un monde où il se réfugie et là où il vit encore sa présence au monde.

**Phorie**: Etat thymique. L'euphorie est le versant positif, la dysphonie le versant négatif, et en un versant neutre, l'a-phorie

**Présentification**: surcroît de présence, lorsqu'elle est prise au sens d'Husserl : les éléments du passé participent à la conscience du présent.

**Présentisme**: absence de référence au passé et d'inscription dans le futur ne permettant pas de bâtir un maintenant.

**Priméité** (Pierce) : conception de l'être indépendamment de toute autre chose, indépendamment de la vie émotionnelle qui s'y rattache.

**Protension** (Husserl) : passage perpétuel par lequel le présent s'ouvre à de nouveaux possibles.

## R

**Raisonnement concessif** : raisonnement dans lequel le locuteur admet un argument contraire à sa thèse tout en maintenant son point de vue initial (malgré ... je persévère).

**Raisonnement implicatif** : raisonnement mobilisant des règles intengibles (Si ... je persévère).

**Rappel mnésique ou récupération** : se réfère aux processus qui permettent à une information d'être extraite de la mémoire.

**Relation "Je-chose"** (Buber): relation interpersonnelle réifiante.

**Relation "Je-tu"** (Buber): relation interpersonnelle donnatrice d'identité par la réciprocité.

**Représentamen** (Pierce): pour cet auteur est ce qui tient lieu de quelque chose sous quelque rapport que ce soit.

**Rétention** (Husserl) : passage perpétuel par lequel le présent s'enrichit de ce qui a été vécu.

## S

**Saillance** : le fait qu'une chose retienne l'attention. Intervient après discrétisation du champ de perception (seuillage).

**Saisie** : rapport établi entre l'actant source et l'actant cible du point de vue de l'extensité.

**Schizie** : solution de continuité dans des processus ou des fonctionnements.

**Scotome** : lacune, une tâche aveugle dans le champ visuel due à l'insensibilité de certains points de la rétine, 147

**Secondéité** (Pierce) : conception de l'être relatif à quelque chose d'autre, ou conséquence d'autre chose.

**Sémiosphère** (Lotman) : ensemble de références, de la structure et des modalités d'interactions des individus dans une culture donnée, nécessaire à la mise en place des

systèmes sémiotiques qui la composent. Elle se compose d'un centre et d'une périphérie séparés par une frontière.

**Sémiotique-objet** : On parle de sémiotique-objet dès lors qu'apparaît une fonction sémiotique entre un plan de l'expression et du contenu.

**Semi-symbolisme** : désigne l'individuation d'une structure de relation entre deux couples d'oppositions liant par exemple des contrastes de formes, couleurs ou positions, à des valeurs sémio-narratives profondes.

**Sensorimotricité** : Système reliant la perception à la motricité.

**Signe** : Un signe est une chose perçue qui permet de conclure à l'existence et à la vérité de cette chose, dont il est distinct et à laquelle il est lié selon Saussure. Il est composé de deux faces inséparables, le signifiant et le signifié. Le signifiant correspond à une image acoustique et le signifié à une image conceptuelle.

**Situation sémiotique** : configuration hétérogène qui rassemble tous les éléments nécessaires à la production et l'interprétation de la signification d'une interaction communicative.

**Stockage mnésique**: maintien dans le temps des informations acquises.

**Subsumer** : Penser un objet comme compris dans un ensemble.

**Symbolisation** : ensemble des processus permettant de percevoir le monde tel qu'il est (l'état des choses), d'en construire la signification (anasémiose) pour se représenter le monde tel qu'il est pour soi (états d'âme), conduisant à une appropriation internalisée, subjective et subjectivante, à une interprétation.

**Synesthésie** : phénomène neurologique non pathologique par lequel deux ou plusieurs sens sont associés dans la perception d'un même objet.

**Syntagmatique** : ce qui concerne les rapports entre les unités successives de l'énoncé et leur hiérarchisation dans la production de la phrase. En linguistique, l'axe syntagmatique

concerne le choix de leur placement dans l'énoncé.

**Système tensif** : réunion dynamique de la de l'intensité au titre de la somme des états d'âmes et de l'extensité au titre de somme des états des choses.

## T

**Tiercéité** (Pierce): renvoie à la médiation dans la relation entre primité et un secondité, permettant une représentation.

**Traces Gist** : représentent le sens général, le thème des stimuli mémorisés. Elles sont marquées sur le plan émotionnel.

**Traces Verbatim**: représentent les détails de surface des stimuli, leur dénomination.

## V

**Validation** (Feil) : reformulation des contenus axiologiques, modales, passionnelles et figuratives

**Véridictoire** : La véridiction fait dépendre la vérité de la manière dont elle est dite.

**Visée** : rapport établi entre l'actant source et l'actant cible du point de vue de l'intensité.

# Annexes

## Annexe 1 : Test de Folstein

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

#### Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?\*

- |     |    |                          |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

#### Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?\*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?\*\*

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »\*\*\*

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

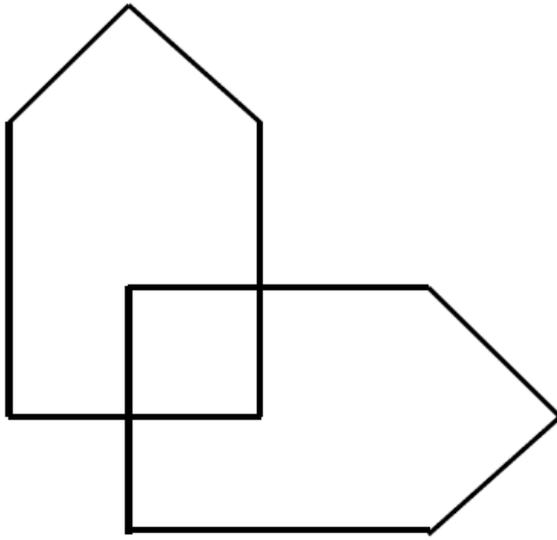
#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »



# « FERMEZ LES YEUX »



## Annexe 2 : Batterie rapide d'efficacité frontale de Dubois (Présentation générale)

Domaine	Instruction	Score
1. Similitudes (conceptualisation)	"De quelle façon sont-ils semblables?" "Une banane et une orange..." (en cas d'échec, dire au patient: "Une banane et une orange sont des...", ne pas comptabiliser, ne pas aider le patient pour les deux autres items) "Une table et une chaise..." "Une tulipe, une rose et une marguerite..."	3 réussies: 3 points 2 réussies: 2 points 1 réussite: 1 point Aucune: 0 point
2. Fluidité lexicale (flexibilité mentale)	"Dites le plus grand nombre de mots commençant par la lettre "S", n'importe quel mot sauf des noms propres ou des prénoms" Si le patient ne dit aucun mot durant les 5 premières secondes, dire "Par exemple, serpent...". S'il arrête durant 10 secondes, le stimuler en disant "n'importe quel mot commençant pas S..." Temps alloué: 60 secondes Correction: les mots répétés ou équivalents (sable et sable-mouvant) ainsi que les prénoms ou les noms propres ne sont pas comptés	10 mots et plus: 3 points 6 à 9 mots: 2 points 3 à 5 mots: 1 point 2 mots ou moins: 0 point
3. Séquences motrices (programmation)	"Regardez attentivement ce que je fais." L'examineur, assis en face du patient, exécute trois fois avec sa main gauche la série de Luria (poing – tranche – plat de la main). "Maintenant, avec votre main droite, faites la même chose, d'abord avec moi et ensuite seul." L'examineur exécute la série trois fois avec le patient et dit ensuite: "Maintenant, faites-le seul."	6 séries réussies seul: 3 points 3 séries réussies seul: 2 points 3 séries réussies avec l'examineur: 1 point Moins de 3 séries avec l'examineur: 0 point.
4. Consignes contradictoires (sensibilité à l'interférence)	"Tapez deux coups quand j'en tape un." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1. "Tapez un coup quand j'en tape deux." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2. Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-1-1-2.	Aucune erreur: 3 points Une ou deux erreurs: 2 points Plus de deux erreurs: 1 point 4 erreurs consécutives: 0 point
5. Go – No Go (contrôle inhibiteur)	"Tapez un coup quand je tape un coup." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1. "Ne tapez pas quand je tape deux fois." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2. Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-1-1-2.	Aucune erreur: 3 points Une ou deux erreurs: 2 points Plus de deux erreurs: 1 point 4 erreurs consécutives: 0 point
6. Comportement de préhension (autonomie environnementale)	"Ne prenez pas mes mains" L'examineur est assis en face du patient. Placez les mains du patient sur ses genoux, paume vers le haut. Sans dire un mot et sans regarder le patient, l'examineur place ses mains près de celles du patient et touche les paumes des deux mains pour vérifier s'il les prend spontanément. Si le patient les prend spontanément, l'examineur refait un essai après avoir dit: "Maintenant, ne prenez pas mes mains."	Ne prend pas les mains de l'examineur: 3 points Hésite et demande ce qu'il doit faire: 2 points Prend les mains sans hésitations: 1 point Prend les mains même au deuxième essai: 0 point

## Échelle de Cornell

(Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych 1988; 23:271-84.)

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un MMS < 15.

L'examineur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Prénom : .....	Nom : .....	Date de naissance:.....
Date du test : .....		Nom et status de l'accompagnant .....

*Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.*

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

**a = impossible à évaluer      0 = absent      1 = modéré ou intermittent      2 = sévère.**

### A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR:

1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2

### B. TROUBLES DU COMPORTEMENT:

5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques				
(coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

### C. SYMPTÔMES SOMATIQUES:

9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

### D. FONCTIONS CYCLIQUES

12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2

### E. TROUBLES IDÉATOIRES:

16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

TOTAL :      sur 38 Nombre de a : .....

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10.



## Déficits fonctionnels sémiotiques dans la maladie d'Alzheimer. Remise en question des schémas descriptifs actuels et propositions thérapeutiques

---

La maladie d'Alzheimer est fréquente. Elle concerne principalement, mais non exclusivement des personnes âgées et très âgées. Elle s'accompagne de troubles mnésiques et du jugement. La sémiotique permet d'approcher les raisons de la perte du sens dans l'environnement matériel et humain du malade. Elle pointe et qualifie des efforts déployés par le patient pour qu'il reste inscrit dans un monde signifiant pour lui. Elle permet enfin de trouver de nouvelles pistes pour asseoir le soin des patients déments. L'approche sémiotique a été conduite d'une part à partir de deux études, l'une sur la narrativité d'un texte mémorisé chez des patients déments, l'autre sur la dissolution des limites dans la relation du malade à son aidant à domicile, et d'autre part à partir de l'analyse de cas cliniques. De nouveaux parcours ont été décrits dans l'histoire naturelle du patient selon l'évolution de l'espace tensif et selon ses formes de vie. Des ruptures dans la continuité de ces parcours apparaissent, précipitant une situation irréversible. Une prévention de celles-ci a été proposée. Les altérations du couplage entre la présence du monde à l'intimité psychique du patient et sa présence au monde ont des conséquences sur le sens engagé à la fois dans ses agirs et dans ses relations interpersonnelles. La relation humaine réciproque et l'appui sur l'imaginaire du malade sont des ressources thérapeutiques. Une ressource thérapeutique nouvelle a été proposée : l'analogon.

---

Mots-clés : Sémiotique, mémoire, maladie d'Alzheimer, démence, traitement non médicamenteux

## Functional semiotics deficits in Alzheimer's disease. Questioning current descriptive schemes and therapeutic proposals

Alzheimer's disease is common. Mainly, but not exclusively, this disease concerns elderly and very old people. Disease is associated with memory disorders and Impairment of judgment. Semiotics allows to approach the reasons of the loss of the sense in the physical surrounding and human environment of the patient. Semiotics points and qualifies efforts made by patients to remain in a signifying world for them. Semiotics put in perspective new ways to establish patient care. The semiotics' approach in this thesis was conducted on one hand from two studies, one on the narrativity from a text memorized by demented patients, the second on the dissolution of the limits in patient's relationship with their community caregiver, and on other the other hand, from clinical cases analysis. New pathways have been described in the natural history of demented patients according to the evolution of the tensive space and according to their forms of life. Rupture in the continuity of the course of the illness appears, precipitating an irreversible situation. Prevention of this break has been proposed. The alterations of the coupling between the presence of the world in patients 'psychic intimacy and their presences of self in the world have consequences on the meaning involved both in their actions and in their interpersonal relations. The reciprocal human relation and using world of the patients 'imaginary are therapeutic resources. A new therapeutic resource has been proposed: the analogon.

---

Keywords : semiotics, memory, Alzheimer's disease, dementia, care

