

Avertissement : Il manque quelques textes qui n'ont pas pu encore être récupérés, mais, tels qu'ils sont, les actes de la journée d'étude de Firminy, avec leurs deux textes additionnels et le synopsis de la journée d'étude de Lyon sur la souffrance psychique devraient en intéresser plus d'un.

Bonne lecture

Jean-Marc Gauthier

Actes de la journée d'étude de Saint- Étienne/Firminy

Association internationale de recherche scientifique
en faveur des personnes handicapées mentales

Délégation Airhm-France

Les handicaps mentaux et nous :

Rencontres et diversités des personnes accueillies et accueillantes des dispositifs médicaux-sociaux, sociaux et sanitaires autour de la notion de handicap mental.

**Journée d'étude de S^t Étienne du 13 mars 2015,
en partenariat avec la FEGAPEI Rhône-Alpes**

**à l'Institut Régional et Européen des métiers de l'Intervention Sociale (IREIS)
42, rue de la Tour de Varan, 42700 Firminy, 0477101370**

Argument

Si Aristote, dans l'antiquité, nous dit que l'être se dit de façons multiples, on devrait pouvoir penser et dire qu'actuellement, l'être, qu'il soit ou non en situation de handicap mental, se dit lui aussi de façons multiples.

Le handicap mental est questions : Questions quant à son origine, sa reconnaissance sociale, ses possibilités curatives et évolutives... Les premières personnes intéressées par ces questions sont les personnes en situation de handicap mental. Avec elles, les professionnels du soin éducatif et curatif, leurs aidants familiaux et amicaux, leurs associations, les formateurs aux métiers d'accompagnement, les chercheurs, les enseignants, notamment spécialisés, et le corps social dans son ensemble sont eux aussi concernés.

Ce sont ces interrogations multiples et cette plurivocité autour du handicap mental que nous vous proposerons de retrouver dans cette journée avec ce titre très large et que nous espérons fédérateur : « Les handicaps mentaux et nous ».

Les enseignants, praticiens et formateurs chercheurs, et notamment ceux regroupés

autour de l'AIRHM, et de sa délégation française initiatrice de cette journée, ont besoin de ces voix diverses et parfois divergentes pour faire avancer leurs propres recherches et en faire bénéficier la communauté des personnes en situation de handicap mental et leurs accompagnants.

Programme

8h30 : Accueil des participants et des intervenants

9h : Allocutions de bienvenue de [Daniel Frydman](#), [Rolland Cortot](#), [Jean-Marc Gauthier](#) et des officiels de la région stéphanoise

9h30-10h : *État de la recherche sur le handicap en France, en particulier sur la déficience intellectuelle*

Conférence inaugurale de [Roger Salbreux](#), pédopsychiatre, fondateur et premier président de l'AIRHM, Président d'honneur de l'Association Française de Psychiatrie (AFP) et de l'Association scientifique de Psychiatrie institutionnelle (AsPi), membre fondateur du Séminaire Interuniversitaire International sur la Clinique du Handicap (SIICLHA) et des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

10 h : Pause café

10h15-13h : Ateliers

-Atelier 1 : La recherche

Avec et pour quelles personnes ?

La recherche à l'aune du raisonnement scientifique est-elle si différente de la recherche à l'aune du terrain ?

-Coordinateur animateur : [Roland Ramzi Geadah](#) (AIRHM) : *De la théorie à la pratique*

-Intervenants : [René Baptiste](#) (Messidor) : *recherche/développement sur le rétablissement par l'activité économique,*

[Alex Cambourg](#) (M2 recherche) : *clinique du handicap mental : un labyrinthe paradoxal,*

[Rolland Cortot](#), [Roger Gaiton](#), [Jean-Pierre Nesme](#) (ADAPEI 42 + LIFT) : *recherches sur l'insertion par la formation et le travail,*

-Discutants : [Bernard Durand](#) (Croix-Marine), [Louis Gonzalez](#) (hôpital gériatrique), [Roger Salbreux](#)(AIRHM)

-Atelier 2 : Les troubles des intelligences et leurs relations avec les différents registres des troubles du psychisme

L'intelligence du raisonnement, l'intelligence émotionnelle, l'intelligence temporo-spatiale et l'intelligence sociale sont dans un bateau avec d'autres passagers d'intelligence. L'une des intelligences tombe à l'eau. Que va-t-elle faire et que vont faire les autres intelligences ?

Les troubles du psychisme, handicapants ou non handicapants, affectent-ils les intelligences ?

Les troubles des intelligences, handicapants ou non handicapants, affectent-ils le psychisme ?

Une cohabitation ou une collaboration biologique, psychologique et sociologique est-elle encore possible entre psychisme et intelligences ?

-Coordinateurs animateurs : **Daniel Frydman** (AIRHM) : les manques préexistants comme source de productions pathologiques, elles-mêmes frein au développement des intelligences
Marcel Jaeger (CNAM) : les cultures professionnelles et la confection des articulations
-Intervenants : **Joël Ehrhart** (ARHM) : troubles du psychisme et des intelligences et accueil par l'Association Recherche Handicap et Santé Mentale (ARHM)
Denis Vaginay : sexualités, vulnérabilités, handicaps et place du sujet
-Discutante : **Silke Schauder** (AIRHM)

-Atelier 3 : Les origines, les évolutions et la narrativité du handicap

L'origine génétique, pathologique, sociale ou traumatique imprime-t-elle une coloration particulière au handicap mental et à son évolution ?

« L'intelligence narrative » des personnes en situation de handicap mental, de leurs familles et amis, et des professionnels va-t-elle nuancer cette évolution en positif ou en négatif ?

-Coordinateurs animateurs : **Michèle Gauthier** (AIRHM) : narrativité et handicap
Christine Fayolle, Gérard Grange, Robin Goujon (Esat de Feurs) : aperçus narratifs sur les détachements en entreprise et la reconnaissance des savoirs faire professionnels
-Intervenants : **Cédric Mametz** (Nous Aussi) : présentation, histoire, buts et évolution de Nous Aussi
Danielle Dutour, Rémi Dutour : origine traumatique de mon handicap, évolution narrative et évolution au regard des intelligences narratives des proches et des professionnels
Lucie de Rauglaudre : L'autisme à la maison : zoom sur la famille d'un autiste
Michèle Gauthier : narrativité, littérature, handicap et transmission : l'histoire de Mélusine

13h : Repas-buffet

13h45-14h30 : Réunion AIRHM France

Tous les résidents français, handicapés et valides, prenant intérêt pour la recherche, les familles et les associations participantes y sont conviés. Après quelques précisions du délégué France pour l'AIRHM sur le but de cette réunion, les participants s'efforceront de définir une ligne des réflexions, recherches, actions et organisations que la délégation française pourrait accomplir pour l'année 2015 et les années suivantes.

Les personnes francophones résidant hors de France pourront assister à cette réunion en tant qu'observateurs si elles le souhaitent.

14h30-17h30 : Séance plénière

Conférences : 14h30-16h15

Les conférenciers s'efforceront, en sus de l'exposition de leurs recherches passées et en cours, de faire le lien entre les différents thèmes travaillés le matin en ateliers. Ces thèmes seront repris lors d'une table ronde réunissant les conférenciers avec d'autres chercheurs, les responsables d'ateliers du matin et les organisateurs, et faisant une large part aux questions et interrogations de la salle.

-Conférenciers (par ordre alphabétique)

***Roland Ramzi Geadah** : psychologue, historien, professeur de philosophie morale et de droit médico-social, directeur du CICERF : Shéhérazade et sa sœur : entre subjectivation et médiation, les comptes de la construction de soi

***Marcel Jaeger** : sociologue, professeur titulaire de la chaire du travail social au CNAM, membre du Conseil supérieur du travail social, du conseil scientifique de l'ANESM, et Président du conseil scientifique de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) : Comment la notion de

parcours aide à penser la relation entre différents mondes ?

*[Silke Schauder](#) : psychologue, professeure de psychologie à l'Université de Picardie Jules Verne, art-thérapeute, responsable du DESU Art-thérapie à Paris 8 : **Médiations thérapeutiques et handicap**

*[Denis Vaginay](#) : psychologue, docteur en psychologie, formateur et intervenant en cabinet et en institutions : **Le projet sexuel comme élément de narration du sujet en situation de handicap**

16h15-16h30 : Pause

Table ronde : 16h30-17h30

-Intervenants prévus à la table ronde

[René Baptiste](#), administrateur de Messidor

[Bernard Durand](#), psychiatre, Président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine

[Bénédicte de Fréminville](#), généticienne au CHU de St Étienne,

[Daniel Frydman](#), psychiatre, Président de l'AIRHM

[Jean-Marc Gauthier](#), psychiatre, Délégué France pour l'AIRHM

[Michèle Gauthier](#), psychologue, anthropologue, ancienne chargée de cours à l'université Lyon2

[Louis Gonzalez](#), gériatre, docteur en psychologie, Directeur de l'hôpital gériatrique de Fourvière

[Gérard Grange](#), moniteur d'atelier principal de l'Esat de Feurs

[Cédric Mametz](#), Président de « Nous Aussi », membre du CNCPPH

[Catherine Massoubre](#), professeur de psychiatrie, chef de service au CHU de St Étienne

[Jean-Claude Mazzini](#), [Roger Peyret](#), UNAFAM Loire

[Roger Salbreux](#), pédopsychiatre, fondateur de l'AIRHM

17h30-18h : Conclusions

[Rolland Cortot](#)

[Jean-Marc Gauthier](#)

[Cédric Mametz](#)

Journée d'étude de St Étienne du 13 mars 2015
Reprise de l'argument en Facile A Lire et à Comprendre (FALC)

Les handicaps mentaux et nous

Rencontres et diversités des personnes qui sont accueillies et des personnes qui les accueillent dans les foyers, les ESAT, les centres sociaux, les centres médico-psychologiques, les hôpitaux, et les lieux d'enseignement, quand on parle de handicap mental.

Petite histoire avant les discussions de la journée

Aristote, un homme sage qui habitait le pays de Grèce, il y a très longtemps, disait qu'on pouvait parler de différentes façons des hommes.

Maintenant, on peut aussi parler de plusieurs façons de tous les hommes

Comme pour tous les autres hommes, on peut parler des personnes qui souffrent d'un handicap mental de différentes façons

Tous les hommes se posent beaucoup de questions sur le handicap mental

Ils se demandent d'où vient le handicap

Ils se demandent si le handicap est bien reconnu par toutes les personnes qui composent la société

Ils se demandent si le handicap mental va changer et si on peut le guérir

Les personnes qui se posent ces questions sont d'abord les personnes qui ont un handicap mental.

D'autres personnes se posent aussi ces questions :

les professionnels qui éduquent et les professionnels qui soignent,

les familles et les amis

les associations,

les formateurs des personnes qui vont accompagner les personnes avec un handicap,

les chercheurs qui essaient de comprendre ce qu'est le handicap,

les enseignants de l'école,

et, finalement, tout le monde

Pendant cette journée, à St Étienne, nous allons tous ensemble, personnes handicapées et personnes valides, parler du handicap pour que nous apprenions, encore plus que maintenant, à être mieux tous ensemble

Allocutions de bienvenue

Rolland Cortot, Directeur général de l'ADAPEI de la Loire et délégué Rhône-Alpes de la FEGAPEI (résumé)

Près de 10000 personnes accueillies par les associations

La FEGAPEI Rhône-Alpes, qui est une fédération qui gère les personnels intervenants dans les différentes institutions d'accueil des personnes en situation de handicap mental est partenaire de cette journée. La vision de la FEGAPEI est que "levier d'autonomie, l'accompagnement est également une démarche au service d'une ambition politique, celle de construire une société plus inclusive et participative... Cette démarche est nécessairement collective. Pour faire sens, elle doit s'inscrire dans des stratégies de partenariat et de rapprochements politiques entre les principaux acteurs du secteur." (Extrait du projet stratégique de la FEGAPEI 2014-2020)

Il y a des nouveautés dans notre secteur comme :

- les GPS (Groupements de priorités de santé) qui constituent des pôles d'innovation classés en sept thématiques : Accès à la cité, Accès aux soins, Autisme, Emploi, Handicap psychique, Scolarisation, éducation, tout-petits, Avancée en âge et qui concernent tous les handicaps,
- les ateliers collaboratifs régionaux, animés par la FEGAPEI et la Fédération hospitalière de France (FHF) dans 6 régions, qui ont réuni des professionnels du médico-social et du sanitaire autour du handicap psychique. Dix préconisations en sont issus : 1. Sensibiliser au handicap psychique, 2. Impliquer la personne, 3. Se [re]connaître et partager nos expertises, 4. Penser parcours de vie avec une meilleure coordination entre le sanitaire et le médico-social, 5. Questionner l'orientation tout au long de la vie et adapter les accompagnements, 6. Associer l'environnement familial et les proches aidants, 7. Coordonner les dispositifs sur les territoires, 8. Développer la formation et la recherche-action, 9. construire un parcours de soins individualisé, 10. Oser, imaginer, en rendant possible les possibles,
- les projets d'emplois accompagnés pour des personnes dites handicapées psychiques.

Je citerai Jean Monnet : « Rien ne se fait sans les hommes, mais rien n'est possible sans les associations »

Daniel Frydman, Président de l'AIRHM

La loi du 11-2-2005, qui avalise la notion de handicap psychique, nous invite à évaluer, à remédier, à rendre la vie des personnes en situation de handicap psychique plus facile.

Mais, il persiste des problèmes de vocabulaire entre handicap mental, handicap psychique et handicap par troubles des intelligences

Après avoir présenté les orientations de l'association, et les partenariats et actions en cours, notre président poursuit son intervention :

« Notre journée d'étude bénéficie du soutien de l'ADAPEI de la Loire, et de la présence de ses équipes. Elle était déjà présente lors de notre journée d'études à l'université de Lyon 2, quelques mois avant notre congrès international de Beaune. Qu'elle soit ici remerciée.

C'est au docteur Jean-Marc Gauthier que nous devons l'initiative de cette journée à Firminy. En lisant le thème et l'argumentaire, il apparaît clairement que le Dr Gauthier a le sens de

l'ouverture aux multiples disciplines : Biologie, psychologie, neurophysiologie, psychanalyse, sciences de l'éducation.

L'abord multidisciplinaire nous expose au risque de nous noyer dans la complexité du cerveau humain, de son fonctionnement, et de la multiplicité des approches de la déficience intellectuelle, comme autant de paradigmes dont le passage des frontières est parfois problématique !

Gageons que nous saurons ensemble garder à l'esprit la nécessaire synthèse, la globalité des aspects fonctionnels.

Et gardons en filigrane la position privilégiée de la pensée humaine qui, aux confins des mécanismes en jeu, et au dessus même de toutes les fonctions que nous pourrions identifier, se placera toujours au-delà de cette trop simpliste description de mécanismes qui paraissent régenter le cerveau humain.

Jean-Marc Gauthier, Délégué France pour l'AIRHM

Pourquoi vouloir parler des handicaps mentaux ? Certainement pas pour oublier les personnes qui les supportent avec plus ou moins de souffrance, mais bien pour réfléchir avec ces personnes sur les différentes acceptions cachées sous ce vocable de handicap mental et qui vont souvent déterminer les réactions et les conduites de la société à leur égard, mais aussi leurs propres réactions et celles de leur accompagnants face à ce handicap.

Le mental (mens en latin) c'est l'esprit. Mais, en paraphrasant Jacques Hochmann et Marc Jeannerod, auteurs d'un excellent livre paru en 1996 chez Odile Jacob, on pourrait dire « Esprit où es-tu ? ». Et nous pourrions même ajouter « Esprit, de quoi es-tu donc fait ? ». Car cet esprit paraît tout autant être fait des manifestations de l'intelligence, ou des intelligences si on veut adopter une terminologie plus moderne, que de celles du psychisme. Et, quand il y a des troubles prolongés de l'esprit, et que ces troubles constituent justement, en termes de compétences sociales, un handicap mental, il est souvent bien difficile de savoir quelle part revient aux intelligences et quelle part revient au psychisme dans ce qui constitue ces difficultés.

Et, même, si on suit le philosophe Pierre Cassou-Nogues dans son livre « Mon zombie et moi » paru au Seuil en 2010, toute conceptualisation par la raison, soit par l'intelligence, serait un produit lointain ou détourné des fantasmes, qui sont eux purs produits du psychisme.

Pour donner vie à ces questions un peu théoriques, nous avons choisi de les travailler en ateliers, en conférences et en table ronde, et même dans la réunion AIRHM France qui suivra le repas, en retenant trois axes d'articulations :

- l'axe de la recherche et des tentatives pour faire coïncider recherches fondamentales et recherches de terrain, but premier d'ailleurs de la fondation de l'AIRHM,
- l'axe des articulations possibles entre des intelligences qui se saisissent ou pas des idées et des concepts (keptere en grec signifie se saisir et conceptus en latin contenir) et psychisme, bouillonnement de sentiments, de fantasmes, de digressions sans foi ni loi et aussi de compromis internes au sujet,
- l'axe des articulations entre une « fiction narrative », qui ouvre le champ des possibles actualisés ou du comment on a parlé, on parle aujourd'hui et on parlera demain de ses handicaps mentaux, en s'essayant à en boucher les discontinuités et les ruptures, et une « imagination débridée » qui ne se reconnaît dans aucun schéma narratif préétabli mais peut néanmoins se transmettre en utilisant des voies délirantes ou poétiques.

Nous assistons depuis quelque années à un mouvement que certains ont appelé une « décolonisation de la pensée ». Il n'y a plus d'un côté des grands intellectuels sentencieux et, de l'autre côté des gens, qui, noyés dans leurs tâches quotidiennes, seraient privés de pensée réflexive. Les recherches, qu'elles soient scientifiques, appliquées ou d'action participent de ce mouvement, les intelligences

multiples et les différents registres du psychisme aussi, et chacun devrait pouvoir trouver une voie pour raconter ses expériences singulières ou collectives.

Alors, bienvenue à tous, personnes en situation de handicap mental, familles et amis, professionnels et responsables associatifs, enseignants, gestionnaires locaux des collectivités territoriales, et merci d'avance de votre participation studieuse et des vos apports à cette journée.

Conférence inaugurale de Roger Salbreux

État de la recherche sur le handicap en France en particulier sur la déficience intellectuelle

Roger SALBREUX

C'est au titre d'ancien président de l'Airhm, mais aussi de membre du Comité scientifique et éthique de la Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH) et également du Conseil national handicap (CNH) que je prends la parole aujourd'hui.

Introduction

En matière de handicap, la situation de la recherche fondamentale et appliquée en France peut être considérée comme sinistrée. Dès 1984, le rapport de l'INSERM « ***Réduire les handicaps*** », avait clairement souligné la pauvreté des travaux de recherche dans le champ du handicap et identifié les manques. Dans son rapport du Sénat Paul BLANC (2002), parle « d'une recherche mobilisant une grande diversité d'acteurs confrontés à une insuffisance partagée de moyens financiers » et il ajoute : « la modestie des crédits publics aboutissant, d'une part, à un ***financement généralement très contractuel (des) travaux, ce qui tend à les "limiter" à de simples "études" effectuées à la demande de commanditaires, sans permettre tous les développements théoriques ou expérimentaux nécessaires*** ». Cette citation très connue est reprise par François CHAPIREAU, (2014). Plusieurs autres rapports l'ont confirmé : pour la seule année 2003, le groupe de travail sur la recherche du Comité d'Entente des Associations, que j'ai personnellement animé, le rapport de Michel FARDEAU et le rapport de la Cour des Comptes « *La vie avec un handicap* » ont signalé avec force l'absence du handicap dans les priorités de recherche. Le Chapitre XIII du rapport de la Cour de comptes est éloquent à cet égard.

La création, dans le cadre de la loi du 11 février 2005 de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH) a donné lieu au

même genre de déception : après avoir remis son premier rapport triennal en 2011, ses ressources se sont évanouies ! Cet organisme permettait pourtant de prendre en compte les suggestions des personnes handicapées et de leurs associations représentatives pour le choix des axes et des priorités de recherche.

Même désillusion lors de l'attribution plus récente de trois chaires à l'[Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap](#) (IFRH) dirigé par Jean-François RAVAUD, dans le cadre de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) : ces chaires ne sont pas supportées directement par l'Université, mais par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et ce financement n'a pas vocation à être pérenne.

Le dénuement de la recherche sur le handicap en France

Que l'on demande avis à la Secrétaire d'État chargée des personnes handicapées ou à l'ONFRIH, le constat sur ce sujet est fondamentalement le même et tout à fait implacable :

- le thème du handicap est absent des priorités nationales de recherche,
- en termes de programmation, les actions incitatives sont à la fois éparses et ponctuelles,
- le nombre de chercheurs est faible, et ils sont tout autant cloisonnés et dispersés,
- les publications scientifiques sur le handicap sont bien inférieures à celles relevant d'autres domaines transdisciplinaires en France et à l'étranger.

Les personnes handicapées et leurs familles souhaitent que la recherche publique française se mobilise davantage et soit de ce fait à la hauteur des ambitions de la loi du 11 février 2005. Pour mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins, ces personnes doivent être impliquées dans la recherche en tant qu'acteurs à part entière. De plus, cet effort doit porter tout autant sur la recherche fondamentale que sur la recherche appliquée, car pour les intéressés, il est au moins aussi important de pouvoir vivre avec leur handicap, que de voir mettre au point les meilleurs moyens de guérison ou de prévention.

Or, dans son ensemble, la recherche fondamentale sur le handicap porte essentiellement sur l'aspect génétique, tandis que les principaux travaux de recherche appliquée se cantonnent volontiers au sujet de l'amélioration des aides techniques. Les difficultés rencontrées dans le cadre de la recherche fondamentale psychologique et sociale, la plus malmenée, ont conduit un certain nombre d'entre nous, dont je fais partie à fonder le Séminaire international inter universitaire de la clinique du handicap (SIICLHA).

Le rapport de Denis PIVETEAU, ancien directeur général de la CNSA (2014) « *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* », affirme lui aussi le besoin de recherche appliquée pour l'amélioration du quotidien des personnes en situation de handicap.

Il est peut-être utile de rappeler la différence entre recherche fondamentale et recherche appliquée. Par recherche appliquée, il faut entendre, au moins selon la FIRAH : *« La recherche appliquée fait partie de la recherche et, à ce titre, elle obéit à des règles : il s'agit ici, à partir de l'observation d'une situation, de se fixer un objectif, dont l'atteinte est susceptible d'améliorer la condition de vie de personnes handicapées. Les paramètres du succès de la recherche doivent être précisés et être accessibles à l'évaluation. De même, les hypothèses sur lesquelles le travail se fonde, doivent être explicites ».*

Quel est le degré d'avancement de travaux concernant la déficience intellectuelle ?

“L'état de la recherche en déficience mentale” était déjà le titre du premier Congrès international de l'Airhm à Lausanne en 1988 et depuis douze autres congrès internationaux se sont succédé dans différentes villes de la francophonie. Est-ce à dire qu'au cours de ces presque trente années les choses ont pour autant beaucoup avancé. La réponse ne peut être que nuancée, avec tout de même bien des regrets.

Certes, en de nombreux endroits, des équipes ont travaillé, des ouvrages, des articles, des thèses, ont été publiés. Je pense, entre autres aux contributions des équipes d'Aix en Provence, de Bicêtre, de Fribourg, de Genève, de Lausanne, de Lille, de Mons, de Namur, de Paris, sans oublier l'Université du Québec à Laval et à Trois Rivières, et bien d'autres. Mais, mis à part quelques partenariats entre eux, les chercheurs restent dispersés, à la fois du fait de leur faible nombre et de leur éloignement géographique.

Au sein des travaux ainsi consacrés à la déficience intellectuelle, la majorité traite, là encore, de génétique, un certain nombre sont consacrés aux théories de l'apprentissage et à la pédagogie. Très peu tentent d'évaluer les difficultés relationnelles engendrées par la déficience intellectuelle et les solutions pour y remédier.

Les moyens de communiquer et de publier s'appauvrissent et, là aussi, les déceptions ont été nombreuses :

- la Revue européenne du handicap mental, fondée en 1992 par Abbas MOALLEM et que l'UNAPEI éditait, a mis fin à ses activités en 2004,
- la Revue francophone de la déficience intellectuelle, dont deux des créateurs étaient des présidents de l'Airhm, Hubert GASCON et Serban IONESCU, et qui était distribuée aux membres de notre association, a cessé en 2005 de paraître en version papier mais reste disponible sur internet ; on peut également y trouver les articles anciens, provenant du fond de la Revue européenne du handicap mental.

Les questions de terminologie n'ont pas empêché la recherche, mais le moins que l'on puisse dire c'est qu'elles ne l'ont guère favorisée. Entre la “*mental retardation*” de l'association américaine avant 2007, la “déficience intellectuelle” des Québécois et d'une grande majorité de chercheurs à l'heure actuelle, et encore le “handicap

mental” des associations de parents, dont l’UNAPEI, il a de quoi s’y perdre, d’autant plus que l’arrivée, avec la loi du 11 février 2005, du terme “handicap psychique”, (terme spécifiquement franco-français et quasiment intraduisible en d’autres langues) est venue compliquer encore davantage la distinction pourtant nécessaire entre maladie mentale et handicap mental. Jean-Marc GAUTHIER a bien raison de dire et d’écrire que le nombre et l’imprécision des vocables utilisés obscurcit la cohérence et la viabilité des concepts. Il y a là un thème de recherche à approfondir, thème qui avait cependant déjà été abordé par l’Airhm à Mons en 1995

La recherche appliquée et la recherche action

La recherche appliquée, effectuée d’innombrables et diverses façons, mais le plus souvent sous la forme de recherche-action, est rendue difficile, le mot est faible, pour toute une série de raisons, dans les établissements et services du secteur médico-social associatif.

Tout d’abord, l’absence chronique de moyens financiers dédiés et pérennes : sur un budget d’environ 14 milliards d’Euros, la CNSA ne consacre que quelque dizaines de milliers d’Euros à la recherche, tandis que les établissements et services n’y accordent aucune contribution. Comment peut-on imaginer que cela puisse constituer un apport satisfaisant à ce que l’on appelle ailleurs “recherche et développement” et qui représentent habituellement 2 à 5 % du chiffre d’affaires, pouvant atteindre 8 à 10 % dans certaines industries, et cela dans un secteur où demeurent tant d’incertitudes, tant d’approximations ? D’ailleurs, il est significatif de constater que cela n’est pas inscrit dans les missions principales de la CNSA.

Ensuite, l’absence de formation des personnels à la rigueur méthodologique de la recherche : l’Airhm a été fondée en grande partie pour tenter de rapprocher les chercheurs et les professionnels de base : ses responsables successifs ont pu mesurer la difficulté de la tâche. Les chercheurs patentés se cantonnent en effet trop souvent dans leurs laboratoires et n’ont qu’une connaissance limitée des problématiques et de la réalité du terrain. Les professionnels de leur côté supportent mal les directives rigoureuses imposées par les chercheurs et ne nourrissent guère une passion exagérée pour la compilation et l’écriture. Les directeurs enfin, ne savent pas trop comment utiliser la mise en œuvre d’une recherche-action pour diminuer les risques d’épuisement professionnel des accompagnants et des soignants dans leurs institutions.

Enfin, le “*melting-pot*” accueilli dans les établissements et services ne permet pas de délimiter facilement les populations homogènes nécessaires à toute démarche de recherche. Dans les institutions du type IME, les plus nombreuses, on trouve souvent presque autant de déficiences intellectuelles que de troubles envahissants du développement ou de psychoses d’étiologie diverses. La difficulté de constituer des groupes d’expérimentation, d’une méthode pédagogique par exemple, et d’un groupe témoin est ainsi rendue assurément plus compliquée.

Quelles solutions pourrait-on envisager ?

À ce sujet, il est difficile de s'abstraire de la référence du Téléthon, qui, à partir d'une initiative privée, réussit à soutenir l'essentiel de la recherche génétique française. Beaucoup d'entre nous et en tout cas les responsables associatifs ont longtemps maintenu une confiance absolue dans la recherche publique, aussi bien la recherche universitaire que celle réalisée par les grands organismes de recherche. Il n'est évidemment pas question de leur faire un mauvais procès et de leur retirer cette confiance. Mais il est clair qu'aujourd'hui cette contribution ne peut plus suffire et qu'à l'instar d'autres grands pays, il nous faut faire appel à la générosité publique, au mécénat et au "*sponsoring*". La FIRAH constitue un exemple de cette démarche qui devrait être à la fois renforcé et multiplié. Malgré les importantes difficultés rencontrées jusqu'ici, l'Airhm devrait être un instrument éventuel de cette approche du problème en partenariat avec les associations et les financeurs.

Il existe une autre piste de réflexion : l'inclusion scolaire d'un grand nombre de déficients intellectuels plus ou moins légers ou moyens à l'école ordinaire a fortement modifié la population des institutions spécialisées, dont la pathologie s'alourdit considérablement et dont nombre de places demeurent inoccupées. Parmi les solutions possibles à ce nouveau problème, une idée qui fait actuellement son chemin consiste à transformer tout ou partie de certaines institutions en "pôles de compétence", accessibles à tous. Outre les fonctions spécifiques d'aide à la scolarité des enfants de l'école inclusive, il est évident que la recherche y trouvera naturellement sa place.

Conclusion

Notre pays souffre d'une insuffisance chronique d'attention à la recherche sur le handicap en général et sur la déficience intellectuelle en particulier. Dans le cadre de la crise économique actuelle, cette situation n'est pas susceptible d'amélioration. Il apparaît donc nécessaire d'innover et de trouver les moyens de satisfaire des besoins trop longtemps contenus au niveau ou au-dessous "seuil de pauvreté". Seul le recours à la générosité publique et au secteur privé peuvent permettre de contourner l'obstacle.

Mais il me semble utile de prévoir des "garde fous" pour éviter la pesée des intérêts privés sur la recherche dans un secteur aussi sensible. Cette précaution pourrait passer par le rétablissement de l'ONFRIH et par des partenariats avec les associations de parents. C'est ce que les principaux employeurs de ce secteur ont bien compris en fondant la FIRAH qui est constituée, à l'origine et toujours à la base, par l'APAJH, l'APF et la FEGAPEI. On ne peut que souhaiter que cet organisme original augmente sans cesse le nombre de ses financeurs et, surtout, qu'il fasse école. ■.

Bibliographie

BLANC P. (2002), Compensation du handicap : le temps de la solidarité Rapport d'information de M. Paul BLANC, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 309).

CHAPIREAU F. (2014), Le handicap psychique : la construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* n° 1. <http://socio-logos.revues.org/2824>

COMITÉ d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés (2003), *Groupe de travail "Recherche" : synthèse*. Paris, UNAPEI.

COUR des COMPTES (2003), *La vie avec un handicap. Rapport au président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés*. <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/>

FARDEAU M. (2003), *Personnes handicapées : analyse comparative et prospective du système de prise en charge Rapport au Ministre de l'emploi et de la solidarité et au Secrétaire d'État à la Santé, à l'Action sociale et aux Handicaps*.

GAUTHIER J.-M. (2014), *Le handicap mental*. Document circulé et non publié.

GUERDAN V., GÜDEMANN C., FAUQUET-EPINEY F. (2003), *Prévenir l'épuisement professionnel grâce à la recherche collaborative*. In : R. SALBREUX, H. GASCON, S. IONESCU, P. GABBAÏ (2003), *Déficiência intellectuelle et épuisement professionnel*. Paris, AIRHM.

GOYETTE G. LESSARD-HEUBERT M., (1987), *La Recherche-Action: Ses Fonctions, Ses Fondements et Son Instrumentation*. Presses de l'Université du Québec

INSERM (1984), *Réduire les handicaps*. Paris, La Documentation Française.

PIVETEAU D. (2014), « Zéro sans solution » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. Paris, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

SALBREUX r. GASCON H., IONESCU S. GABBAÏ P. (2003), *Déficiência intellectuelle et épuisement professionnel*. Paris, AIRHM.

TRIOMPHE A. (2004), *Recherche et Handicap : faut-il désespérer ?* <http://informations.handicap.fr/>

Ateliers

Atelier n°1 : La recherche

Les textes n'ont pas pu en être collectés pour l'instant. L'impression des participants et des intervenants de cet atelier est d'être restés sur leur faim. La présentation de cet atelier et de ses attentes par Roland Ramzi Geadah, coordinateur animateur, devrait nous parvenir prochainement.

Peut-être les questions : La recherche : Avec et pour quelle personnes? La recherche à l'aune du raisonnement scientifique est-elle si différente de la recherche à l'aune du terrain? étaient-elles mal posées, et il faudra probablement y revenir.

Atelier n°2 : Les rapports entre le psychisme et les intelligences

Dr Daniel Frydman

Le thème de cette journée insiste sur la notion de pluralité : pluralité des personnes concernées (les « usagers ») et pluralité des acteurs de terrain (médicosociaux et sanitaires), pluralité également des situations familiales et des facteurs qui ont conduit à employer le terme « handicap » à propos d'une personne en difficulté.

Notre atelier aborde une autre complexité : en proposant « les intelligences » en interaction avec les dysfonctionnements et souffrances psychiques, nous nous situons aux confins des approches aussi diverses que la génétique, la neuropsychologie, la psychanalyse, la psychiatrie, pour n'en citer que quatre. Et nous convoquons ces approches afin de les faire dialoguer.

Cette proposition reprend des débats qui ne datent pas d'aujourd'hui, mais qui sont loin d'être épuisés.

Nous devons faire des choix dans le cadre de cet atelier, afin de ne pas nous noyer dans la complexité, et....respecter les horaires !

I/ « LES INTELLIGENCES », LES DEFICIENCES, LES TROUBLES PSYCHIQUES

Très classiquement les évaluations permettant de mesurer le quotient intellectuel ont longtemps distingué les deux domaines : verbal versus performances. L'intérêt de cette distinction était de nous avertir que l'intelligence, bien que relative à une personne dans sa globalité, devait être considérée dans ses détails, dans son hétérogénéité, dans la diversité de ses domaines.

La mise en évidence de nombreux domaines concernés par l'intelligence, lorsqu'il n'y a pas de déficience considérée comme handicapante, nous évoque plutôt ce qui serait du registre de la personnalité : un tel serait « matheux » un autre littéraire, un autre très affectif, ou simplement fragile émotionnellement, ou créatif artiste etc La liste complète serait longue.

Car nous nous sommes tous construits différemment.

Lorsque les difficultés d'une personne nous font craindre qu'il y a déficience dite « intellectuelle », nous nous apercevons que là aussi la personnalité est concernée, mais cette fois plus souvent dans le registre des troubles psychiques.

Nous verrons également que des troubles psychiques peuvent engendrer une déficience.

Déficience et troubles psychiques apparaissent clairement concomitants, mais lorsque nous

recherchons la dynamique régissant cette association, à la recherche d'une causalité de l'un vers l'autre, il nous apparaît que les interactions sont à double sens. Une mutualité d'influence majeure à la fois la déficience et les troubles psychiques. Est-il nécessaire de toujours chercher qui est le premier de la poule et de l'œuf ?

Toujours est-il que l'enchevêtrement des deux nous pose bien souvent des questions sans réponse : c'est ainsi que Marlène, 20 ans, m'a été présentée par sa mère pour suivi psychothérapique, en m'annonçant qu'elle souffre de déficience intellectuelle isolée sans cause connue. Les séances révéleront un niveau de développement qui évoque une petite fille de 8 ans, mais surtout des difficultés relationnelles avec retrait et stéréotypies mais pas vraiment autistiques, des rituels très développés, un vocabulaire très riche, elle est capable de réciter des dialogues appris par cœur avec les intonations qui conviennent Déficience ? psychose ? handicap mental ou psychique ? Les équipes qui ont travaillé autour de Roger Misès pour mettre au point la classification CFTMEA, ont tenté de dépasser cette difficulté. S'y repérer n'est pas simple, mais le concept de dysharmonie nous permet de mettre un nom sur cet enchevêtrement de déficiences et d'altérations de la maturation de l'organisation psychique.

Ayant personnellement exercé comme praticien de terrain en institution, je mettrai plutôt l'accent sur l'intérêt de connaître cette mutualité d'influence entre ces deux domaines « handicapants » en se plaçant au service des personnes dont l'accompagnement nous est confié.

II/ QUELLES SONT LES DEFICIENCES QUE NOUS REPERONS COMME MAJORANT DES TROUBLES PSYCHIQUES ?

D'une manière générale en psychiatrie, si l'on cherche à approcher les causalités possibles des troubles psychiques, nous devons envisager non seulement les circonstances traumatisantes, les dysfonctionnements familiaux pathogènes, le terrain biologique, ou les carences éducatives ou affectives, mais aussi toutes les situations qui ont apporté un frein à la construction solide et homéostatique de la psyché.

Qu'est-ce à dire ?

A l'issue de l'organogenèse, et principalement après la naissance (sans ignorer que la vie fœtale soit probablement concernée), l'enfant ne cesse d'élaborer sa relation au monde, il construit sa psyché.

Il apprend à déjouer les errements de la projection, de la fusion, de l'emprise des pulsions, et tous les obstacles à son homéostasie, à la paix relationnelle, au développement personnel vers la performance et la complexification de ses élaborations mentales.

La psychologie nous a permis de modéliser cette maturation progressive en proposant des représentations de l'organisation psychique, des organisations de l'appareil psychique, ainsi que des structures.

Nous pouvons facilement en déduire que les déficiences intellectuelles, en tant que facteurs limitants, vont entraver cette nécessaire maturation vers une personnalité construite et accomplie. Parmi ces limitations nous pouvons citer :

- Le défaut de construction de l'image du corps par altération du schéma corporel : le rôle prédominant de celui-ci a bien été mis en évidence par Geneviève Haag, notamment dans le cadre de l'autisme. La tentative de distinction entre autisme « vrai » et les syndromes d'allure autistique ne sera pas en mesure de réfuter la source commune d'une déficience de la gestion des organes sensoriels et de l'accès à l'altérité dans le contexte d'absence d'enveloppe psychique. Le schéma corporel altéré participera également, par une immaturité des enveloppes psychiques, au développement de processus psychotiques
- Toujours dans le domaine des enveloppes défailantes, les enfants alors submergés par le débordement, l'extravasation pourrait-on dire, de leurs productions imaginaires, leur affectivité, et leurs pulsions destructrices, vont développer une organisation projective persécutive qui fera le lit de la psychose.

- La fonction de parexcitation est aussi une fonction de la psyché qui conditionne les possibles dysfonctionnements. L'incapacité de gérer convenablement les excitations, les émotions, l'inopiné, les irrptions sensorielles, se révèle pathogène. Des mécanismes de défense sont développés : repli, stéréotypies, notamment. Il est probable que cette pathogénie soit aussi impliquée dans le développement de certaines organisations psychotiques.
- Les trop faibles possibilités de certaines fonctions supérieures, telles que la logique, l'abstraction, l'accès au symbolique et à l'imaginaire, ne laisseront que peu de moyens à la psyché pour se structurer en organisation objectale, suffisamment élaborée dans le registre d'une bonne gestion des conflits internes. Les relations sont mal gérées, la sublimation peu accessible, les conventions, lois et interdits difficilement assimilés. L'organisation immature qui en découle conduit à des comportements et attitudes atypiques. L'insertion sociale en est perturbée et les pathologies en sont d'autant renforcées.

Ces différentes déficiences, (en dehors des fonctions supérieures), que sont le schéma corporel, les enveloppes, le parexcitation, peuvent-elles être considérées comme des intelligences altérées ? Le débat est ouvert... Il n'en demeure pas moins que ces défaillances apparaissent volontiers au sein des déficiences intellectuelles.

Qu'en est-il du quotidien de l'accompagnement des personnes accueillies par des équipes à forte majorité éducative, voire scolaire ?

Quel que soit l'âge des populations accueillies, ces équipes font face à des comportements difficiles à canaliser et se trouvent souvent démunies. Les troubles du comportement parfois sont tels qu'il faut faire appel à des services de psychiatrie.

Je ne saurais trop recommander la présence, au sein de ces équipes, des psychologues et des psychomotriciens. Les psychiatres sont aujourd'hui trop peu nombreux (et cela ne va pas s'arranger !) et leur temps hebdomadaire habituellement réduit à la plus simple expression.

III/ LES DEFICIENCES INDUITES OU MAJOREES PAR LES PATHOLOGIES PSYCHIQUES

Cette approche s'effectue en sens inverse de la précédente, nous l'abordons dans ce second temps, mais nous doutons bien que certaines déficiences ont cette unique causalité (rappelons-nous la poule et l'œuf !).

Ici, impossible de considérer les souffrances psychiques comme étant « en surcharge » des déficiences. Le trouble psychique est premier, il a débuté précocement, il a suffisamment entravé les acquisitions et la maturation pour conduire à une réelle déficience.

Si nous reprenons la proposition de Jean-Marc Gauthier qui différencie les intelligences (ou plus exactement les domaines de l'intelligence, précision suggérée par Régine Scelles), cette pluralité apparaît volontiers dans ce cadre.

Selon la symptomatologie et les circonstances d'apparition, les conséquences sur les acquisitions et la maturation prendront différentes formes :

- les événements médico chirurgicaux : ils sont générateurs de stress, d'hospitalisme, de traumatismes,
- les carences et la maltraitance : selon le degré de résilience de l'enfant, le développement psycho affectif est plus ou moins entravé
- l'anorexie du nourrisson, et toute psychopathologie précoce du bébé va interférer avec son développement psychomoteur
- les psychoses infantiles et les pathologies limites interfèrent également : pour que les acquisitions et les compétences progressent, il faut une organisation psychique qui se construit parallèlement, pour que l'enfant aille de l'avant dans son développement.
- les troubles dépressifs, s'ils s'installent durablement, peuvent entraîner un repli qui pénalisera les compétences sociales de l'enfant

IV/ TROIS DESCRIPTIONS CLINIQUES

Je vous propose trois descriptions cliniques qui mettront bien en évidence la mutualité d'influence de la déficience vs la psychopathologie.

1/Marjorie

Marjorie a été adoptée enfant. Le couple parental avait déjà eu trois enfants, et cette adoption, sur le tard, prenait le sens d'un engagement, d'un don de soi, une nouvelle situation à découvrir.

Il se trouve que Marjorie était porteuse d'une trisomie 21, sans malformation associée. Ses parents s'y sont préparés, ils l'ont donc accueillie et lui ont proposé le même contexte éducatif que pour les trois aînés.

La bonne volonté et la disponibilité dans un cadre de vie confortable devaient assurer de bonnes conditions à cet enfant.

Malheureusement la suite a été bien éprouvante : Marjorie a présenté des troubles relationnels et un retard de développement qui n'avait pas été prévu. Des troubles de la série autistique se sont multipliés, et l'enfant (puis l'adolescente) a passé ses journées en balancements, stéréotypies manuelles, vocalises, évitement du regard, bref : un vrai tableau du spectre autistique (ou TSA).

On pouvait lire la détresse de cette mère adoptive si démunie. La déception était grande, et l'on pouvait comprendre à travers elle que, si la trisomie apporte une déficience handicapante à laquelle il suffirait d'apporter les compensations nécessaires, le tableau autistique, lui, n'évoquait pas le qualificatif de « handicap » pour elle. C'était une réelle pathologie pour laquelle nous n'avions pas de remèdes.

Cette observation décrit l'une des particularités de la trisomie 21. En fait chaque personne présentant un handicap mental a ses propres particularités. Mais dans la trisomie 21 les troubles de la série autistique sont assez fréquents, ils ne se limitent pas au retrait ou stéréotypies car des comportements sont vécus par l'entourage comme très attaquants, tels que jets d'objets divers, et morsures. D'autres anomalies ou retards d'acquisitions sont également fréquentes, notamment dans le domaine de l'expression verbale.

A l'inverse, lorsque la personne porteuse de trisomie n'a pas développé de troubles relationnels, on constate (avec bonheur) qu'elle a une affectivité débordante qui comble son entourage, du moins dans ce registre-là.

On retrouve bien le lien entre la distribution hétérogène des compétences et la diversité des particularités comportementales. A la source nous pouvons invoquer les altérations des fonctions supérieures, du schéma corporel, des enveloppes, du parexcitation, que nous avons énumérées précédemment.

2/Justine

Justine est adolescente. Elle a présenté un retard de développement dans le contexte d'une épilepsie que le traitement ne parvient pas à équilibrer parfaitement.

Quand elle est apaisée son apparence ne traduit pas, à première vue, son handicap. Elle peut même faire illusion comme le ferait un faux self, au point de se mettre en difficultés car elle est trop démunie pour gérer ses relations avec les garçons. Elle a développé des compétences dans le paraître mais pas dans le relationnel.

Elle est rapidement débordée émotionnellement, par défaut d'enveloppe ou de parexcitation, ou les deux. Aussi peut-on la voir parfois déambuler sans but précis, animée de stéréotypies et de raideurs. Des manifestations psychotiques surviennent, parfois l'imaginaire recouvre la réalité.

Il est devenu difficile de lui imposer des limites, et de plus en plus l'équipe doit faire face à des troubles des conduites, les fugues se succèdent.

Progressivement le handicap, de mental, devient surtout psychique.

3/Loïc

Loïc m'a été présenté par ses parents à l'âge de quatre ans pour un suivi psychothérapique. Il a présenté une anorexie du nourrisson et il a d'abord été suivi par l'équipe du CAMSP.

Ses parents n'acceptaient pas l'orientation annoncée par le CAMSP vers un externat médico-éducatif, donc vers une reconnaissance « officielle » d'un statut d'handicapé.

C'était un petit garçon coopérant qui a d'emblée joué le jeu de la thérapie. D'ailleurs il a bien compris qu'ici on reçoit des enfants qui ont le droit de jouer.

Il ne présentait pas de gros retard des acquisitions, mais plutôt une dysharmonie qui évoluera plus tard vers un état limite. Au début les jeux qu'il anime avec beaucoup d'entrain voire d'excitation révèlent un réel handicap : tout ce qu'il produit est éclaté, et révèle l'impossibilité d'unifier son fonctionnement psychique. Il ne sait pas lui-même où il veut arriver mais il s'y rend avec beaucoup d'énergie !

Progressivement au fil des années (il est venu en séances hebdomadaires pendant 10 ans), ses jeux se sont construits, il délimite des zones sur le sol de la pièce, tend des ficelles pour suspendre les objets. Puis une dimension plus narrative apparaît avec des rôles différenciés entre les personnages imaginés. Tout l'espace de la pièce est investi.

Loïc grandit, les jeux très animés du début laissent place à l'expression par le dessin.

La triangulation apparaît, il faut sauver la princesse, il y a des rivaux, etc

Parallèlement la scolarité suit son cours tant bien que mal, il faut parfois changer d'école mais Loïc a pu la poursuivre jusqu'en 3^{ème}.

Loïc est alors capable de passer le temps de la séance en face à face. La médiation par les dessins est oubliée depuis quelques années.

Mais l'adolescence a réveillé à la fois les pulsions et les préoccupations narcissiques. Le doute de ses capacités grandit, les troubles des conduites se développent et ce sont les équipes hospitalières en psychiatrie qui prennent le relais.

Ce suivi d'une dizaine d'années est intéressant à plus d'un titre :

Dès le début est abordé le débat entre handicaps mental et psychique. Orientation vers les structures médico sociales ou psychothérapie ? Ce sont les parents qui ont tranché.

Mais il n'en demeure pas moins que l'absence d'une organisation psychique unifiée et structurée était réellement handicapante au point de voir se développer un retard des acquisitions .

Loïc a bien progressé, du moins jusqu'en classe de troisième , mais il n'avait plus le niveau et n'a pu valider le brevet .

Les imagos parentaux sont restés très clivés, entre « bonne mère » sur investie et « mauvais père » violemment rejeté. Et pour traverser correctement l'adolescence il lui aurait fallu certains étayages narcissiques qui faisaient encore défaut.

V/ EN CONCLUSION

La grande diversité des situations concernées par le handicap mental met en évidence les interactions entre le développement intellectuel et la mise en place de l'organisation psychique. Nous avons à disposition, nous l'avons vu, nombre de références théoriques dans le domaine de l'organisation psychique, pour comprendre certaines répercussions des déficiences intellectuelles sur l'équilibre psychique.

Mais il y a aussi un autre aspect qui mériterait une réflexion approfondie, comme l'a suggéré Jean-Marc Gauthier, organisateur de cette journée d'étude :

Les déficiences de l'intelligence, concernent en fait les domaines de l' intelligence regroupés en cette unique terminologie, or ces domaines ne sont pas également répartis pour chaque personne .

Certains exemples nous le suggèrent plus particulièrement. Nous avons tous connu des personnes porteuses de trisomie 21 qui déploient à merveille leur affection, leur délicatesse, voire leur spiritualité. Nous voyons aussi des personnes atteintes d'un syndrome d'Asperger qui développent des capacités inouïes, et même les personnes dites « surdouées » présentent en fait une certaine forme de handicap.

Cet abord particulier mériterait des recherches approfondies.

La vision parfois trop figée du handicap mental bénéficiera ainsi d'une approche qui tend à la recherche d'une possible évolution de chaque personne concernée, puisque capable de développer des capacités dans un domaine relativement préservé, comme le feraient des suppléances si l'on prend le modèle proposé par la neurologie.

L'important étant d'accompagner les personnes qui nous sont confiées, non seulement dans une optique d'apprentissage et de qualité de vie, mais aussi en portant l'espoir qu'une évolution est possible dans leurs capacités, permettant ainsi le développement de nouvelles stratégies dans leur vie relationnelle et plus généralement dans leur efforts pour une inclusion.

Joël Ehrhart (ARHM)

Les questions d'Hélène à nos systèmes d'organisation sanitaires et médico-sociaux

Directeur de pôles médicaux sociaux au sein de l'ARHM, Association Recherche handicap et santé Mentale ; cette association de la région Rhône -Alpes est composée d'un établissement sanitaire à Lyon, l'hôpital Psychiatrique St Jean de Dieu avec son secteur géographique et ses antennes, et puis d'une vingtaine d'établissements Médicaux sociaux (MAS FAM CAMPS, foyers, SAMSAH, SAVS, ESAT, PUV, tutelle, accueils de jour...).

J'ai choisi de vous exposer pour cette intervention une situation d'une personne, accueillie en Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes présentant des troubles psychiques et des tendances autistiques. **Hélène**, bien entendu c'est un pseudonyme, mais ça n'enlève pas moins la véracité de la situation.

Situation on ne peut plus actuelle... c'était hier, c'est aujourd'hui, cette nuit et demain matin.

Si j'ai opté pour cette présentation c'est pour entrer avec elle, dans l'expression "biopsychosociale" que la situation nous renvoie comme professionnel et citoyen, dans nos dispositifs et organisations tant sanitaires que médico-sociaux.

Le parcours particulier d'**Hélène** donne un regard sur l'accompagnement médico-social et une articulation avec le sanitaire en touchant certainement nos insuffisances.

Celles-ci au niveau des compétences professionnelles, en mettant à mal l'implication humaine de l'équipe accompagnante, et montrant également la limite de nos moyens, de nos capacités matérielles, architecturales de ce Foyer d'Accueil Médicalisé.

Hélène a 39 ans et elle est accueillie depuis 8 ans au sein de ce foyer. Elle a évolué durant toute sa vie dans les prises en charges hospitalières en pédopsychiatrie pour son enfance et son adolescence, puis dans une unité de psychiatrie adulte jusqu'à l'âge de 31 ans. Mais l'hôpital n'est pas un lieu où l'on passe toute sa vie, et donner à **Hélène** un projet de vie où elle pourra être chez elle... c'est bien une attitude "bienveillante" dans la volonté politique de notre civilisation.

Hélène, ensuite entre au FAM du Parc de l'Europe de l'ARHM pour un accompagnement médico-social, pour et dans tous les actes de la vie quotidienne.

Hélène présente une déficience intellectuelle importante et des troubles psychiques manifestés par des auto-agressions et un repli sur elle-même. Une "psychose infantile déficitaire" je rajouterai "extrême".

Son entrée au sein du foyer avait pour but de trouver un lieu de vie où **Hélène** allait pouvoir évoluer dans un milieu "sécurisant et socialisant", afin de vivre dans un espace adapté pour elle...

Quand elle arrive au Foyer, elle n'a pas de contact avec les autres résidents et la vie sociale est étrangère à son fonctionnement psychique. Elle évite les autres mais paradoxalement, **Hélène** est une personne attirante, qui interpelle tout le monde par ce côté mystérieux de son monde si

particulier, celui-ci provoque la curiosité et la fascination.

Pour son projet de vie, après une période d'observation, il est donné comme orientation, de chercher à lui permettre un accès à l'autre et de lui offrir cette socialisation si importante pour une vie humaine.

De par son long passé institutionnel, on lui connaissait par ses synthèses reçues, des passages à l'acte sur elle-même, auto mutilations, cris inconsiderés et incompréhensibles ; et sur son entourage, morsures, des agrippements forts où ses ongles entrent profondément dans la chair... des professionnels ou de ses compagnons de vie collective.

Cette attirance qu'**Hélène** suscite, provoque une implication de l'équipe très importante, ce projet d'accompagnement arrive à donner en quelques années des résultats probants de socialisation ...

Hélène commence à apprécier la présence des autres, et petit à petit non seulement elle apprécie, cette, ou ces présences ; mais elle commence même à les rechercher... !

La joie et la réussite de cette évolution d'**Hélène**, sont certainement la réussite d'une volonté louable et pleine d'humanisme, d'implication professionnelle et personnelle de la part de chacun des salariés, mais hélas... ces résultats avec le temps nous ont apporté des désenchantements !

Effectivement, cette émulation a aussi créé une stimulation qui dans un premier temps fut excellente, voire porteuse de ces aboutissements, mais qui fut un facteur certainement aussi, *hypothèse à posteriori d'un directeur qui suit l'action avec une certaine distance de ses équipes*, un facteur ayant pu engendrer un engrenage collatéral et dégénératif dans lequel nous sommes aujourd'hui... cette stimulation affective déployée par l'ensemble des salariés dans une volonté d'implication professionnelle et humaine, a certainement mis en jeu des symptomatiques actuellement nocives à la vie en collectivité d'**Hélène**.

Vous voyez quel anachronisme je suis en train de vous exposer !!!

Une réussite d'ouverture au monde, une véritable socialisation en marche pour une personne coupée des relations à son environnement, et aux autres, a pour conséquence un échec manifesté par une symptomatologie nocive !!!?

.....

Et oui... **Hélène** présente des troubles croissants du comportement ; elle ne dort plus deux heures par nuit, elle déambule, cherche des relations avec autrui, et comme elle ne les trouve pas toujours, **Hélène** les provoque en manifestant violemment des tapages... coups de pieds dans les cloisons, dans les portes, visites dans toutes les chambres des résidents vivant sur le groupe par de véritables intrusions dans leur espaces intimes, sollicitation du veilleur de nuit qui ne peut plus s'occuper de personne d'autre qu'elle...

Comprenez mesdames et messieurs, que si vous deviez vivre dans le foyer à ses côtés, que vous ne dormiriez que deux heures par nuit, et encore il faudrait que ce soit de 9 heures du soir à 11 heures, si ce n'est pas votre créneau de sommeil, dur pour vous !!! Ce n'est pas supportable pour tout un chacun. !

Et les compagnons de vie, en terme social du foyer, ne la supportent plus... un phénomène de rejet tout à fait compréhensible est né, et s'amplifie de plus en plus.

C'est un véritable engrenage, car ce rejet dû au comportement d'**Hélène** devient invivable mais est une relation à l'autre, et se crée pour elle une sur-stimulation qui amplifie hélas la situation...

Bien heureusement, nous ne sommes pas seuls, un travail avec l'hôpital psychiatrique de St-Jean-de-Dieu, avec toutes ses compétences d'analyses et d'ordonnances est mis en œuvre.

Une hospitalisation séquentielle d'une semaine sur deux est mise en place, pour lui donner un espace plus contenant et un temps de respiration. Un deuxième veilleur de nuit est engagé dans ses temps de retour au foyer pour que les autres personnes aient l'attention nécessaire à leurs problématiques propres et qu'elle puisse être en surveillance constante ...

Mais cette situation ne peut durer longtemps 250 euros par nuit d'engagement financier supplémentaire non budgétisé...

.../... bien sûr c'est le gestionnaire qui parle...

Où va-t-on avec **Hélène** ?

Alors, pour revenir après cette description si poignante et si présente, à notre sujet du jour...

Les domaines d'intelligences de la personne en situation de handicap, et pour le coup **l'intelligence sociale** particulièrement dans la présente narration **sont dans un bateau avec d'autres passagers d'intelligence**.

Quelles autres intelligences ?

Hélène, avec sa pathologie massive et ses symptômes si marqués, avec ses incapacités de communiquer ou de manifester une adaptation propre à cette problématique personnelle et sociale, **dans laquelle nous sommes conjointement impliqués avec nos préoccupations pour elle, quelles intelligences développe-t-elle ?**

Alors **Hélène** dans cette déficience si puissante et si énigmatique nous impose ce devoir de regard sur nos pratiques, elle nous impose une remise en cause permanente de nos interventions, au-delà de nos habitudes professionnelles, elle nous oblige d'inventer des stratégies, de nous former, de chercher de l'aide, de collaborer avec des partenaires, des services de psychiatrie... avec d'autres.../...

Hélène nous porte dans l'obligation de PENSER... mais de penser ensemble sans querelles de clocher entre sanitaire et médico-social... et avec nos pouvoir-publics, autorités représentant la citoyenneté... notre société.

Dans ce contexte de réalité sociale NIESCHTZE nous rappelle qu' "**Il n'y a pas de phénomènes moraux, rien qu'une interprétation morale des phénomènes**" et si cette pensée relativise la violence conjoncturelle du foyer elle nous donne ce devoir de questionnement :

- Nos capacités d'accompagnements sont-elles à la hauteur des exigences humaines ?
- Nos compétences sont-elles adaptées, appropriées à la situation d'**Hélène** mais des autres résidents aussi ?
- Un relais par une structure mieux pourvue est-il nécessaire ? une structure de ce type existe-t-elle ?
- Refusons-nous une autre orientation pour ne pas s'avouer en échec ?
- Notre implication dans son accompagnement n'est pas ajustée par des compétences adéquates ?
- La citoyenneté que nous entendons habituellement entre nous, est-elle celle d'**Hélène** ?
- Notre éthique professionnelle et des bonnes pratiques professionnelles est-elle au niveau de l'exigence d'**Hélène** ou des pouvoirs publics ?

Et pour finir cette ultime et dernière question...

- **Hélène**, que veux-tu ?

En conclusion,

Je sais que des **Hélène** existent dans beaucoup d'institutions avec plus ou moins d'intensité, et il faut avoir l'humilité de poser les questions qui sont au-delà de la culpabilité, et aussi compliquée que soit la situation biopsychosociale, l'intelligence en œuvre est bien notre réaction de professionnel.

Une impérieuse mission nous incombe, "penser", se mobiliser dans la "recherche" de problématiques de terrain. Une fabrication d'une intelligence spécifique faisant grandir chacun et donnant une issue à **Hélène** et qui soit à la hauteur du comment elle veut qu'on l'accompagne.

Rédaction : **EHRHART Joël – ARHM**

Sexualité, vulnérabilités, handicaps et place du sujet¹

Aujourd'hui, l'accès à la sexualité est reconnu pour les personnes en situation de handicap. C'est du moins ce qui se dégage de l'évolution sociale qui s'exprime par une législation clarifiée. Ces personnes relèvent du droit commun et, à ce titre, ne peuvent subir de restrictions singulières du seul fait de leur situation.

L'interdit des relations sexuelles qui, naguère encore, était un des axes forts des règlements de fonctionnement dans les institutions spécialisées a été reconnu illégal par le tribunal européen des droits de l'homme ; il a donc été partout abandonné. L'OMS a, par ailleurs, précisé qu'il ne pouvait être question d'empêcher une personne d'accéder à la parentalité au prétexte du handicap dont elle serait porteuse.

La mission des professionnels est celle de l'accompagnement qui doit aboutir à conduire les personnes en situation de handicap à occuper au mieux leur place de citoyen et à en bénéficier pleinement, pour leurs droits et pour leurs devoirs. Des citoyens capables d'exprimer leurs choix et leurs aspirations, tout en tenant compte des réalités sociales et environnementales ; autrement dit, des sujets. Des êtres sociaux, conscients d'eux-mêmes et des autres.

Dans cet accompagnement, les personnes en situation de handicap moteur et celles en situation de handicap mental n'occupent pas la même place bien qu'elles soient très fréquemment et à tort associées, sans doute du fait d'une dépendance indéniable aux « valides », dans une proportion qui excède très largement la dépendance moyenne qui existe chez tout être humain par son appartenance à une communauté.

Une personne en situation de handicap moteur peut formuler un désir et élaborer une stratégie pour chercher à le réaliser tout en s'appuyant sur une identité reconnue et stable. Elle est capable d'argumenter et d'évaluer les risques qu'elle veut bien prendre dans la relation. Si elle est arrêtée dans son projet, c'est par une réduction de sa mobilité. Elle aura alors besoin d'une aide technique en la personne d'un partenaire suffisamment valide, d'un aidant à la relation sexuelle si le partenaire est lui-même en situation de réduction motrice ou d'un assistant sexuel, formé ou non, en l'absence de partenaire non rémunéré.

Pour le moment, la loi française ne reconnaît pas licite l'intervention d'un tiers non partenaire dans la relation sexuelle, quelle que soit la part qu'il y prenne, qui est, à ses yeux, de l'ordre du proxénétisme ou de la prostitution. Les visées abolitionnisme de notre pays ne laissent pas entrevoir d'évolution dans ce domaine.

Malgré une demande clairement formulée, soutenue et répercutée par des associations, les personnes en situation de handicap moteur qui souhaiteraient trouver une réponse dans les registres ci-dessus évoqués, se voient opposer une fin de non-recevoir.

Leur dépendance implique presque systématiquement une abstinence qui s'accompagne rarement d'un renoncement. Ce sont donc des personnes insatisfaites à qui leur cadre social promet la poursuite de leur insatisfaction.

La réalité des personnes en situation de handicap mental est bien différente, pratiquement à l'inverse de la précédente. Elles ne sont pas empêchées dans leur corps et, pour la plupart, elles auraient les moyens et les capacités techniques de s'accoupler. Nous utilisons ce verbe sciemment, pour souligner l'existence d'une aptitude technique. Nonobstant celle-ci, les personnes en situation de handicap mental n'ont guère plus accès aux relations sexuelles que les précédentes. Nous parlons de celles qui en ont le désir, voire qui l'expriment en terme de projet. Il est fallacieux de se réfugier derrière l'idée que les personnes en situation de handicap mental n'auraient d'autres souhaits que d'échanger quelques caresses ou de se tenir par la main sans avoir notion du coït, ni attrait pour celui-ci. S'il est vrai que certaines d'entre ces personnes en restent éloignées, elles ne sont pas représentatives de l'ensemble et il est vraisemblable que leur nombre décroisse graduellement, en même temps qu'augmente l'autonomie moyenne du plus grand nombre.

Si ces personnes ne peuvent mettre en pratique ce que leurs capacités leur permettraient de faire, c'est qu'elles en sont empêchées par d'autres ; ceux dont elles dépendent et qui peuvent directement agir sur leur liberté d'action. Globalement, les membres de leur famille et les professionnels qui les accompagnent, les uns et les autres œuvrant généralement dans le même sens.

¹La bibliographie correspondante se trouve après l'intervention en séance plénière

Les personnes en situation de handicap mental ont donc droit à l'accès à la relation sexuelle mais leur entourage agit pour le réduire de manière significative, le plus souvent en toute bonne conscience.

Historiquement, la restriction sexuelle imposée aux personnes en situation de handicap mental peut se comprendre. Les sujets concernés étaient considérés comme incapables et définitivement inéducables. En tant que tels, ils s'avéraient non désirables, d'autant plus qu'ils vivaient dans un isolement relationnel important, ne voyant pratiquement que leurs proches et n'étant vus que par eux. De plus, la sexualité étant liée à la parentalité ou au risque de grossesse, il n'était pas envisageable qu'ils devinssent parents : seule l'abstinence imposée leur convenait. En réalité, certaines de ces personnes étaient utilisées comme expédients sexuels, comme prostituées domestiques gratuites, ce qui, bien évidemment, était inadmissible. Exclues de toutes les façons, quelle qu'en soit la manière. Tenues au secret, parfois totalement cachées.

Au cours des années 1970, plusieurs changements importants vont bousculer cet ordre établi.

- La loi de 1975 est promulguée. Elle reconnaît aux personnes en situation de handicap leur place dans l'espace social et prône leur intégration. Elle représente la première étape sur le chemin qui mène au droit commun. Elle indique aussi l'existence d'une conscience sociale qui devient très sensible à tout ce qui se révèle discriminatoire, de plus en plus refusé.
- L'idée de la nécessité d'une éducation précoce s'impose, d'abord laborieusement, pour finir par se généraliser. Cette approche rompt avec le défaitisme qui accompagnait toute naissance d'enfant handicapé en affirmant que, dorénavant, il serait éducatible. Il suffisait pour cela de s'y prendre correctement et d'y mettre les moyens : suivis médical et paramédical, « guidance parentale », pédagogie adaptée...

À cette époque, il n'était pas rare de voir des parents ou des professionnels s'étonner qu'on parlât au jeune enfant déficient puisque celui-ci était censé ne rien comprendre. En tout premier lieu, l'éducation précoce a permis de prendre l'enfant comme un interlocuteur valable et de l'insérer dans un réseau de langage et de relations.

- La réalisation de l'intégration a rompu le confinement des jeunes en situation de handicap. Voués à vivre jusque-là plutôt entre eux au sein des institutions spécialisées, ils se sont trouvés confrontés à des modèles identitaires nouveaux, multiples et, surtout, similaires à ceux que rencontraient alors les jeunes de leur âge. Comme si on leur ouvrait le droit de rêver à leur avenir en ne restreignant plus artificiellement le champ des possibles.
- Parallèlement à ces événements, le « flux médiatique » n'a cessé de s'amplifier. Par de multiples canaux sollicitant essentiellement la vue et l'ouïe, des messages informatifs bombardent les récepteurs que sont tous les citoyens d'aujourd'hui. Chacun y apprend énormément, même si c'est de manière désordonnée. Une grande proportion de ces messages a trait directement à la sexualité et entretient un état d'excitation soutenu. Ce phénomène est vraisemblablement à l'origine de ce que nos sociétés ont appelé la préadolescence ; un temps où la séduction est devenue prépondérante, même si elle est la plupart du temps déconnectée de toute visée génitale.
- Dernièrement, l'évolution des technologies a offert aux plus jeunes des outils de communication extrêmement performants avec lesquels ils peuvent maintenir des liens ou les développer ou assouvir leur curiosité ou explorer leurs centres d'intérêt. Ce qui est remarquable avec ces petites machines (téléphones portables, tablettes, ordinateurs), c'est qu'elles permettent aux apprentis de faire des progrès plus importants que ceux auxquels leurs capacités cognitives semblaient les confiner jusque-là, en les rendant plus actifs et plus efficaces. Ce qui remet en question les modèles traditionnels d'apprentissage et qui augmente leur autonomie réelle et même temps que leur appétit relationnel.

Certaines évolutions sociales peuvent se confondre avec des effets de mode et n'entraîner que des changements insignifiants ou superficiels. Dans le domaine qui nous occupe, on aurait pu croire, pendant un certain temps, que c'était le cas. Les jeunes personnes en situation de handicap mental développaient de meilleures capacités adaptatives, s'inscrivaient mieux dans le tissu social tout en y restant discrètes, apprenaient mieux et, surtout, utilisaient leurs nouvelles compétences en sachant les transférer dans de nouveaux domaines, sortant ainsi de formes de conditionnement jusqu'alors caractéristiques de leurs performances. Pour autant, elles restaient dans l'ombre des personnes tutélaires dont elles ne se

détachaient guère plus que durant les périodes précédentes, restant pour beaucoup dans une forme d'identification en marotte.

Mais depuis une bonne dizaine d'années, nous assistons à un évènement qui dément totalement ce risque d'évolution et qui sonne comme une révolution.

Les jeunes en situation de handicap mental présentent des comportements compatibles avec un processus adolescent et, de plus en plus nettement, avec un vécu correspondant à une crise d'adolescence. Cela à un âge cohérent à celui des autres jeunes, non handicapés. Ce qui veut dire que ces jeunes sont aux prises avec un processus identitaire de maniements et de remaniements œdipiens pouvant conduire à les situer de manière stable dans la chaîne des générations et dans la différence des sexes. Aptes à appréhender les différences essentielles, ils établissent leurs bases de sujet désirant, inscrits dans une temporalité et dans l'élaboration possible de projets personnels.

Ce qui est remarquable, c'est que le projet social les concernant n'a jamais anticipé un possible développement de leur sexualité ou, plus généralement, de leur identité sexuée. En tout cas, dans tous les textes abordant la nécessité d'une éducation précoce et développant tous ses bienfaits à venir, le sujet n'est jamais mentionné. Plus encore, les centres de formations d'éducateurs interdissent longtemps d'associer handicap mental et sexualité et les universités de psychologie ne virent pas la pertinence d'un tel rapprochement, la déficience intellectuelle conséquente ayant théoriquement pour effet de maintenir les personnes concernées par elle dans un en-deçà de toute résolution œdipienne. Donc, évidemment, de toute problématique adolescente.

Les indéniables mouvements adolescents dont nous parlons sont à différencier de troubles réactionnels et protestataires auxquels de nombreux jeunes en situation de handicap mental nous avaient habitués. Troubles d'ailleurs persistants chez leurs aînés. Ces troubles répondaient pour beaucoup à la présence d'interdits systématisés, notamment dans le champ de la sexualité, posés aux seules personnes déficientes et pas à leurs pairs valides et doublés d'une telle surveillance qu'ils étaient pratiquement impossibles à transgresser. Certains de ces troubles du comportement parmi les plus graves pouvaient passer inaperçus parce qu'asymptomatiques : ils se manifestaient par un abandon de toute résistance, de toute lutte, qui passait pour une bonne capacité d'adaptation chez une personne ayant bon caractère : une espèce de figure de l'imbécile heureux qui n'est qu'une fiction apaisante créée par ceux qui accompagnent les personnes en situation de handicap et qui n'ont pas envie d'assumer le fait qu'elles pourraient être malheureuses ou qu'elles pourraient souffrir.

Cette évolution, pour notable qu'elle soit, n'est certainement pas encore aboutie et, tributaire de l'environnement concret, elle reste diversement distribuée sur le territoire.

Pour autant, elle est hautement significative et, vraisemblablement, irréversible. Elle annonce le changement de statut des personnes en situation de handicap mental qui quittent les aptitudes imitatives et adaptatives par soumission pour développer des aptitudes cognitives exploratoires et adaptatives par tentatives de transgression. Logiquement, là où elles avaient systématiquement besoin de porte-parole, elles arrivent, de plus en plus, à exprimer leur désir personnel et, ce qui est fondamental, collectif.

Les manifestations adolescentes repérables chez les jeunes en situation de handicap mental prouvent à quel point ceux-ci sont partie prenante de la dynamique sociale puisqu'ils en adoptent la symptomatologie ; celle qui accompagne un changement identitaire important.

L'adolescence est une réalité historique. Elle n'existe pas dans toutes les sociétés et n'est apparue que progressivement dans la nôtre avant de s'y installer. Partout où elle est inutile, elle est confondue avec le passage de l'enfance à l'âge adulte, en lien ou non avec la puberté. Une société qui a besoin que ses enfants rentrent très rapidement dans la vie active, comme géniteurs et/ou comme actifs responsables (guerriers, cultivateurs, artisans, femmes au foyer...) va les aider à repérer quand ce passage doit avoir lieu et raccourcir notablement celui-ci, par l'instauration de rites de passages par exemple. *A contrario*, une société qui n'est pas dans cette nécessité va rendre ce passage plus délicat et plus long. L'adolescence peut donc être comprise comme la réaction des jeunes concernés devant les stratégies qui visent à ralentir leur entrée dans le monde des adultes, le monde des réalités sociales, organisationnelles, structurelles, hiérarchiques, religieuses, et cosmogoniques. La subtilité des adultes réside dans l'instauration d'un tour de passe-passe. Ils font croire aux jeunes que cette difficile traversée qu'est l'adolescence est un processus naturel alors qu'il n'est que culturel. Pour parfaire le tout, ils se persuadent que c'est vrai (peut-être pour mieux admettre qu'ils sont passés par là eux-aussi) et qu'ils font tout pour aider les jeunes dans leur épreuve.

Mais aussi loin que remontent les témoignages sociaux, la génération en place s'est montrée suspicieuse à l'égard de la suivante, lui trouvant tous les défauts et craignant qu'elle soit inapte à assurer son rôle à son tour. Elle n'a jamais été avare de propos disqualifiants ni de conduites agressives à son endroit. D'ailleurs, une partie de la fonction des rites de passage est d'endiguer cette agressivité en la domestiquant et d'en réduire ainsi la portée et les effets, la rendant la moins meurtrière possible. Quand les rituels sociaux sont faibles ou inexistant, le risque de violence directe et compétitive entre les générations s'accroît, au détriment le plus souvent de la plus faible. C'est ce dont témoigne le comportement de la belle-mère de Blanche-Neige dans le conte des frères Grimm. Incapable de supporter l'idée d'être bientôt supplantée par sa belle-fille sur la scène de la séduction et de la sexualité, elle décide de se débarrasser de sa concurrente et ordonne sa mise à mort. On ne plaisante pas avec la jalousie.

Dans notre société où les passages sont très peu ritualisés, au profit des trajectoires individuelles et du développement original de chaque sujet, les confrontations entre générations sont peu repérables, démultipliées en confrontations individualisées. Autrement dit, même si l'on a des directives sociales collectives dont on retrouve la structure dans les textes législatifs, chacun doit se débrouiller pour en faire quelque chose de cohérent au moment où se vit la friction entre deux générations, notamment quand les enjeux sont ceux de la transmission, que ce soit pour des apprentissages directs ou indirects ou pour des éléments identitaires. Rien d'étonnant donc que ces moments soient propices aux tensions.

Les jeunes en situation de handicap mental qui abordent seulement le processus adolescent grâce à un meilleur accompagnement se trouvent confrontés aux mêmes difficultés que leurs pairs valides auxquelles s'en ajoutent d'autres, plus spécifiques.

- Ils ne sont pas bienvenus comme concurrents plus jeunes, d'autant plus qu'ils dévalorisent les enjeux de la confrontation par leurs caractéristiques associées spontanément au manque. Chacun peut d'interroger : « Qu'en est-il de ma propre valeur si un autre carencé vient me concurrencer ? » Si cet énoncé paraît scandaleux dans sa crudité, il est pourtant répandu sous une forme plus familière, celle qui apparaît dans l'idée que les personnes en situation de handicap mental (voire moteur) ne devraient avoir de relations sexuelles qu'entre elles, voire qu'entre personnes ayant un handicap similaire, proche ou compatible. Etrange appariement qui devient grotesque dès qu'on en développe la dynamique ; et qui est totalement contraire au droit commun et à son soubassement de non-discrimination. Ici, l'agressivité première, assez banale, a de forte chance d'être redoublée.
- Ils sont facilement et trop souvent considérés comme des enfants. Par habitude sans doute, en confondant l'âge mental et l'âge réel, c'est-à-dire en ne tenant compte ni de la construction de la personnalité, ni de l'expérience qui est la meilleure voie pour accéder à la maturité. Mais aussi à cause de la relation de dépendance qui entraîne fréquemment une surprotection. Dans ce cas-là, l'adulte tuteur pense et ressent à la place de la personne accompagnée sans vérifier si pensées, sensations et sentiments ont ou non quelque chose à voir avec la réalité de cette dernière. Cette confusion se répand dans le domaine de la sexualité : en imaginant l'activité sexuelle de la personne accompagnée, la personne tutélaire y participe directement, même si c'est seulement par la pensée, en voyeur plus ou moins conscient de l'être (parfois aussi dans le prolongement des soins d'hygiène, donnés même lorsqu'ils ne sont plus indispensables, ce qui rend le corps encore plus présent). Or, cette participation est inacceptable et interdite par sa teneur incestueuse ou abusive. L'évocation en apparaît dangereuse parce qu'elle vient réveiller des fantasmes inavouables. La confusion se poursuit quand on veut contrôler ou choisir le partenaire puisqu'on le fait en débordant sur un registre trop intime. Là encore, nous sommes où nous ne devrions pas être. Dès qu'elle pense sexualité pour l'autre, la personne tutélaire (parents ou professionnel accompagnant), est active, dominatrice et, le dernier pas franchi, manipulatrice. Pour que la sexualité des personnes en situation de handicap mental soit acceptable, il faut qu'elle soit comme celle de nos parents ou de nos enfants : impensable ou, surtout, irreprésentable (renvoyée où il se doit : dans l'intimité). Dès qu'elle est saisie par nos représentations, elle nourrit nos fantasmes et intègre notre vie sexuelle.

C'est par le biais de cette perception manipulatoire et, partant, perverse, que cette sexualité nous paraît dangereuse. En réalité, nous nous découvrons dangereux pour la personne accompagnée et nous nous associons aisément, dans ce mouvement, à tout partenaire. Pour nous, ensemble factice et arbitraire, constitué des personnes tutélaires, la sexualité acceptable reste la nôtre, celle que

nous pouvons partager avec nos pairs et, peut-être même nos semblables. Au fond de l'affirmation que la sexualité serait dangereuse pour la personne en situation de handicap, il y a cette croyance que celle-ci n'est pas semblable à nous, qu'elle ne nous vaut pas.

- Ils ramènent leur entourage au choc vécu autour de leur naissance ou de la découverte de leur handicap quand ils évoquent leur désir d'enfant ou quand le risque d'une grossesse est systématiquement associé à leur désir de sexualité. L'évocation d'un enfant, handicapé ou non, mais dont on considère à tort ou à raison que ses parents ne sauront pas s'en occuper, condense le temps et fait ressurgir le passé ; l'époque où, justement, des désirs de mort ou de non existence, des mouvements agressifs ou violents, réprimés ou agis, étaient dirigés vers l'enfant non voulu ainsi. Ils reçoivent alors une agressivité, pour leur désir actuel mal accepté et pour avoir rappelé un passé généralement refoulé ; ces mouvements agressifs pouvant être rapidement camouflés par leur inversion défensive qui prend alors la forme d'une surprotection (en interdisant ou en réprimant, par exemple, une pratique sexuelle annoncée comme dangereuse).
- Enfin, dans un registre plus symbolique, ils souffrent d'une espèce d'assimilation entre leur handicap, perçu de l'extérieur comme un manque, et la castration. La castration étant l'acceptation de la dépendance à l'autre sans qui on ne peut pas survivre, celui qui nous accueille, nous initie au langage et aux modes de vie en société, auprès duquel on se trouve en situation de dette inextinguible. Grâce à ce processus, nous avons pu abandonner la toute-puissance infantile et accepter que ce que l'on reçoit du monde ne saura jamais nous satisfaire pleinement et ce que ce que l'on apportera au monde ne sera jamais aussi satisfaisant qu'on l'aurait souhaité. Ils sont souvent perçus comme des personnes qui seraient castrées pour de vrai (ce qui n'a aucun sens) ; des personnes dont le manque formel, considéré comme réel, ne leur permettrait pas d'accéder à l'expérience et à se satisfaire de leur insatisfaction. Cette croyance se retrouve chez ceux qui considèrent que les personnes en situation de handicap mental sont sous l'emprise de leur monde pulsionnel et qu'elles sont incapables de se raisonner.

Le jeune en situation de handicap mental rencontre donc des difficultés plus importantes que les jeunes valides pour aborder l'adolescence, ses possibles crises et sa résolution. Logiquement, il aura donc aussi plus de difficultés que ses pairs pour se construire en tant que personne sexuée et désirante ou pour en revendiquer les prérogatives. Essentiellement parce que son entourage va le considérer comme peu capable d'expérimenter et va vouloir le protéger de dangers, comme nous venons de le voir, essentiellement imaginés. L'éloignant des champs d'expérience ou en en réduisant considérablement l'accès, cet entourage va placer ce jeune en situation paradoxale puisqu'il va exiger de lui qu'il fasse ses preuves dans des domaines qu'il n'aura pas pu aborder autrement que sur le plan théorique. Dans le domaine de la sexualité, par exemple, nous mettons en place des groupes de parole mais nous intervenons dès que les jeunes se touchent (et nous parlons d'attouchements) ou s'isolent à deux ou plusieurs en quête d'intimité. Nous imaginons pour eux un cheminement et nous ne supportons pas qu'ils ne le suivent pas avec le plus grand respect. Pourtant, quand nous prenons la précaution de leur demander leur avis, nous pouvons constater qu'ils ne sont pas forcément d'accord avec notre vision de leur avenir, ni même des priorités que nous donnons à leurs apprentissages (souvent choisis pour leur utilité directe).

Or, si nous nous basons sur les progrès considérables accomplis par beaucoup de jeunes en situation de handicap mental aujourd'hui dans le domaine de la structuration psychique, de la revendication identitaire et de l'élaboration de leur projet de vie, nous pouvons leur faire confiance pour poursuivre leur cheminement. Celui-ci suppose, comme pour chacun, d'affronter frustration, désillusion, douleur et souffrance qui sont les compagnons inévitables de la réussite, de la satisfaction et de l'épanouissement.

C'est bien pourquoi, comme nous le faisons hier, aujourd'hui encore nous revendiquons pour les personnes en situation de handicap le droit à la souffrance qui est le chemin inévitable de l'expérience.

Que craignons-nous donc pour elles ? Qu'elles découvrent, parmi les renoncements qu'elles devront concéder, le chemin de la félicité ou celui du septième ciel ? Ou qu'elles partagent nos piètres secrets et nos prérogatives ?

À bien y regarder, la plupart des stratégies de protection que nous mettons en place pour des personnes qui n'en demandent pas tant, ont des visées défensives, pour nous.

Atelier n°3 : Handicap mental et narrativité

INTRODUCTION : NARRATIVITE ET HANDICAP Michèle Gauthier

Certains événements de la vie, normaux (Œdipe, crise d'adolescence, de maturité, de vieillissement) ou accidentels (Naissances malheureuses, déficiences, traumatismes...), génèrent un état de crise chez le sujet concerné et ses proches par l'effet de rupture créé dans la continuité de soi et les certitudes acquises garantissant de la sécurité interne... Il s'agit alors de trouver des stratégies permettant de dépasser la crise et, s'il s'agit d'un handicap au long cours, de l'intégrer à la personne sans trop freiner son évolution psychoaffective, intellectuelle, socioprofessionnelle... Le potentiel de créativité, et plus particulièrement de narrativité, de l'être humain (homo narrans) lui ouvre une voie possible.

Les mythes, contes, légendes de la littérature orale proposent des modèles de représentation d'expériences de crise à travers des situations et des personnages archétypaux dans lesquels chacun peut se retrouver, se projeter et résoudre sa problématique particulière tout en s'inscrivant dans les grandes questions de l'humanité (l'amour, la mort, le conflit, la souffrance, le lien social...)

C'est ce qui se passe dans le conte merveilleux où le héros, en grande difficulté au début de l'histoire, va réussir, avec l'aide de la fée, de l'animal secourable (le chat, la grenouille, l'oiseau) les épreuves initiatiques qui vont l'aider, dans le temps du conte, à grandir, vaincre l'ogre, franchir un mur de feu, un océan furieux, rapporter l'eau de vie à un père mourant... Au bout du conte (compte) le héros épousera la princesse, deviendra courrier du roi (le petit Poucet) et ainsi gagnera sa place dans la société...

Ce type de récit est un médiateur entre le monde de la culture et le monde plus personnel des croyances, désirs, espoirs, frustrations de la personne concernée. Il est accessible à tous et permet de s'identifier au héros de l'histoire.

Le roman, la poésie, proposent des modèles identificatoires plus complexes permettant tout autant la projection des conflits internes que la réalisation des désirs personnels dans le temps de la narration.

Proches des témoignages et des journaux intimes, les narrations plus personnalisées, qu'on peut rattacher aux « écritures du JE », qui se sont beaucoup développées depuis le début du XX^{ème} siècle, mettent en scène des expériences individuelles souvent douloureuses qui croisent les questions existentielles universelles mais l'expriment par la voix spécifique d'un sujet particulier.

Dans le contexte du handicap, ces narrations sont de plus en plus l'affaire des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles et de leurs aidants. Elles témoignent à la fois de la place centrale tenue par les expériences de rupture à notre époque et de l'émergence de l'individu pensant et souffrant en son nom propre.

La narration d'événements traumatiques permet à la fois une articulation entre événements objectifs et vécus subjectifs et un travail de mémoire qui inscrit la personne dans le temps, rendant ainsi possibles le deuil et un début d'élaboration psychique. Cette libération progressive d'un passé ou d'un présent douloureux permet une évolution favorable et l'inscription dans de nouveaux projets.

Si on s'intéresse de plus près à l'approche collective du handicap par la narration, on constate une évolution progressive du discours autour du handicap, qui a permis la Loi de 2005, les

Lois sur les aménagements publics, l'année de l'Autisme, l'année du Handicap... Même s'il reste beaucoup à faire, on est bien loin du « grand enfermement » dans l'asile et même de ce qui se pratiquait il y a 30 ou 40 ans...

Mais cette évolution est elle-même liée à de nombreuses narrations, prises de parole, conférences, batailles diverses de personnes très engagées dans l'action et la réflexion autour du handicap.

Je pense en particulier à Roger Salbreux, co-fondateur des CAMSP, fondateur de l'AIRHM, ou à Charles Gardou, anthropologue, qui se battent -avec beaucoup d'autres- depuis de nombreuses années, pour faire changer la perception du handicap dans la société. Je vous renvoie à la déclaration faite par Charles Gardou en 2014 devant le Conseil Économique et Social, séance à laquelle était également convié M Cédric Mametz, Président de l'Association « Nous Aussi ». C'est au travers de ces diverses mises en mots, plaidoyers, batailles juridiques, que la réflexion autour du handicap a pu avancer, les idées reçues commencer à reculer, la pensée commune évoluer...

Je citerai en particulier l'ouvrage de Charles Gardou de 2012, chez Erès, *La société inclusive, parlons-en. Il n'y a pas de vie minuscule*. Charles Gardou rappelle des valeurs fortes en particulier notre appartenance commune au même monde et notre patrimoine culturel commun.

Dans le domaine professionnel, je pense à tout le travail réalisé par Gérard Grange ici présent avec des personnes handicapées travaillant en ESAT pour mettre en place des détachements en entreprise et faire reconnaître les savoir-faire professionnels dans la société globale. Ce sont de vraies victoires dont il nous parlera bientôt.

Le chemin accompli dans ces différents domaines montre les liens étroits entre l'évolution de la pensée et la narration.

Mais en quoi la narration permet-elle de dépasser les situations de rupture, c'est-à-dire de « trouver-crée », dirait Winnicott, construire ou reconstruire une identité cohérente et satisfaisante permettant de sortir de la crise en intégrant le trauma à son histoire et en se projetant dans l'avenir ? L'identité narrative, qui se nourrit de toutes les autres identités, se construit à travers le temps. Elle est toujours en évolution.

La narration est un puissant levier de changement. Je la définirais, quel que soit le support utilisé, oral ou écrit, comme la capacité de la personne à mettre en récit, en ordre, les différents événements de son histoire, afin d'en intégrer les ruptures et les continuités, en construisant un récit cohérent, signifiant et transmissible, c'est-à-dire s'adressant à d'autres. Ce récit, par ses effets de reconstruction narcissique, d'élaboration et de distanciation, aidera le sujet narrateur (« l'homme qui parle ») à se raconter et proposera ainsi un début de solution pour sortir de la crise identitaire générée par les accidents de sa vie.

Cette capacité à narrer, à raconter, s'origine au tout début de la vie de l'enfant dans « la rêverie maternelle » analysée par Jacques Hochmann. Cette rêverie de la mère sur son bébé est déjà une histoire qui inscrit l'enfant- ce qu'il fait et ce que sa mère lui prête comme sentiment ou ébauche de représentation- dans une temporalité. En accueillant les projections brutes du bébé elle les transforme (Bion), sélectionne certains éléments qu'elle interprète selon sa personnalité et la culture à laquelle elle appartient, leur donne sens, ouvrant ainsi la voie à la construction future de la pensée de l'enfant. Ce faisant elle les transforme en histoire qu'elle restitue à l'enfant et qu'elle raconte et à l'enfant et à un tiers, -le père de l'enfant, -un grand autre-, si tout va bien...

Mais les avatars des histoires individuelles ou collectives peuvent venir entraver ces premiers moments ou les mettre en péril. C'est pourquoi nous avons d'autant plus besoin si nous sommes en situation de détresse de nous appuyer sur cette expérience originaire -avoir été contés- pour nous raconter. Et si cette expérience n'a pu se faire de façon satisfaisante peut-être alors avons-nous besoin d'être conté par l'Autre ou avec l'Autre (parent, ami, aidant, psy, conteur...), avant de pouvoir nous (ra)conter nous-même (travail que l'on peut faire à partir des contes si l'on connaît mal l'histoire de la personne).

Les outils mis à disposition pour favoriser la narration orale ou écrite doivent continuer à se développer pour les enfants et les adultes : lecture et écriture pour tous, enregistrements audio-visuels, informatique, accès facilité aux bibliothèques, aux musées (pictogrammes), développement du Facile à Lire et à Comprendre (FALC).

On peut remarquer que les personnes handicapées prennent de plus en plus souvent la parole, soit en leur nom propre, soit par le biais d'associations comme « Nous Aussi » dont Cédric Mametz va nous parler.

Enfin, en conclusion, je dirais que toute narration est une « poïesis », au sens grec de création. Elle façonne, réorganise et ainsi reconstruit l'histoire de la personne en lui donnant sens et en faisant Histoire, histoire qui évolue soit au cours d'une même narration soit au cours de plusieurs narrations -réparties dans le temps- qui deviennent alors des marqueurs de vie et interagissent avec les narrations «collectives » reflétant l'état de la pensée dans notre société.

Parmi les nombreux textes écrits par les personnes handicapées et leurs familles, je pense au roman à deux voix : *Et tu danses, Lou* de Pom Bessot et Philippe Lefait en hommage à leur fille adolescente handicapée ou au très beau poème de Tahar Ben Jelloun adressé à son fils Amine, un jeune homme atteint de trisomie 21 que l'on peut lire dans le livre de Charles Gardou et Tahar Ben Jelloun : *Des mots d'écrivains* (Erès 2009), ouvrage dans lequel on remarque que nombre d'auteurs écrivant autour du handicap sont dans une proximité certaine avec cette question.

QUELQUES IMPRESSIONS D'ATELIER Michèle Gauthier

L'atelier se composait de 23 personnes, soignants, responsables institutionnels, médecin du travail, personnes handicapées travaillant en ESAT et leur référent Gérard Grange, Cédric Mametz, Président de l'Association de personnes handicapées intellectuelles « Nous aussi », familles de personnes handicapées invitées et moi-même, psychologue clinicienne et anthropologue.

Après mon exposé sur « Narrativité et Handicap », nous avons abordé deux grandes questions, à propos desquelles les débats ont été très animés :

Gérard Grange, moniteur d'atelier à l'ESAT de Feurs (42), nous explique la procédure qu'il a mise au point depuis plusieurs années maintenant entre l'ESAT et les entreprises : il s'agit de la mise à disposition auprès des entreprises de personnes handicapées travaillant en ESAT.

Dans une 1^{ère} étape il s'agit de «détachements collectifs encadrés», l'étape suivante consistant dans le passage du travail au sein du groupe encadré en entreprise au travail individuel, ceci favorisant autonomie, épanouissement de soi et savoir-faire professionnel.

Gérard Grange a beaucoup œuvré pour la reconnaissance des savoir-faire professionnels, en liaison avec l'AFPA régionale, ...

Christine et Robin, venus de l'ESAT de Feurs avec Gérard, nous narrent leur parcours. **Christine Fayolle** a déjà une bonne expérience de ce dispositif et exprime combien il a été important pour elle de sortir des murs de l'ESAT, entre lesquels elle étouffait, pour aller travailler en détachement d'entreprise...

Robin Goujon est plus jeune et découvre le dispositif qui semble lui convenir.

Le débat prend un tournant plus véhément concernant des questions de vocabulaire et de nomination des personnes handicapées : le terme « adultes » est fortement dénoncé car « quand on rencontre quelqu'un dans la rue on ne lui parle pas en lui disant adulte ». Les autres personnes handicapées présentes confirment et dénoncent des termes inadéquats qui les blessent, en particulier l'appellation « internes » par opposition à « externes » au foyer.

Cédric Mametz reprend ce terme et le dénonce fermement... Il semble que ce type de vocabulaire rappelle de mauvais souvenirs scolaires et surtout soit vécu comme particulièrement infantilisant... Les débats sont animés...

La mixité éventuelle dans les institutions avec les personnes porteuses de troubles mentaux est abordée et totalement rejetée par les personnes handicapées intellectuelles présentes et l'association « Nous aussi » par la voix de Cédric Mametz. « On n'est pas fous ! »

Cédric nous raconte la création de « Nous aussi », ce qui sera repris en séance plénière.

Nous arrivons à la seconde grande thématique de notre atelier : les vécus souvent douloureux des personnes handicapées elles-mêmes et des membres de leurs familles :

Un jeune homme atteint d'un important handicap mémoriel à la suite d'une grave maladie contactée dans son enfance exprime sa souffrance, sa profonde tristesse et sa culpabilité vis-à-vis de sa mère, présente dans l'atelier :

*Bonjour, je m'appelle **Rémi Dutour**, j'ai 38 ans, je suis tombé malade à 8 ans et demi et je passe ma vie à faire des choses qui me plaisent et des fois ça ne va pas mal et d'autres fois eh bien ça l'est moins, mais je fais avec et je vis ma vie correctement comme vous tous et pourtant j'ai perdu la mémoire et je peux pas vivre seul et je ne peux pas conduire et avoir une maison et alors je suis en foyer. J'aurais aimé être un bon pâtissier mais je suis dans un ESAT et c'est difficile de ne pas avoir de mémoire et je suis inquiet et de ne pas avoir de mémoire, ça éloigne beaucoup de gens!...*

Sa mère, **Danielle Dutour**, évoque avec une certaine amertume l'orientation imprévue prise par sa vie lors de la maladie de son fils et ses conséquences, la rupture du couple, l'enfermement, l'inquiétude pour le devenir de cet enfant qui ne peut même plus maintenant travailler en ESAT...

L'origine traumatique du handicap de Rémi a imprimé une coloration particulière à son évolution (évolution narrative) et elle a évolué avec les autres intelligences narratives (accompagnants, famille, amis, professionnels).

L'origine du handicap de Rémi est traumatique et iatrogène. Il est resté dans un coma profond pendant 2 mois, puis une longue période aphasique quasi neuro-végétative a suivi.

Cela s'est passé à la suite d'une intolérance médicamenteuse : de l'oncovin prescrit dans le cadre d'un protocole chimiothérapique pour guérir un lymphome malin non hodgkinien.

Rééducation orthophonique et kinésithérapique (réapprentissage de la parole, membres inférieurs touchés par une polynévrite, réapprentissage de la marche, de la latéralité, sphincters relâchés).

Bien sûr, à force de travail et d'espérance, Rémi a bien récupéré, mais il n'a pas tout récupéré.

A l'âge de 9 ans, Rémi endosse le statut d'enfant handicapé à 80%. Amnésie sévère ; trouble de repérage dans l'espace et le temps qui le prive à tout jamais d'une vie autonome.

L'annonce du handicap s'est faite à l'hôpital. A petits pas, à petits mots, avec un vocabulaire que j'ai dû apprendre à décoder. Je ne savais pas, je ne savais rien, sur rien. Vide sidérant, sans soutien, sans piste qui aurait pu anéantir la vie de Rémi et la mienne

Après mes révoltes, j'ai appris à renoncer, à accepter, à faire AVEC.

Parcours administratifs épuisants : portes ouvertes, guichets fermés, oui, non, peut-être, revenez, il manque un tampon... avant l'admission de Rémi en structures adaptées (Foyer, ESAT).

Une autre vie commence. La psychothérapie devient nécessaire: il faut apprendre à nous rencontrer, à nous apprivoiser.

Au fil d'un travail au long cours basé sur la confiance et l'écoute, l'observation, la bienveillance, le respect, j'ai compris ce que veut dire "intelligence narrative". Séances partagées avec mon fils (chaque semaine pour lui, puis tous les 15 jours dont une séance ensemble chaque mois).

Mettre une bonne fois pour toutes des mots sur nos souffrances, comme "être comme ça", ou "faire le deuil de l'enfant rêvé". Arriver enfin à admettre que les histoires que Rémi raconte sur des

histoires entendues sont aussi des histoires, ses histoires, autres, dignes d'intérêt, intelligentes. Que même s'il n'a pas les joies d'un père de famille ou la reconnaissance professionnelle, ses possibles rassurants ou inespérés riment avec courage. Que ses progrès sont des feux d'artifice.

Sa parole quand elle raconte ou se raconte doit être prise au sérieux. C'est pour moi la seule évidence pour aller vers une évolution positive.

Dès l'instant où il sent qu'il est respecté, écouté, il s'exprime d'une façon plus sûre, presque sans complexes.

A mon tour, sans complexes, j'ai appris à le faire évoluer le plus possible dans le monde dit "ordinaire". C'est une force motrice : je l'entraîne, il m'entraîne.

Malheureusement, je ne sais pas vraiment comment son handicap mental est perçu dans notre société trop bien codifiée. Soit par peur, soit par indifférence on ne s'en approche pas, en tous cas pas trop près.

Indifférence devant la différence, solitude devant la différence. Certaines amitiés bouleversées, fracas de famille, voilà notre vécu.

Parfois, je constate que certains professionnels du handicap confondent autonomie et intimité. Je pense notamment à l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne.

Aujourd'hui, il me semble nécessaire que les structures spécialisées inventent des passerelles psychologiques pour aider les déficients mentaux à vivre ce façon plus sereine le vieillissement de leurs proches.

Plus les personnes porteuses de handicap seront entendues, intégrées, autant que faire se peut dans la société, considérées comme des personnes en tant que telles, plus elles évolueront de façon positive.

Mieux vivre ensemble, c'est travailler ensemble, c'est apprendre à se regarder, c'est donc l'affaire de tous.

Pour conclure, je vous dis combien je suis fière de mon fils, pour ses combats pour son assuétude à la vie, qui fait de cette aventure trop singulière et parfois fatigante un exploit.

Père, mère ou sœur, ces personnes proches expriment toutes une grande souffrance, un sentiment d'épuisement et d'échec et une grande inquiétude quant à la retraite de leur enfant. Certain(e)s peuvent être victimes de graves décompensations somatiques...

Lucie de Rauglaudre, sœur aînée (23 ans) d'une fratrie de 4 enfants évoque son enfance et son adolescence avec un frère autiste, 2^e de la fratrie, avec troubles intellectuels associés et comportements violents. Il s'agissait de s'en protéger sans lui faire de mal... « *Nous étions (les 3 autres enfants) comme "une meute de loups" qui l'encerclions pour à la fois nous protéger l'un l'autre mais ne pas lui faire de mal* ». Il semble que ce jeune autiste cassait tout et frappait très facilement à la moindre contrariété...Et il n'était évidemment pas possible d'inviter d'autres enfants à la maison...

Cette histoire dramatique illustre de façon exemplaire l'abandon à elles-mêmes de certaines familles par les psys ou autres aidants, et les conséquences souvent dramatiques sur la psyché des frères et sœurs. Il semble que la maman de cet enfant, dont l'autisme aurait éclos à 2 ans, ait été fortement malmenée à cette époque par un soignant qui l'accusait d'être responsable de l'autisme de son fils... Cette famille s'est ainsi repliée sur elle-même et n'a reçu d'aide psychologique de personne. Un placement assez récent du jeune homme, de 20 ans maintenant, dans une institution en Belgique, semble permettre à chacun de souffler...

Un père de personne handicapée intellectuelle en foyer de vie exprime sa souffrance, sa lassitude, son découragement face à l'absence de progrès de sa fille face à un soignant qui lui dit depuis 20 ans : « il faut attendre le déclic ». Le déclic ne se produisant pas, le père se désespère...

Je remarque au passage la grande inégalité en matière d'aide psychologique auprès des familles et

des personnes handicapées elles-mêmes : Certaines font des rencontres humaines et thérapeutiques qui les aident à tenir le coup, à ne pas sombrer, à se structurer malgré les blessures reçues... alors que d'autres assument leur souffrance dans la solitude...

Malgré tout, quelques portes s'ouvrent :

Quels que soient les progrès qui restent à faire sur le plan sociétal, législatif ou psychologique, on peut souligner quelques avancées : le développement du travail en ESAT ou directement en entreprise, la création d'associations de personnes handicapées comme « Nous aussi » dans lesquelles chacun(e) peut exprimer en son nom propre ses besoins et désirs, la prise de parole écrite par certain(e)s ou leurs proches, le développement du Facile A Lire et à Comprendre (FALC), la sensibilisation du grand public à la question du handicap, l'inclusion, en particulier en milieu scolaire, ... permettent de penser les personnes handicapées comme faisant partie intégrante de la société...

L'heure avançant, je n'ai guère le temps de parler de « Mélusine, métaphore du handicap et de sa transmission ». Je dirais juste et cela pourrait être une amorce de conclusion, que le personnage de Mélusine, tel qu'il apparaît sous la plume de Jean d'Arras, en 1392, apportait déjà un élément d'espoir : en effet, Mélusine, mi-fée, mi-humaine, condamnée à porter une queue de serpent le samedi, « exilée sur le seuil » entre les mondes, mère de 10 fils portant des marques de handicaps variés, va réussir, même si elle-même ne parvient pas à une humanisation complète (par la faute des humains), à transmettre à ses fils les outils leur permettant de dépasser leurs handicaps d'origine. Elle sera « passeuse de cultures » entre mondes hétérogènes...

Pour ceux que cela intéresse mon chapitre sur « Mélusine et la transmission » paraîtra dans l'ouvrage « Le handicap dans notre imaginaire culturel , Le handicap au risque des cultures Tome II, » sous la direction de Charles Gardou, chez Ères, en Septembre 2015.

Introduction à la réunion AIRHM France Jean-Marc Gauthier

I. LE CONTENU

Comme je le disais déjà dans ma lettre de début 2014, pour AIRHM France, des pistes sont à ouvrir et d'autres à conforter en ce qui concerne le handicap mental, les personnes en situation de handicap mental et leurs accompagnants familiaux ou professionnels. Ces pistes pourraient s'organiser autour de deux axes de recherche prioritaires que je détaillerai succinctement pour demander à des personnes qui pourraient être intéressées par ces recherches de bien vouloir se faire connaître pour y participer :

1er axe : La formation des personnes en situation de handicap mental depuis la maternelle jusqu'aux études supérieures, en passant par l'accès à l'emploi et la reconnaissance des acquis professionnels. Cette recherche pourrait comprendre :

- La sensibilisation des élèves, des étudiants et des enseignants à l'accueil des personnes handicapées mentales dans les mêmes formations initiales et continues que celles dont ils bénéficient ou ont bénéficié.
- L'accessibilité renforcée des personnes en situation de handicap mental à tous les savoirs, qu'ils soient scolaires, professionnels ou universitaires. Cela passe par des coopérations renforcées avec l'enseignement général et l'enseignement spécialisé, avec des organismes de formation professionnelle comme l'AFPA, avec les universités et spécialement leur mission handicap en développant avec elles et avec d'autres partenaires comme UNAPEI, Nous Aussi, Inclusion Europe, l'INS HEA ou régionalement l'IRUP (Institut Régional Universitaire Polytechnique) des projets comme l'AVU, Accueil, Aide et Assistance à la vie universitaire, qui ne vise rien moins que de faire participer certaines personnes en situation de handicap mental intéressées à la vie universitaire, que ce soit comme auditeurs libres, comme grands témoins ou comme suivant un cursus universitaire éventuellement diplômant, en partie ou en totalité. Ces personnes pourraient être accompagnées par des "assistants à la vie universitaire", étudiants non handicapés qui pourraient eux-même faire de cet accompagnement un travail diplômant.
- La formation des personnes handicapées à la connaissance de leurs propres handicaps, dans des lieux dédiés ou avec et au milieu d'autres apprenants, par exemple dans des centres de formation aux métiers du médico-social.
- La relance de l'attractivité pour les études d'enseignants spécialisés, en relançant les études sur la capacité des personnes en situation de handicap mental à être enseignables.
- Le développement de programmes de rattrapage pour les adultes handicapés, notamment l'accès à la lecture, à l'écriture, à l'informatique, à la vie culturelle, et à des supports oraux variés (par exemple des ateliers de contes, de cinéma ou de théâtre). Il faudrait aussi continuer à développer la connectivité, y compris dans les domaines affectif et sexuel, les cours en ligne (MOOC : Massive open on line curses) et élaborer avec les personnes concernées des cours en ligne en FALC (Facile à lire et à comprendre).

2ème axe : L'articulation, encore trop souvent problématique en France sur le terrain, entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social :

Outre l'action de l'ARS, véritable plaque tournante administrative de l'articulation secteur sanitaire / secteur médico-social depuis la loi HPST, des changements d'habitudes devraient être confortés :

-Les formations initiales et continues devraient être plus souvent communes aux deux secteurs.
-Les recherches sur les situations de déséquilibres mentaux au long cours, avec leurs aspects pluriels, psychiques comme intellectuels, devraient être mieux partagées entre secteurs sanitaires et secteurs médico-sociaux.

-Il faudrait aussi revaloriser sur les trois côtés du sanitaire, du médico-social et de l'enseignement, l'image que chacun a des professionnels exerçant dans l'un ou l'autre « camp » [j'emploie à dessin ce vocabulaire guerrier]. Dans cette optique, des stages plus fréquents des personnels de l'un et l'autre secteur pourraient être la règle plutôt que l'exception.

Au delà des contacts avec les URAPEIS et les FEGAPEIS de toutes les régions et aussi avec l'UNAPEI, partenaire de longue date de l'AIRHM, mais aussi avec d'autres associations du champ du handicap mental, en particulier celles qui ont été représentées au cours de la journée de St Etienne-Firminy, je veux redire qu'il s'agit vraiment pour AIRHM France d'intégrer les préoccupations quotidiennes des usagers et de ceux qui les accompagnent comme un des éléments majeurs de la recherche sur le handicap mental.

Nous voulons continuer, au niveau français, à développer des synergies fructueuses avec le SIICLHA, l'AsPi, l'AFP, Croix-Marine, l'UNAFAM, l'INS HEA et l'ARHM, réservant à AIRHM international le soin des collaborations avec des organisations plus centrées sur la sphère internationale

II. L'ORGANISATION

Pour un fonctionnement optimal, la délégation française de l'AIRHM (la France est considérée comme une région dans les statuts de l'AIRHM) devrait être restructurée et des responsables pour chaque région de France pourraient être nommés. Je souhaiterais que chaque responsable régional s'adjoigne une personne en situation de handicap mental motivée par la recherche sur le handicap mental et un ou plusieurs de ses proches car l'inclusion doit aussi passer par la promotion et la formation éventuelle aux responsabilités associatives, surtout pour une association de recherche, des personnes en situation de handicap mental.

Les candidatures à ces postes de responsabilités régionales sont à adresser à ASSOCIATION AIRHM FRANCE, 23 rue de Brest, 69002, Lyon.

Pour chaque recherche, des contacts seront à établir entre les différentes instances concernées, mais un effort particulier devrait être consenti pour que le thème de la recherche soit prioritairement porté par des personnes du terrain, personnes handicapées, familles et accompagnants professionnels, avant que d'être soumis à l'examen et à l'intérêt de l'AIRHM et des chercheurs en recherche fondamentale.

Il ne sera pas nécessaire que la personne ou l'association qui porte le projet soit membre de l'AIRHM pour que l'AIRHM y apporte sa collaboration, mais pour que l'association reste efficace, il est souhaitable que les personnes intéressées par la recherche sur les handicaps mentaux d'où qu'elles viennent, se constituent comme membres de l'AIRHM. Les frais d'inscription annuels ont été récemment ramenés à 50 euros pour permettre à un plus grand nombre d'adhérer. Vous trouverez sur le site de l'AIRHM tous renseignements utiles pour cette adhésion mais vous pouvez me signaler dès à présent votre intérêt pour cette démarche, sachant que le prochain CA et la prochaine AG qui statueront sur les nouvelles adhésions auront lieu à Genève le 4 juin.

Jean-Marc Gauthier
Délégué France pour l'AIRHM

Séance plénière

Marcel Jaeger

AIRHM St Étienne 13 mars 2015

Comment la notion de parcours aide à penser la relation entre différents mondes

Il existe une approche réglementaire, formelle, normative de la notion de parcours de soins coordonnés. Elle résulte en effet de la loi du 13 août 2013 relative à l'assurance maladie et vise, à travers sa mise en œuvre, tout à la fois la rationalisation des soins, la qualité du service rendu, la satisfaction des personnes et la réduction des coûts. Sous cet angle, la formule a des équivalents dans d'autres secteurs et notamment dans le secteur social et médico-social où se développent les thématiques du *case management*, de la gestion de cas, du référent unique et autres modalités de coordination (lois du 11 février 2005, du 5 mars 2007, HPST, projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement...). Il s'agit donc d'une nouvelle façon de penser l'intervention auprès des personnes en difficulté du fait de la maladie, du handicap, de l'âge, des difficultés sociales et économiques. Elle correspond à un changement radical dans la conception de l'accompagnement des enfants et des adultes : elle pose des problèmes non seulement organisationnels, avec de fortes implications financières, mais aussi des problèmes éthiques et philosophiques, au sens où elle renvoie à une représentation du monde et du rapport à la vulnérabilité. Derrière les conséquences pratiques pour les professionnels de santé comme pour les travailleurs sociaux, il existe une dimension anthropologique : l'idée de parcours suppose celle de mouvement ce qui, pour certaines catégories de sujets malades et/ou en situation de handicap, n'a rien d'évident. Nous verrons également que la place des personnes est de plus en plus interrogée au vu de quatre paradigmes sur lesquels se fondent aujourd'hui les politiques publiques : inclusion, complexité, mobilité, interactions environnementales.

Mais d'emblée, la notion de parcours renvoie à deux paris, à deux sources de tensions, en raison des changements que cette notion, récente dans la législation et désormais « tendance », appelle.

1. Du parcours de soins au parcours de vie

La partie se joue à trois :

- - parcours de soins (de l'hospitalisation évitable – soins d'urgence – aux USLD)
- - parcours de santé (articulé en amont avec la prévention et en aval avec le secteur social et médico-social, avec un objectif de maintien ou de retour à domicile)
- - parcours de vie (de l'insertion ou de la réhabilitation à « l'inclusion »).

Dans tous les cas, la notion de parcours suppose l'inscription dans la durée ; sa popularisation est liée à la place croissante des maladies chroniques dans l'état de santé des citoyens, mais aussi à l'idée qu'une personne bénéficiant de soins aigus, de courte durée, s'inscrit également dans un parcours de vie et pas seulement dans un parcours de soins. Ce principe vaut aussi bien pour la personne concernée par une maladie chronique que pour un individu n'ayant pas de problèmes de santé particulier. De ce fait, la question de la coordination des actions thérapeutiques, parfois très ponctuelles, renvoie à l'idée que d'autres actions que les soins demandent tout autant une coopération des acteurs et leur coordination, mais que, surtout, tout ce qui peut être mis en place en

faveur de la personne avec un plateau technique élargi à d'autres intervenants que les soignants, doit, de la même façon, être pensé en lien avec l'ensemble du parcours de vie des personnes. D'où la question des enchaînements entre des périodes de soins et des périodes de vie ordinaire, voire de périodes de vide, d'abandon subi ou voulu.

Derrière cela, se profilent des modifications dans la représentation de ce que nous percevons comme étant des « usagers » ou des « patients », pris en considération (pour ne pas dire « pris en charge ») dans des segments – même s'ils sont très longs souvent – de leur existence.

2. Du projet de soins (ou de vie) au parcours de soins (ou de vie)

La notion de projet renforce l'idée d'une continuité dans les parcours d'une personne ; elle souligne qu'en dépit de toutes les apparences, nul ne doit être privé de son avenir ; elle permet d'insister sur la dimension dynamique, au sens où il est dit qu'il n'est d'humanité qu'en mouvement. Donc, si une personne en grande difficulté, voire en situation de dépendance majeure, peut être dite « sujet de droit », cela suppose de créer les conditions de possibilité à la fois de son appartenance à une histoire et de l'expression, autant que faire se peut, d'une volonté personnelle. L'idée de projet est d'emblée à la fois optimiste et rationaliste.

Or, chacun sait que les écarts entre un projet et sa réalisation peuvent être considérables, qu'ils interrogent alors les compétences, les conditions organisationnelles ; c'est d'ailleurs le principal enjeu de l'évaluation de l'activité. Pour beaucoup de personnes, l'idée de projet est même difficile à penser si, au-delà d'un projet d'ampleur limitée (tel projet de soins, projet de déplacement, de rencontre...) doit prendre la dimension d'un « projet de vie », ce qui est pourtant le nom du document attendu par la MDPH pour décider d'une orientation à cinq ans... D'autre part, la notion de projet rend plus difficile la prise en compte de la complexité des fonctionnements humains, le droit à l'erreur, le droit au retour en arrière, les aléas...

L'essentiel pour les nouvelles orientations politiques est de prévenir les ruptures dommageables. Tel est le sens du Plan Santé mentale (Instruction DGS-DGOS-DGCS du 20 mars 2012) lorsqu'il définit 4 axes de prévention et d'action :

- Ruptures au cours de la vie
- Ruptures selon les publics et les territoires
- Ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal
- Ruptures entre les savoirs.

Comment accompagner des parcours personnalisés (même s'ils sont chaotiques), au-delà de la construction de projets bien intentionnés ? Comment faire avec la discontinuité ?

Références bibliographiques

Marie-Aline Bloch et Léonie Hénault, *Coordination et parcours*, Dunod, 2014.

Annie Fouquet, Patricia Sitruk, Jean-Jacques Tregoat, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, IGAS, mai 2011

Marcel Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, 3^e éd., 2012.

Bernard Jolivet, *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*, Croix-Marine/Frison Roche, 1994.

Jean-René Loubat, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2013.

Le projet sexuel comme élément de narration du sujet en situation de handicap

Aujourd'hui, la question de la sexualité des personnes en situation de handicap mental appartient encore aux personnes qui les accompagnent et qui ne s'en sont pas dessaisies à leur profit. Histoire de dire que c'est un sujet sérieux, à laisser aux mains des « experts », trop sérieux en tout cas pour le confier aux seuls intéressés qui n'apparaissent pas avoir la fiabilité nécessaire pour s'en charger.

De fait, ces intéressés se trouvent être dépendants, bien au-delà de la moyenne de nos concitoyens et, à ce titre, ils se trouvent très souvent sous le regard d'un autre tuteur, quand ce n'est pas constamment. Situation qui n'est guère propice à la constitution d'un espace d'intimité ou à l'expérimentation de ce qui doit s'y dérouler. Ce qui est le cas de la sexualité.

Notre société a reconnu explicitement aux personnes en situation de handicap la jouissance du droit commun et, donc, la pertinence d'un accès à la pratique sexuelle. Mais elle s'élève aussi contre les excès qui pourraient découler d'un tel droit et attend de l'entourage des personnes en situation de handicap mental qu'il veille à ce que tout se passe bien (sans expliciter ce que cela peut bien signifier). Concrètement, il revient à cet entourage de ne pas entraver cet accès qu'il n'a pas non plus à autoriser. En effet, l'accès à la sexualité doit se conquérir ; il ne doit pas être offert ou facilité (sauf pour les personnes dont les capacités motrices sont très réduites comme nous l'avons évoqué au début de ce texte). Accompagner une personne en quête d'une pratique sexuelle possible d'un côté, ce qui suppose un réel accès à des temps et des lieux d'intimité, veiller sur elle et peut-être même la surveiller afin que cette pratique s'inscrive bien dans les limites de ce qui est jugé convenable (mais par qui et selon quels critères ?). Voilà bien un véritable paradoxe.

Dans tous les cas, après l'éducation et l'information, le temps de l'expérimentation est venue qui, seule, rend possible une indépendance et un savoir-faire acquis suffisants pour accéder à une pratique. Ce qui suppose des temps et des lieux hors surveillance, loin du regard des parents et des professionnels. Ce qui suppose aussi et d'abord que l'on fasse confiance aux personnes en situation de handicap pour vivre ce qu'elles souhaitent sans imaginer qu'elles n'en n'ont pas la capacité, ce qui les amènerait à se faire manipuler par l'autre ou le manipuler. Ce que la victime supposée, en aucun cas ne supporterait.

Les personnes en situation de handicap mental se heurtent dans leur cheminement à des difficultés particulières.

- Elles ont très peu l'occasion de construire et d'investir des lieux d'intimité propices aux expériences progressives, la première sur la voie de l'autonomie étant celle de la solitude.
- Considérées comme des enfants, leur accès à la majorité est peu reconnu alors qu'elles ne sont plus sous l'autorité parentale de quiconque dès le jour de leurs dix-huit ans. La tutelle, quand elle existe, ne prend pas le relais de cette autorité et n'intervient pas dans le champ du droit de la personne qui est préservé. Il conviendrait de mieux symboliser l'accès à la majorité et de ne plus recourir aux parents comme figure d'autorité, autre que morale et affective. Ce qui suppose aussi une réelle responsabilisation de la personne concernée face à ses actes.
- Elles sont décrites comme restant sous l'emprise de leur monde pulsionnel et gênées dans l'acquisition et le respect des lois par leurs limites intellectuelles. Ne comprenant pas la cohérence et la raison d'être des interdits, elles ne pourraient pas les respecter. Une telle vision des choses est régulièrement démentie par l'observation, les personnes en situation de handicap mental étant plutôt hypernormées et manquant de souplesse devant les interdits qu'elles continuent à observer même quand ils n'existent plus ou qu'ils s'avèrent inadaptés ; pourtant, cette vision persiste. L'intériorisation des règles (qui n'est pas leur intégration) et leur respect sont liés à la capacité à se structurer, c'est-à-dire à répondre à l'attente de l'environnement en respectant les codes en vigueur, et non pas à des capacités cognitives. L'intelligence ne commande pas l'obéissance.

Aujourd'hui, leur évolution qui les conduit à une dynamique adolescente leur permet de se confronter à la transgression, qui est une étape nécessaire sur le chemin de l'autonomie (souplesse adaptative par rapport à la loi qui est alors volontairement acceptée et plus subie).

- Elles sont considérées comme vulnérables et elles sont définies comme telles lorsqu'elles bénéficient d'une mesure de tutelle sans pour autant que l'on sache bien ce que cette caractéristique signifie vraiment. Il convient de préciser que le droit évoque régulièrement la notion de consentement éclairé chez la personne en situation de handicap mental et réclame qu'il soit recherché dès que nécessaire. La vulnérabilité, que le droit mentionne sans pour autant la définir est une notion difficile à saisir. Evoquer la fragilité comme élément de définition ne résout rien, ce concept se révélant aussi vague que le premier. En réalité, la vulnérabilité ne s'impose pas de fait. Elle est recherchée dans le cas où la personne repérée comme vulnérable devient une victime. Et elle n'est pas reconnue comme telle absolument, mais en fonction des circonstances. La vulnérabilité, si elle est retenue, entraîne alors un alourdissement des peines chez celui qui en a profité pour arriver à ses fins.

Quand la notion de vulnérabilité (ou celle de fragilité) est avancée comme argument pour empêcher l'accès à la pratique sexuelle, pour la restreindre ou pour la contrôler entièrement, elle répond à l'idée que cette pratique serait particulièrement inadaptée parce que dangereuse pour la personne concernée. Ce qui signifierait que cette pratique provoquerait chez elle un dommage certain, significatif et observable. Qu'en tant que sujet, elle serait blessée, détériorée.

Or, l'expérience comme l'observation nous enseignent qu'il n'en est rien. Les personnes en situation de handicap qui accèdent à une pratique sexuelle semblent y trouver la même satisfaction que le commun. Mais aussi les mêmes difficultés ou désagréments à l'occasion.

Nous confondons volontiers dans notre démarche protectrice l'évocation d'une insatisfaction ou d'une crainte, avec l'existence d'un dommage. Ou nous la prenons même comme preuve d'un abus, comme si une expérience voulue et recherchée ne pouvait qu'être satisfaisante et source d'épanouissement. Cette approche naïve est corroborée par l'exigence que nous avons envers les personnes accompagnées : qu'elles sachent clairement à quoi elles s'exposent en cherchant une relation sexuelle, y compris quant aux effets qu'elle pourrait entraîner sur les plans affectif et psychique. Cette transparence du désir est pourtant une illusion, quelles que soient les capacités intellectuelles et affectives du sujet concerné. Et le champ de la sexualité est, par essence même, celui de l'opacité ; ne serait-ce que parce que ce que nous y engageons, qui relève pour beaucoup de l'inconscient, nous échappe en grande partie. Qui pourrait soutenir que les personnes en situation de handicap mental n'auraient pas d'inconscient ?

La souffrance, possiblement rencontrée dans l'expérience sexuelle, ne doit pas être confondue avec la vulnérabilité. Vraisemblablement, une personne en situation de handicap mental n'est pas moins apte qu'une autre à faire face à la souffrance et à la surmonter. C'est même à ce prix qu'elle bénéficiera pleinement de ses expériences et qu'elle pourra confirmer sa réalité subjective, s'affirmer comme sujet.

L'activité sexuelle, comme toute expérience relationnelle, comporte des risques. Les désagréments qu'on peut y rencontrer sont proportionnés aux plaisirs qu'on peut y trouver.

Rappelons-le fermement : la limite infranchissable de l'activité sexuelle est l'abus. Les personnes en situation de handicap ont à en être protégées comme n'importe qui.

Quand on observe l'ensemble des arguments avancés pour « préserver » les personnes en situation de handicap mental des dangers de l'activité sexuelle, on se rend compte qu'ils sont essentiellement projectifs. Ils restent liés à des représentations anciennes qui devraient être obsolètes et qui permettent de maintenir une position de pouvoir et d'autorité dans la relation au profit des personnes valides. Cette relation nous permet d'exercer sur elles une surveillance continue qui les prive de leur part d'intimité et qui les rend transparentes à nos yeux. Elle se rapproche de la relation qui existe entre les parents et leur tout jeune enfant, avant que celui-ci n'ait compris que ses pensées ne sont pas directement visibles pour les autres, ce qui lui permettra de se constituer un « trésor » inaccessible, fait de pensées propres, d'élaboration, de souhaits et de projets, première ébauche d'un moi contemporain du langage, celle sur laquelle va se construire et se développer l'identité narrative.

En maintenant les personnes en situation de handicap sous surveillance continue, en les privant de leur part d'intimité, nous leur refusons tout accès véritable à l'autonomie et les manipulons en fonction de nos propres désirs. Alors que nous continuons à les imaginer « castrées » pour de vrai, en réalité, nous les

castrons, en les privant de leur sexe (ou de son usage) comme des espèces de sous-hommes confinés à un état de servitude.

Or, il n'y a pas de sujet sinon sexué.

Ce qui est remarquable, c'est la lutte menée aujourd'hui par les personnes en situation de handicap mental contre leur statut de serfs psychiques contemporains. Dans la logique de l'amélioration importante de leur accompagnement et de leur changement annoncé de statut, elles développent de nouvelles capacités adaptatives qui passent par l'appropriation du langage et par la revendication. Ce faisant, elles sont de plus en plus nombreuses à construire une trame langagière qui rend compte de leur historicité au fil du temps. Légitiment, leur narration identitaire intègre l'ensemble de leurs désirs d'être en devenir, donc celui de se vouloir parents en étant reconnus comme homme ou comme femme, avec l'inclination sexuelle qui est la leur. Leurs projets personnels se déclinent comme des vœux, des aspirations et non pas comme des revendications de droit s'il y a assez de place au milieu des résistances de l'entourage pour les élaborer. Autrement dit, elles sont capables de tenir compte de la réalité dans la mesure où on ne les fait pas vivre dans un monde régi par l'arbitraire et l'abus de pouvoir et qui les prend systématiquement pour cibles.

Ce qui est encore plus remarquable, c'est que dans leur conquête subjective qui leur permet de développer une identité narrative, qui n'est pas liée aux capacités langagière mais à l'inscription dans le monde symbolique du langage, elles rejoignent d'emblée les dynamiques subjectives induites par la société. À peine ont-elles quitté un fonctionnement régi par un surmoi extrêmement rigide, qu'elles subissent la tyrannie d'un idéal du moi inassouissable qui domine aujourd'hui.

L'humanité commune reconnue leur a ouvert la porte d'un destin humain qui se construit par une démarche singulière et pourtant totalement dépendante de la dynamique du groupe social auquel on appartient. Nous avons beau résister, les personnes en situation de handicap confirment de plus en plus nettement qu'elles sont semblables à nous. Que si elles ont à être protégées, c'est à hauteur des risques réels qu'elles encourent. Mais qu'elles ont surtout à être soutenues et accompagnées dans l'affirmation de leur identité.

Bibliographie

Agthe Diserens Catherine, Vatré Françoise, *Accompagnement érotique et handicaps ; Au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec cœur*, La Chronique sociale, 2006

Deuxième édition revue et augmentée, sous le titre : *Assistance sexuelle et handicaps ; Au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec créativité*, Chronique sociale, 2012.

Baelde Ph., Coppin B., Le Cerf J.-F., Moureau B. (sous la direction de), *Les parents avec une déficience intellectuelle*, Gaëtan Morin éditeur, 1999.

Bajos Nathalie, Bozon Michel (sous la direction de), *Enquête sur la sexualité en France (pratiques, genre et santé)*, La découverte, 2008.

Besson Dominique, *Droit et intimité ; Comment concilier protection et droits fondamentaux des mineurs et majeurs protégés*, in *Sexualité inavouables*, Le sociographe, n° 27 Septembre 2008, IRTS du Languedoc

Campagna N., *La sexualité des handicapés ; Faut-il seulement la tolérer ou aussi l'encourager ?*, Labor et Fides, 2012.

Deffains N. et Py B. (Sous la direction de), *Le sexe et la norme*, Presses universitaires de Nancy, 2011.

Delville J., Mercier M. (Collectif), *Sexualité, vie affective et déficience mentale*, DeBoeck Université, 1997.

Freud S., « Les théories sexuelles infantiles », in *La vie sexuelle*, PUF, 1969, (1re éd. 1908).

Mercier Michel, Hubert Gascon et Geneviève Bazier (sous la direction de), *Vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes déficientes mentales ; Accompagnements, interventions et programmes éducatifs*, Presses universitaires de Namur, 2006

Morin B., *Accompagner vers la parentalité les personnes en situation de handicap*, Chronique sociale, 2013.

Nuss Marcel, Dreyer Pascal, *Handicaps et sexualité ; Le livre blanc*, Dunod, 2008

Nuss Marcel, *Je veux faire l'amour ; Handicap, sexualité, liberté*, Autrement, 2012.

Pierrat Emmanuel, *Le sexe et la loi*, La Musardine, 2008

Rouyer Véronique, *La construction de l'identité sexuée*, Armand Colin, 2007

Tremblay R. (Collectif), *Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels ; Tome 2 : La personne handicapée mentale*, Erès, 2001.

Vaginay D., Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale, Chronique sociale, 2002.

Vaginay D., Balvet D., Vivre la sexualité, Encyclopédie illustrée, Chronique sociale, 2002.

Vaginay D., Découvrir les déficiences intellectuelles, Erès, 2005.

Vaginay D., Corps handicapé, loi et institution, in Eduquer, soigner, châtier, La lettre de l'enfance et de l'adolescence, numéro 72, Ed. Erès, juin 2008.

Vaginay D., La sexualité des adolescents handicapés mentaux en institution, in Un enfant est handicapé, La lettre de l'enfance et de l'adolescence, numéro 73, Ed. Erès, septembre 2008.

Vaginay D., Sexualité et handicap mental : sous quel regard éthique, in Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques, Sous la direction de Scelles R., Ed. Erès, 2008.

Vaginay D., Quelle éthique pour un accompagnement sexuel, in Au risque du désir, Reliance, Revue des situations de handicap de l'éducation et des sociétés, n° 29, Erès, Septembre 2008.

Vaginay D., L'adolescence : processus psychique ou simple moment biologique ? in La vie psychique des personnes handicapées ; Ce qu'elles ont à nous dire, ce que nous avons à entendre. Sous la direction de Simone Korff-Sausse, Erès, 2009.

Vaginay D., Handicap, de l'assignation du sexe au sexe publicitaire, in Handicap, identité sexuée et vie sexuelle. Sous la direction de Albert Ciccone, Erès, 2010.

Vaginay D., Sexualité et handicap mental ; Lois, majorités et consentement, in La revue du CREA PACA et Corse, Décembre 2010

Vaginay D., Des mots pour la vivre ; De l'usage du vocabulaire à l'accès à la sexualité chez la personne déficiente intellectuelle, in Sexualité et parole, Dialogue, Recherches sur le couple et la famille, numéro 193, Ed. Erès, 3ème trimestre 2011

Vaginay D., Dépendance et handicap psychique ; Pour une évolution vers l'autonomie, in Dépendances, Pages romandes, Revue d'information sur le handicap mental et la pédagogie spécialisée, n° 3, Septembre 2012

Vaginay D., Sexualité et handicap : un défi social, in Le journal des psychologues, n°304, février 2013.

Vaginay D., Warnier J.-P., Yaméogo D., Le symbolique, la dette, le handicap, in Famille, culture et handicap, Sous la direction de Scelles R., Erès, 2013

Vaginay D., Une sexualité pour les personnes handicapées : réalité, utopie ou projet ?, Chronique sociale, 2014

Table ronde

Cédric Mametz



Intervention de Cédric Mametz

Journée d'étude l'AIRHM

Firminy, 13 mars 2015

Bonjour à toutes et à tous,

Merci de m'avoir invité.

Présentation en quelques mots de Nous Aussi

Au début,
notre association n'a pas toujours été bien comprise.

C'était un changement dans le travail des professionnels.

On ne les avait pas formés à recueillir l'expression des personnes handicapées intellectuelles, à nous laisser décider.

Maintenant, grâce aussi à la loi 2002-2,
les regards des professionnels ont commencé à changer.

Des professionnels sont fortement impliqués dans le soutien aux délégations locales de Nous Aussi.

Des délégations locales interviennent dans certains IRTS
pour contribuer à la formation des éducateurs.
Mais les mentalités doivent encore changer
pour un meilleur accompagnement.

Nous devons être considérés comme des citoyens à part entière.

Il faut favoriser les échanges entre les accompagnants et les personnes accompagnées.

Il faut que des temps soient consacrés à notre écoute et aux échanges avec nous

Il faut que ces temps nous permettent vraiment de nous exprimer,
avec le soutien nécessaire
pour nous préparer et nous aider à nous exprimer.

Nous Aussi est en train de préparer un guide
sur les Conseils de la vie sociale
pour aider les personnes accompagnées à dire leurs demandes aux élus en
CVS et pour aider les élus en CVS à faire leur travail.

Il faut aussi développer les relations de confiance.

Il ne faut pas faire à notre place

Il faut nous respecter et respecter nos souhaits

Nous savons ce que nous voulons pour nous.
Par exemple Nous Aussi a écrit des documents avec des demandes
sur le travail et le vieillissement.
Nous Aussi est en train d'écrire un autre document
sur l'autonomie de vie, la vie de couple et la vie de famille.

Il ne faut pas décider à notre place.
Nous pouvons avoir besoin d'un accompagnement
pour prendre des décisions,
mais la décision finale doit nous appartenir

Pour aider les personnes handicapées intellectuelles
à prendre les décisions qui les concernent,
il faut rendre l'information accessible.

Nous Aussi a participé à l'élaboration des règles européennes
pour une information facile à lire et à comprendre.

Le facile à lire et à comprendre est un outil très utile.
Les établissements, les services, les professionnels
doivent de former et l'utiliser.

De façon générale,
la formation des professionnels est importante.

Il faut leur apprendre dès le début à considérer
les personnes accompagnées comme des personnes à part entière
qui ont des droits comme tout le monde
et qui veulent vivre comme tout le monde.

Nous voulons vivre inclus dans la société.

Il faut que nos lieux de vie comme les foyers, les ESAT, s'ouvrent à la
société.

Et il faut que la société nous inclue dans les écoles, le travail, les loisirs, le
logement.

C'est cette rencontre qui permettra de changer les choses.

Bernard Durand

EVOLUTION DES CONCEPTIONS SUR LE HANDICAP PSYCHIQUE

Docteur Bernard DURAND
Président de la FASM Croix Marine

La notion de handicap psychique est apparue légalement avec la loi du 11 février 2005, mais ce sont les partenaires de la santé mentale (UNAFAM, FNAPSY, conférence des présidents de CME, FASM Croix Marine) qui dès 2001 ont proposé l'utilisation de ce terme pour faire exister cette population pour laquelle on a cru un temps que la psychiatrie de secteur pourrait tout régler.

Pendant longtemps, la notion de handicap a été récusée par la psychiatrie, bien que le mouvement Croix Marine se donnait comme objectif à sa création, en 1952, « *d'exercer une protection ou une entraide psychologique et sociale en faveur des handicapés et mal adaptés psychiques* ». Dans les décennies 70/80, le concept de handicap a suscité un vif mouvement de rejet au sein de la psychiatrie du fait des représentations qu'il suscitait en réveillant des réminiscences de la première préfiguration de l'image du handicap, celle de l'idiot d'Esquirol avec l'idée d'un renoncement aux soins.

Avec le nombre de lits de psychiatrie qui a été considérablement réduit, les patients, qui ne vivaient plus à l'asile, étaient en butte au manque de logements, d'activités et de lien social au quotidien. Les associations de famille et d'usagers ont pris conscience que de nombreuses réponses manquaient qui ne relevaient pas nécessairement du soin sanitaire. C'est ainsi que paradoxalement, au moment où la conception du handicap évoluait au niveau de l'OMS avec la CIF (classification du fonctionnement, du handicap et de la santé) en montrant que le handicap est lié avant tout aux obstacles que l'environnement met à la participation, ces associations, en lien avec d'autres partenaires, ont mis en avant la nécessité de faire apparaître une population nouvelle, celle des personnes en situation de handicap psychique.

Le handicap psychique est critiquable sur un plan conceptuel et pourtant il possède une forte potentialité d'aide au changement, d'une part quant au regard que la société peut porter sur les personnes souffrant de troubles psychiques et d'autre part sur les réponses que cette société peut leur proposer.

La loi du 11 février 2005 insiste sur la citoyenneté et propose de nouvelles formes d'aide qui valorisent l'accompagnement au quotidien par de nouveaux outils dans le médico-social comme les SAMSAH et les SAVS et des modes de compensation individualisés avec la prestation de compensation du handicap (PCH). Mais elle propose également une forme de compensation collective avec les groupes d'entraide mutuelle (GEM), qui n'exige pas pour autant une reconnaissance préalable de handicap par la MDPH.

Cela conduit également les équipes de psychiatrie à développer des partenariats avec les autres acteurs du social et du médico-social et à sortir des cloisonnements antérieurs.

René Baptiste MESSIDOR

René Baptiste a souhaité que ses interventions soient exposées en reprenant le concept de transition par le travail tel qu'il est formulé dans le projet associatif de l'association Messidor qui a fêté récemment ses 40 ans d'existence. (Voir aussi le livre réédité de Vincent Verry, le fondateur de Messidor, *“De l'archipel asilaire à la création de Messidor”*, qu'on peut commander à la fondation Vincent Verry).

Un principe humaniste : Croire au potentiel des personnes

L'idée fondamentale de Vincent Verry en créant Messidor en 1975 est basée sur un principe humaniste :

Toute personne souffrant de difficultés psychiques et sociales conserve un potentiel toujours vivant qui demande à être entendu, mais qui demande également à s'exercer.

Face à la tentation asilaire, pour ces personnes que l'on ne nommait pas encore 'handicapées psychiques', il a été proposé une autre réponse : celle du travail comme tremplin pour sortir de l'exclusion et retrouver une dignité de citoyen. Peu de professionnels adhéraient à cette idée...

Son intuition : proposer une transition à ces personnes s'est avéré une réponse particulièrement adaptée

La “transition” à Messidor

Un temps de passage adapté au rythme de la personne pour l'accompagner à construire d'une étape à une autre sa propre réponse en termes de projet professionnel et/ou social.

Le travail comme tremplin pour retrouver une place de citoyen

A Messidor la transition se fait à partir d'une mise en situation de travail productif (et seulement le champ du travail)

Messidor offre un emplacement, celui de la remise au travail :

- . Emplacement concret : poste de travail
- . Emplacement géographique ; lieu d'activités
- . Mais aussi un emplacement symbolique : lieu d'expérimentation.

Cette remise progressive au travail fait office de place à investir.

C'est à dire un lieu, un espace, un temps d'expérimentation, de (re)découverte ou de (ré)apprentissage de soi, dans le “être avec soi” et avec “d'autres” dans le “faire avec soi” et “faire avec d'autres”.

Messidor n'assure pas de soins

La séparation

cet espace de transition n'est plus sanitaire mais lieu de travail adapté, avec des acteurs professionnels et sociaux ayant un autre regard que celui des soignants. Les soins doivent continuer d'être suivis mais dans un lieu approprié aux soins. C'est la partie mobilisable des capacités de la personne qui est sollicitée. La personne est qualifiée de "travailleur".

Le psychiatre qui intervient à Messidor le fait à titre de conseil au niveau de l'institution. Il intervient dans des formations de l'encadrement mais pas en direct auprès des travailleurs.

Les 5 principes fondamentaux

Enoncés dès la création de l'association en 1975.

L'arrivée du premier directeur, René Baptiste, en 1981, permet de concrétiser ces principes fondamentaux et de favoriser le développement du Messidor d'aujourd'hui :

- . Donner un statut de travailleur rémunéré aux personnes
- . Choisir des activités de service
- . Travailler en réseau
- . Privilégier un management participatif
- . Essaimer le concept sur le territoire national

L'objectif de Messidor

Proposer un travail et un accompagnement afin que des personnes en situation de handicap psychique retrouvent leur place dans la société.

Un accompagnement spécifique : le double accompagnement

L'encadrement des travailleurs handicapés est assuré par deux types de professionnels :

- . **Le responsable d'unité de production (RUP)**, qui est positionné sur le versant technique-professionnel : il accompagne le travailleur dans l'exercice et la progression de ses capacités professionnelles au quotidien.
- . **Le Conseiller d'Insertion (CI)**, qui est positionné sur le versant de la démarche d'insertion globale -professionnelle et sociale- en cohérence avec l'environnement de la personne : le CI accompagne la réalisation du projet du travailleur.

Le job-coaching

Dernier outil en date de l'accompagnement Messidor, le "job coaching", à savoir faciliter l'accès à l'emploi en milieu ordinaire des personnes fragilisées par une problématique de santé mentale, permet de s'ouvrir à un public plus large, notamment à toutes les personnes qui ne disposent pas de la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé).

Il s'agit de favoriser l'insertion des personnes en situation de handicap (Identifier des pistes d'action en fonction des pratiques de l'entreprise et sensibiliser les équipes), d'accompagner la prise de poste (Apporter un soutien et mobiliser les acteurs adéquats pour faciliter l'intégration du collaborateur, apporter un soutien au collaborateur et traiter ses difficultés in situ) de recruter (Identifier les postes à pourvoir et construire une méthodologie de recrutement adaptée aux problématiques de santé mentale), et de maintenir un emploi pour les salariés déjà en poste.

**Jean-Claude Mazini, Roger Peyret,
UNAFAM Loire**

Les deux représentants de l'UNAFAM dans la Loire vont proposer deux tableaux en projection à la table ronde :

I. HANDICAP MENTAL ET HANDICAP PSYCHIQUE

- deux handicaps à bien discerner
- des accompagnements sanitaires et médico-sociaux spécifiques pour éviter les risques de maltraitance
- Respecter les personnes malades, plutôt que les contingences financières
Grâce au combat de l'UNAFAM depuis la loi de 1990, le handicap psychique a été reconnu en février 2005, le député JF CHOSSY en a été le rapporteur. La loi de 2011 conforte encore nos différences et une partie de nos demandes

II. MIEUX DISCERNER LE HANDICAP PSYCHIQUE

	Handicap mental	Handicap Psychique
Epoque d'apparition	Conception ou naissance	Adolescent ou jeune adulte
Capacités intellectuelles	Déficiences durables	Le plus souvent intactes
Traitements médicaux liés au handicap	Peu fréquents	Indispensables
Variabilité	Grande stabilité	Evolution fréquente

Dans la discussion qui suivit la projection, Jean-Marc Gauthier fera remarquer que les deux tableaux ne tiennent pas compte de l'intrication fréquente pour les personnes handicapées des troubles des intelligences et des troubles du psychisme et précisera qu'une statistique récente de l'ADAPEI de la Loire fait état de 70% de troubles psychiques parmi les personnes accueillies, ce qui recoupe les estimations des psychiatres et psychologues intervenant dans d'autres institutions médico-sociales en France.

Conclusions

Jean-Marc Gauthier

Nous avons beaucoup échangé, beaucoup réfléchi, et nous nous sommes rendus meilleurs, plus compétents dans notre petite sphère face aux handicaps mentaux de toutes sortes qui affectent une personne, mais aussi ses accompagnants et la société toute entière.

La société sait maintenant qu'elle doit se rendre inclusive aux personnes en situation de handicap mental pour le bien-être de tous et d'innombrables travaux ont été consacrés à ce sujet. Mais nous devons poursuivre, imaginer d'autres voies, ouvrir de nouveaux espaces encore interdits à la personne en situation de handicap mental, faire aussi parler d'autres mots, pour que cette inclusion devienne enfin banale.

Tout ceci sans oublier que le handicap est porté par une personne singulière, qui a développé ses propres compétences en matière d'utilisation de ses intelligences et de régulation des composantes actuelles de son psychisme, et surtout sans oublier que cette personne, même adulte et même vieillissante, est en constante évolution et même en coévolution si on considère qu'elle va être responsable de changements constants dans les mondes qui l'entourent.

Au nom de AIRHM France, mes remerciements iront d'abord aux personnes en situation de handicap mental qui ont bien voulu se déplacer en terrain encore insuffisamment balisé pour venir nous faire profiter de leurs expériences et de leurs réflexions sur le handicap, ensuite à leurs proches qui déploient des trésors d'ingéniosité pour rendre ce handicap, malgré les souffrances qu'il engendre, compatible avec une vie suffisamment bonne, ensuite aux professionnels et à leurs organisations qui savent se remettre en question pour penser l'inclusion, et je ferai alors une mention toute spéciale pour l'ADAPEI de la Loire, membre de l'AIRHM, qui, avec la FEGAPEI Rhône Alpes, ont été des partenaires précieux pour le bon déroulement de cette journée, tant pour l'organisation que par le nombre et la qualité de ses participants, et pour l'Institut Régional et Européen des métiers de l'Intervention Sociale (IREIS) qui nous a si bien accueillis.

Je remercierai ensuite les intervenants qui ont su nous faire partager toute la complexité et l'intérêt de leurs recherches et je renouvellerai mon souhait qu'un plus grand nombre de personnes de toutes professions participent à ces recherches.

Alors, bonne rentrée à tous, en souhaitant que vous soyez au rendez-vous des prochaines manifestations AIRHM.

Références bibliographiques, filmographiques et sitographiques

AIRHM (2014), www.airhm.org, *Actes en ligne du XIIIe congrès : « Créativité des pratiques de terrain : voies nouvelles pour la recherche »*, (80 textes, 220p)

AIRHM (2014) *Actes du XIIIe congrès : Recherche, droits et gouvernance en faveur de la personne et de ses proches*, Québec 2012 (sous la direction de Jean-Claude Kalubi, Mireille Tremblay, Hubert Gascon et Jean-Marie Bouchard), Institut québécois de la déficience intellectuelle, IQDI, Les Éditions de la collectivité

Anzieu, D. ; Gibello, B. ; Houzel, D. ; Tisseron, S. ; Lavallée, G. ; Gimenez, G. ; Barruel, F. (1994) *L'activité de la pensée. Émergences et troubles*, Dunod

Aujaleu, Baillon, Bailly-Salin, Bellini, Bonnafé, Daumazon, Guattari, Hazeman, Laurenceau, Mamelet, Mignot, Oury, Paumelle, Rappart, Sabourin, Sivadon, Torrubia, Tosquelles, Vaille, (1975)

Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ?, Recherches n°17

Arendt, H. (1961) *La condition de l'homme moderne*, Éditions Calmann-Lévy

Baptiste, R ; Caubère, B. (2011) *Développer l'éthique en travail social*, Editions La chronique sociale

Beyer-Zilliox, H. ; Clère, D. ; Duchamp, A. ; Gausset, M.-F. ; Jacot, J. ; Juncker, C. ; Losson, M. ; Tabet, A. ; Tanné, N. (2002) *Oui, ce sont des hommes et des femmes*, L'Harmattan.

Bion, W. (1962) *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF

Cassou-Nogès, P. (2010) *Mon zombie et moi*, Éditions Seuil

Chapireau, F. (2006) *Handicap psychique : confirmation ou mutation du handicap à la française ?*, Éditions Techniques, Encyclopédie Médico Chirurgical, Psychiatrie, 37-910-A-10, 2006, 12p.

Coordination 69 Soins psychiques et Réinsertions (2012), *Livre blanc pour le handicap psychique*

Cyrulnik, B. (2001) *Les vilains petits canards*, Éditions Odile Jacob

Dortier, J.-F (1999) (coordonné par) *Le cerveau et la pensée*, Éditions Sciences Humaines

Durand, B. Alary, P. (2014) *De la contention à la contenance : La psychiatrie au risque de la liberté*, Pratiques en Santé Mentale n°4

Durand, B. (2014) *A propos du handicap psychique : du défi de l'égalité affichée au déni effectif des droits*, La lettre de psychiatrie française (La lettre du Syndicat des Psychiatres Français et de l'Association Française de Psychiatrie), n°221, janvier-février 2014

Eco, U. (1999) *Kant et l'ornithorynque*, Grasset

Gardner, H. (2010) *Les formes de l'intelligence*, Éditions Odile Jacob

Gardou, C. (2010) (sous la direction de) *Le handicap au risque des cultures. Variations anthropologiques*, tome 1, Toulouse, Eres.

- Gardou, C. (2012) *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*, Toulouse, Eres
- Gardou, C. (2014) (sous la direction de) *Handicap, une encyclopédie des savoirs. Des obscurantismes à de nouvelles lumières*, Toulouse, Eres
- Gauthier, J.-M. (2012) *ToM, ou le jeune homme aux enfants rédempteurs*, Genève, Psychothérapies, vol. 32, n°1, p. 23-32
- Gauthier, J.-M. (2014) *Le handicap mental*, Site de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (AIRHM), www.airhm.org, rubrique Forum
- Gauthier, J.-M. (2014) *Projet Poros*, in *Actes du XIIe congrès AIRHM : Recherche, droits et gouvernance en faveur de la personne et de ses proches*, Québec 2012 (sous la direction de Jean-Claude Kalubi, Mireille Tremblay, Hubert Gascon et Jean-Marie Bouchard), Institut québécois de la déficience intellectuelle, IQDI, Les Éditions de la collectivité
- Gauthier, M. (2015) *Mélusine, métaphore du handicap*, in *Le handicap au risque des cultures*, (sous la direction de Charles Gardou) Tome 2, Toulouse Eres, à paraître
- Geadah, R.-R. (1999) Observations sur le travail social : des mentalités et des pratiques en évolution in *Quels repères pour les pratiques sociales de demain ?* Dijon CREA - Bourgogne 3-27 puis 40-41
- Geadah, R.-R. (2006) *Du respect de l'humain à l'engagement social. Le concept d'accompagnement dans le champ médico-social* in *Contraste revue de l'ANECAMSP* n° 24
- Geadah, R.-R. (2012) *Aspects historiques et éthique des relations entre professionnels de santé et patients* in *Recherche en soins infirmiers* n°109
- Gonzalez, L. (2015) *Perturbations de la fonction symbolique dans la maladie d'Alzheimer et leurs conséquences cognitives et affectives*, Thèse de doctorat en psychologie, Université Lyon 2
- Grandin, T. (1994) *Ma vie d'autiste*, Éditions Odile Jacob
- Hibon, A. (2014) *Rôle du psychiatre dans les IME*, La lettre de psychiatrie française (La lettre du Syndicat des Psychiatres Français et de l'Association Française de Psychiatrie), n°225, juin-juillet 2014
- Hochmann, J. ; Jeannerod, M. (1996) *Esprit où es-tu ?*, Éditions Odile Jacob
- Houdé, O. (2004) *La psychologie de l'enfant*, Que sais-je ? PUF
- Jackson, M. (2010) *Temple Grandin*, Téléfilm de Mick Jackson avec Claire Danes et Julia Ormond
- Jaeger, M. (1991) *La maladie mentale est-elle soluble dans le handicap ?*, Santé Publique n°5 ENSP
- Jaeger, M. (2000) *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Éditions Dunod
Nouvelle édition juillet 2012
- Jaeger, M. (2011) *Guide du secteur social et médico-social*, Paris, Éditions Dunod

- Jaeger, M. (sous la direction de) (2011) *Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale*, Paris, Éditions Dunod
- Lambert, D. et Rezsöhazi, R. (2004) *Comment les pattes viennent aux serpents, Essai sur l'étonnante plasticité du vivant*, Éditions Flammarion
- Liberman, R. (1996) *Handicap et maladie mentale*, Que sais-je ? PUF
- Massé, G. (2002) *Complémentarités entre le sanitaire et le médico-social en psychiatrie générale*, Encyclopédie Médico Chirurgicale, Psychiatrie, 37-917-A-10, 2002
- Ménéchal, J. et coll (1999) *Le risque de l'étranger*, Éditions Dunod.
- Misés, R. ; Perron, R. ; Salbreux, R. (1992) *Arriérations et déficits mentales*, Éditions Techniques, Encyclopédie Médico Chirurgicale, Psychiatrie, 37-219-M-10, 1992, 12p.
- Montangéro, J. (2001) *Comment l'enfant comprend le temps*, La recherche, hors-série n°5, avril 2001, p. 88-91
- Moreau, Y. (2013) *Henri*, film dramatique franco-belge de et avec Yolande Moreau, avec Pippo Delbono, Candy Ming, Jackie Berroyer, Simon André, Lio
- Papageorgiou-Legendre, A. (1996) *Filiation, Fondement généalogique de la psychanalyse*, Fayard.
- Piaget, J. ; Inhelder, B. (1966) *La psychologie de l'enfant*, PUF 4ème édition 1971
- Popper, K. et Eccles, J. (1977) *The Self and its Brain*, Editions Springer International
- Ricoeur, P. (1985) *Le temps raconté, Temps et récit Tome III*, Éditions Seuil
- Salbreux, R.; Gascon, H. ; Ionescu, S. ; Gabbaï, Ph. (sous la direction de) (2003) *Déficiência intellectuelle et épuisement professionnel*, VIIIe congrès de l'AIRHM à l'UNESCO, ISBN 2-9520634-0-0
- Salbreux, R. (2013) *Handicap psychique et psychiatrie*, La lettre de psychiatrie française (La lettre du Syndicat des Psychiatres Français et de l'Association Française de Psychiatrie) n°218, oct 2013
- Salbreux, R. (2014) *Faut-il encore des psychiatres dans le secteur médico-social ?*, La lettre de psychiatrie française, n°222, mars 2014
- Salbreux, R. (2014) *Les psychiatres et le handicap*, La lettre de psychiatrie française, n°224, mai 2014
- Schauder, S. (2007) *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*, Dunod
- Schauder, S. (2007) *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Dunod
- Schauder, S. ; Duriez, N. ; Leclerc, M. ; Marion-Lissajoux, C. (2012) *L'étude de cas en psychologie clinique*, Dunod
- Schauder, S. (2012) *Qu'apporte la médiation thérapeutique en situation de handicap ?*, Eres
- Stammiller, A. (2009) *Handicap mental profond et musique* Campagne/Première ISBN 9782915789461

Stammmler, A. *Neigeuse, la merlette blanche, Kliko, la petite oie bernache, Yolan, le macareux moine*, Livres édités chez l'Harmattan, secteur jeunesse

Sternberg, R.J. (1990) *Metaphores of mind : Conceptions of the nature of intelligence*, Cambridge, Cambridge University Press

UNAFAM (2008) *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique*

UNAFAM (2009) *Coordonner les dispositifs sanitaires et médicosociaux*, Un autre regard, revue de liaison trimestrielle, n°4

Vaginay, D. (2000) *Trisomie 21, transmission et intégration : Pour quelle éthique ?* Éditions la chronique sociale

Vaginay, D. Avitabile B. (2004) *Le lecteur accompagné, Répondre aux difficultés de lecture*, Éditions La chronique sociale

Vaginay, D. (2005) *Découvrir les déficiences intellectuelles*, Éditions La chronique sociale

Vaginay, D. (2014) *Une sexualité pour les personnes handicapées : réalité, utopie ou projet ?* Éditions La chronique sociale

Bibliographie additionnelle concernant des intervenants à la journée dont les publications n'étaient pas encore parues lors de la journée

Baptiste, R. Caubère, B. (2015) *Penser l'avenir en association d'action sociale*, Editions La chronique sociale

Frydman, D. (2015) *Le nouveau management institutionnel : la subsidiarité est-elle un mythe?* in *Les murs de la liberté* (sous la direction de Galli Carminati, G. ; Strûchen, M. ; Subirade Jacopit, V.), Genève, Editions Médecine et Hygiène

Gauthier, J.-M. (2015) *Lémures de la lie berthée* in *Les murs de la liberté* (sous la direction de Galli Carminati, G. ; Strûchen, M. ; Subirade Jacopit, V.), Genève, Editions Médecine et Hygiène

Gauthier, M. (2015) *En Poitou, la légende de Mélusine, métaphore du handicap* in *Le handicap dans notre imaginaire culturel, Variations anthropologiques 2* (sous la direction de Charles Gardou), Toulouse, Eres

DEUX TEXTES ADDITIONNELS AUX ACTES DE LA JOURNEE

I. Dans le cadre des collaborations entre associations s'occupant des personnes en situation de handicap par troubles des intelligences et/ou troubles du psychisme, le document qui va suivre nous a été obligeamment communiqué par Bernard Durand, président de la FASM Croix Marine. Il nous a semblé qu'il pouvait éclairer et compléter ce que Bernard Durand avait dit à la journée de Firminy et nous le remercions vivement de nous avoir autorisé à le diffuser avec les actes de la journée.

1

64èmes journées de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine

**Égalité, citoyenneté et handicap psychique,
De la loi du 11 février 2005 à la loi de santé
Synthèse Finale Marseille**

Bernard Durand

Ces 64èmes journées de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix marine seront les dernières qui se dérouleront sous ce sigle, puisque l'année prochaine il s'agira de Santé mentale France.

Le thème retenu pour ces journées, « Égalité, citoyenneté et handicap psychique, De la loi du 11 février 2005 à la loi de santé » s'est imposé naturellement aux organisateurs pour plusieurs raisons.

D'abord, parce que la loi de février 2005 est incontestablement une grande loi qui a refondu de manière assez radicale la politique du handicap. Elle a commencé par donner une définition du handicap qui rompait avec les représentations habituelles véhiculées dans notre pays qui opposait encore, malgré les travaux de Wood au début des années 80, maladie et handicap. Cette définition s'est appuyée sur la CIF de l'OMS, qui souligne comment les obstacles qui induisent une situation de handicap, du fait d'une restriction de participation à la vie en société, ne sont pas du seul côté de la personne, mais aussi de l'environnement. Dans le droit fil de cette définition, elle a aussi affirmé le droit à des mesures de compensation (la PCH) pour permettre le plein exercice de la citoyenneté. Enfin, ajoutons que cette loi a repris une notion qui avait été à l'origine de la Croix marine, comme nous l'a rappelé Jean-Yves Barreyre, celle de handicap psychique, qui invitait l'ensemble des acteurs à sortir de la seule réponse sanitaire.

Ensuite, parce que la problématique de la mise en œuvre de cette loi a été l'un des thèmes récurrents des dix dernières années de notre mouvement : dès la publication de cette loi, la FASM s'est mobilisée, en partenariat avec la FNAPSY et l'UNAFAM dans la mise en place des Groupes d'entraide mutuelle (GEM), qui sont dans notre champ de la santé mentale, un des grands apports de cette loi, et a organisé nombre de journées nationales et régionales ainsi que des formations sur le thème de l'accompagnement et du partenariat sanitaire/médicosocial.

2

Enfin, nous sommes à la veille du vote final de la loi de santé qui a fait l'objet d'une concertation serrée (au début, il s'est d'ailleurs plutôt s'agit d'une contestation) permettant une réécriture de l'article 13 de cette loi. Santé mentale France, puisque cette concertation a été menée conjointement par la Croix Marine et AGAPSY, a contribué, avec d'autres, à la réécriture de cet article, en obtenant que la politique de secteur que la technocratie du ministère la Santé voulait définitivement casser, soit sauvegardée tout en l'élargissant à l'ensemble du champ de la santé mentale en évoquant la coopération avec les acteurs de l'accompagnement et de l'insertion des personnes en situation de handicap psychique. Car dans la logique de notre pays, on ne parle normalement pas de handicap dans une loi sanitaire, même si l'on

recommandera ensuite le décloisonnement.

Je me souviens que Patrick Gohet, délégué interministériel aux personnes handicapées, nous avait dit lors d'une journée que nous avons organisée, début 2006, sur le thème des ouvertures offertes par la loi du 11 février 2005 que le handicap psychique serait un bon marqueur de la réussite ou non de la politique du handicap. Qu'en est-il effectivement aujourd'hui ? L'argument de ces journées annonçait qu'elles seraient l'occasion d'un bilan sans complaisance de la situation actuelle. Est-ce que cet objectif a été tenu ? C'est ce que je vais essayer de montrer en reprenant certains des mots clés qui ont ponctué ces journées.

Au préalable, je voudrais remercier les orateurs ainsi que les animateurs et les intervenants des différents ateliers qui ont permis par la qualité de leur apport théorique ou de leurs témoignages que s'engagent de vrais échanges, qui comme toujours dans nos journées, articulent des apports théoriques conceptuels, parfois pointus, et des expériences de pratiques, parfois innovantes.

Vous comprendrez que je ne pourrai être ni exhaustif, ne serait-ce que par le peu de temps que j'ai eu pour élaborer ce propos, ni objectif, car il me sera difficile de faire abstraction de mes années de militance dont dix ans de présidence de la FASM Croix Marine, mais la discussion qui suivra cet exposé permettra de corriger les éventuels points d'achoppement.

Je vais donc reprendre un certain nombre de mots-clés, comme handicap psychique, accompagnement, compensation, continuité de parcours de vie, inclusion, citoyenneté, projet territorial de santé mentale. Un autre mot clé a traversé en filigrane ces journées, c'est celui de partage, j'en dirais quelques mots en conclusion.

3

Le handicap psychique

Ce terme a d'emblée été évoqué par le premier orateur de ces journées, Jean-François Bauduret, qui n'a pu s'empêcher d'évoquer les guerres de religion en reprenant les représentations prévalentes, même si c'était pour les nuancer, voire les infirmer, de la maladie qu'on soigne pour la guérir et du handicap qui est un état fixé pour longtemps, si ce n'est pour toujours.

Bien entendu, s'il évoque ces guerres, c'est qu'il n'est pas que vice-président du conseil scientifique de l'ANAP, comme il a été présenté dans le programme. Il fut aussi, pour ceux qui n'ont pas connu cette époque, le chef du bureau de la psychiatrie à la DGS, dans un temps où celle-ci n'avait pas encore été contrainte au silence par la DGOS, puis membre du cabinet de Claude Evin, lorsque celui-ci était ministre socialiste de la santé - il avait d'ailleurs accompagné Claude Evin lorsque celui-ci était intervenu personnellement à nos journées de Marseille en 1989. Comme l'a rappelé Guy Baillon, JF Bauduret a ensuite occupé des postes à haute responsabilité, successivement à la Direction des hôpitaux et à la Direction générale de l'action sociale, pour finir sa carrière comme directeur adjoint de la CNSA.

Je rappelle pour mémoire, que nous lui devons la légalisation du secteur par la loi de juillet 1985, puis la loi de décembre 1986 qui a unifié le financement de l'intrahospitalier et des structures de secteur, gérées jusque-là par les départements, sans compter son implication importante dans la rédaction de la loi de 1990 réformant celle de 1838 et de la loi du 2 janvier 2002.

Il a donc bien connu à la fois le monde de la psychiatrie et celui du secteur social et médicosocial, en allant sur le terrain, car je le cite, « on ne construit pas des politiques pertinentes en restant perpétuellement assis derrière son bureau ou en se promenant de congrès en colloques ».

Comme moi, il se souvient de l'opposition farouche de la majorité des psychiatres devant le terme de handicap appliqué aux malades mentaux. Avec du recul, on comprend combien cette position était liée aux représentations liées à ce mot qui réveillaient des réminiscences de la première préfiguration de l'image du handicap, celle de l'idiot d'Esquirol. Ce célèbre aliéniste avait en effet décrit l'idiotie comme étant un état fixé, définitif pour lequel il n'y avait rien à faire et c'est bien ce renoncement aux soins qu'avaient refusé alors les psychiatres.

Cela est néanmoins d'autant plus étonnant que les premiers statuts du mouvement Croix Marine, qui nous réunit aujourd'hui encore, précisaient que l'objectif du mouvement était

4

« d'exercer une protection ou une entraide psychologique et sociale en faveur des handicapés et mal adaptés psychiques ».

En 1958, soit deux ans avant la circulaire sur le secteur psychiatrique, le rapport à nos journées annuelles

était intitulé "Traitement et assistance des handicapés psychiques dans le milieu social". À l'époque, parler des soins et du social en les distinguant ne posait pas de problème en même temps que l'on insistait sur la continuité de ces deux champs et la nécessité de développer des synergies entre eux. Notre fondateur Pierre Doussinet parlait d'entraide et disait qu'il fallait travailler dans un esprit médico-social.

Mais avec les lois de 1975, le médico-social n'est plus un état d'esprit, mais un dispositif d'institutions diverses avec sa logique de filières. La loi du 30 juin 1975 sur les institutions était le pendant de la loi de 1970 sur l'hôpital, mais ces deux lois s'ignoraient et le clivage dénoncé à l'époque s'observait jusqu'à la DGS et la DGAS qui travaillaient de manière parallèle, voire s'opposaient.

Dans les faits, le dispositif du handicap à la française s'est construit sur une logique de filières qui isolait des populations cibles censées correspondre à des établissements prévus pour répondre à tous leurs besoins (hébergement, activités, occupation ou réadaptation) ; ce que souhaitaient les parents de cette époque, ce n'était pas l'inclusion de leur enfant dans le milieu ordinaire - d'ailleurs, l'auraient-ils demandé que l'école les aurait rejetés immédiatement - mais des places d'internat. Ce dispositif médico-social qui s'est construit sous l'influence du lobbying majoritaire de l'APF (paralysés) et de l'UNAPEI (handicapés dits mentaux) ne concernait guère les malades mentaux, d'autant qu'à l'époque, il n'y avait pratiquement personne pour parler en leur nom. Il était encore entendu qu'ils relevaient uniquement des soins psychiatriques pour lesquels la sectorisation qui démarrait allait tout régler.

La désinstitutionnalisation de fait, qui n'a pas été pensée a priori comme telle dans notre pays, ne s'est pas accompagnée de l'offre sociale qui aurait été nécessaire, en matière d'hébergement, d'insertion et de soutien du lien social. L'hospitalo-centrisme partagé par beaucoup d'élus, de gestionnaires et de responsables médicaux a sûrement freiné le développement de la politique de secteur qui a été mise en œuvre de manière très inégale.

Beaucoup de pays qui n'ont pas eu cette référence au secteur sont en fait plus avancés que nous aujourd'hui dans le développement d'une véritable psychiatrie communautaire. Osons regarder ce qui se passe chez nos voisins qui vivent très bien la disparition annoncée ou effective de l'hôpital psychiatrique par une intégration dans l'hôpital général, tout en développant une vraie coopération avec les dispositifs sociaux au sens large (c'est-à-dire non basée sur une dichotomie sanitaire/social comme en France).

5

Aussi, il fallait que les choses changent. Cela s'est fait progressivement.

D'une part, avec la prise en compte par certains psychiatres des travaux de Wood (OMS) qui avec la CIH (classification internationale des handicaps) montrait que le handicap n'a pas à être opposé à la maladie, mais qu'il est la conséquence sociale de la maladie, dans une interaction complexe avec l'environnement. D'autre part, l'UNAFAM et les usagers avec la FNAPSY, ont pris conscience qu'on manquait de beaucoup de réponses qui ne relevaient pas nécessairement du soin sanitaire. C'est ainsi que paradoxalement, au moment où la conception du handicap évoluait au niveau de l'OMS avec la CIF (classification du fonctionnement, du handicap et de la santé) en montrant que le handicap est lié avant tout aux obstacles que l'environnement met à la participation, ces associations, en lien avec d'autres partenaires, dont la FASM et la conférence des présidents de CME, ont mis en avant la nécessité de faire apparaître une population nouvelle, celle des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques, avec le livre blanc des partenaires de la santé mentale en 2001.

Jean-Yves Barreyre nous a bien montré que le handicap psychique n'était pas un concept, ni une catégorie objective, mais qu'il a d'abord été un combat ; le rapport Charzat a affiché clairement l'objectif : faire exister une population.

On peut effectivement critiquer cette notion de handicap psychique sur un plan conceptuel : d'ailleurs il n'existe nulle part ailleurs, pas plus d'ailleurs que le médicosocial : les soignants et les acteurs sociaux travaillent directement ensemble dans un processus de partenariat. Mais nous devons faire avec notre histoire, et à cause même de l'existence du médicosocial, il était nécessaire d'en passer par là.

Cette notion possède une forte potentialité d'aide au changement, d'une part quant au regard que la société peut porter sur les personnes souffrant de troubles psychiques, je vous renvoie au film réalisé par le GEM de Vannes, « Changer les regards », présenté dans l'atelier vidéo, et d'autre part sur les réponses que cette société peut leur proposer.

Des discussions perdurent encore aujourd'hui sur l'acceptation ou non de cette notion. Certains patients, même, la récusent et refusent d'être considérés comme des personnes handicapées, mais Jean -Yves

Barreyre a bien souligné qu'il s'agit non pas d'un adjectif, mais d'un substantif qui se réfère à une situation. On peut même parler d'une clinique situationnelle qui correspond à la dimension du handicap : celle-ci ne peut se confondre ni avec la clinique psychiatrique, même si ses références sont nécessaires, ni avec la problématique des taux d'incapacité. Cette approche situationnelle ne peut être

6

que partagée et se joue beaucoup plus du côté de l'humain. Elle implique de nombreux acteurs, l'utilisateur lui-même - on a d'ailleurs parlé de co-évaluation - l'environnement familial où l'on trouve les premiers aidants, les professionnels aux compétences multiples qu'il s'agisse de ceux des MDPH, des équipes de secteur ou des structures sociales ou médicosociales, où chacun doit s'efforcer de respecter celle des autres, comme l'a fait apparaître très clairement la recherche-action exemplaire sur l'évaluation du handicap psychique, menée par le CEDIAS sous la direction de J.Y. Barreyre à la demande de la CNSA, en 2008/2009.

Il faut enfin souligner que la notion de handicap psychique ouvre des espaces psychiques nouveaux aux personnes soignées en psychiatrie, qui ne sont plus simplement des patients désignés par les psychiatres. Les patients nous disent qu'ils ont besoin de soins, mais qu'ils ont également besoin d'autres réponses d'une autre nature. La revendication d'une place d'usagers qui coupe le lien d'assujettissement aux soignants et la reconnaissance de leur situation de handicap s'inscrit dans un processus de réappropriation de la parole, comme l'a montré Guy Baillon. Ce dernier explique comment « nous sommes passés d'un monde de paroles non valides à un monde où le fait de dire « je suis une personne en situation de handicap psychique » restaure cette personne et lui donne un autre statut ». Cette citation du livre de G. Baillon est à rapprocher de la conclusion qui se voulait provocatrice de J.F. Bauduret qui évoquait le fait que beaucoup de personnes préfèrent se dire handicapée que malade mentale.

Si donc au total, l'émergence de la notion de handicap psychique offre des opportunités favorables pour ceux que nous appelions exclusivement patients, il y a quelques années, il faut déplorer que celle-ci soit peu prise en compte par les politiques. Un rapport encore récent de deux sénatrices sur l'application de la loi de 2005 soulignait que la mise en œuvre de droits effectifs et les réalités de terrain étaient parfois très éloignées de l'esprit de la loi. Elles pointaient les problèmes de fonctionnement des MDPH, en notant par exemple que l'instruction des demandes de la carte européenne de stationnement (qui permet à son titulaire d'utiliser les places de stationnement réservées aux personnes handicapées), représentait 40 % de l'activité des MDPH. De plus ce rapport signalait que sur les 2 357 places de SAMSAH prévues sur la période 2008-2013, 977 seulement avaient été installées. Mais il ne disait rien des problèmes concernant le handicap psychique

7

L'accompagnement

Cette notion d'accompagnement a pris une consistance légale avec l'article 5 de la loi du 2 janvier 2002. Mais il renvoie à une longue tradition que l'on peut rapprocher de la notion du prendre soins, le « care », dont on parle tant aujourd'hui y compris sur le plan politique et qu'il ne faut pas confondre avec le « cure », les soins de santé.

Il est évident qu'il est difficile d'apporter des soins sans prendre soin, encore que malheureusement cela existe, que ce soit dans les soins généraux où le patient est parfois réduit aux seules données et images que le médecin examine sur son écran, sans même regarder son patient, ou en psychiatrie où la menace d'une contention est de plus en plus fréquemment mise en avant.

Il reste indéniable que nombre de soignants engagés dans leur travail avaient cette pratique du « prendre soin » des patients avec lesquels ils cheminaient. Mais ils en arrivaient parfois à croire qu'ils étaient les seuls à pouvoir prendre soin d'eux et les seuls légitimes à pouvoir être l'objet de leurs investissements transférentiels. Longtemps, et faute de mieux, la psychiatrie s'est ainsi satisfaite d'une réponse unique et totalisante qui a transformé les lieux de soins en lieu de vie.

C'est une des questions posée par la loi de février 2005 : la personne affectée de troubles psychiques ne peut être assignée à sa seule pathologie. Mais cela n'allait pas de soi pour tout le monde, comme si cette affirmation, soit discréditait le travail des soignants, soit condamnait à rebours le patient à être privé de soins psychiatriques dans une confusion entre les soins sanitaires et le prendre soin de l'accompagnement quotidien. Je me souviens qu'à l'occasion d'une intervention que je faisais dans une journée de formation

et alors que j'évoquais cette problématique complémentaire du cure et du care, une infirmière me pris à partie pour me dire, « mais quand je vais acheter des chaussures avec un patient schizophrène, je fais du soin ». Ce qui est intéressant dans cette anecdote, c'est que cette soignante était convaincue que personne d'autre qu'une soignante psychiatrique était en situation de pouvoir assurer cet accompagnement. Avec la loi de février 2005, cette question de l'accompagnement se concrétise avec de nouveaux outils, en particulier les SAMSAH et les SAVS et la question du prendre soin est un souci de plus en plus partagé par les professionnels de la psychiatrie et ceux du social et du médico-social, car il est impossible de prendre soin en voulant occuper toute la place auprès du patient ou de soigner correctement en faisant abstraction de la vie quotidienne de celui-ci.

8

Certes, il existe encore parfois de la méfiance de part et d'autre : « la psychiatrie n'est jamais là quand on a besoin d'elle », affirment certains travailleurs sociaux; inversement, il y a parfois une réticence à prendre en compte ces accompagnements au long cours assurés par d'autres professionnels que ceux de la psychiatrie, alors même que certains d'entre eux ont acquis une telle expérience qu'ils devraient contribuer à la formation des jeunes infirmiers, fraîchement émoulus de leur IFSI, qui choisissent la psychiatrie sans avoir été aucunement formés à la réalité de cette discipline.

Cela dit, je suis moins pessimiste que Jean-François Bauduret lorsqu'il parle de la méconnaissance persistante entre le champ sanitaire et le champ social et médico-social. Les mentalités ont beaucoup évolué en très peu de temps et plus personne ne dirait aujourd'hui que « l'on va déverser les patients vers le médico-social » comme je l'ai entendu il y a quelques années. Là où ils existent, il n'est pas vrai que la psychiatrie de secteur ignore l'existence des SAMSAH et des SAVS et leur utilité ; d'ailleurs des partenariats ont fait l'objet de conventions signées de part et d'autre. Peut-être a-t-il raison de dire que le champ social et médico-social a besoin de mieux connaître les CATTP, mais de leur côté, ces derniers ont parfois besoin de se redéfinir.

Les vraies questions au sujet de ces structures d'accompagnement est celle de leur faible nombre et surtout le fait de savoir si elles doivent être généralistes, c'est-à-dire ouvertes à toutes les formes de handicap ou s'il doit y avoir des SAVS et des SAMSAH dédiés aux personnes en situation de handicap psychique. Le politiquement correct est de favoriser les structures ouvertes à toutes les formes de handicap, mais j'y vois plutôt un dysfonctionnement diabolique de plus, pour reprendre le terme de J.F. Bauduret. Nous savons que l'enfer est pavé de bonnes intentions, car cela risque de fait de laisser de côté les personnes en situation de handicap psychique.

La dernière question concernant l'accompagnement est celui de la complémentarité et de la cohérence de cet ensemble sur un territoire donné qui n'est plus seulement le secteur de psychiatrie, mais un territoire de santé mentale. Cela implique que les professionnels de ces deux champs échangent sur leur pratique et s'enrichissent mutuellement par des formations croisées. C'est ce que notre fédération, s'est efforcée de faire, dès 2006, avec plus ou moins de bonheur.

La qualité du « prendre soin » nécessite une présence attentive des différents professionnels auprès du patient. Elle ne peut se contenter de recommandations de bonnes pratiques de l'accompagnement, qui certes peuvent apporter des repères, mais ne disent rien des émotions vécues dans certaines situations. Il faut pouvoir partager en équipe ces émotions, reflets des mouvements transférentiels des patients qui existent aussi dans un SAVS, apprendre, et cela prend du temps, à ajuster la bonne distance dans la relation, à repérer des signes d'angoisse de dépersonnalisation ou des moments de

9

vécu persécutif avant qu'ils se ne manifestent dans le comportement, apprendre à mettre des mots sur ces vécus d'angoisse ou au contraire savoir se taire tout en étant présent. En bref, cet accompagnement revient à apporter cet étayage quotidien dont Pierre Delion nous a souvent parlé sous le nom de fonction phorique qui n'est pas l'exclusive des soignants côté sanitaire. Bien sûr, cela implique d'être soi-même dans une relation de confiance et d'être convaincu que le facteur humain est une priorité dès que l'on parle de santé mentale.

La compensation

La loi de février 2005 a mis en avant le modèle de la compensation du handicap qui représente un changement important dans la représentation du handicap. Mais ce n'est qu'un modèle, qui correspond

d'une certaine manière à l'état de notre imaginaire collectif pour reprendre la formulation de G. Canguilhem qui écrivait que « le handicap est le produit d'un imaginaire collectif dans lequel la destinée d'une personne handicapée est souvent enfermée ».

Si l'on remonte au début du siècle précédent, on peut très schématiquement distinguer trois temps dans les politiques du handicap : il y a d'abord eu le temps de la réparation (avec le développement des prothèses) qui correspond au modèle de l'invalidité, avec les victimes de la grande guerre et les mutilés du travail, puis celui de l'inadaptation et de la réadaptation marqué par le développement des IME et des CAT, enfin le modèle de la compensation.

Les étapes précédentes reposaient sur des modèles médicaux (la médecine physique et de réadaptation et l'approche médico-pédagogique pour les enfants, dans des lieux spécialisée à l'écart des autres enfants). Aujourd'hui, on recherche autant que faire se peut l'utilisation du « mainstreaming », c'est-à-dire le recours à la règle commune pour les personnes en situation de handicap qui ne doivent pas être exclues. Ce modèle est sous-tendu par l'accent mis sur l'accès à la citoyenneté et il s'agit de compenser de manière individualisée les obstacles auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap pour accéder à l'autonomie et à la participation à la vie sociale.

Néanmoins, cela n'est pas sans poser de problèmes, lorsque cette injonction se heurte à la rigidité des institutions. Robert Voyazopoulos nous a montré tout ce qu'il y avait à faire pour réussir ce challenge au sein de l'école qui est bousculée par cette politique. Dans l'atelier n°1 sur l'inclusion à l'école, il nous a précisé qu'il n'y avait que 3200 psychologues scolaires pour 7 millions d'élèves et qu'il n'y avait guère de formations adaptées à ces enjeux pour les enseignants qui sont souvent en grande difficulté, bien qu'ils « mouillent pourtant leur chemise ». Le Projet personnalisé de scolarisation (PPS), qui est l'équivalent de la PCH des adultes, n'est pas construit avec les outils et les

10

personnes qu'il faudrait. Robert Voyazopoulos nous a présenté la recherche-action qui vise à améliorer le recueil des données psychologiques dans les MDPH. Quels points d'appui donner aux enseignants et à l'école pour permettre cette inclusion scolaire ? Telle a été une des questions évoquée dans cet atelier et un consensus s'est dégagé pour dire qu'il faut construire des ponts avec l'école et mobiliser une constellation inclusive autour de l'enfant.

Pour les adultes, la préparation de la prestation de compensation du handicap est établie à partir du projet de vie que la personne est invitée à construire. C'est une chose relativement simple, lorsque la perte d'autonomie est liée à un problème physique, mais les choses se compliquent avec les personnes en situation de handicap psychique « qui n'ont souvent envie de rien » (J.F Bauduret). Là où une personne en fauteuil peut clairement énoncer ses attentes, le patient qui est atteint de schizophrénie, est mis en difficulté par cette démarche visant à faire reconnaître son handicap et exprimer ce dont il a besoin. Et ce d'autant que rares sont les personnes formées à l'accueil de cette forme de handicap dans les MDPH et que les équipes psychiatriques s'investissent peu dans ce parcours des patients : les soignants ne comprennent pas, bien souvent, que le plan personnalisé de compensation (PPC) n'est pas déterminé par le diagnostic médical, même s'il ne peut être totalement négligé, mais par les difficultés concrètes que la personne rencontre dans sa vie quotidienne qui sont appréciées par l'outil de base utilisé pour cette évaluation, le GEVA.

Le fonctionnement des MDPH a été diversement apprécié dans l'atelier qui leur était consacré compte tenu de l'hétérogénéité de celles-ci, mais il n'est pas rare que les personnes en situation de handicap psychique soient l'objet d'un déni des droits proclamés dans la loi.

Ce déni des droits commence parfois en amont, lorsqu'on réalise tous les obstacles qu'il faut franchir pour accéder à la MDPH, car alors qu'il s'agit de droit et de solidarité, cette démarche peut être vécue comme une stigmatisation (car les représentations polysémiques du handicap persistent, pas seulement chez les soignants).

L'utilisation du guide-barème est variable selon les MDPH et l'on voit de plus en plus de patients qui n'ont pas accès au taux de 80%, car leurs capacités d'autonomie sont évaluées sur la possibilité ou non d'effectuer des gestes de la vie quotidienne. Le modèle implicite du handicap reste le handicap neuro-moteur et les équipes des MDPH ont souvent du mal à comprendre, par exemple, que l'accessibilité à un logement pour une personne avec handicap psychique nécessite en l'occurrence, non pas une rampe d'accès, mais un accompagnement humain. De même la capacité d'initiative, de comprendre ou non des

situations sociales n'est pas prise en considération. Ce qu'il faut également souligner, c'est que la plupart des décisions sont prises sur dossiers, alors que ceux-ci sont souvent très peu renseignés.

11

« La restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi » (décret d'août 2011) conduit également à sanctionner la personne en situation de handicap psychique pour ce qui est l'essence même de son handicap, c'est-à-dire son incapacité à s'inscrire dans un projet parce que les professionnels des MDPH craignent de financer la précarité sociale. Ne parlons pas enfin des propositions d'orientation parfois proposées de manière totalement théorique sans tenir compte de leur faisabilité : cela nous renvoie au rapport de Denis Piveteau, « Zéro sans solution ».

J.F. Bauduret a lui-même évoqué les obstacles réglementaires. Cela dit, il a été rappelé qu'en matière de droits, il y avait des voies de recours depuis le médiateur, jusqu'au tribunal du contentieux d'incapacité (TCI).

Une des grandes avancées de la loi du 11 février 2005 est de s'être autorisée à imaginer une forme de compensation collective pour les personnes en situation de handicap psychique avec l'instauration des groupes d'entraide mutuelle (GEM), dont la fréquentation n'exige aucune forme d'éligibilité préalable par la MDPH. La création des GEM a été une idée particulièrement pertinente et les pouvoirs publics ont su les faire échapper aux différentes dispositions réglementaires visant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ce que tous les adhérents des GEM reconnaissent, c'est que le GEM leur a permis de sortir de l'isolement, d'avoir un autre regard sur soi, de s'ouvrir aux autres. Que ce soit dans les films sur les GEM projetés dans l'atelier vidéo, ou les échanges dans l'atelier sur les GEM, avec entre autres le témoignage des adhérents du GEM « les Canoubiers » de Marseille, on ne peut être que convaincu de la richesse de cette entraide. Pair-aidant, quel beau programme ! Se reconnaître ensemble semblables dans la vulnérabilité et s'aider, en s'appuyant sur le collectif, à construire de nouveaux horizons de vie, c'est ce qu'on appelle aujourd'hui le rétablissement.

Encore ne faudrait-il pas créer des confusions en voulant professionnaliser certains de ces pair-aidants pour les intégrer dans les équipes de soins. Nous avons vu la directrice de la CNSA évoquer cette hypothèse, tandis que Jean Yves Barreyre s'y montre plutôt hostile. Mais cela ne veut pas dire que les usagers n'ont pas besoin de formations et que leurs associations ne doivent être pas mieux soutenues sur le plan financier.

12

Continuité de parcours de vie

Il serait intéressant d'analyser les raisons de l'inflation de la notion de projet dans notre société. Le management d'entreprise économique ne fonctionne plus que dans une logique de projet : il y a des équipes projets, un chef de projet, chaque projet annihilant le précédent. Il est le reflet de cette société de la performance et de la non-continuité. On peut observer que ce vocabulaire envahit également le monde de la santé avec entre autres les appels à projets des ARS.

On peut faire la même remarque avec le mot plan qui évite de construire une politique au long cours : il y a des plans cancer, accidents vasculaires cérébraux, Alzheimer, douleur, etc... Mais qu'est-ce qu'on fait à la fin du plan ? Un autre suit, comme nous l'avons expérimenté en psychiatrie. On est en train de lancer l'évaluation du second plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, alors que l'on sait tous qu'il n'a nullement été appliqué.

Si j'évoque ces jeux sur les effets d'annonce, c'est qu'il nous faut être vigilant sur la manière dont l'Administration de la santé (en l'occurrence les ARS) peut nous leurrer avec des mots qui en jettent, mais qui restent des mots morts. Seuls les professionnels les usagers, les aidants peuvent les faire vivre en découvrant alors la complexité du vivant, de la souffrance, de la précarité.

Si je fais ce rapprochement entre le mode projet de l'économie et le parcours de vie, c'est que la pensée managériale moderne gère de plus en plus les personnes comme des objets. J'ai été frappé récemment par les propositions d'une ARS à propos de la problématique du parcours de vie. Il y est question d'une succession d'actions à entreprendre qui ne sont pas critiquables en soi, mais qui relève malgré tout d'une pensée opératoire, comme s'il s'agissait de lancer une nouvelle marque de lessive ou de biscuits.

Jean-François Bauduret nous a invité à en finir avec une conception étriquée des parcours, celle qui ferait

se succéder un parcours de soins, un parcours de réinsertion ou un parcours de transition comme l'on dit à Messidor, avec des passages d'un lieu de soins au médico-social. Les « inadéquations sont partout » et « certains parcours sont chaotiques » nous a dit Bauduret. L'absence de rupture du parcours de vie doit prendre en compte la possibilité de crises, de ruptures possibles, mais celles-ci ne doivent pas se traduire par des abandons, comme cela s'est vu.

Projet de soins, projet de vie : pendant longtemps les soignants ont eu tendance à confondre les deux et l'émergence du handicap psychique a permis de rebattre les cartes. L'essentiel aujourd'hui est de faire en sorte que la personne puisse se construire

13

une continuité de vie, y compris avec ses ruptures. Pour se faire, il est indispensable que les différents acteurs se connaissent et se reconnaissent dans leur identité et leur complémentarité sur un même territoire. Le mot de constellation été formulé à plusieurs reprises, je l'ai déjà évoqué à propos de la constellation d'inclusion scolaire. Une constellation, c'est un ensemble d'étoiles que l'on reconnaît comme formant un ensemble bien repérable, qui ne bouge pas depuis des siècles et a permis aux hommes de rêver. Nous avons souvent parlé ici de constellation transférentielle, il ne s'agit pas d'y renoncer, mais d'accepter qu'elle soit partagée en sachant que l'on ne peut pas en repérer tous les effets : même dans les GEM, il y a des investissements transférentiels entre les adhérents, mais le plus important, ce n'est pas qu'ils ne pas soient repérés, puisqu'il n'y a pas de soignants, c'est qu'ils produisent des effets et que le mode de fonctionnement du GEM le permette.

Le problème de l'usager n'est pas de savoir si à tel moment il a besoin d'une institution de soins et à tel autre d'une structure de soutien social, quand ce n'est pas des deux simultanément, mais de savoir s'il peut compter sans faille sur des professionnels compétents, disponibles et cohérents entre eux. En fin de compte, une notion est essentielle qui a été évoquée plusieurs fois et rappelée ce matin par Dimitri Karavokyros, c'est celle de l'accueil, non pas comme un dispositif précis avec des protocoles à respecter, mais comme un état d'esprit, une disponibilité permanente des professionnels et des aidants.

La citoyenneté

Dans les valeurs de la loi de 2005, J.F. Bauduret a mis en premier la citoyenneté. Mais ne s'agit-il pas dans certains cas d'une simple pétition de principe, car si des progrès ont été faits en dix ans pour changer le regard sur les patients suivis en psychiatrie en particulier grâce aux GEM et aux SAVS (lorsqu'ils existent), on assiste dans le même temps à un télescopage avec le développement des mesures de privation de liberté et de contentions dans les services hospitaliers.

Patrick Gohet disait en 2005 « qu'il fallait passer du fou, parce que c'est encore comme ça que le grand public se le représente à un regard qui lui dise : « tu es un citoyen ». Mais dix ans plus tard, Denis Robiliard que nous interrogeons sur cette question de la citoyenneté nous déclarait : « affirmer un principe, c'est important, c'est bien, mais on ne traite pas quelqu'un comme un citoyen lorsqu'on l'attache ».

S'il y a donc encore du pain sur la planche pour que l'on n'en reste pas aux annonces, y compris du côté des soignants, les progrès sont indéniables et la présence des représentants des usagers dans les CRUQPC et les conseils de surveillance sont des indices d'un changement.

14

Le projet territorial de santé mentale

Le prochain projet de loi de santé qui doit être voté définitivement dans les jours qui viennent, devrait redéfinir dans son article 13, le cadre d'intervention des acteurs. Depuis plusieurs années les pouvoirs publics, et plus particulièrement la DGOS, ont voulu supprimer toute référence au secteur de psychiatrie : cette loi était l'occasion de revoir cette question et d'imaginer un secteur rénové comme le suggérait Edouard Couty en 2008, idée qu'a reprise Denys Robiliard. Mais peut-être que « secteur 2015 » est plus parlant comme le propose Christian Muller, président de la conférence des présidents de CME, quand on sait avec quelle facilité un appartement rénové devient vite « à rafraîchir ».

Santé mentale France a participé à la concertation confiée à Michel Laforcade, ARS d'Aquitaine. Elle a insisté sur la nécessité de ne pas se contenter de parler de missions de secteur psychiatriques coupées de l'hospitalisation, mais d'affirmer l'existence de territoires spécifiques de santé mentale dans lesquelles il fallait intégrer les différents acteurs concourant aux soins et les dispositifs médico-sociaux contribuant à l'accompagnement social, au logement, à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles

psychiques au long cours. Santé mentale France a même souhaité que l'on intègre le mot handicap psychique dans l'article 13, car il s'agit non pas de rénover seulement le secteur psychiatrique, mais d'inscrire les différents acteurs sur un même territoire.

Une des idées forces que nous a présentées Jean-Yves Barreyre est celui du diagnostic territorial partagé en santé mentale. Il doit être un préalable à cette nouvelle culture du partage sur un même territoire, ce qui pose d'ailleurs la question de la sectorisation du médico-social comme l'a évoquée Jacques Marescaux. Avant de conclure, je voudrais rajouter quelques données sur ce que Jean-François Bauduret a appelé les dysfonctionnements diaboliques.

Par exemple, il y en a un qui a été oublié et que pourtant JF Bauduret avait pressenti dans son ouvrage de 2013 (« De l'esprit des lois à la transformation des pratiques ») lorsqu'il écrivait que le principe de « fongibilité asymétrique » de l'ONDAM sanitaire vers le médico-social, ne devrait pas se réduire à la conversion en MAS de pavillons d'arriérés profonds de psychiatrie. Vœu pieux, car la défense des bassins d'emploi hospitaliers continue de prévaloir sur une réelle réponse aux besoins des usagers.

Dans la préface du dernier ouvrage de J.F. Bauduret, Pierre Gauthier expose bien les enjeux paradoxaux d'aujourd'hui, « des tendances lourdes et irréversibles s'affirment, écrit-il, elles ont pour nom droit et citoyeneté de la personne fragile, bientraitance et

15

qualité des accompagnements, inclusion en milieu social ordinaire, personnalisation des réponses aux besoins individuels, mais il ajoute, rationalisation et efficience de l'organisation et de la gestion d'un dispositif, régulations rigoureuses des ressources ».

Si je parle d'enjeux paradoxaux, c'est bien que ces dernières tendances lourdes, qui certes en soi sont légitimes : qui pourrait se faire le chantre de la gabegie et du désordre ? s'inscrivent dans un système qui rend fou pour reprendre la formulation de Vincent de Gaulejac et de Fabienne Hanique dans leur livre « Le capitalisme paradoxant ». Car cette rationalisation et cette recherche d'efficience vont de pair avec le développement d'outils de gestion et de normes qui vont à l'encontre des objectifs annoncés. Cette inflation de normes où le respect des protocoles compte plus que les résultats, dans une société du principe de précaution et de la transparence, ce que Béatrice Hibou appelle « la bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale », nous conduit à des catastrophes en termes humains. Elle invite à l'inertie où l'on prend plus de temps à justifier ce que l'on fait et sa traçabilité qu'à le faire vraiment. Quand je parle de catastrophes, je n'exagère guère, voyez ce qui vient de se passer chez Volkswagen.

Les logiques comptables deviennent de fait une finalité pour les fonctionnaires, mais aussi pour les responsables des institutions obligés de se soumettre à ce nouveau modèle gestionnaire qui devient violence contre la pensée : les personnes sont comptabilisées comme des produits et les soignants comme des machines mobiles qui doivent améliorer leur performance. Comment travailler avec de telles injonctions dans une relation de confiance et de probité, quand la tyrannie de la transparence, comme dit Roland Gori, instille l'absence de confiance dans les institutions ? Comment vivre et penser malgré tout afin de ne pas perdre le sens même de notre métier. J'ose croire que des journées comme celle-ci nous y aident.

Il nous faudra dans le secteur rénové construire des alliances entre institutions de nature et d'origine diverses pour construire au moins entre nous des relations de confiance, même si les appels à projets sont souvent là pour nous mettre en concurrence, car là encore on a importé la loi du marché.

Conclusion

A la table ronde de ce matin, on a parlé d'un temps nouveau, c'est un fait. L'apparition d'un concept comme celui de rétablissement est bien le signe que quelque chose a changé. Il est temps d'en prendre acte, car parfois on est frappé de la juxtaposition de deux psychiatries.

L'une qui veut garder des modes de pensée qui ont fait bouger les lignes il y a quelques décennies, tout en s'accrochant avec de plus en plus de déséquilibre sur les épaules des

16

géants, pour continuer avec la métaphore reprise par Guy Baillon. Cela m'évoque ce que Jean-Pierre Pinel appelle une position nostalgique mélancolique.

L'autre en oublie que l'on travaille avec des personnes inscrites dans un environnement familial et social : elle ne jure que par les circuits synaptiques et a remplacé la rencontre intersubjective par l'objectivation

des questionnaires du DSM. C'est malheureusement comme cela que sont formés les jeunes psychiatres, encore que certains commencent se dire, lorsqu'ils rencontrent des usagers, qu'ils sont dans une impasse. Il peut y en avoir une autre : celle qui s'appuie sur le meilleur des expériences du passé, pour construire un modèle suffisamment convaincant pour motiver les jeunes professionnels, qu'ils soient psychiatres, psychologues ou travailleurs sociaux, au sens large, à affronter les enjeux d'aujourd'hui dans ces nouveaux territoires à partager.

Les valeurs de Croix-Marine et de Santé Mentale France correspondent à ce qu'on appelle dans de nombreux pays la psychiatrie communautaire qui inclue la réhabilitation psychosociale. Lise Demailly, estime également que la politique de santé mentale est à la croisée des chemins et suggère trois paradigmes possibles. Une santé mentale autoritaire avec une psychiatrie strictement remédicalisée, une anarchie proche de ce que nous connaissons et celui d'une santé mentale communautaire, modèle humaniste, sensible aux droits de l'homme et du citoyen, qui irait jusqu'au bout de la politique de secteur ; ce dernier modèle s'appuierait sur une psychiatrie sociale et communautaire qui jouerait un rôle central, largement insérée dans des réseaux et des partenariats et donnerait largement la parole aux usagers. C'est bien ce que veut faire Santé Mentale France.

En remerciant tous ceux qui nous ont aidés à penser, voire à rêver, durant ces deux jours, je formule le vœu que nous réussissions avec vous la naissance de ce nouveau mouvement.

Qu'il devienne un mouvement lisible et représentatif des professionnels les plus engagés dans le champ de la santé mentale, un mouvement regroupant des acteurs convaincus de la nécessité de garantir une cohérence et une continuité des parcours de vie entre les soins, la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement au quotidien en matière de logement, de réinsertion professionnelle et de soutien du lien social, un mouvement qui puisse également reconnaître la place des structures gérées par les usagers eux-mêmes, avec des professionnels convaincus de l'importance de la dimension relationnelle et des capacités de rétablissement des usagers, bref un mouvement prônant une psychiatrie humaniste intriquée avec le social, soucieuse de la dimension citoyenne des personnes concernées.

II. Louis Gonzalez, gériatre et directeur d'un important hôpital gériatrique lyonnais, devait participer à la journée, mais il en a été empêché au dernier moment. Avec son autorisation et nos sincères remerciements nous publions ici sa thèse de doctorat en psychologie qui avait beaucoup impressionné le jury. Nous y trouvons entre autres des concepts tels que ceux de troc indiciel, de rétrogénése, de souvenirs forcés [souvenirite?] de rigidification de la fonction symbolique, qui pourraient constituer autant de voies de recherche pour des personnes en situation de handicap mental.

Les articulations entre intelligences et psychisme et entre leurs troubles respectifs y sont aussi développées.

Plus généralement, à la lecture de cette thèse, nous avons pu nous rendre compte que les interrogations des gérontologues n'étaient peut-être pas si éloignées des interrogations des personnes autour du handicap mental que les habitudes du chacun chez soi pouvaient le laisser croire.

Les études scientifiques autour des démences pourraient constituer de nouveau une voie de recherche fructueuse pour mieux comprendre le handicap mental et les personnes en situation de handicap mental en évolution tout au long de leur vie.

Nous nous excusons auprès de l'auteur de n'avoir pas pu reproduire ici les figures qui accompagnent ce travail.

Université Lyon 2 Lumière

EPIC, Institut de Psychologie, Laboratoire SIS

Perturbations de la fonction symbolique dans la maladie d'Alzheimer et leurs conséquences cognitives et affectives.

Louis Francis GONZALEZ MONGE

Thèse de doctorat en Psychologie

Sous la direction de Louis Ploton, présentée et soutenue publiquement le 20 février 2015

Pr Jacques Gaucher, Lyon 2 (Président) ;

Pr Louis Ploton, Lyon 2 (Directeur de thèse)

Dr Philippe Thomas, HDR, Limoges (Rapporteur)

Pr Juan Dionisio Aviles Hernandez, Murcia, Espagne (Rapporteur)

Pr Michel Ylief, Liège, Belgique

Pr Carlo Cristini, Brescia, Italie

Dr Alain Sagne, Lyon 2

Pr Jacques Othoniel, Montpellier.

A ma mère qui arrive toujours à sourire. A la mémoire de mon père. A tous ceux qui font vivre l'amour et l'amitié autour de moi.

Au professeur GAUCHER : vous avez accepté de présider le jury de ma thèse et je vous en remercie. A chacune de nos rencontres dans le monde de la gérontologie, j'ai été impressionné par votre érudition et votre amabilité.

Au professeur PLOTON : Avant d'arriver à Lyon, je suivais déjà vos interventions et travaux avec admiration. Tant dans le domaine de la psychiatrie que dans ceux de la gérontologie, et de l'éthique,

vos dynamisme et l'acuité de vos apports m'ont toujours éclairé. Vous avez bien voulu diriger ce travail tardif.

Au docteur THOMAS : Vous incarnez pour moi l'idéal de l'honnête homme des lumières appliqué à la psychogérontologie, intégrant des connaissances magistrales tant en psychiatrie qu'en médecine interne et les enseignant de manière intégrée. Vous faites partie des gériatres engagés. Merci d'avoir accepté d'être rapporteur de ce modeste travail.

Au professeur AVILES HERNANDEZ : Nous nous sommes rencontrés sous l'aile de Jacques OTHONIEL et je vous remercie de bien avoir voulu vous pencher sur cette thèse avec bienveillance et enthousiasme, comme vous savez le mobiliser pour tant de projets. Merci d'avoir accepté d'être rapporteur de ce modeste travail.

Au professeur YLLIEFF : C'est après vous avoir rendu visite à Liège, en 1984, que j'ai compris pour la première fois que soigner en institution des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer était possible. Votre travail à l'hôpital du Péri et à l'Université a été pionnier dans ce domaine.

Au professeur CRISTINI : Je vous remercie de votre présence à ce jury. Vos nombreux travaux en psychogérontologie allient rigueur et grand humanisme, qualités dont vous faites bénéficier vos élèves à l'Université de Brescia.

Au professeur OTHONIEL : J'ai appris l'essentiel de ma carrière et de mon engagement en gérontologie de votre enseignement scientifique et hippocratique à l'Ecole de Montpellier. Je vous dois tant.

Au docteur SAGNE : J'apprécie beaucoup votre rigueur intellectuelle associée à une largesse de point de vue et une chaleur relationnelle qui sont un exemple pour moi. Vos travaux sur l'intersubjectivité et le groupe sont inspirants.

Table des matières

Résumé	5
Abstract	6
1/Introduction	7
1.1/Sujet de recherche	7
1.2/Problématique et méthodologie (objectifs et hypothèses)	9
2/H1 : La rigidification de la fonction symbolique dans le S3A	17
3/Fonction symbolique, cognition et symbolisation	22
3.1/Fonction symbolique et processus cognitifs	28
3.1.1/ Approche génétique	29
3.1.2/ la dissociation signifiant/signifié : prise de distance symbolique	31
3.1.3/ le jeu symbolique	38
3.1.4/ Equilibre assimilation/accommodation	40
3.1.5/ Emotion et socius	51
3.1.6/ L'après Piaget et Wallon	53
3.1.7/ chronologie de mise en place de la fonction symbolique	59
3.1.8/ fonction symbolique et souplesse mentale	62
3.1.9/H2 : conséquences cognitives de la rigidification de la fonction symbolique dans la maladie d'Alzheimer	67
3.1.10/ conclusion de la perspective cognitive	109
3.2/Fonction symbolique et prise de distance, la symbolisation	111
3.2.1/ H3 : approche génétique de la prise de distance symbolique	118
3.2.2/H4 : Erosion des mécanismes secondaires	190

3.2.3/Au terme de ce survol	198
4/ Réflexions sur l'approche psychothérapique dans la maladie d'Alzheimer	202
4.1/ Dans quel cadre l'approche psychothérapique a-t-elle lieu ?	203
4.2/ Sur quoi repose l'approche psychothérapique ?	204
4.3/ Comment se présenter en approche psychothérapique?	205
4.4/ Comment se pencher sur la béance ?	206
4.5/ Renoncements nécessaires :	211
4.6/ médiations :	213
5/Discussion et Critiques	224
6/Conclusion	231

4

Table des figures	238
Travaux cités	239

5

Résumé

Partant de l'observation et de l'étude expérimentale (réalisée en Master 2) de situations de maladie d'Alzheimer débutante avec association d'une amnésie hippocampique, d'une anomie et d'une apraxie constructive pour l'espace projectif (syndrome S3A), nous proposons que la cooccurrence des troubles cognitifs et psychopathologiques peut être liée à une rigidification de la fonction symbolique, à savoir la réduction de l'empan de substitution d'un signifié par des signifiants.

Nous examinons cette hypothèse à propos des troubles cognitifs en partant de la définition de la fonction symbolique (ou sémiotique) par Piaget.

Nous l'étendons aux aspects psychopathologiques en partant de la symbolisation et de ses transformations.

La notion de distance symbolique est évoquée à titre de dénominateur commun à tous ces processus, cible de la rigidification de la fonction symbolique. Elle pourrait être liée aux perturbations de la mémoire de travail, entraînant :

_ Proactivement, une déstructuration des éléments attributionnels dans le réseau sémantique élargi, contribuant à la genèse des troubles cognitifs.

_ Rétroactivement, du fait de l'érosion des mécanismes secondaires, l'activation de phénomènes archaïques - dont l'angoisse de non représentation – et des défenses attenantes.

Quelques implications psychothérapiques sont envisagées.

Mots-clefs : fonction symbolique, symbolisation, signifiant, signifié, symbole, signe, indice, maladie d'Alzheimer, défenses archaïques, angoisse.

6

Abstract

Starting from the observation and experimental study of Alzheimer's disease early situations with association of hippocampal amnesia, anomia and constructive apraxia for projective space (S3A syndrome), we propose that the co-occurrence of cognitive and psychopathological disorders may be linked to a stiffening of the symbolic function, namely the reduction of the span of substitution of a signified item by signifiers.

We examine this hypothesis about the cognitive impairment on the basis of the symbolic function as defined by Piaget.

We extend it to psychopathological aspects starting with the symbolization and its transformations. The concept of symbolic distance is mentioned as a common denominator for all these processes, as a target for the stiffening of the symbolic function. It could be related to working memory impairment, causing:

_ Proactively, a deconstruction of attributional elements in the "broad semantic network", contributing to the genesis of cognitive impairment.

_ Retroactively, because of the erosion of secondary mechanisms, an activation of archaic phenomena - including the anxiety of non-representation - and of the archaic defenses.

Some psychotherapeutic implications are considered.

Key-words: symbolic function, symbolization, meaning, signified, signifier, symbol, sign, index, Alzheimer's disease, archaic defenses, anguish.

7

1/Introduction

1.1/Sujet de recherche

Le sujet de cette thèse est l'approfondissement de la discussion élaborée à l'occasion du Master 2 Evaluation de la fonction symbolique dans la maladie d'Alzheimer (2011) qui portait de la constatation clinique de déficits cognitifs conjoints dans la maladie d'Alzheimer débutante pour aboutir à la confirmation expérimentale d'une atteinte de la fonction symbolique, telle que définie par Piaget : capacité d'évoquer des objets ou situations en se servant de signes ou de symboles, la disjonction « ou » renvoyant à la capacité de dissocier ces derniers. Dans la suite du texte, l'expression « fonction symbolique » renverra à cette acception.

Pour commencer, il nous faut donc partir d'où nous nous sommes arrêté, la discussion et la conclusion de notre mémoire de Master 2. Nous nous étions intéressé à un type fréquent de présentation clinique de patients souffrant de maladie d'Alzheimer débutante, que nous avons appelé le syndrome amnésie-anomie-apraxie (S3A), et nous avons utilisé la théorie de Piaget pour essayer de le comprendre : la description de la fonction symbolique et de sa mise en place chez l'enfant permet en effet d'expliquer, dans une approche rétrogénétique(1), la cooccurrence des troubles anomiques, mnésiques et praxiques dans le S3A.

Bien que la maladie d'Alzheimer ne puisse être réduite à des perturbations cognitives, le recours à cette théorie nous a paru pertinent, d'autant que Piaget a lui-même reconnu que la dimension affective n'en était pas exclue:

« La vie affective, comme la vie intellectuelle, est adaptation continuelle, et les deux adaptations sont, non seulement parallèles, mais interdépendantes, puisque les sentiments expriment les intérêts et les valeurs des actions dont l'intelligence constitue la structure. » (PIAGET, 1945)

(1)La rétrogénése décrit le fait que les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer perdent leurs aptitudes cognitives à peu près dans l'ordre inverse de leur acquisition ontogénétique. Concept très inspiré par le modèle hiérarchique de Jackson, proposé dans les années soixante par les nombreux et admirables travaux de l'école d'Ajuriaguerra et repris récemment outre-Atlantique par ceux de Reisberg. (JACKSON, H.H selected writings, James Taylor (Ed), Hodder et Stoughton.) (AJURIAGUERRA, Julian De. 1968) (REISBERG, B. 2008)

8

« Il est impossible de trouver des conduites relevant de l'affectivité seule, sans aucun élément cognitif, de même qu'il est impossible d'identifier une conduite relevant de l'intelligence seule, sans éléments affectifs » (PIAGET, Cours à la Sorbonne cité par XYPASS, 2001)

Cette considération est importante car nous désirions prolonger le travail expérimental du Master2 par

des considérations d'ordre psychodynamique, inévitables puisqu'il restait à évoquer les modalités et les formes par lesquelles les perturbations de la fonction symbolique peuvent être repérées dans l'apparition de troubles non seulement cognitifs mais aussi représentationnels et affectifs. Quelles relations peuvent être mises en perspective entre l'altération de la fonction symbolique et les processus de symbolisation ? La présente thèse s'applique à ébaucher cette approche à la lumière de la littérature et de notre expérience clinique en milieu psychogériatrique.

9

1.2/Problématique et méthodologie (objectifs et hypothèses)

La problématique de notre thèse s'énonce dans son titre, nous le reprenons donc mot à mot :

PERTURBATIONS DE LA FONCTION SYMBOLIQUE ...

Nous faisons bien référence

_ À la fonction symbolique, ou sémiotique, définie par PIAGET :

« [...] la capacité d'évoquer des objets ou situations non perçus actuellement en se servant de signes ou de symboles. » (PIAGET, 1945)

_ Et à sa rigidification, retrouvée dans notre travail de mémoire lors de la passation de l'échelle BREFS2.

Nous entendons par rigidification une réduction d'empan de choix symbolique entre mots dénotant un indice, un symbole et un signe. L'utilisation de la BREFS(2) et la description de la rigidification de la fonction symbolique sont rappelées au chapitre 2.

DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER...

Les observations cliniques concernant ce travail et le mémoire précédent ont porté sur des patients vus en consultation ou hospitalisés, soit à la clinique de gériatrie du Centre Psychiatrique Départemental de l'Aude (Limoux) soit à l'Hôpital de Fourvière à Lyon. Ils présentaient les critères diagnostiques cliniques et paracliniques de maladie d'Alzheimer. Dans le mémoire de master, il s'agissait de maladie d'Alzheimer débutante, les critères cliniques sont rappelés au chapitre 2. Dans le cours de cette thèse nous rapportons des observations concernant également des situations de maladie plus évoluée.

Ce travail ne préjuge pas de l'éventuelle extension des conclusions à d'autres situations caractérisées par une altération de la fonction symbolique du même type.

(2) Batterie rapide d'Evaluation de la Fonction Symbolique. Décrite au chapitre 2.

10

ET SES CONSEQUENCES CONJOINTES COGNITIVES ET AFFECTIVES ...

L'altération de la fonction symbolique est susceptible de rendre compte de modifications du fonctionnement mental de l'individu sans d'une part avoir à recourir à un raisonnement anatomoclinique exclusif, ni d'autre part à renoncer à l'apport des disciplines tant cognitives que psychanalytiques. La raison invoquée n'est pas l'éclectisme mais l'ontogénèse dialectique du sujet et de l'objet, décrite en termes complémentaires dans ces deux branches de la psychologie. Ce socle ontogénétique mis en place dans l'enfance est érodé par la maladie d'Alzheimer dont le substrat organique est démontré. D'ailleurs, la coexistence d'altérations organique et psychologique renvoie à celles des significations inscrites dans le soma et élaborées secondairement dans la psyché, d'une manière que nous qualifierions volontiers de fractale(3). Ce qualificatif de fractal renvoie à une géométrie, à une distance entre soma et psyché, retrouvée entre l'indice et le signe. La notion de distance est en effet centrale dans notre thèse : distance d'émancipation du signifiant par rapport au signifié (de l'indice au signe), distance relationnelle, distance symbolique, elle est développée aux chapitres 3.1.2 et 3.2.

La notion de distance permet de passer de la fonction symbolique à la symbolisation, de jeter un pont métaphorique entre le cognitif et l'affectif, entre le neurologique et le psychologique. Nous citons à ce sujet Louis Ploton qui se réfère d'ailleurs au rapport entre signe matériel (indice) et sens abstrait (signe Saussurien) dans une évocation de la fonction symbolique:

« ...il n'y a pas entre les processus qui concernent les registres psychologique et neurologique de liens de cause à effet, ni même de liens d'interaction systémique, mais un lien de traduction, de représentation de l'un par l'autre, comme il en est du rapport qu'il y a entre le signe (matériel) et le sens (abstrait) qui est donné à celui-ci. » (PLOTON, 2009)

(3) Distance, dimension fractales : celles qui sont caractérisées par une invariance d'échelle.

11

Mais il est difficile de parler deux langues à la fois, c'est donc de manière artificiellement séparée que nous proposerons des réflexions dans le registre cognitif et psychodynamique, registres naturellement intriqués et partirons chaque fois du point de vue du socle génétique.

« En première approche on est d'ores et déjà en droit de dire que les démences ne sont pas plus neurologiques que cognitives ou psychologiques mais que c'est l'observation qui choisit de se centrer sur un de ces champs pour des besoins particuliers relatifs à leur étude. Et, quoi qu'on fasse ou quoi qu'on dise, dès lors qu'on se penche sur un de ces plans avec des instruments d'observations appropriés, des phénomènes complexes peuvent être mis en évidence, avec une dynamique propre au plan d'observation choisi. » (PLOTON, 2001)

Ce point de vue assis sur un socle génétique, ce vertex comme l'écrirait Bion, à la fois « cognitif » et « affectif » nous amènera à traiter autant sinon plus d'enfant que de personne âgée. C'est une démarche que nous avons apprise à la lecture des travaux de Julian de Ajuriaguerra, de l'école de Genève et de nos rencontres répétées avec son représentant, le Pr J.Richard.

Notre travail de thèse est donc l'approfondissement de la discussion des données cliniques et expérimentales du Master 2. Il consiste en une élaboration théorique qui appelle un travail ultérieur de validations expérimentale et clinique...

Nous avons choisi de distinguer trois parties théoriques, avec quatre hypothèses (H1 à H4): le rappel d'une, formulée lors du master 2 et la proposition de trois autres, constitutives de la thèse:

H1 et H2/ En premier lieu, la thématique de la fonction symbolique, son approche dans la lecture des tableaux de S3A, a constitué l'élément fondateur de notre recherche. Cette partie nous permet de proposer une vision commune des perturbations cognitives sous-tendues par la rigidification de la fonction symbolique et son approche retrogénétique telle qu'elle avait constitué le thème du master 2. Nous avons vu que l'association de l'anomie et de l'apraxie peuvent être mises en relation avec la cooccurrence génétique - donc la rétrogénèse

12

alzheimerienne - de la fonction symbolique et de la maîtrise de l'espace projectif. Cet aspect est exposé au chapitre 2, il s'agit de la première hypothèse pour laquelle nous avons fourni un argumentaire clinique et expérimental à l'occasion du master. Les trois autres hypothèses structurent notre thèse. Nous approfondissons donc cette notion en proposant que la rigidification symbolique peut impacter per se le langage mais aussi la mémoire et les autres instruments cognitifs. La deuxième hypothèse (H2) est que ce mécanisme est lié au fait que la rigidification de la fonction symbolique a des conséquences sur les attributs conceptuels dans le réseau sémantique « élargi », que nous définissons, et qu'elle le déstructure. Elle est exposée aux chapitres 3.1 (3.1.9. et 3.1.10).

H3 et H4/ Ensuite est proposée une réflexion traitant des perturbations des processus de symbolisation en reprenant les données de la littérature sur ce vaste sujet. Dans la troisième hypothèse, nous envisageons ces derniers comme s'élaborant selon un continuum depuis les processus dits primaires(4) jusqu'à l'élaboration de la fonction symbolique proprement dite, en nous appuyant sur la notion de distance symbolique qui s'élabore selon le même continuum. Il en découle la quatrième hypothèse (H4) qui inscrit les conséquences de la rigidification de la fonction symbolique sur l'érosion des mécanismes dits secondaires. Il s'agit du chapitre 3.2. Nous allons donc exposer de manière anachronique puisque nous traiterons d'abord de fonction symbolique (point de départ en fait de notre travail) puis de ses prémisses... Nous utiliserons chaque fois des données génétiques pour aborder ce qui se met en place et que la maladie détruit.

Enfin, au chapitre 4, nous proposons des pistes d'approche psychothérapique face à la personne souffrant de maladie d'Alzheimer, basées sur les réflexions précédentes, bien sûr sans prétendre qu'elles soient la seule approche possible.

Ces trois aspects : cognition, psychodynamique et psychothérapie, complémentaires pour notre travail, permettent de prendre en compte dans son ensemble le thème de la fonction symbolique, tant au sens strict, piagétien, qu'en tant que résultat et soubassement des processus de symbolisation, et du rôle de leur atteinte dans les manifestations de la maladie d'Alzheimer.

(4) Les processus primaires, inconscients sont sous mandat du principe de plaisir. Les processus secondaires sont sous mandat du principe de réalité, liés au langage.

13

Ce modeste travail s'enracine dans une pratique clinique de trente-trois années en hospitalisation et consultations gériatriques et psychogériatriques au cours desquelles nous avons souvent été intrigué par des présentations débutantes usuelles de la maladie d'Alzheimer consistant en l'association d'anxiété et souffrance (en partie liées à la prise de conscience de l'effritement) à des perturbations cognitives stéréotypées dont une triade des plus fréquente : amnésie de type hippocampique, manque du mot et apraxie constructive débutante que nous avons baptisée lors du travail de Master 2 « syndrome amnésie-anomieapraxie » (S3A). Comme toujours, les débuts plus « exotiques » à type d'aphasie progressive ou d'apraxie isolée ont suscité beaucoup de travaux, au détriment des formes plus « ordinaires », fréquentes comme le S3A, phase évolutive des formes typiques de maladie d'Alzheimer. Assez fréquente pour qu'elle ait constitué 14,5% des 600 personnes reçues consécutivement en consultation mémoire à l'Hôpital de Fourvière durant une année (GONZALEZ MONGE, 2011). Certes, les neurologues se plaisent à dire que « la maladie d'Alzheimer connaît la neuroanatomie » puisque la progression des lésions neurofibrillaires a permis à partir de l'étude de 2661 autopsies, de systématiser les stades histopathologiques entorhinal, néolimbique et isocortical (BRAAK et BRAAK, 1991). Cependant, nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'explication neuroanatomique évolutive précise expliquant l'occurrence de cette association clinique. C'est devant ces constatations que nous avons cherché à explorer une approche retrogénétique de nature à relier ces symptômes par un déterminisme fonctionnel. Ce fut l'objectif du master 2 consacré au S3A et à l'exploration de la fonction symbolique au moyen de l'échelle BREFS. Nous en résumons les données au chapitre 2 portant sur la rigidification de la fonction symbolique. Ce travail portait sur les données cognitives, la cooccurrence de l'anomie et de l'apraxie. Il débouchait sur une interrogation : les perturbations affectives, en deçà du réactionnel à la perte intellectuelle et à ses conséquences, peuvent-elles aussi être comprises dans la perspective d'une altération de la fonction symbolique? Cette dernière étant définie dans le domaine cognitif, la question se pose différemment : Les perturbations affectives peuvent-elles aussi être comprises dans la perspective d'une altération des processus de symbolisation ? Bien sûr, fonction

symbolique (piagétienne) et processus de symbolisation ne recoupent pas les mêmes aspects de la psyché, il ne s'agit pas de processus identiques mais homéomorphes : la prise de distance en constitue le dénominateur commun. L'analyse de la littérature n'ayant pas permis

14

d'alimenter la relation entre perturbation de la fonction symbolique et troubles de la symbolisation, nous avons été amené à faire un certain nombre d'hypothèses et les illustrer par des exemples cliniques brefs tirés de notre expérience.

Enfin, bien que notre pratique se soit ancrée depuis le début dans une perspective psychogérontologique qui se veut intégrative et ouverte aux champs de l'organique, du social et du psychologique, c'est à ce dernier que ce travail s'est cantonné de manière réductrice et en privilégiant l'approche clinique en situation duelle d'observation et de thérapie : Pour les données cliniques, notre position est que la personne souffrant de maladie d'Alzheimer ne peut être ramenée à celle d'un objet qui s'use, elle est nécessairement un sujet qui lutte et tente de s'adapter aux changements qui s'opèrent en elle. C'est pour cette raison que nous avons privilégié la rencontre avec le patient et sa singularité, aussi dément soit-il, autour de la question de sa fonction symbolique, de sa symbolisation et donc de sa souffrance liée aux désordres instrumentaux mais aussi représentationnels et identitaires. Le thème étant vaste et voulant nous limiter aux mécanismes au plus près de la fonction symbolique, nous ne traitons pas de la question fondamentale du lien entre le malade, les membres de la famille et les professionnels, dans un espace familial constitué de longue date. La pratique clinique et de nombreux travaux décrivent cette relation systémique comme évolutive, mobilisant des affects parfois traumatiques, faite de complicités et de conflictualités, justifiant une approche théorique et clinique complexe (GAUCHER, RIBES, & PLOTON, 2003). En particulier, dans cette clinique du relationnel, les aspects transgénérationnels sont largement abordés dans la littérature :

« On pense à ce propos à la reprise d'un rôle familial, rôle de délinquant, de refondateur, etc.

Il peut aussi s'agir d'expier pour une faute antérieure, d'être victime d'un syndrome d'anniversaire ou d'échec, mais aussi d'être en proie à des émotions étrangères à soi, transmises dans un processus transgénérationnel. Conditionnement dès la vie intra-utérine ? (Ancelin, 1993). On doit aussi, à ce propos, faire référence par exemple au poids des secrets de famille. Tout se passe de ce point de vue comme si quelqu'un était appelé à savoir émotionnellement sans savoir cognitivement. » (PLOTON, 2009a)

Ce choix ciblant la fonction symbolique et la capacité de symbolisation du malade restreint l'approche de la problématique démentielle mais peut aussi permettre d'éclairer l'unicité des difficultés du « patient » (envisagées en l'occurrence par la perspective de la fonction

15

symbolique) qui renvoie à l'unicité de la personne à laquelle s'adresse le soin, à la méfiance inspirée par le délitage en tronçons de points de vue, de spécialités, de dogmes parfois.

« Toute volonté de dissocier affectif et cognitif du fonctionnement neuro-fonctionnel (notamment neuro-sécrétoire) ne peut que constituer un artifice de raisonnement. » (PLOTON, 2001)

C'est la rencontre avec le malade qui impose l'évidence parfois oubliée : aucune théorie se cantonnant à des données purement cognitives ou affectives, ou encore sociales ni même systémiques, aucun résultat de laboratoire ni d'imagerie ne saurait rendre pleinement compte de l'atteinte de la personnalité et de l'histoire des personnes que nous devons soigner.

Les brefs fragments cliniques que nous présentons ne sauraient témoigner de cette dimension complexe, ils sont cités à titre illustratif, ils sont extraits de notes prises à l'occasion de consultations et

hospitalisations soit dans le service de gériatrie du Centre Psychiatrique de l'Aude (Limoux, de 1981 à 1991) soit de l'hôpital de Fourvière (Lyon, de 1991 à maintenant). Les critères diagnostiques de maladie d'Alzheimer ont évolué en plus de trente ans, mais les observations utilisées concernent des patients « typiques ». Leur brièveté sert à dessein l'illustration de tel ou tel point de la partie théorique pour en adoucir l'aridité. Elle ne rend bien sûr pas compte du long chemin parcouru avec ces patients. Pour beaucoup d'entre eux il a commencé avec une consultation de dépistage et s'est poursuivi pendant des années d'aggravation et de péripéties diverses.

L'alimentation de notre réflexion par la clinique s'est déroulée de manière spontanée et il est difficile de préciser le point contre-transférentiel qui a poussé vers une réflexion sur la fonction symbolique. Il s'agit sûrement du permanent éprouvé de désarroi et d'une certaine rage face à des conduites, des propos qui laissent un sentiment d'intelligibilité possible mais si difficile, décrite par certains face aux malades psychotiques : Sentiment d'impuissance souvent, avec les mêmes effets « d'attaque à la pensée » (PLOTON, La souffrance des soignants www.againstpain.org/fr/pps/ploton.pps) ou parfois sentiment d'énigme par l'impression d'une communication d'inconscient à inconscient. Parmi l'intelligibilité possible, celle concernant la coexistence de troubles dits cognitifs et affectifs nous a toujours paru la plus accessible, d'où cette réflexion sur un éventuel mécanisme commun : les perturbations de la fonction symbolique.

Citant certains de leurs propos et de leurs conduites, je rends hommage à ces personnes malades qui m'ont tout appris.

16

Nous allons donc d'abord rappeler brièvement la perturbation de la fonction symbolique que nous avons retrouvée chez des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer débutante et que nous décrivons comme une rigidification, c'est-à-dire une réduction de l'empan de choix entre signifiants pour un signifié. Nous aborderons ensuite les troubles de la symbolisation.

17

2/H1 : La rigidification de la fonction symbolique dans le S3A

Dans un travail antérieur de master 2 (GONZALEZ MONGE, 2011) nous avons décrit cliniquement une présentation débutante de la MA consistant en l'association d'une amnésie, d'une apraxie constructive et d'une anomie ou manque du mot, que nous avons appelée « syndrome amnésie-apraxie -anomie » (S3A).

Ce syndrome était présent chez 14,5% des 600 personnes reçues consécutivement en consultation mémoire à l'Hôpital de Fourvière durant une année. Elles présentaient les critères de maladie pré-déméntielle (DUBOIS, 2000) avec un score moyen du Mini Mental Score de Folstein (MMS) supérieur ou égal à 25+-1,8. Ces patients présentaient en plus du syndrome amnésique hippocampique un début de déficit des instruments de la cognition, insuffisant pour entraîner des répercussions sur la vie quotidienne mais témoignant déjà de l'atteinte corticale. Le retentissement sur l'efficacité cognitive globale était variable, score en général encore discret. Ils étaient au stade dit précoce, pré-déméntiel de l'Alzheimer (MPD).

Le S3A est caractérisé par l'association clinique d'une amnésie de type hippocampique, d'une anomie avec manque du mot gênant, spontané (bien mis en évidence en dénomination mais compensé par des paraphrasies sémantiques) et d'une apraxie constructive débutante s'exprimant dans la difficulté à reproduire sur l'espace bidimensionnel du dessin la représentation d'un objet tridimensionnel, un cube. Nous avons posé l'hypothèse que cette association pourrait s'expliquer par un substratum

correspondant à la détérioration d'un facteur cognitif global relevé en phase pré déméntielle dans l'étude PAQUID (DARTIGUES, 2012) et lié :

18

_ Organiquement à des lésions neuronales débordant les régions hippocampiques, en sachant que :
« Il semble important de faire remarquer que s'il existe des corrélations, scientifiquement vérifiées, entre lésions et défaillances cognitives, rien ne permet à ce jour de savoir en quoi les lésions observées, au regard des symptômes cliniques, constituent :

_des causes nécessaires et suffisantes, pour tout ou partie de ceux-ci;

_des conséquences, directes ou indirectes;

_des facteurs favorisants;

_des éléments déclenchants;

_des catalyseurs...

On peut même attribuer l'observation d'une corrélation à l'existence d'un facteur tiers, d'une origine commune restant à identifier. » (PLOTON, 2001)

_ Psychologiquement à une perturbation de type rétrogénétique: rétrogénèse conjointe opératoire (domaine spatial) et symbolique situant les sujets S3A au niveau préopératoire. En effet, deux dimensions de l'ontogénèse cognitive s'élaborent à ce niveau préopératoire : La régression opératoire dans le domaine spatial pouvant rendre compte de l'« apraxie constructive » et celle dans le domaine symbolique, pouvant rendre compte de l'« anomie », ou manque du mot.

L'évaluation opératoire confirma que tous les sujets S3A avaient perdu la conservation des quantités physiques et que leurs performances praxiques étaient superposables à celles des enfants au sous-stade III-A de Piaget (PIAGET & INHELDER, 1966).

Il restait à montrer que le manque du mot pouvait être aussi lié à une régression symbolique, ce qui conforterait l'hypothèse de la rétrogénèse conjointe.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'évaluer la fonction symbolique chez les patients S3A.

Il fallut donc utiliser un outil spécifique pour évaluer la fonction symbolique chez la personne âgée souffrant de maladie d'Alzheimer. N'ayant pas trouvé ce type d'outil dans la littérature

19

ni les catalogues dédiés à l'évaluation psychologique (ECPA), nous avons décidé d'en élaborer un : la Batterie d'Évaluation Rapide de la Fonction Symbolique (BREFS).

La BREFS vise à évaluer la fonction symbolique du sujet en étudiant l'empan de choix dont il dispose face à une situation lui imposant une dissociation signifié/signifiants, en l'occurrence le choix entre trois mots pour remplacer au plus près des items verbaux. Plus le choix du sujet est varié dans la distance d'émancipation du signifiant par rapport au signifié (de l'indice au signe, du concret à l'abstrait), plus la fonction symbolique est considérée comme fluide et opérante.

Pour les items verbaux, la BREFS s'est montrée suffisamment puissante pour mettre en évidence une variabilité des réponses très significativement moindre que celle des témoins, confortant l'hypothèse d'une rigidification de leur fonction symbolique. Ce résultat soutenait donc l'hypothèse (H1) que le S3A résultait de déficits conjoints de la fonction symbolique et de la maîtrise de l'espace projectif (celui de la perspective liée à la représentation de la troisième dimension); déficits conjoint de deux secteurs de la vie cognitive qui se mettent en place conjointement dans la vie de l'individu. La problématique spatiale est reprise au chapitre 2.1.9.4.2.

Julian de Ajuriaguerra et ses collaborateurs ont réalisé plusieurs travaux (AJURIAGERRA & coll, 1960) (AJURIGUERRA, REY-BELLET, & TISSOT, 1964) (AJRIAGUERRA, KLUSER, VELGHE, & TISSOT, 1965) (AJURIAGUERRA & TISSOT, 1968) (AJURIAGUERRA, 1967) montrant l'intérêt épistémologique (dépassement de l'étude des performances des déments par rapport à une norme de « santé cognitive») et pratique (regroupements séméiologiques et cognitifs) d'étudier le comportement des patients en fonction de leur niveau opératoire. Cet aspect est certainement le plus intéressant. Pour ces auteurs, la désintégration praxique chez les patients souffrant de MA suit les mêmes étapes, mais en sens inverse, que celles proposées par Piaget et Inhelder (PIAGET & INHELDER, 1959) pour le développement de l'enfant. L'apraxie constructive précède l'apraxie idéomotrice et l'apraxie idéatoire. Tout comme la maîtrise de l'espace topologique précède celle de l'espace euclidien et projectif. Il y a donc relation entre le déficit intellectuel global et le déficit instrumental. Des résultats confortant leurs travaux princeps ont été réalisés : Shimada (SHIMADA & al, 2001), Matteson (MATTESON, LINTON,, CLEARY, BARNES, & LICHTENSTEIN, 1997), et surtout Reisberg (REISBERG, et al., 2002) qui a relancé

20

l'intérêt de cette approche outre-Atlantique. Pontus Wasling et Henrik Zetterberg (WASLING, et al.) ont proposé corrélativement un modèle de synaptogénèse retrogénétique avec élimination des synapses glutaminergiques, induite par l'accumulation d'amyloïde pathologique, qui aboutirait à un équipement synaptique équivalent à celui de périodes développementales précoces. Si ce modèle est validé, il pourrait étayer organiquement celui de la rétrogénèse cognitive et d'autres conceptions fonctionnelles faisant également référence à la dépopulation neuronale.

Nous citons Ploton :

« Dans la maladie d'Alzheimer c'est précisément la quantité de connexions efficaces qui serait en défaut, d'où l'incapacité de remplir toutes les tâches initialement dévolues au système nerveux central. Un patient dont le nombre de connexions disponibles se restreint, ne pourra sans doute pas rester performant sur tous les plans. Son réseau neuronal devra donc trouver des solutions économiques. Il le fera, par exemple, en sacrifiant certaines fonctions, comme la mémoire épisodique, particulièrement coûteuse en connexions. » (PLOTON L. , 2003)

Mais il faut considérer l'approche retrogénétique comme une approximation car ce qui est valable pour l'ontogénèse normale chez l'enfant doit être pris avec précaution chez la personne adulte âgée souffrant de maladie d'Alzheimer. Surtout, il ne faut pas confondre rétrogénèse et « retour en enfance ». La gériatrie n'a que trop de mal à se débarrasser des stéréotypes culturels infantilomorphiques concernant les âgés pour en favoriser de nouveaux... La rétrogénèse atteint des adultes qui ont complété et vécu leur maturation cognitive entre autres et qui disposent de ressources non encore altérées dont ne dispose pas encore l'enfant. Mais malheureusement et contrairement à lui, ils ne sont plus en perspective de développement cognitif orthodromique.

Par ailleurs, rétrogénèse ne signifie pas mouvement inverse strictement parallèle et homothétique à l'ontogénèse. Marianne Boehme (BOEHME, 1982) a bien décrit que le parcours de cette rétrogénèse n'est pas linéaire et auto imbriqué comme chez l'enfant mais se produit de manière irrégulière avec des « pertes de stades » accélérées et inégales entre secteurs opératoires. Par contre, cette rétrogénèse qui serait liée à l'impact des lésions cérébrales fournit un cadre d'homogénéité syndromique qui pourrait se révéler utile en situation de dépistage et de traitement (constitution de groupes homogènes de référence).

21

En somme, l'intérêt que nous avons ressenti lors de ce travail préliminaire de validation de H1 n'était pas

tant lié à l'hypothèse retrogénétique, magistralement posée dans les années 1960 par Julian de Ajuriaguerra et son école, largement sous-estimée depuis et actuellement reprise outre-Atlantique (REISBERG, 2008), que dans d'éventuels prolongements psychopathologiques. En effet, l'altération de la fonction symbolique se situe à la croisée des domaines cognitif et affectif pouvant influencer la symptomatologie de la maladie d'Alzheimer qui ne se cantonne pas au domaine de la mémoire et des troubles instrumentaux.

Cela nous a amené à approfondir d'une part les relations entre fonction symbolique et les processus cognitifs mis à mal par la maladie d'Alzheimer et d'autre part à envisager celles entre fonction symbolique et processus de symbolisation.

22

3/Fonction symbolique, cognition et symbolisation

« Le style est l'homme même. » Buffon.

« ... Nous cherchons à augmenter le plus possible, par des moyens artificiels, le rendement de nos organes sensoriels ; toutefois, il convient de se dire que tous ces efforts ne modifient en rien le résultat final. La réalité demeurera à jamais« inconnaissable ». » Freud, 1938.

« Mais on ne décrit jamais les choses telles qu'elles sont, sinon telles qu'on les perçoit. L'essence d'un brin d'herbe, par exemple, reste un mystère pour l'homme, un arcane inaccessible. Nous le définissons pourtant, et nous le réduisons à sa couleur verte, à sa forme, à sa souplesse ou à sa saveur acide... »

Camilo José Cela, Prix Nobel de littérature, interview du Figaro, 27 août 1990.

La fonction symbolique, dans la mesure où elle peut être définie de manière générale comme permettant le jeu entre signifiants et signifiés, fluidifie l'usage de l'appareil de langage, de la représentation, de la symbolisation, de la communication.

Par symbolisation, d'une manière générale, nous entendons ce que définit PLOTON :

« C'est notamment la création inconsciente de sens figuré qui apparaît jouer un grand rôle pour constituer une vie interne opérante destinée à mettre ce qui est vécu à un niveau émotionnellement supportable et qui permet de gérer une distance relationnelle souple, sans se sentir envahi ou menacé par l'autre. On parle à ce propos de symbolisation quand une production psychique en vient, au terme de cette alchimie mentale inconsciente, à prendre une valeur représentative ». (PLOTON, 2009a)

La fonction symbolique est autant au service du langage extérieur qu'intérieur, plus au service de la parole que de la langue et du silence qui caractérisent le sujet désirant. C'est d'ailleurs une des raisons pour que la parole reste la base du setting psychothérapique dans le cadre de

23

la maladie d'Alzheimer, malgré l'altération classique et massive de l'appareil de langage dans cette maladie.

La fonction symbolique a été définie comme la capacité à dissocier signifiants et signifié par des auteurs clairement non psychanalystes comme Piaget qui l'a décrite ou encore Tissot (TISSOT, 1984) qui la pose en tant que base de la liberté expressive, sous-tendant la pratique, y compris psychanalytique, de ceux qui s'intéressent à l'actualisation de cette liberté, le style. C'est dire qu'au-delà des systèmes théoriques, elle est au carrefour des voies psychiques et du commerce avec la réalité tant extérieure qu'intérieure, ce qui impose sa participation au système pare-excitation, à la réparation symbolique permanente de la discontinuité relationnelle entre les objets et le sujet, aux assises narcissiques de ce dernier. Ploton l'appelle processus de subjectivation :

« Il s'agit d'un système psychique fondamental, qui exerce un travail de filtrage, d'amortisseur de l'impact traumatique des pulsions et tensions psychiques tout comme des événements externes «bruts» (tels que perçus cognitivement) risquant d'avoir un effet émotionnel plus ou moins soutenable. » (PLOTON, 2009a)

De quelle réalité est-il question ? Eternelle question métaphysique... S'il n'existe pas de réalité en dehors de celui qui la perçoit, dans quoi vivons-nous, de quelle réalité sommes-nous constitutifs et nous alimentons-nous?

Une réalité « inconnaissable » selon Freud (FREUD, 1911), en refusant cependant toute transcendance, inconnaissable mais source de nos perceptions chargées de sentiment d'évidence, de certitude d'existence de l'objet perçu et de nous-mêmes, réalité dont on ne se dégagerait que par le rêve, la rêverie, la poésie ou la folie. A cette question préalable,

« L'acceptation de la réalité est une tâche sans fin. »

répond Winnicott (WINNICOTT, 1971).

Réalité interne et externe, elle est une source d'énergie qui impose à l'appareil psychique une charge d'excitation et de discontinuité : celle-ci doit être filtrée et lissée par l'appareil psychique qui, selon Freud, ne peut travailler que sur de petites quantités. Ces deux tâches de

24

pare-excitation et de réparation sont l'œuvre du processus de symbolisation qui contribue ainsi à la continuité du sentiment d'exister (Winnicott). Notons que ces propos liminaires impliquent eux-mêmes des métaphores énergétiques et topiques (représentation comme substitution d'un concret/abstrait par de l'abstrait) ; la métaphorisation est un procédé rhétorique que nous retrouverons plus loin directement lié à la fonction symbolique...

Ces processus consistent, entre réalité «inconnaissable » et psyché, en la mise en représentation des données perceptives qui passe par la construction conjointe de l'objet et du sujet, tâche orchestrée à l'origine par le tiers maternel, sujet et objet à jamais séparés par une distance, une perte de proximité dont la fonction symbolique est finalement la nostalgie.

Dont elle est aussi le remède car un objet distant, voire absent est potentiellement actualisable proche et/ou présent de manière symbolique.

On compare souvent l'homme soit à l'animal qui sachant flairer des indices serait capable de manipuler symboles, voire signes, soit à l'ordinateur qui ne travaille que sur des signes. En fait, la spécificité humaine est certainement de pouvoir jouer et jouir de la distance qui sépare tous ces marqueurs symboliques de réalité : indice, symbole, signe arbitraire et de disposer à la fois de représentations de mots et de représentations de choses.

Nous allons essayer dans un premier temps de définir les contours de la fonction symbolique proprement dite avant d'aborder ses rapports avec les processus de symbolisation en posant comme axiome qu'il s'agit de thèmes différenciés plus par les points de vue théoriques que par les fonctionnements. A cet égard, il est important de rappeler que ces distinctions épistémologiques ne sont le pain béni que des chercheurs. Le clinicien transdisciplinaire vit en alternance entre connaissances issues du « cognitif » et du « psychodynamique », sa manière d'être à lui, c'est justement la théorisation éclectique de sa pratique face à celui qui souffre. Pauvre psychogériatre celui qui ne fabriquerait (au sens noblement artisanal) son accompagnement de l'effroi lié à l'oubli que sur la base d'un bilan neuropsychologique, comme celui qui nierait l'organique implacable et s'entêterait à sur interpréter tout oubli par un refoulement névrotique... Et surtout, pauvre malade, qui se verrait amoindri davantage, réduit aux constructs théoriques de l'un ou de l'autre.

La fonction symbolique, capacité à dissocier signifiants et signifiés, a été définie et étudiée dans le champ de l'ontogénèse cognitive par Piaget. Elle constitue pour nous le squelette de la symbolisation, squelette ne signifiant pas antériorité. En effet, nous décrirons dans la deuxième partie de ce travail une symbolisation primaire qui en jouant sur la distance primaire fait pendant à la fonction symbolique proprement dite, ou piagétienne, ou secondaire, qui n'apparaît que lorsque l'enfant accède au langage. Réalité insaisissable... fleuve dans lequel, selon Héraclite, on ne se baigne jamais deux fois : « On ne peut pas descendre deux fois dans le même fleuve. » (Fragments)

Pour s'y repérer et se repérer lui-même, le sujet a besoin d'invariants fiables, résultant de mécanismes de conservation acquis par le développement psychique et qui en constituent le socle. C'est le mérite de Piaget de les avoir étudiés et décrits à propos de l'ontogénèse cognitive. Dans son ouvrage *Biologie et connaissance* il souligne que

« ... les manifestations de la vie, quelles qu'elles soient et à toutes les échelles, témoignent de l'existence d'organisations » et que « ... la fonction d'organisation est une fonction de conservation. »

L'inverse d'une inertie, une néguentropie, cherchant

« ... un invariant à travers des covariations et des transformations. » (PIAGET, 1967)

Dans cette perspective, la fonction symbolique apparaît lorsque la permanence de l'objet, invariant essentiel, est établie et alors que les conservations concrètes vont s'installer. En fait, on peut comprendre son avènement comme une méta-réalisation de l'équilibre Assimilation/accommodation⁵ : L'« intelligence » ainsi dotée d'invariance peut s'accommoder à des données perceptivo-motrices stables et en même temps elle se dote d'outils lui permettant de changer de point de vue, dont la fonction symbolique.

(5) Selon Piaget, équilibre « métastable » que constitue toute adaptation (biologique, psychologique ou sociologique). « Toute manifestation de la vie, pour être adaptée et donc se conserver, doit assimiler des éléments du monde extérieur et s'y accommoder. » (TISSOT, 1984)

La notion d'invariance n'est pas l'apanage du discours cognitif. Certes, de nombreuses critiques ont été formulées sur le fait que si pour Piaget

« C'est sur le terrain de l'intelligence elle-même que le besoin d'invariants est le plus frappant » (Ibidem),

il s'y est trop cantonné, ne décrivant qu'un sujet épistémique (pour une synthèse sur ces critiques, voir (HOUDE & LE ROUX, 2013). Mais la vie affective qu'il a reconnue « dynamogène » a recours aussi au principe d'invariance et de conservation à fins de permanence et de continuité : C'est bien en termes de passage d'états d'indifférenciation à l'individuation que ce principe est documenté par la psychanalyse. Ces passages, ces divers mouvements adaptatifs tressent la relation dialectique entre soi et l'objet dans un espace psychique qui somme les champs affectif et cognitif, un espace observable sous maintes perspectives, vertex dirait Bion: habiletés, affects, pensées, fantasmes, systèmes d'identification, représentations... de la même manière, la psyché dotée d'invariants affectifs et relationnels travaille surtout à changer de point de vue : c'est la symbolisation.

Squelette ne signifie pas antériorité, écrivions-nous : en fait, le caractère dynamogène de l'affectivité tient surtout à son antériorité reconnue sur le cognitif. Bien avant la fin de la période sensorimotrice qui voit éclore la fonction symbolique, les processus de symbolisation primaire existent déjà, production de représentations de chose à partir d'une première inscription perceptive. Ils ont été définis par plusieurs auteurs, dont récemment René Roussillon (ROUSSILLON, 2008).

Nous les décrirons comme l'exercice d'une dynamique entre le sensorimoteur et le perceptif, à début probablement très précoce, puis entre percepts de plus en plus élaborés pour continuer, en reprenant une expression piagétienne, l'équilibration majorante(6) jusqu'à l'avènement du langage. Ils regroupent un ensemble de processus décrits par des auteurs différents : pictogramme d'Aulagnier, idéogramme de Bion, signifiants formels d'Anzieu... Nous aurons l'occasion de les évoquer plus loin.

(6) Piaget décrit l'équilibration majorante comme le passage d'un équilibre à un équilibre plus complexe à travers un déséquilibre momentané. L'assimilation y constitue toujours la force de dépassement du déséquilibre.

27

Ainsi, la symbolisation primaire qui n'est pas encore parlée concerne le corps même et se situe dans les prémisses de la formation du moi. Elle est un processus interface entre les mémoires corporelles, sensori-perceptives, et l'inconscient dans lequel l'évènement sensoriel est transformé en représentation de chose. Elle est en quelque sorte le germe et le patron de formation de la symbolisation secondaire qui va relier représentation de chose et représentation de mot, l'ensemble du processus évoquant une élaboration fractale qui reprend à son compte la distance entre soi et soi, sujet et objet, concret et abstrait. Avec invariance d'échelle, oserions-nous dire.

Pour des raisons de commodité, et sans doute artificiellement, nous allons donc envisager dans une première partie le registre cognitif de mise en place, de fonctionnement et de ce que appelons la « rigidification » de la fonction symbolique.

Dans une deuxième partie, nous évoquerons le même type de panorama dans le registre psychodynamique.

Dans les deux cas nous traiterons autant sinon plus de l'enfant que de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer, parce que les connaissances des processus génétiques sont plus nombreuses que celles des phénomènes retrogénétique, et pour tenir compte d'une filiation naturelle car

« L'enfant est le père de l'homme » (WINNICOTT D. , 1992)

Même souffrant d'une maladie d'Alzheimer...

28

3.1/Fonction symbolique et processus cognitifs

Nous allons dans cette première section :

_ D'abord envisager comment la fonction symbolique, au sens cognitif, se met en place (2.1.1 à 2.1.8).

Nous rappellerons sa définition par Piaget, l'apport de Wallon et des néo piagétien. Nous insisterons sur la dissociation signifiant/signifié et sur la notion de prise de distance symbolique. L'équilibre entre assimilation et accommodation qui régule les effets de la fonction symbolique en particulier dans la production de tropes sera évoqué, brièvement.

L'enfant tel qu'il est connu actuellement est beaucoup plus précoce et compétent qu'on ne le croyait du temps de Piaget, nous pointerons donc ces éléments de précocité dans l'élaboration de la fonction symbolique et enfin insisterons sur son rôle dans la liberté et la souplesse cognitive qu'elle garantit.

_ Ensuite (2.1.9), pour revenir au champ psychogérontologique, nous envisagerons l'impact de la rigidification de la fonction symbolique que nous avons observée dans la maladie d'Alzheimer en faisant l'hypothèse d'une déstructuration du réseau sémantique qui peut lui être imputée ainsi que celle de son rôle dans l'apparition des troubles non seulement langagiers mais aussi mnésiques et praxognosiques.

Au chapitre 3.2 nous quitterons le champ du cognitif proprement dit (instruments de la cognition) pour aborder les processus de symbolisation. L'objectif de notre travail étant bien de préciser le rôle de dénominateur commun d'un processus psychique tant au plan cognitif qu'affectif.

3.1.1/ Approche génétique

En psychologie du développement, la théorie cognitivo-constructiviste de Piaget (1896-1980) et la perspective psycho-sociale d'Henri Wallon (1879-1962) constituent les deux « voies royales » de description de l'ontogénèse, l'une linéaire, la seconde plus discontinue.

Dans les deux cas, et pour les auteurs qui ont prolongé leurs axes de recherche, les transformations du sujet en construction constituent un instrument irremplaçable de compréhension des mécanismes psychiques chez l'adulte. Ces propos génétiques bien que schématiques peuvent paraître disproportionnés dans un travail concernant la maladie d'Alzheimer. Mais comme le souligne J. Richard (RICHARD, 1982) en psychopathologie de l'adulte âgé, l'approche génétique est dynamique. Elle permet l'étude des conduites et processus psychiques dans leur mode de désintégration et de réorganisation par rapport à leurs modes d'intégration et d'organisation. Le sujet est ainsi moins comparé à d'autres, à un modèle étalon, qu'à lui-même. Il est donc moins calibré selon les règles d'une approche nomothétique, les biais liés aux effets de cohorte sont réduits.

C'est en 1945, avant le succès de la psycholinguistique, que Jean Piaget découvre et décrit la fonction symbolique. Il l'appelle également fonction sémiotique. Nous n'utiliserons pour notre travail que le terme fonction symbolique (PIAGET, 1945) : mise en place de la capacité à manipuler les significations qui précède l'organisation du langage proprement dit et la déborde, réalisant en elle son achèvement. Elle permet l'accession progressive de l'enfant à la période préopératoire de la représentation, quand il devient capable de se re-présenter la réalité absente et de combiner des schèmes (entités abstraites de l'organisation d'une action). Elle permet de se représenter des objets par le passage des schèmes sensori-moteurs aux schèmes conceptuels :

« La fonction symbolique est la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçus actuellement, en se servant de signes ou de symboles. » (Ibidem).

Elle est :

« L'évocation représentative d'un objet ou d'un événement absent et suppose par conséquent la construction ou l'emploi de signifiants différenciés. » (PIAGET et INHELDER, 1966)

30

Nous citons plus loin la définition de Tissot qui précise cette dynamique de substitution des signifiants pour un signifié. La définition présuppose l'acquisition préalable⁽⁷⁾ de la permanence de l'objet (l'objet continue d'exister hors du champ perceptif) autorise la sémiotisation : le sujet conserve une représentation mentale personnelle construite. Piaget en a décrit la mise en place progressive au cours de l'ontogénèse (PIAGET, 1945).

Fait important, la mise en place de la fonction symbolique se fait parallèlement avec la capacité naissante à intérioriser l'action avant de l'effectuer, d'« agir sans agir », le tâtonnement est « intériorisé ». Nous en avons observé une manifestation originale dans l'épreuve du « dépliage imaginaire du cube » chez des sujets S3A (GONZALEZ MONGE, 2001). Cette action intériorisée, que Piaget nomme « intuition », est non réversible et permet le passage entre les actions sensori-motrices et les opérations du stade opératoire concret. Par un mécanisme comparable à l'étayage freudien, le sujet se servira des schèmes sensorimoteurs déjà assimilés et les accommodera en fonction de ses nouvelles capacités mentales. Pour Piaget, les marqueurs de la fonction symbolique qui s'installe autour de 18 mois sont l'imitation différée, la pratique des jeux de fiction, le dessin symbolique, l'image mentale et le langage qui est la pratique sémiotique par excellence.

Par elle, l'enfant devient capable de différencier un signifié absent (le référent, l'objet, le concept, ce qui

est évoqué) et un signifiant (le moyen qui sert à le représenter, plus ou moins arbitraire) tel un mot ou un symbole « motivé », au sens Saussurien, individuellement ou socialement.

(7) Ce point est remis en question par des travaux montrant que certaines manifestations classiques de la fonction symbolique peuvent précéder la permanence de l'objet cognitif. (BAILLARGEON et al, 1994)

31

3.1.2/ la dissociation signifiant/signifié : prise de distance symbolique

A notre connaissance(8), le seul ouvrage francophone dédié à la fonction symbolique est celui de R.Tissot : Fonction symbolique et psychopathologie (TISSOT, 1984). En insistant sur cette capacité de dissociation, voici la définition qu'il propose:

« Avec les linguistes et les psychologues on peut admettre qu'un sujet use de la fonction symbolique dès qu'il est capable de remplacer une chose par une autre ou, mieux, de représenter une chose par une autre. La chose remplacée ou le signifié des linguistes, la chose remplaçante ou représentante, le signifiant. Représenté et représentant, signifié et signifiant forment cet objet à double face qu'est le symbole saussurien. »

Tissot renvoie à la notion psycholinguistique de hiérarchie échelonnée dans l'outillage symbolique en fonction de ce que l'on pourrait appeler la prise de distance symbolique, l'émancipation du signifiant par rapport au signifié, à la chose remplacée:

- l'indice : Avec lui, il existe un rapport d'appartenance, de ressemblance voire de matérialisation entre le signifiant et le signifié. Un souffle systolique de pointe, s'il possède un certain nombre de caractères spatio-temporels et d'intensité, est l'indice d'une insuffisance mitrale. Un ralentissement comportemental peut être l'indice d'une maladie de Parkinson, d'une démence sous-corticale ou d'une dépression : l'indice est peu spécifique bien que très proche de ce qui est signifié, de la trace laissée par l'objet. Heureusement, sinon nous serions privés des déductions captivantes de Sherlock Holmes ! Mais la trace n'est pas l'objet, elle n'en est qu'une émanation partielle. Elle peut d'ailleurs être - notre détective favori en fait son miel - l'effet d'une intention inconsciente, régie par le surmoi pour se laisser prendre et punir...

(8)Actualités de la fonction symbolique de P.L.Assoun et M Zafiroopoulos (2007) traite surtout de l'approche anthropo-psychanalytique.

32

- Le symbole : psychologues et linguistes conservent le terme générique de symbole pour dénoter l'image ou symbole iconique (Les sémioticiens parlent plutôt d'icône) comme le geste mimétique. Pour reprendre les définitions traditionnelles, dans le symbole proprement dit le lien entre signifiant et signifié n'est plus d'appartenance matérielle ou causale mais se limite à une ressemblance, une analogie. Lorsque nous dessinons une maison, ce symbolisant (signifiant) représente le symbolisé (signifié) habitation parce qu'il existe une ressemblance entre eux. Mais ce lien analogique entre les deux faces du signe saussurien (Signifiant/Signifié) comporte tous les degrés, depuis la ressemblance d'une fidélité évidente, en passant par un schématisme encore évocateur (signalisation routière) jusqu'au schéma conventionnel (dessin industriel). Le symbole présente tous les intermédiaires entre l'analogie avérée du signifiant et du signifié jusqu'au lien convenu, partiellement ou totalement arbitraire, ce dernier caractérisant le signe de la langue selon Saussure. Dans notre thèse, nous utiliserons le terme symbole plutôt qu'icône car malgré sa polysémie il est d'usage courant et renvoie de manière moins restrictive à des données visuelles comme langagières.

1e signe : l'émancipation du signifiant est totale. Il n'y a plus appartenance ni ressemblance entre signifiant et signifié. Leur lien est arbitraire, il fait donc l'objet d'une convention qui caractérise une

communauté linguistique. Il n'y a aucune raison objective pour que le signifiant chapeau [ʃapo] en français représente un vêtement que l'on porte sur la tête...

Il permet de parler, de reparler de la réalité extérieure car il renvoie aux référents, les objets du monde, extérieurs au langage avec arbitraire et donc stabilité. L'arbitraire du signe est en effet une condition de sa constance, de la stabilité des conventions du code (que Tissot rapproche des qualités des codes biologiques comme l'ADN). Bien sûr, l'objet signe n'est pas l'objet référent : on ne se couvre pas la tête avec les cinq lettres du mot chapeau, il n'en reste pas moins que collectivement [ʃapo] nous renvoie bien au concept de couvre-chef ... mais l'apprentissage de la langue est sous-tendu par celui de la maîtrise de la fonction symbolique. Le processus est complexe : l'enfant peut commettre la confusion métalinguistique entre signe et référent. Question à un enfant de cinq ans : « Pourquoi armoire est un mot long? » « Parce qu'il y a beaucoup d'affaires dedans. » (LEHMANN & MARTIN-BERTHET, 2013)

33

Les rapports entre langage et monde ont nourri les débats des philosophes et des psychologues qui tentent de préciser la place du sujet, depuis que le monde et le langage existent (9)... C'est par le passage du langage au discours et à la langue que le signe réfère, par l'acte d'énonciation qui situe la place d'où parle le sujet, là où se tient celui qui a choisi son point de vue sur l'axe de la distance symbolique entre indice et signe arbitraire. J.C. Milner nomme ce passage celui du référent virtuel au référent actuel (MILNER J.C, 1982). Entre autres, l'usage de la fonction symbolique est donc un acte d'énonciation par lequel il exprime et s'exprime : Quand un homme le cœur battant offre un bouquet de fleurs à sa compagne, qu'il dit son cœur se briser quand elle le refuse et qu'il lui demande un mot d'explication, il use de la fonction symbolique. Le répertoire indiciel (tachycardie, fleurs), symbolique (fleurs, cœur brisé) et le mot arbitraire (explication) caractérisent sa manière de dire et d'agir sa relations amoureuse. Cette manière est la sienne, son style aurait pu dire Buffon, il avait la liberté d'en choisir une autre. L'on pourrait même ajouter que le parcours de la distance symbolique de l'indice au signe, du corporel au mot, dans cet exemple, est une métaphore du chagrin et de sa consolation intellectuelle...

Les auteurs de l'école de Palo Alto (WATZLAWICK, 1978), à l'aune des métaphores informatiques, ont repris la distance établie par la fonction symbolique en termes - plus réducteurs à notre avis - de communication analogique et digitale.

Le répertoire communicationnel digital est discret et arbitraire, l'exemple le plus rudimentaire est le code binaire informatique, il peut cependant beaucoup signifier au prix de complexification : La musique peut ainsi être rendue par un enregistrement digital, au prix d'une perte de chaleur sonore ; Le code ADN, avec son nombre pourtant très restreint de nucléotides, rend compte de l'évolution des espèces et de la biodiversité. Cette distinction analogique/digital à propos de la communication humaine précise que le digital recouvre la parole, le concept, le schéma, la carte, le nombre. Il est bien adapté à la transmission du contenu (référent). L'analogique recouvrirait tout le reste et aurait des racines archaïques plus anciennes, ce qu'ont montré les travaux des pragmaticiens (AUSTIN, 1970) (BRUNER, 1966). Golse, dans une perspective neuropsychanalyste, propose cette précession de l'analogique comme un moyen d'expliquer l'amnésie infantile, en plus du refoulement freudien :

(9) Pour une revue des idées depuis la rhétorique aristotélicienne jusqu'à Lacan, voir le résumé de Moustapha Safouan : « Notes sur la métonymie et la métaphore », Figures de la psychanalyse 1/2005 (n°11), p13-17

34

« Cette précession de l'analogique suppose en effet l'intervention ultérieure d'un mécanisme de traduction pour assurer la transformation des souvenirs analogiques (mémoire vécue) en souvenirs digitaux (mémoire parlée) et chaque fois qu'il y a traduction ou passage d'un état à un autre, il y a

toujours perte comme J. Laplanche (1986) l'a montré avec sa théorie de la séduction généralisée. Tels pourraient ainsi être modélisés aujourd'hui l'amnésie infantile et le refoulement qui la fonde, à travers un passage de l'analogique au digital, les restes non traduits ou intraduisibles venant progressivement, en quelque sorte, constituer l'inconscient précœdipien ». (GOLSE, 2012)

La communication analogique serait surtout supportée par l'hémisphère cérébral non verbal (droit pour les droitiers), au service de la transmission non verbale de messages émotionnel ou affectif, par des mimiques, regards, gestes. Elle concernerait la métaphore.

La communication digitale, supportée par l'hémisphère majeur (gauche pour les droitiers), serait surtout de type analytique par le biais d'éléments codés, les " digits " d'information, pour transmettre des mots, concepts, phrases, locutions, idées. Elle concernerait la métonymie.

Mais même dans l'ordre de la communication verbale, la distinction est ténue, elle ne rend pas compte, par exemple du langage poétique. L'analogique comme le digital peut servir des figures métonymiques et métaphoriques, et G. Rosolato (1985) parle d'ailleurs d'une « oscillation métaphoro-métonymique » entre systèmes préconscient-conscient et inconscient, point de bascule entre ces deux instances.

Il y a de l'analogique dans le digital, du non verbal dans le verbal : l'intonation, la prosodie, la musique du langage. Réciproquement, les Compact Discs actuels enregistrent une conversion digitale de musique pourtant analogique.

L'homme est dans l'obligation de combiner ces deux types de communication, de langage en les traduisant mutuellement et continuellement :

« La difficulté de traduction existe dans les deux sens. Il ne peut y avoir traduction du langage digital en langage analogique sans une perte importante d'information. L'opération contraire présente également des difficultés considérables : pour parler sur la relation, il faut pouvoir trouver une traduction adéquate de la communication analogique en communication digitale » (Ibidem). Golse propose d'ailleurs de considérer l'amnésie infantile comme, outre le résultat du refoulement, celui de

35

cette perte d'information lors du passage (traduction) d'une pensée analogique à une pensée qui devient digitale, le résidu post-traductionnel alimentant l'inconscient. (GOLSE, 2003)

Par rapport à l'opposition analogique/digital le concept de fonction symbolique est épistémologiquement et psychologiquement plus économique dans la mesure où il n'exige qu'un seul système de communication, en particulier verbale, modulé par un seul opérateur (la fonction symbolique, mise en place simultanément) entre indice et symbole, icône des sémioticiens (analogique) et signe arbitraire et discret (digital).

Quoi qu'il en soit, l'émancipation variable entre signifiant et signifié peut entraîner un flou polysémique, dont certains jouent et d'autres pâtissent, qui est le risque encouru pour des bénéfices communicationnels et nous le verrons, représentationnels.

_ Risque, en effet, car dans la communication, pour qu'un symbole ait une valeur relativement univoque, il ne faut pas qu'un même signifiant dénote un trop grand nombre de signifiés. Il est d'ailleurs des domaines de la connaissance dont la communication reste entachée d'ambiguïté en raison d'une dissociation non identifiable des signifiants et des signifiés, des symboles dont elle use. Il s'agit de connaissances fondées sur des concepts mal définis partant trop riches de sens, et auxquels il est rare que deux interlocuteurs donnent le même sens. C'est le cas de la plupart des mots suffisamment généraux et surtout des images pour peu qu'elles ne consistent pas en des schématisations précodées d'une réalité donnée a priori comme bien définie, type dessin industriel.

_ Bénéfice surtout, car les langues naturelles supposent une volonté de communication. Celle-ci a pour corollaire la liberté des interlocuteurs quant à leur participation ainsi que celle de leurs discours, sous-

tendue par la fonction symbolique, qui laisse au sujet la capacité de dissocier partiellement, ou totalement, signifiant et signifié du symbole ou du signe. Liberté d'autant plus précieuse que, dans la plupart des interactions, les contingences de la réalité imposent leur loi quant au registre du langage :

36

Imaginons que je quitte mon domicile, pressé, pour me rendre à une affaire urgente... Je rencontre mon voisin de palier à qui j'adresse la formule rituelle:

_ Bonjour, comment allez-vous ?

Notre journée sera très différente selon qu'il me répond par des signes convenus de politesse ou qu'il symbolise emphatiquement qu'au bureau ça va être un cauchemar, m'obligeant à lui demander pourquoi et à prendre du retard... ou encore qu'il indice le vécu dramatique de ce qui le saisit soudainement en grimaçant, portant sa main à la poitrine et s'effondrant...

Le jeu communicationnel qui privatise en quelque sorte la langue peut cristalliser collectivement, stigmatisant l'appartenance à un groupe social ou culturel, il en est ainsi de l'argot qui a largement recours à la métaphore. Il en est de même du discours poétique qui use aussi largement de la métaphore, la prose réaliste ayant davantage recours à la métonymie. Sans la fonction symbolique qui autorise le jeu des tropes, le langage serait cantonné à la mathématique ou au sectaire soumis aux conventions d'un groupe social. Chez l'animal, comme l'abeille, insecte-social, la rigidité de l'équilibre assimilation/accommodation (peut-on parler de fonction symbolique ?) conditionne la stabilité du code. L'humain est plus complexe et plus libre...

La fonction symbolique incarne ainsi la

« Frange d'adaptabilité qui introduit une marge d'adaptation » nécessaire à l'adaptation biologique et sociale (CHANGEUX, 1983).

Mais cette perspective de la fonction symbolique, basée sur la conception saussurienne du signe pourrait s'enfermer dans une position qui, pour reprendre les termes d'Umberto Eco (ECO, 1999), se referme sur un dictionnaire au lieu de s'ouvrir sur le monde. Les sémioticiens modernes rappellent à juste titre que la condition du Signe (Avec un S majuscule, pour le distinguer du signe Saussurien) n'est pas que la substitution mais aussi l'action ; que l'objet substitué n'est pas que l'objet statique mais aussi dynamique. Qu'ils se rassurent : l'interprétation et l'utilisation du Signe autorisées par la fonction symbolique en tant que fonction implique toutes les subtilités de l'acte de langage. Elles sont la condition de l'acte de création, poétique en particulier. Sinon, l'acte de langage ne pourrait dire que ce qui existe

37

déjà. Max Blach (BLACH, 1996) cite, à propos de la métaphore qui est une émanation de la fonction symbolique comme tous les tropes, l'exemple de l'image au ralenti d'une course de chevaux : cette cadence n'existe pas dans la réalité mais existe bel et bien dans le film, donc dans notre réalité.

Finalement, il existerait un moyen de jauger si une pensée « tient la route » de l'adaptation au réel et s'ancre subjectivement, c'est la qualité de son recours métaphorique, comme l'écrit Paul-Laurent Assoun : « toute pensée a les métaphores qu'elle mérite ». (ASSOUN, 2005)

La créativité linguistique qui rend compte de celle de la pensée, autorisée par la fonction symbolique est liée au transfert des tropes, portant sur le signifié, le signifiant mais peut l'être aussi sur

« ... le signe dans son intégralité, signifiant et signifié, qui est transféré d'un contexte dans un autre pour devenir le signifiant d'un autre signifié. » (TISSOT, 1984, p. 32)

Pour que la communication soit efficace, un équilibre doit être respecté dans cette dissociation, il s'agit de l'équilibre Assimilation/accommodation qui concerne de manière très biologique la propriété de tout organisme vivant de transformer en ses propres substances des substances ingérées; le terme a été

précisé à l'activité psychique générale de mise en forme de la réalité externe et en particulier à la cognition par Piaget : équilibre « métastable » de toute adaptation, de toute interaction qui lie dialectiquement un sujet et un objet, une intériorité et une extériorité, un sujet et un autre sujet : En effet, la réalité d'une rencontre (objet, personne, situation) n'est jamais tout à fait identique à celle des précédentes rencontres. Il faut s'y accommoder et les actions accommodatives modifient la réalité en retour. Les conduites intelligentes (à visée adaptative) se caractérisent donc bien par un équilibre global entre assimilation et accommodation et toute conduite a un pôle assimilateur et un pôle accommodateur.

Cet équilibre consiste en un ajustement de la prise de distance entre la référence au plus près du concret physique et corporel (pôle accommodateur) et celle plus éloignée du langage abstrait (pôle assimilateur). La notion de prise de distance est centrale dans notre travail et nous y aurons aussi recours dans la partie « psychodynamique ».

38

Cet équilibre et cette faculté à s'ajuster sur la distance entre ce qui colle à l'objet et ce qui appartient au point de vue du sujet s'impose également dans toutes les manifestations de la fonction symbolique comme l'imitation et le jeu symbolique que nous allons maintenant aborder. Nous allons reprendre cet aspect de la fonction symbolique plutôt que le dessin par exemple, parce qu'il est une conduite qui nous intéressera aussi au point de vue psychodynamique et qu'il est caractéristique, selon Piaget, car prédisant au mieux la production langagière de l'enfant.

3.1.3/ le jeu symbolique

Il faut en effet remarquer que pour Wallon comme pour Piaget, dans la conquête de soi et l'accès à l'ordre du symbolique, le jeu et l'imitation constituent des jalons importants. Par exemple, les jeux de fiction, dès la troisième année, mettent en valeur cette capacité de représentation qui permet de reproduire symboliquement le réel, l'imiter ou le transformer.

Avec l'accès à la fonction symbolique et à la représentation, les jeux ne sont plus uniquement fonctionnels, guidés par les schèmes sensori-moteurs. Le sujet puise dans son expérience personnelle pour retrouver les motifs intimes de ceux qu'il imite, faute d'en avoir la véritable connaissance. Les signifiants sont donc construits par l'enfant, qui alterne entre fiction et observation. En chargeant les objets d'une signification, il construit sa représentation fictive, où le symbole est une comparaison entre un élément donné et un imaginé. Ainsi, la dissociation entre signifiant et signifié est complète, et en même temps ils sont subjectivement liés. Une distance est établie par l'enfant qui signe son choix, il s'affirme unitairement en séparant. De par l'absence de contraintes, le jeu symbolique autorise comme son nom l'y prédispose un libre jeu de la dissociation qui l'apparente selon nous à l'association libre. Son observation est d'ailleurs privilégiée par les analystes d'enfants, voie d'accès aux fantasmes. Piaget a ainsi reconnu (PIAGET & INHELDER, 1966) l'homologie du rêve et du jeu symbolique avec un déplacement de l'équilibre vers l'assimilation.

Piaget insiste : L'exemple du jeu symbolique et de l'imitation sont caractéristiques. L'enfant qui parle à peine fait déjà usage de la fonction symbolique en utilisant le même caillou pour

39

représenter un chien, une automobile, un morceau de pain. Le signifiant caillou a dès lors représenté plusieurs signifiés distincts en se dissociant chaque fois des autres. Réciproquement, dans l'imitation agie, l'enfant met en correspondance plusieurs signifiants avec un même signifié. Tel gamin se met un bol sur la tête, s'assied à califourchon sur un tabouret et tient une fourchette à la main. Le bol/casque, le tabouret/cheval et la fourchette/cravache sont autant de signifiants pour un même signifié : le cavalier

imité.

Dans les deux cas, cette dissociation, cette « émancipation » du signifiant par rapport au signifié suit une hiérarchie échelonnée qui va de l'indice au signe en passant par le symbole en fonction de la similitude formelle, de la proximité sémantique entre signifiant et signifié.

Il faut remarquer que dans le même ordre d'idées les premiers mots holophrastiques ont des fonctions différentes, permettant de désigner et de demander. Ils renvoient à plusieurs signifiés, comme le fait le jeu symbolique. Privés, les mots holophrastiques et le jeu symbolique sont difficilement compréhensibles en dehors de leur contexte d'énonciation ou de réalisation et témoignent aussi du primat de l'assimilation.

La « frange d'adaptabilité », pour reprendre l'expression de Changeux, repose en effet sur la plasticité de l'équilibre Assimilation/accommodation sur lequel nous allons insister car il génère le jeu des tropes, autorise la fonction métaphorique du langage et le style communicationnel. En d'autres termes, entre le pôle de l'assimilation du réel extérieur à soi et celui de l'accommodation du Moi à la réalité, l'équilibre Assimilation/accommodation se tient sur une distance, la distance symbolique.

40

3.1.4/ Equilibre assimilation/accommodation

Qu'en est-il de l'équilibre assimilation/accommodation? L'enfant projette des schèmes symboliques en reproduisant un schème sensori-moteur hors contexte et en absence de son objectif habituel. Le jeu devient une assimilation pure, une pensée orientée vers la satisfaction individuelle : l'enfant métamorphose un objet en un autre, ou lui attribue des actions analogues aux siennes. Dans le jeu, l'enfant assimile toute chose à toutes choses et toute chose à lui-même. Le jeu représentatif devient le lieu et le moyen d'exploration de la réalité par une pensée d'assimilation égocentrique qui s'éloigne au maximum du référent, jusqu'à ce que ce symbole, par sa nature à la fois accommodatrice et assimilatrice, converge vers le signe conceptuel.

Finalement, en assimilant le réel à l'action sur le réel, puis au raisonnement, l'activité cognitive lui confère des significations. Les signifiés de la fonction symbolique résultent de l'assimilation du réel à l'activité pratico-logique. Mais il faut que l'assimilation de la réalité par la pensée (notions adaptées) soit en équilibre permanent avec l'accommodation de ces notions aux choses ainsi qu'à la pensée des autres sujets (actions adaptées).

Dans l'étude du développement de la fonction symbolique, Tissot (TISSOT, 1984) rappelle que ces deux attitudes opposées, jeu symbolique et imitation, correspondent aux deux pôles de l'équilibre assimilation/accommodation de Piaget. Dans le premier, l'assimilation est massive, dans le deuxième l'accommodation est massive. Il rappelle également (p 41) que Freud lui-même, dans Totem et Tabou, signalait l'intégration des deux tropes représentatifs de l'assimilation et de l'accommodation, la métaphore et la métonymie, dans une « unité supérieure » :

« Relevons toutefois le fait que les deux principes de l'association, la similitude [métaphore] et la contiguïté [métonymie] trouvent leur synthèse dans une unité supérieure, le contact. L'association par contiguïté équivaut à un contact direct, l'association par similitude à un contact figuré. » (FREUD, 1913)
Lorsque nous traitons de la distance symbolique, nous restons « très proches » de cette notion freudienne de contact, qui peut toujours être plus ou moins serré. La distance métonymique

41

est moins grande que la métaphorique, la partie étant plus proche (appartenance) que la ressemblance (substitution).

La plasticité de cet équilibre est également sollicitée lorsque les émotions ou la motivation du locuteur

sollicitent la dimension rhétorique du langage. Ainsi, lors de la métaphore - reine des tropes - le même signifiant représente simultanément plusieurs concepts et résulte comme le jeu symbolique d'un déplacement de l'équilibre vers l'assimilation (tendance à l'homonymie), il en va réciproquement de la métonymie (tendance à l'accommodation et à la synonymie). L'usage de la métaphore, de la métonymie, de la synecdoque(10) sont un élément important de la souplesse que confère la fonction symbolique au langage, et au langage intérieur. Les tropes permettent de jouer sur le sens, voire de le dissimuler, de le changer.

La métaphore est un trope par ressemblance avec une opération de comparaison implicite qui sollicite directement la fonction symbolique puisqu'elle opère d'une acception concrète à une autre acception concrète mais le plus souvent à une acception abstraite. Si elle s'exerce littérairement le plus souvent dans le cadre d'une polysémie régulière, en poésie, en psychologie et dans l'interaction le sujet peut faire usage d'une polysémie personnelle, intéressante car révélatrice d'un travail, d'un état d'esprit, d'une influence affective plus ou moins consciente, révélatrice de son style. Le processus sémique de la métaphore est explicite selon le linguiste R.Martin :

« Il y a suppression, ou plus exactement ... mise entre parenthèses d'une partie des sèmes constitutifs du lexème employé. » (MARTIN, 1992).

Dans un autre registre, on sait que dans L'interprétation des rêves, Freud a consacré le premier sous-chapitre de la sixième partie consacrée aux modes de constitution des rêves (FREUD, 1900) à la condensation qui reprend le processus sémiotique suppressif de la métaphore.

(10) La métaphore est une figure qui consiste à désigner un objet ou une idée par un mot qui convient pour un autre objet ou une autre idée liés aux précédents par une analogie. On parle de métonymie quand le même mot désigne le tout et la partie. Une synecdoque est une variété de métonymie qui consiste à donner à un mot un sens plus large ou plus restreint qu'il ne comporte habituellement.

42

Pour illustrer ce fait de suppression/condensation, voici un exemple tiré de l'ouvrage Lexicologie (LEHMAN & MARTIN-BERTHET, 2013) de déperdition sémique dans la métaphore éclair de génie :
Sémème A : « lumière brève, intense, sinueuse, survenant pendant un orage, provoquée par une décharge électrique »

Sémème B : « moment bref et intense » (éclair de génie)

B ne retient de A que les sèmes bref/intense/soudain/, il les condense, supprimant les autres.

Nous retenons que cette déperdition – J.Picoche appelle ce travail « subduction » (PICOCHÉ, 1986) - résulte d'un choix personnel dans le cadre de la fonction symbolique du sujet métaphorisant. La condensation du rêve est, elle, inconsciente. Cette vision ne nous éloigne pas de la thèse classique (LAKOFF & JOHNSON, 1985) selon laquelle la métaphore relève de l'ordre du conceptuel. Pour ces auteurs, les généralisations de la métaphore résident dans la pensée et non dans le langage, le conceptuel rendant compte de, ou plutôt constituant la réalité. Les métaphores sont présentes à chaque instant de notre vie, orientant notre perception et notre pensée, structurent nos concepts. Elles sont

garantes d'une plasticité qu'un langage purement dénotatif ne possède pas. La valeur connotative des tropes, en particulier de la métaphore, permet ainsi d'ajuster le discours aux irrégularités du réel. Sous-tendue par la fonction symbolique, nous considérons que la métaphore, et les tropes de manière générale, ne se contentent pas d'expliquer le monde par le langage mais qu'ils permettent de le modifier par la langue. En effet, selon J.COSNIER :

Sous-tendue par la fonction symbolique, nous considérons que la métaphore, et les tropes de manière générale, ne se contentent pas d'expliquer le monde par le langage mais qu'ils permettent de le modifier par la langue. En effet, selon J.COSNIER :

« Le langage n'est plus ce qu'il était et ne sert plus à ce que l'on croyait. » (COSNIER, 1980).

Selon la théorie des actes de langage le locuteur agit sur son environnement par ses mots : il informe,

incite, demande, promet, ment, cherche à convaincre, etc. (AUSTIN, 1970). Ces actes de langage ont recours aux fonctions poétique, communicationnelle, rhétorique du langage pour modifier l'interaction. Y compris vis à vis de lui-même par le langage intérieur (JACOBSON, 1960). Nous ne (nous) parlons pas de la même chose en fonction des choix symboliques opérés.

Ces choix ne sont pas toujours conscients. La métaphore renvoie à l'inconscient. Pour Jacques Lacan, l'inconscient est structuré comme un langage. L'inconscient est le fond patrimonial des

43

mythes et des métaphores. C'est le trésor de notre imaginaire, c'est sa caverne d'Ali Baba, c'est le capharnaüm de nos fantasmes, qui sont illustrés par des représentations mentales mythiques ou métaphoriques. L'imagination du poète crée des métaphores et des mythes qui font appel à la sensibilité des peuples, qui éveillent leurs fantasmes inconscients. A la manière du thérapeute, le poète est un explorateur de l'inconscient, c'est un médium, plus que les autres perméable aux forces de cette instance.

Evolutivement, le processus d'équilibration construit sur la fonction symbolique s'amplifie naturellement : la destinée normale du schème est d'aboutir au concept, puisque les schèmes, en tant qu'instruments d'adaptation, sont des systèmes susceptibles d'abstraction et de généralisation progressive.

L'assimilation généralisatrice conduira à l'abstraction.

Le processus évolutif d'équilibration n'est pas obtenu chez le psychotique. Ajuriaguerra et Schmid-Kitsikis ont été les premiers à décrire ses perturbations dans les opérations de pensée du schizophrène (SCHMID-KITDSIKIS, et al., 1975). Les productions verbales de ces patients sont ainsi marquées par des métaphores bâties sur l'identité de mots et non la ressemblance des choses désignées, en équation symbolique (SEGAL, 1970).

Dans la maladie d'Alzheimer on retrouve un phénomène qui pourrait être le même, mais conséquence de la rigidification progressive de la fonction symbolique qui n'autorise plus le transfert de sens entre concret et autre concret, entre concret et abstrait. Ces patients ont d'abord recours à des expressions métaphoriques « classiques », en particulier d'usage, quand ils sont sous le coup d'arrêt du manque du mot. Ils deviennent ensuite progressivement incapables de métaphorisation privée et n'ont finalement plus recours qu'à des métaphores dévitalisées, charriées par l'automatisme collectif des expressions, des lieux communs. Puis, plus de métaphore du tout. Puis en dégradé, le mot devient l'équivalent de la chose, comme dans le registre de l'équation symbolique décrite par H.Segal chez le psychotique (Ibidem).

Quelques exemples situent ces phénomènes. Ainsi, Alain Sagne rapporte deux observations remarquables qui peuvent être interprétées à l'aune de la fonction symbolique (SAGNE, 2002) :

_ La première est le dessin produit par un patient atteint de maladie d'Alzheimer en réponse à la consigne « dessinez votre paysage intérieur ». Le sujet a reproduit sur la feuille de papier un écorché digne des gravures du dix-septième siècle ou d'une planche d'anatomie.

44

_ La deuxième est celle d'un homme, porteur de la même maladie, qui se tient couché sur le sol pendant une séance de groupe. A.Sagne s'allonge à ses côtés et lui demande ce qu'il fait par terre, l'homme lui répond :

_ « Je m'enterre vivant ».

Voilà l'illustration clinique, nous semble-t-il, de deux sujets privés du plein emploi de la fonction symbolique, et qui incarnent (c'est littéralement le cas) ce qu'ils voudraient dire et partager au sens premier : celui de la perception et celui de l'agir, incapables de le dire autrement par carence de prise de

distance. Chez le poète, on pense au pont jeté volontairement entre le mot et la chose par ce que Ricoeur appelle la « métaphore vive » (RICOEUR, 1975).

Ici, point de poésie volontaire, il s'agit de manifestations d'une pensée qui manifeste la détresse au ras de l'indice, qui n'est cependant pas entrée dans la chair ou la terre auxquels elle renvoie parce qu'elle n'est pas opératoire mais symboliquement rétrécie. Ces sujets ne sont pas psychosomatiques. Ils pourraient développer une somatose (voir plus bas 2.2.2) mais sans matérialisation métaphorique. Ils ne sont pas hystériques non plus. Ils sont enraidis de la fonction symbolique...

Qu'aurait couché sur la page le premier si la consigne avait été « dessinez votre paysage mental » ?

Voici encore le cas de Carmela, 71 ans. Il témoigne d'un stade intermédiaire de rigidification de la fonction symbolique avec manque du mot mais dont l'impact sur la métaphore l'autorise encore, qui plus est dans un registre très personnel :

Je revois cette exilée chilienne à l'occasion de sa quatrième consultation de suivi. Elle vient toujours accompagnée par sa fille. Elles sont toutes deux élégantes et charmeuses.

Carmela arbore en permanence un semi-sourire passe-partout et répond à mes questions tantôt par un oui des paupières, tantôt par un plissement dubitatif du front.

45

Elle parle peu, son discours est peu informatif, pauvre.

Quand je m'adresse à elle en espagnol pour faciliter l'entretien, elle me répond le plus souvent en français, avec des pauses où le manque du mot est sans doute aggravé par l'effort linguistique. Je regrette alors de l'avoir peut-être blessée dans son identité de bilingue.

Sa fille prend le relais, répond à sa place. Je lui demande si elle a du mal à attendre que sa mère réponde.

_ Oui, je sais que je devrais lui laisser le temps... A la maison, nous parlons en espagnol, mais c'est pareil.

_ (Carmela) C'est pareil, quoi ?

_ Je dois te pousser un peu à parler...

_ (Carmela, s'adressant à moi) Elle est très gentille, elle voudrait que je sois comme avant.

_ Mais non, maman, tu es très bien maintenant, ce n'est pas ce que je voulais dire.

_ (Moi) Que vouliez-vous dire ?

_ ...que... que ça me fait de la peine de la sentir parfois...

_ (Carmela) vacia como una jarra !

Vacia como una jarra, signifie en espagnol « vide comme une jarre ».

Après vérification, il ne s'agit pas d'une expression usitée en espagnol, ni en Espagne, ni au Chili, ni en Amérique Latine, qui aurait fait retour de manière automatique.

C'est donc une métaphore personnelle, dans un registre de polysémie irrégulière et privée, de Carmela, dans sa langue natale.

Quand le déficit instrumental touche en premier la langue acquise en dernier, qu'il appauvrit le langage et que la rigidification de la fonction symbolique s'y fait d'autant sentir, réduisant en particulier l'expression rhétorique, l'investissement demeure attaché à des souvenirs, des

46

représentations de mots inconscientes dès lors épargnées avec lesquelles la relance du processus métaphorique est possible, dans la langue d'origine, dans la langue maternelle.

Régression formelle et temporelle, la langue maternelle, et ses usages, autrefois investis peuvent persister inscrits dans la psyché davantage que d'autres instruments. Ce phénomène est intéressant car il signifie que la rigidification de la fonction symbolique est en partie fonctionnelle, qu'elle est dépendante

aussi du contenu sur lequel elle opère. L'implication thérapeutique est riche : même chez un unilingue, l'objectif serait de retrouver la langue maternelle réelle, la moins dérivée de celle qui présidait au dialogue édifiant de la rêverie maternelle.

« Si un thérapeute respecte ce fonctionnement spontané, mieux, s'il s'y intéresse, il favorise la réutilisation de l'acquis par le patient. Celui-ci retrouve alors la situation d'apprentissage de la langue avec sa mère, une particularité qui rappelle la relation à l'objet. » (BION , 1962)

Vincent, lui, a 77 ans, il a travaillé en tant qu'inspecteur au Trésor Public.

Je le reçois en consultation de suivi pour la cinquième fois. Son épouse a demandé que je le reçoive en tête à tête, habituellement elle l'accompagne car il est très en difficulté à cause d'un manque du mot important qui l'angoisse, et son procédé autocalmant est de se retourner vers elle en cas de panne. Il ne va pas bien en ce moment, il s'énerve davantage, il s'emporte parfois.

Je lui propose de parler de son métier, je sais qu'il l'aimait et que c'est un thème qui le valorise habituellement.

_ C'était comment aux impôts ?

_ C'était comme ça, vous savez... Il y avait de tout...

_ Vous avez rencontré des personnes intéressantes ?

_ Oh ça oui, pour ça... là mais des fois, vous savez, on n'y peut rien.

_ On n'y peut rien, il faut faire son travail ?

47

_ Ben oui, c'est comme vous... On n'y peut rien.

_ Des personnes vous ont fait des remarques ?

_ Les autres, des fois... C'était...

_ C'était ?

_ C'était comme...

_ Oui ?

_ Ah, vous savez bien. C'était comme...

_ Oui ?

_ Oh zut, c'était comme quand ça finit, enfin je veux dire... (Il s'agite sur la chaise)

_ ... En queue de poisson ?

_ Oui ! ... Enfin, c'est pas comme ça que je voulais dire. (Il sourit)

Ici, la stratégie palliative de la métaphore n'a pas pu se mettre en place.

Le thérapeute a ressenti le malaise et n'a pu s'empêcher de la produire à la place du sujet, ou plutôt en substituant la fonction symbolique du sujet par la sienne. Ce dernier sourit probablement soulagé mais aussi par introjection agréable du mécanisme qui lui faisait défaut. C'est une autre ouverture thérapeutique : se substituer de manière graduelle dans un sens, ou estompée dans l'autre, sans mettre en échec et en espérant l'introjection du processus symbolique. Cette substitution par la fonction symbolique du thérapeute peut s'imposer avec la même force que la réalisation du geste demandé face à certains patients frontaux particulièrement apathiques.

Voici le cas de Jacques, 86 ans :

Je le revois en consultation de suivi semestrielle trois ans après l'annonce diagnostique.

Il est accompagné par son épouse, comme à l'accoutumée, à qui je demande cette fois de rester dans la salle d'attente car elle ne peut s'empêcher de répondre à sa place quand je lui pose de questions.

48

En tête à tête, il est bougon et je le sens distant, replié sur lui-même. Je lui demande s'il peut me parler de

ses plus beaux souvenirs, il me regarde d'un air hébété. Je répète la question. Je la reformule.

_ Pouvez-vous me dire une chose qui vous a fait du bien ?

Il continue à me regarder fixement sans me répondre. Je le sens prêt à se lever et sortir ; je suis moi-même mal à l'aise comme si je ne comprenais pas ce qui se passe.

Je lui demande alors :

_ Il y a eu du soleil dans votre vie ?

Son regard s'éclaire :

_ Oui, oui, c'est bien ce que je me disais.

Souvent en début d'Alzheimer, le malade en manque du mot fournit une surextension adéquate, le plus souvent une métaphore d'action par l'usage,

c'est le cas d'Henri, 83 ans, ancien viticulteur :

Il est atteint par une maladie d'Alzheimer dont le diagnostic a été porté il y a un an et demi.

Comme je lui demande de me dessiner le résultat du dépliage imaginaire du cube (voir p 91) il cherche le crayon sur la table, qui a roulé par terre.

Il ne le trouve pas et paraît déçu.

_ Que cherchez-vous ?

_ Le ... le ... le chose, là

_ Quoi donc ?

_ Le truc, enfin ! Mais c'est bête...

_ ...

_ Vous savez bien, le machin pour écrire ! (il fait mine de griffonner la page)

49

Enfin, voici un petit florilège de métaphores d'usage produites en situation de dénomination d'images:

_ Moi, je fais sécher les draps avec. (Pince à linge)

_ Oui... Oui... On jette sur la soupe, par-dessus. (Salière)

_ Voilà, on tape dessus et des fois ça marche. (Piano)

_ Hop, c'est le matin, là et puis hop, c'est bon ! (pantalon)

_ Pour y voir, et de près. (Lunettes)

_ Des fois, c'est gentil, on le promène et tout mais attention, hein, attention les gamins. (Chien)

Pourrait-on dire que la distance entre l'indice et le signe est-elle même une métaphore spatiale en abîme, constitutive du montage de la fonction symbolique entre réel et pensée? Ou ce qui est une autre manière de présenter les choses, que la distance abstrait/concret à l'œuvre dans l'assimilation généralisatrice et celle parcourue dans la fonction symbolique s'étaient mutuellement ?

Dans le montage de la fonction symbolique et l'équilibre assimilation/accommodation, il faut tenir compte des données pédiatriques récentes concernant une autre capacité précoce, la transmodalisation. Le bébé peut en effet transférer des informations issues d'un canal sensoriel dans un autre. Si à quelques jours de naissance on lui fait sucer sans qu'il la voie une tétine de forme particulière et lui montre ensuite plusieurs images de tétines de formes variées, il choisira préférentiellement celle qu'il a tétée : transmodalité entre canal tactile et visuel.

50

Cette transmodalité va persister toute la vie durant, base de la communication interhumaine qui utilise tous les canaux sensoriels : la communication est dite plurimodale. Lorsque nous conversons, nous utilisons le canal acoustico-verbal, mode de transfert privilégiée du verbal chez le bien entendant, mais aussi les canaux visuel (mimogestualité), thermique, olfactif...

Le choix du canal dépend du registre proxémique d'interaction :

- dans le registre intime, celui de la lutte ou des caresses, les canaux thermique et olfactif, tactile sont privilégiés.

- dans le registre social éloigné, le canal acoustico-verbal peut-même être exclusif : usage du téléphone par exemple, ou associé au canal visuel dans certaines circonstances (fonctions télévisuelles de certains téléphones portables actuels)

Une entrave à cette plurimodalité, qui nous renvoie à l'éducation (on apprend à parler poliment, à se tenir à la bonne distance) peut entraîner des modifications de conduites. Certaines sont normales comme l'emballlement des gestes autocentrés ou expressifs : une personne parlant au téléphone, surtout si sa culture est méridionale, continuera à le faire avec ses mains en l'absence physique de l'interlocuteur. Ou conduites exagérées, violentes : C'est ainsi que l'on a pu expliquer la dégradation rapides des cabines téléphoniques...

En clinique psychogériatrique, nous avons décrit le signe de la main sur la joue (décrit p 183), qui relève du recours à une confusion des modalités et registres communicationnels.

A cette transmodalité infantile répond celle maternelle, en accordage unimodal ou transmodal.

« Il se met ainsi en place tout un jeu de correspondances intermodales, le terme même de correspondance étant choisi pour évoquer la poétique baudelairienne fondée, on le sait, sur certaine transpositions sensorielles » (GOLSE, 2014)

Ce travail d'accordage dyadique constituerait pour H.Sitbon une des racines de la métaphorisation. (SITBON & MAZET, 1991)

51

3.1.5/ Emotion et socius

Piaget s'est essentiellement intéressé à l'individu isolé, épistémique, en contact avec une réalité faite d'objets matériels. Il a maintes fois été souligné qu'il a négligé le socius, et en particulier le premier représentant de la tiercéité entre sujet et objet : la relation maternelle et la construction des affects. Wallon propose de rétablir ce chaînon manquant en invoquant une filiation posturale et non plus sensori-motrice des activités sémiotiques : L'activité posturale est elle-même sous-tendue par une fonction de soutien tonique et une fonction proprement expressive, en lien avec autrui, par le biais des émotions et de l'imitation « vraie » qui assure la transition vers la représentation. On pense au holding Winnicottien.

Selon Michel Deleau (DELEAU, 1989) Wallon a lui-même recours à une métaphore spatiale relative à la distance puisqu'il prend en compte les actes du sujet et leur engagement émotionnel, organisateurs de l'espace corporel et de l'espace environnant en termes de tension, détente, lieu de déploiement, barrière, fusion, opposition, etc. Quant au passage à la représentation, il se produit :

« A l'instant où la notion de l'espace, venant de se confondre avec l'espace de nos mouvements et du corps propre, paraît se sublimer en des systèmes de lieux, de contacts, de position et de relations indépendantes de nous — Les degrés de cette sublimation vont du plus concret au plus abstrait et sont à la base des différents schémas à l'aide desquels notre intelligence peut classer et distribuer les images concrètes ou les symboles abstraits sur lesquels elle devient capable de spéculer. » (WALLON, 1942)

C'est ce lien qui, joint à la relation à autrui le conduit du stade des besoins et des appétits à la fonction symbolique qui est comprise par Wallon (et Piaget) comme un pouvoir de substitution: substitution d'un objet à un autre ou simulacre, substitution d'un geste à l'objet, de l'image à l'objet, et enfin du signe ou du mot à l'image et à l'objet. La représentation atteint son épanouissement avec le signe : c'est le langage qui fait accéder l'enfant à la représentation.

Pour Wallon, c'est là qu'intervient le socius. La fonction symbolique se construit par maturation et par la relation à autrui. Elle est dialectique: dynamique entre l'objet et sa représentation, entre la représentation et le signe. Elle a un double rôle de représentation et de communication qui n'est pas secondaire mais substitutif. C'est la fonction symbolique qui se structure différemment dans l'un et dans l'autre cas. Nous retrouvons la même relation dialectique qu'entre l'intelligence des situations qui s'épuise dans l'immédiat, sans distance entre le sujet et l'objet, et l'intelligence discursive qui implique un dédoublement de la réalité par le moyen des signes et des symboles (Ibidem).

L'enfant, dans les problèmes pratiques ou dans la manipulation des symboles, est, dès la naissance, en voie de socialisation. Les rapports complexes avec autrui lui permettent de prendre conscience et connaissance de lui-même et le rendent capable de langage. Pour H. Wallon, dans l'intelligence des situations c'est l'émotion qui domine ; quand le langage apparaît, un autre type de motivation émerge en contexte de communication : Le langage apparaît dès lors comme un instrument entre le moi et les autres (ABECASSIS, 1993).

La première médiation par autrui de la construction objectale, de la distance entre le sujet et l'objet est incarnée par la dyade mère/bébé. Ce sont les psychanalystes et les tenants de la théorie de l'attachement qui la décrivent. Au niveau cognitif, les post-piagétien vont surtout préciser le développement des matrices physiologiques qui l'autorisent.

Nous retenons que les descriptions pionnières de Piaget et de Wallon sont complémentaires, elles décrivent la mise en place de la fonction symbolique comme l'interface constitutive du sujet, de l'objet, de la relation et des émotions. Tous ces domaines sont attaqués dans la maladie d'Alzheimer, entre autres raisons, par la rigidification de la fonction symbolique.

3.1.6/ L'après Piaget et Wallon

Les « néo-piagétien » conservent la démarche constructiviste et le contour de la mélodie développementale décrite par Piaget et Wallon, mais soumettent leurs modèles aux critiques liées à la découverte du « super-bébé » et du « super-enfant » : étiquettes qui se réfèrent à la liste croissante des compétences précoces observées chez le tout-petit, malgré les importantes différences interindividuelles. Ils transfèrent également les résultats de Piaget dans une vision plus large qui intègre beaucoup d'éléments théoriques issus du cognitivisme anglo-saxon et des neurosciences.

Il semble en effet que le « père de l'homme » soit bien plus capable que les descriptions du niveau sensorimoteur. Par exemple, il détecte très tôt la troisième dimension dans les célèbres expériences de la « fausse falaise » (GIBSON & WALK, 1960). Entre 3 et 6 mois il distingue objets et personnes. Il bénéficie de relations intermodales sensorielles très précoces, dès 1 mois. La coordination vision-préhension est effective chez-lui dès 2 semaines... Pour une revue, voir Le développement psychique précoce, pp 42 à 47 (GOLSE & MORO, 2014).

Pour reprendre deux piliers de la théorie Piagétienne, l'imitation est beaucoup plus précoce qu'initialement décrite. La permanence de l'objet également, bien que la complexité du phénomène en rende la datation imprécise.

En schématisant beaucoup, trois auteurs nous semblent se détacher :

J.Pascual-Leone (2000) a enrichi la perspective piagétienne, sans remettre en cause la fonction symbolique, en la dotant entre autres d'une théorisation énergétique (réserve mentale d'énergie limitée), et de l'existence de schèmes affectifs et motivationnels dans le niveau d'organisation subjectif de sa théorie des opérateurs constructifs (TCO) qui comporte également un niveau d'organisation métaconstructif avec des opérateurs silencieux non accessibles à la conscience. La TCO décrit deux

composantes principales chez le « métasujet » : le répertoire des schèmes symboliques (software) et la machinerie du métaconstructif (hardware) qu'il oriente.

54

R. Case reprend la notion de fonction symbolique et la perspective énergétique de Pascual Leone et postule l'existence de structures conceptuelles centrales, réseaux de concepts développés en fonction de la myélinisation cérébrale, de la maturation de la mémoire de travail, de la socialisation des expériences et de la motivation à explorer (Case, 1985, 1992).

J. S. Bruner comme Wallon et dans la foulée de Mead, Zazzo, et de Vygotski, développe la perspective interactive et sociale de la symbolisation et souligne :

« ... l'emploi du signe comme moyen fondamental d'orientation et de maîtrise des processus psychiques. »

Il déclare :

« ... la fonction symbolique nécessaire pour communiquer » (BRUNER, 1966),

Le passage à un système sémiotique n'étant possible que si l'interaction est déjà façonnée comme un moyen de communication : La structure de l'interaction humaine est universelle et isomorphe aux catégories universelles de la grammaire.

J.S. Bruner souligne qu'avant d'accéder au langage, l'enfant acquiert un éventail étendu de compétences génératrices motrices, conceptuelles et sociales transférables dans le champ de l'acquisition langagière. D'ailleurs Wallon et Piaget estimaient déjà que l'imitation différée marque la transition entre intelligences pratique et représentative. Il suit Piaget en ce sens que l'imitation est une représentation en actes matériels, pas en pensée. Parler est une conduite sociale, puisque l'univers du signe est en relation directe avec la culture. L'emploi des signes implique donc la compétence pragmatique. Cette structure universelle de l'interaction ne peut se produire qu'en présence d'un adulte qui interprète et permet d'étendre les règles de l'action au domaine sémiotique.

« Le passage véritable se fait non du son au sens, mais du sens au son ; et le sens est vécu dans l'interaction avant d'être désigné conventionnellement. » (ABECASSIS, 1993)

55

Dans la foulée de cet auteur, un travail récent d'observation de l'utilisation du jeu, situation phare de l'élaboration symbolique pour Piaget et Wallon, en particulier le jeu de faire semblant dérivé de l'imitation différée, par des dyades d'enfants de même âge, montre que les processus de co-construction de conventions se complexifient avec l'âge, fruit de consensus entre enfants à la lumière des approches socioculturelles du développement cognitif (BARTHELEMY-MUSSO A. et al, 2012).

Les post-piagétien ont surtout remis en cause la linéarité chronologique des stades de Piaget. Par exemple, Robbie Case de Stanford (CASE, 1985) et Kurt Fischer de Harvard (FISCHER, 1980), ont modélisé de manière dynamique non linéaire le développement de l'enfant, avec des courbes incluant des turbulences, des explosions, des effondrements : Par exemple, Robert Siegler de Carnegie-Mellon estime que le développement de l'enfant correspond à « des vagues qui se chevauchent », chaque stratégie cognitive pouvant recouvrir une autre stratégie à tout moment (SIEGLER, 2001). M. Boehme formule les mêmes remarques en ce qui concerne la rétrogénése dans la maladie d'Alzheimer (BOEHME, 1982).

Olivier Houdé se situe aussi dans la descendance piagétienne, mais soutient que la dynamique de l'équilibre assimilation/accommodation est une explication insuffisante : se développer, c'est non seulement construire et activer des stratégies cognitives, mais aussi apprendre à inhiber des stratégies

inutiles ou qui entrent en compétition (HOUDE & LE ROUX, 2013).

Rappelons qu'en décrivant

« Une inhibition due au Moi qui rend possible la formation d'un critère permettant d'établir une distinction entre une perception et un souvenir »,

Feud avait utilisé de manière prémonitoire la notion d'inhibition psychique, voire biologique puisqu'il décrivait un groupe de neurones chargés en permanence par des quantités endogènes d'énergie, sensibilisés, qui forment le Moi disposant d'une fonction régulatrice sur le passage de cette énergie. L'inhibition est considérée actuellement comme un processus de base dans le développement et l'élaboration cognitive : Se développer s'est apprendre à inhiber. La complexité de ses

56

mécanismes rend l'inhibition très sensible au vieillissement : Avec l'âge, le sujet a de plus en plus de mal à inhiber les informations non pertinentes (BROUILLET, 2011).

Rappelons quelques résultats des travaux récents⁽¹¹⁾ montrant que les enfants ont des compétences cognitives plus riches et plus précoces que l'on a cru jusqu'alors, en nous limitant à des aspects pouvant concerner la fonction symbolique. Ils ont considérablement abaissé l'âge d'acquisition d'une certaine forme de permanence et de représentation perceptives, de catégorisation, d'attribution, bref des fondements de la fonction symbolique :

→ La permanence de l'objet : Les tout-jeunes réagissent très précocement à la disparition des objets (BAILLARGEON, 1991), ils sont capables de représentations mentales précoces, dès 3 mois, leur permettant de « concevoir » l'existence d'objets et d'événements disparus de leur champ perceptif. En effet, soit le bébé qui recherche activement un objet disparu coordonne de manière complexe sa vision et sa préhension pour contrôler les mouvements manuels, ce qui reste à démontrer, soit il serait déjà doté d'une intelligence perceptive antérieure à l'intelligence sensorimotrice. Cette explication semble l'emporter. Les enfants très jeunes sont des « apprenants-actifs » qui utilisent très tôt des représentations mentales. L'activité cognitive du bébé et du très jeune enfant est plus élaborée, alors que l'enfant plus âgé est plus spécialisé et donc moins compétent (FLAVELL, 2000).

→ L'âge le plus précoce auquel on a observé l'imitation différée est de 6 mois mais la performance à cet âge se limite à une seule action imitée après un délai de 24 heures (BARR, DOWDEN, & HAYNE, 1996).

→ Selon Moro et Rodriguez, les premiers symboles s'observent autour de sept mois, résultat d'une construction sociale entre enfant et adulte. A 9 mois, tous les symboles produits par la triade enfant-adulte-objet proviennent de l'adulte, ceux produits par l'enfant émergent dès 13 mois au sein des interactions sociales quotidiennes. (MORO, RODRIGUEZ, 2005).

(11) Bernard Golse écrit qu'après la deuxième guerre mondiale qui a tant fait souffrir les jeunes enfants, « Sur le fonds d'une certaine culpabilité des adultes à l'égard des bébés, ceux-ci ont été décrits comme d'authentiques « supermen », sachant déjà tout faire et tout comprendre, nouveaux héros des temps modernes et dépositaires principaux de nos dernières utopies... » Dans un autre ordre d'idées, le même phénomène de culpabilité collective, à l'égard des âgés, est-il à invoquer devant la surmédiation de la maladie d'Alzheimer ?

57

→ Il en est de même pour les processus de catégorisation et de différenciation qui autorisent de réduire la quantité d'information du monde, de mémoriser de manière efficace, de faire des inférences et qui sont à la base du fonctionnement symbolique en permettant de regrouper des entités par règle ou en les discriminant.

Les nouveau-nés possèderaient des compétences de catégorisation (SLATER, 1998) pour des propriétés telles que les consonnes, la couleur, l'orientation, la forme et les expressions faciales

Un peu plus tard, les enfants peuvent aussi diviser les objets en catégories: objets inanimés, personnes, animaux. Une partie ou un attribut d'un objet suffit pour former de représentations catégorielles d'animaux perceptivement similaires (QUINN, 2001). Plus complexe : les enfants âgés de 14 à 18 mois utilisent les parties d'objet pour classer les animaux et les véhicules (RAKISON & BUTTERWORTH, 1998).

Les jeunes enfants sont capables d'utiliser des attributs élaborés, comme le mouvement (régulier pour les objets inanimés, irrégulier pour les animaux), dès la fin de la première année (MANDLER, 1999). Cet auteur a démontré que dès l'âge de 9 mois, les bébés comprennent que les catégories comme les animaux et les véhicules possèdent des attributs qui leur sont propres ! On pourrait déjà évoquer une compréhension conceptuelle...

Donc, malgré les débats actuels dans la littérature concernant les modalités d'élaboration des habiletés, il peut être affirmé que les enfants d'âge préverbal construisent des représentations catégorielles qui sont d'abord de nature perceptive pour devenir ensuite conceptuelles. Dès lors qu'elles existent, elles établissent entre elles une distance sémantique qui va du concret à l'abstrait, qui constitue le moule de la distance entre l'indice et le signe tel qu'elle apparaîtra avec l'éclosion du langage et son utilisation par la fonction symbolique. Ce processus est rendu possible, nous le verrons dans la deuxième partie de ce travail (2.2.1), grâce à l'intervention d'un tiers entre le sujet et l'objet : la fonction maternelle.

Mais peut-on vraiment parler d'« enfant préverbal », d'infans ? On décrit la période dite prélinguistique, de 0 à 1 an ; elle est tout de même caractérisée par un langage de communication basé sur des compétences perceptivo motrices précoces mais aussi de type analogique corporel, avec discrimination phonémique dès le stade fœtal, cris et vagissements puis gazouillements à valeur expressive (satisfaction) et fonctionnelle ; les premiers énoncés avec concaténation phonémique apparaissent dès la huitième semaine. Le jeune enfant

58

« apprend » sa langue maternelle bien avant qu'il ne prononce ses premiers mots et il peut distinguer, contrairement à l'adulte, les sons de la plupart des langues... Bien sûr, la reconnaissance des mots prendra plusieurs mois. Pour constituer un lexique, l'enfant doit pouvoir segmenter la parole continue en mots en ayant recours à des informations prosodiques (BERTONCINI, 2000); le développement du vocabulaire (les noms avant les verbes dans les langues occidentales) s'étend sur plusieurs années, la deuxième année étant la plus importante. Le jeune enfant acquiert de 5 à 6 nouveaux mots par jour au cours des premières années (CAREY, 1978) pour atteindre 200 mots à 24 mois (NELSON, 1973) après une accélération du rythme d'acquisition brusque vers 18 à 20 mois, ce que l'on appelle l'« explosion lexicale » (GOLDFIELD & REZNIK, 1990).

En somme, cette évolution exponentielle parachevée par une explosion lexicale est liée aux progrès de la catégorisation et à une rapide intuition de la correspondance entre un mot et un référent, entre un signifiant et un signifié, une fonction symbolique intuitive. Les ingrédients de sa constitution définitive et secondaire, totalement intégrée à l'appareil de langage, sont dès lors présents.

Nous allons examiner les étapes de sa mise en place.

59

3.1.7/ chronologie de mise en place de la fonction symbolique

L'enfant accède aux prémices de la fonction symbolique proprement dite, à la correspondance entre les mots (signes) et les référents (signifiés) objets ou actions, par un mécanisme complexe faisant jouer des facteurs linguistiques, cognitifs et pragmatiques.

La capacité à choisir un signifiant plutôt qu'un autre n'est pas liée au début qu'à l'utilisation de traits perceptifs ou sémantiques (fonction référentielle du langage), l'enfant ayant une prédisposition à considérer qu'un nouveau mot désigne un objet entier plutôt qu'une propriété ou une partie d'objet (whole object assumption) : il établit plutôt les référents des mots par rapport aux intentions référentielles des locuteurs (fonction communicative) (HENNON, HIRSCH-PASEK, & GOLINKOFF, 2000). Cette donnée valide les positions de Wallon, Vygotski et Bruner.

Les premiers mots sont approximatifs, sur généralisateurs, mots valises. Ils font correspondre plusieurs signifiés à un signifiant-valise. On peut dire que le début de l'acquisition lexicale est marqué par le primat de l'assimilation. L'assignation précise d'un signifié à un signifiant préférentiel est plus lentement acquise, liée à l'élaboration des catégories sémantiques. Tout sera alors en place pour pouvoir changer de signifiant et user de la fonction symbolique proprement dite.

Si nous nous en tenons à la définition piagétienne et la capacité à dissocier nettement signifiants et signifié, il est difficile d'en dater précisément la mise en place. Il existe deux hypothèses alternatives : soit une émergence brusque se répercutant dans de multiples conduites, soit une émergence progressive, éventuellement hiérarchisée, des compétences. D'après V. Warkentin, malgré les limitations de son travail purement transversal, les marqueurs de mise en place (imitation différée, jeu symbolique, reconnaissance de l'image spéculaire, passage au stade 6 de l'objet permanent, ...) n'apparaissent pas simultanément et l'ordre de leur apparition n'est pas le même chez tous les enfants (WARKENTIN & BAUDONNIERE, 1995). Comme le vieillissement, toutes les dimensions du développement expriment la loi différentielle(12).

(12)Loi du vieillissement différentiel : En biologie, elle stipule que tout ce qui vieillit, c'est-à-dire tout ce qui vit et subit l'effet du temps (appelé usure pour les choses) tend à se différencier de ses pairs, à toutes les étapes de l'organisation, depuis le niveau cellulaire jusqu'au niveau de l'individu.

60

En ce qui concerne celui de la production et compréhension de métaphores, trope emblématique de la fonction symbolique, les premières études signalèrent un décalage entre la production et la compréhension : les enfants semblaient capables de produire des métaphores bien avant d'être en état de les comprendre. Norbury a montré, après avoir examiné des enfants d'âge compris entre huit et quinze ans, que l'acquisition de la théorie de l'esprit est une condition nécessaire mais non suffisante pour comprendre la métaphore (NORBURY, 2004). Actuellement, on pense que bien avant, dès l'âge préscolaire, les enfants produisent et sont capables de comprendre au moins certains types de métaphores. Les travaux distinguent les métaphores basées sur l'action, produites pendant le jeu symbolique (dans lesquelles l'enfant applique un schéma d'action fictif à un objet et ensuite le «rebaptise ») et les métaphores basées sur la perception, ou métaphores sensorielles (c'est la ressemblance entre les signifiants qui motive la substitution). Les métaphores basées sur l'action apparaissent entre deux et trois ans pour ensuite décliner, remplacées par des métaphores basées sur la perception, qui deviennent prépondérantes vers l'âge de quatre à cinq ans.

Elles deviennent en fait toujours disponibles à titre de stratégie palliative (DUVIGNAU, s.d), en particulier dans la maladie d'Alzheimer, chez les sujets S3A, face au manque du mot (métaphore d'usage), quand par mouvement retrorégénétique la métaphorisation perceptive, dernière mise en place a disparu la première. Plus tard, ce recours ne sera plus accessible, l'impact du vieillissement pathologique sur les ressources d'adaptation renvoie à la notion gériatrique de fragilité liée à l'avancée en âge.

Le « syndrome de fragilité » chez la personne âgée n'est pas lié à une maladie précise mais résulte d'une réduction systémique des aptitudes physiologiques qui limitent les capacités d'adaptation ou d'anticipation au stress et /ou aux changements de l'environnement : La cause en est une réduction

multi systémique des réserves amenant plusieurs systèmes physiologiques au seuil d'insuffisance. La personne dite fragile présente alors un risque d'incapacité ou de mort face à des perturbations externes mineures (CAMPBELL & BUCHNER, 1997) (<http://jacques-othoniel.olympie.in/18-quand-le-sujet-age-tombemalade/#more-292>).

De la même manière, la clinique nous confronte à l'existence d'un véritable syndrome de fragilité mentale au vu de nombreux cas de personnes âgées qui présentent une aggravation ou qui paraissent décompenser leur statut mental à l'occasion d'un stress parfois minime, dont on interroge la culpabilité mais dont la réelle responsabilité ne serait que déclenchante. La réduction de réserve mentale a été également envisagée dans le cadre du vieillissement

61

cognitif normal: le «capital intellectuel» de départ n'est pas le seul élément à prendre en compte : une longue éducation, un haut niveau intellectuel, un travail complexe avec responsabilité ainsi que des loisirs intellectuellement stimulants retardent la survenue de la maladie d'Alzheimer (STERN, 2012).

L'hypothèse de « réserve cérébrale » est ainsi née de la constatation que 10 à 20% des personnes avec un fonctionnement cognitif normal ante mortem, présentent des lésions neuropathologiques typiques de maladie d'Alzheimer (KATZMAN, TERRY, DE TERESA, & al., 1988). On distingue dans la littérature (MICHEL, HERMANN, & ZEKRY, 2009): la réserve neuronale, correspondant au nombre de neurones et synapses ; La réserve neurale, qui est fonction des compétences neuropsychologiques ; La réserve cognitive, intégrant l'intelligence innée et l'expérience et rendant compte de la stratégie mise en place pour utiliser au mieux les réseaux cérébraux. La réserve mentale qui serait diminuée dans le déclenchement subaigu des états démentiels inclue toutes les composantes susmentionnées plus l'adaptation comportementale aux circonstances événementielles.

Nous allons évoquer le rôle de la rigidification de la fonction symbolique dans la diminution de la souplesse et de la réserve mentales.

62

3.1.8/ fonction symbolique et souplesse mentale

Revenons à l'affirmation initiale : La fonction symbolique, par la souplesse du choix entre signifiants, confère au sujet de langage une liberté d'expression et de représentation qui lui permet de passer d'un lexique purement référentiel à un lexique personnel et instrument de communication.

Cette flexibilité, base de la métaphore, des tropes d'une manière générale et de la modalisation, autorise également le sujet à dépasser ses insuffisances linguistiques voire cognitives quand il est en difficulté. Ce peut être le cas tant qu'il n'a pas atteint le plein développement de ses capacités, quand ce dernier est entravé par des troubles spécifiques ou l'autisme, ou plus tard, quand ses capacités sont interrogées par l'apprentissage d'une langue étrangère ou mises à mal par la pathologie (aphasies, maladie d'Alzheimer). Dans toutes ces situations, la mise en relation sémantique, la prise de distance symbolique entraîne des productions métaphoriques souvent jugées hors norme. De nombreux auteurs utilisent le terme d'erreurs linguistiques, de « surextensions erronées » (WINNER, 1995). D'autres, (NESPOULOUS J. , 1996), dans la lignée de Jacobson (JACOBSON, 1963), les envisagent plutôt en tant que « stratégie palliative » et proposent de les intégrer dans le système de production langagière comme témoins de la flexibilité sémantico-cognitive (DUVIGNAU, GAUME, & NESPOULOUS). Ces productions observées chez le jeune enfant en période d'accroissement lexical comme chez l'adulte en difficulté sont surtout des paraphrasies sémantiques, sous tendues par des surextensions catégorielles, ou des surextensions analogiques. Chez l'aphasique, les paraphrasies concernent également des termes qui partagent une parenté sémantique sans renvoyer au même domaine sémantique,

« Ses identifications approchées sont de nature métaphorique » (JACOBSON, 1963).

Ce phénomène est parfois observé en début d'évolution démentielle - nous l'avons observé dans le S3A dont il est constitutif - du « manque du mot » : là encore, le mot fait défaut. Comme il faut combler ce déficit lexical, le sujet a recours à des surextensions. Les substantifs utilisés dans les surextensions catégorielles ne sont pas aléatoires mais reliés par

63

une relation de cohyponymie⁽¹³⁾ inter domaines ou d'hyponymie-hyponymie. Nous retrouvons les paraphrasies et paraphrases d'utilisation, fréquentes dans la maladie d'Alzheimer lors des épreuves de dénomination. Ainsi le remarquait Jackson:

« To say what a thing is, is to say what it is like » (JACKSON, 1866),

Nous pourrions ajouter "... and what it can do".

La capacité de surextensions liée à la prise de distance qu'autorise la fonction symbolique est un signe de compétence rhétorique et d'une flexibilité sémantique fondamentale (DUVIGNAU, GAUME, & NESPOULOUS s.d.) : le sens devient élastique. C'est la figure inverse - la rigidification - que la maladie d'Alzheimer impose à la fonction symbolique. Leur présence dans le discours des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer témoigne de leurs efforts pour contourner une difficulté langagière. C'est pour nous une raison importante de s'intéresser à ce témoignage : Entre les critères de rigidification de la fonction symbolique et la production des surextensions vicariantes se situerait la zone d'adaptabilité du sujet au début de la maladie, sa réserve symbolique dans le cadre de sa réserve mentale. Selon qu'elle est plus ou moins riche, plus ou moins entamée, la vitesse d'apparition des symptômes déficitaires serait variable, indépendamment du degré d'atrophie cérébrale ou de dépôt de protéines toxiques.

« Toutes les études tendent à confirmer l'existence d'une bonne corrélation statistique entre la quantité de substance amyloïde cérébrale et les symptômes de la maladie. Mais il y a lieu de souligner que certaines personnes échappent à la règle, qu'il s'agisse de sujets qui sont restés cliniquement sains et dont le cerveau s'est révélé porteur d'une amyloïdose importante ou l'inverse. Certains sujets peuvent présenter un déficit cognitif..., ce qui tend à laisser supposer que la présence excessive de substance amyloïde peut constituer une condition nécessaire, mais peut-être pas suffisante, pour qu'un déficit cognitif se manifeste cliniquement. C'est-à-dire qu'à âge égal et à modifications neurologiques semblables certains sujets disposent de la capacité de ne pas présenter de déficit cognitif, là où d'autres développent cliniquement la maladie. » (PLOTON, 2009)

(13) Lorsque deux mots sont hyponymes d'un même hyperonyme, ils sont appelés cohyponymes. Ex : pigeon et corbeau sont cohyponymes. Ils sont tous deux des hyponymes d'oiseau qui est lui considéré comme hyperonyme.

64

Dans cette perspective du pouvoir protecteur de réserves mentales, Ploton envisage le rôle de la fonction symbolique, en parlant de compétences métaphoriques :

« On est en droit de supposer qu'une personnalité comportant d'importantes facultés associatives (notamment des compétences métaphoriques développées) sera longtemps protégée d'une décompensation clinique, malgré une importante prolifération amyloïde. Cela nous renvoie au cas de Sœur Marie de la Nun Study (Snowdon, 2003). Car il suffit d'un cas qui mette en défaut une théorie générale pour qu'il y ait lieu de questionner et d'amender celle-ci. On remarquera qu'une telle personnalité est, par essence, dotée de fortes capacités de mentalisation, lui permettant une meilleure intégration des émotions et qu'elle est à même de bénéficier d'un confort psychique optimum. »

(Ibidem)

A ce sujet, nous osons nous-mêmes une métaphore, celle du ressort : Entre le plan perceptif de l'indice et le point fixe du signe, le sujet peut étendre le sens grâce à sa fonction symbolique. Cela implique évidemment un effort psychique le long de la distance symbolique : le sujet S3A a du mal à l'accomplir et l'évolution de la maladie l'en rendra incapable.

Cette compétence fondamentale de surextension et de métaphorisation ne peut non plus se mettre en place chez une catégorie d'enfants autistes, dans le syndrome d'Asperger, caractérisé par un fort amoindrissement de cette aptitude à l'approximation sémantique. Ces enfants ont de grosses difficultés pour interpréter un énoncé non-littéral, en particulier métaphorique. Ils sont par contre très performants en production, mais avec un vocabulaire tellement riche et tellement précis que l'on traite leur langage de « pédant ».

Leur symptomatologie est dominée par la notion de « rigidité », tant sur le plan moteur (maladresse) et prosodique (voix monocorde) que comportemental (attachement excessif à certains objets, stéréotypes, difficultés à gérer les changements) ou encore communicationnel (rituels et répétitions) (ASPERGER, 1944). Il serait intéressant de rechercher également chez eux une éventuelle rigidification de la fonction symbolique en utilisant par exemple la BREFS.

Nous avons observé chez le sujet S3A (GONZALEZ MONGE, 2011) - et depuis, plus encore chez le dément évolué - cette rigidité : une diminution de l'empan de choix entre signifiants,

65

plus précisément une rigidification de la fonction symbolique qui empêche le sujet de balayer toute la distance qui sépare l'indice du signe. Ce processus induit la réduction des ressources rhétoriques et du « stock lexical », ce qui contribue à l'appauvrissement du discours, de la langue, et surtout aux difficultés à traiter le langage non littéral et intérieur. Pour un rapprochement entre la prise de distance symbolique et la rhétorique, Michel Meyer rappelle que

« La différence est négociée par de tels symboles qui la perpétuent, et c'est une rhétorique : elle résout à sa façon le problème d'une distance qui ainsi s'affirme et se confirme. » (MEYER, 2011)

Or, le langage non littéral, élément capital de la communication interhumaine, du dialogue intérieur, implique l'usage de l'implicite, de l'ironie, de l'humour, des métaphores, des expressions idiomatiques, bref des performances énonciatives et pragmatiques, communicationnelles. Comment se mettent-elles en place ? Peut-on discerner dans ce processus constitutif ce qui relèverait spécifiquement de la fonction symbolique, de la distance symbolique ?

Génétiquement parlant, les compétences communicationnelles se mettent en place très tôt. In utéro, les modalités sensorielles sont vite fonctionnelles. L'audition a été particulièrement étudiée : le nerf auditif est performant à 6 mois de gestation et permet de capter la multitude de sons qui se propagent à travers le liquide amniotique, mélange de fréquences provenant de l'extérieur et d'origine maternelle. Le pas-encore-né serait dès cette époque capable de reconnaître la voix de sa mère, ses changements d'intonation.

La précocité intra-utérine existe pour d'autres sensations : Le fœtus est sensible à l'effleurement de sa lèvre supérieure à la fin de la sixième semaine de gestation. Il suce son pousse, sa langue est déjà richement innervée. Il manipule le cordon, cette tige souple qui n'est vraiment ni la sienne ni à sa mère. Cet organe dont ils vont se délivrer tous deux et qui incarne la distance entre eux, leur union et désunion à venir, qui symbolise le symbolique. Dès 6 mois il peut différencier le goût du liquide amniotique aromatisé par l'alimentation de sa mère. Il est sensible aux variations de luminosité autour de 30 semaines... Un courant de psychologie prénatale postule même que les mouvements de la tête, des bras, du torse ont valeur expressive : à 4 mois le fœtus fronce les sourcils, plisse les yeux, « fait la grimace »...

Finalement, à partir de 6 mois de vie intra-utérine, avec une certaine maturité cérébrale, les conditions sont acquises pour l'instauration de premières relations interpersonnelles et un minimum de vie psychique. En 1974 Zazzo pensait déjà que l'attachement existe dès la vie intra-utérine (ZAZZO, 1992). Pour une excellente synthèse, voir : (GOLSE & MORO, Le développement psychique précoce, de la conception au langage, 2014).

Alors, peut-on parler de capacités de communication, de symbolisation dès cette période ? L'être humain est-il déjà un être symbolique ? Après la naissance, et bien que l'homme naisse toujours prématuré, il le devient sans aucun doute.

Chez le patient souffrant de maladie d'Alzheimer, adulte, qui a normalement développé ses capacités de symbolisation (14), voyons maintenant quel impact peut avoir l'altération de la fonction symbolique, sa rigidification.

(14) L' « alzheimerisation » des déficients mentaux, en particulier des trisomiques, dont le cerveau présente très précocement les mêmes stigmates lésionnels que l'Alzheimer pose la question de la fonction symbolique, de son acquisition, de son devenir, question qui reste, à notre connaissance, entière.

3.1.9/H2 : conséquences cognitives de la rigidification de la fonction symbolique dans la maladie d'Alzheimer

Après avoir ébauché les conditions génétiques de sa mise en place, envisageons notre deuxième hypothèse (H2) selon laquelle une rigidification de la fonction symbolique pourrait induire des perturbations sémantiques précoces et pour certains inaugurales. Comment pourrait-elle contribuer au phénomène du manque du mot, dont on connaît la grande fréquence dans la population générale et malade, et surtout la valeur diagnostique chez les S3A ? Comment pourrait-elle contribuer aux anomalies sémantiques (troublant les processus secondaires au plan psychodynamique) mais aussi mnésiques constitutives du tableau de maladie d'Alzheimer ?

Il nous faut pour cela envisager une modélisation de la fonction symbolique en tant que facteur d'attribution(15) dans le cadre d'un réseau sémantique élargi.

Nous allons d'abord décrire le réseau sémantique élargi, au sens de Lieury (LIEURY, 1979): avec inclusion des données épisodiques et élargissement de la notion d'attribution. Puis nous envisagerons les troubles sémantiques de la maladie d'Alzheimer dans le cadre de ce réseau, et enfin considérerons le réseau sémantique élargi dans le cadre de MNESIS, modèle unifié du fonctionnement mnésique avant d'aborder les autres symptômes cognitifs du S3A.

(15) Attribution au sens de constitution des attributs lexicaux ou conceptuels dans un réseau sémantique.

2.1.9.1/ le réseau sémantique élargi

La mémoire sémantique englobe toute nos représentations conceptuelles sur le monde et nous-mêmes, avec les mots qui les disent. Elle est précocement altérée dans la maladie d'Alzheimer, son atteinte s'aggrave avec l'évolution pathologique. Pour envisager une répercussion de la rigidification de la fonction symbolique sur ses performances il faut considérer la constitution du réseau qui la sous-tend. On peut modéliser la mémoire sémantique, en fonction du type des connaissances mémorisées et en fonction de leur organisation.

A/ En fonction du type de connaissances, on distingue :

_ Les modèles « unitaires », qui considèrent que toutes les connaissances sont emmagasinées dans un système unique, indépendamment du mode d'acquisition des connaissances (verbal, visuel, tactile), de la catégorie sémantique et du type d'informations. Par exemple, l'OUC : Organised Unitary Content Hypothesis (CARAMAZZA, HILLIS, RAPP, & ROMANI, 1990).

_ Les modèles « modulaires », qui suggèrent l'existence de plusieurs sous-systèmes sémantiques, séparés en fonction soit du mode d'acquisition des connaissances, soit de la catégorie, soit des deux à la fois. Par exemple: (MAC CARTHY & WARRINGTON, 1990), (SHALLICE, 1988), (WARRINGTON & SHALLICE, 1984).

Le OUC, par exemple, prédit que le déficit des connaissances sémantiques spécifique à un mode d'apprentissage (verbal pour des mots ou visuel pour des objets) résulte soit d'une atteinte sélective du système d'accès correspondant, soit du fait que la forme physique des objets et des mots n'informe pas de la même manière à propos de la nature et de la fonction des objets.

La modèle de McCarthy et Warrington postule que les connaissances sont réparties en fonction de deux critères : le mode d'apprentissage des connaissances et la catégorie

69

sémantique. Il prédit donc, par exemple, un déficit sélectif à des catégories animées apprises via le mode visuel, avec conservation des mêmes catégories apprises via le mode verbal.

Le modèle de Chertkow et al. (CHERTKOW H. B., 1992) propose la coexistence des deux systèmes, modal et amodal, leur séparation se faisant selon la nature de l'information : propriété physique / attribut fonctionnel. Il existerait un système sémantique d'identification pour les objets familiers et pour l'activation de leurs noms. Dans le cas des objets animés (par exemple les animaux), ces connaissances seraient des propriétés physiques (couleur, taille, texture), tandis que dans le cas des objets non animés (artefacts), elles comprendraient les attributs fonctionnels. D'autres connaissances sémantiques, encyclopédiques et associatives seraient stockées dans un système amodal accessible aussi bien par les mots que par les objets.

En s'appuyant sur leur modèle et des résultats expérimentaux, Chertkow et al. ont suggéré que le déficit sémantique dans la maladie d'Alzheimer débutante serait limité aux informations associatives, tandis que le « système d'identification » resterait relativement préservé. Ainsi, au début de la maladie, les catégories naturelles seraient aussi bien, voire mieux identifiées que les artefacts. En fait, avec la progression de la maladie et l'atteinte du « système d'identification », les catégories naturelles deviendraient plus déficitaires que les artefacts.

L'ensemble des données de la littérature donne un tableau complexe d'une éventuelle atteinte spécifique des catégories naturelles dans la maladie d'Alzheimer et ne permet pas de formuler des conclusions définitives.

Dans tous les cas, un déficit sélectif peut être attribué à une atteinte du stock central.

B/ En ce qui concerne le mode d'organisation des connaissances :

De nombreux modèles font référence à une organisation hiérarchisée des connaissances sémantiques, sous forme de réseaux sémantiques (COLLINS & QUILLIAN, 1969). Le réseau est :

70

« Une structure de représentation des connaissances qui se présente sous la forme d'un graphe comportant des nœuds. Ces nœuds correspondent à des objets, des concepts ou des événements. Ils sont reliés entre eux par des arcs qui spécifient la nature de leurs relations. Ce type de graphe est fini, orienté, étiqueté, généralement connexe et cyclique ». (Ibidem)

Le réseau autorise la propagation de l'activité (augmentation rapide de l'excitabilité neuronale) le long

des interconnexions nodales, avec consommation d'énergie. Les informations stockées en mémoire sont en sommeil, « réveillées » par la propagation de l'activation. A chaque nœud du réseau sont rattachés des attributs qui relient les nœuds, les noyaux conceptuels (Figure 1).

71

Figure 1 : Exemple de réseau sémantique simplifié (d'après LIEURY, 2005)

72

L'organisation du réseau sémantique est taxonomique et componentielle: L'information la plus générale, telle que l'appartenance à une catégorie superordonnée, est au sommet. Les informations concernant les attributs sémantiques spécifiques (par exemple, la fonction et les caractéristiques perceptives permettant de différencier des items les plus proches de la même catégorie) sont à la base. Ce type d'organisation satisfait le principe de hiérarchie catégorielle et le principe d'économie cognitive : seuls les attributs spécifiques sont classés avec les concepts (LIEURY, 2005). Pour les « concepts » verbaux et imagés, l'élaboration sémantique est améliorée par l'activation des nœuds les plus proches et des attributs les plus proches, c'est l'effet de production (CHARLES, 1988) qui expliquerait que l'on se rappelle en général plus facilement ce que l'on a dit que les paroles des autres.

De nombreuses études confirment ce type de modèle en réseau, il a été depuis corrigé pour prendre en compte l'effet de fréquence associative (CONRAD, 1972) (POSTAL & LIEURY, 1994).

Le jugement sémantique ne se fait pas dans ce type de modèle par une recherche dans une arborescence mais par la comparaison des attributs, la décision étant d'autant plus aisée que les traits sont différents, incompatibles. La richesse de la « couronne » d'attributs et le fait qu'ils soient partagés entre un concept et son superordonné, voire le représentant de la catégorie, placé en haut du réseau, fait de lui un « prototype », facilement retrouvé.

Pour Rosch, la catégorisation se fait à partir de traits perceptifs et reflète la structuration des attributs perçus dans la réalité extérieure (ROSCH, 1975). Rappelons à ce sujet que l'enfant peut catégoriser dès l'âge de 6 mois.

Comme Collins et Quillian l'avaient déjà proposé en 1972 (COLLINS & QUILLIAN, 1972), les images s'intègrent dans ce type de modélisation. M.Denis défend expérimentalement une conception componentielle de l'image, représentée par des traits sémantiques figuratifs en continuum depuis ceux abstraits aux « imageables » et concrets (DENIS, 1989). Il propose en quelque sorte de reprendre la notion de distance symbolique verbale (de l'indice au signe) au plan des images. Dans le réseau sémantique, comme pour le verbal, le nombre de traits imagés est plus important pour les termes spécifiques, en bas du réseau, que pour une catégorie superordonnée.

73

Les jugements sémantiques relèvent, dans la modélisation du réseau, d'une comparaison des attributs et non d'une recherche dans une arborescence (LIEURY, 2005).

La modélisation en réseau renvoie bien entendu au fonctionnement neuronal, avec les phénomènes d'activation/inhibition. Nous savons que Freud lui-même a ajouté sa pierre à cette vision associationniste et connexionniste (METTENS, 2006). L'imagerie cérébrale fonctionnelle moderne ne confirme pas un placage strict de la notion de réseau sur la dynamique du fonctionnement cérébral ; Le réseau sémantique repose sur une modélisation informatique (Ross Quillian est chercheur en intelligence artificielle), mais si le câblage neuronal existe, il est bien plus complexe que celui du plus puissant ordinateur... Cependant, la théorie de l'activation résiste aux paradigmes expérimentaux et aux données de la clinique.

Les résultats des nombreuses études par la technique d'amorçage/temps de réaction sont en effet compatibles avec le modèle du réseau sémantique et soulignent l'importance des liens attributionnels. Pour une revue, consulter : (leaderv.ubourgogne.fr/~yannick/PDF/Chapitre2). Cela est aussi vrai pour le matériel verbal qu'imagé (CORNUEJOLS, 2001). Ces études de l'activation par le paradigme de l'amorçage plaident pour un « super-réseau » sémantique amodal en relation avec des stockages spécifiques verbal et imagé (LIEURY, 2005 p 129). Nous l'appelons « réseau sémantique élargi ».

74

Figure 2 : exemple de réseau sémantique élargi (LIEURY, 1995)

75

En reprenant la conception de Lieury et en précisant la place de la fonction symbolique comme facteur d'attribution, une question s'impose :

2.1.9.2/Les manifestations sémantiques dans la maladie d'Alzheimer sont-elles compatibles avec une altération du réseau sémantique élargi liée à la rigidification de la fonction symbolique?

La précocité des troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer répond à une mécanique pathologique puissante car ils témoignent de l'altération d'une habileté qui - contrairement à d'autres et conformément à la loi du vieillissement différentiel - résiste bien au vieillissement. La Seattle Longitudinal Study (WARNER, et al., 2004) confirme les données des constatations transversales : A partir de 80 ans, deux habiletés ont décliné chez au moins 80% des gens, mais toutes les habiletés cognitives ne vieillissent pas de la même manière. L'utilisation des mots (qui participe à la définition classique de l' « intelligence cristallisée »), surtout leur compréhension, est la plus épargnée. Les altérations biologiques du cortex pariéto-fontal liées à l'âge ne vont pas de pair avec les pertes fonctionnelles liées au vieillissement, c'est une donnée actuellement admise, pour une revue, consulter : (SKA, MARTIN, DEMERS, & KAHLAOU, 2011)

Dans la maladie d'Alzheimer légère à modérée(16), l'apparent désordre du discours, avec manque de cohésion davantage que de cohérence (changements de thèmes de discussion, irruption d'énoncés apparemment sans rapport avec le fil de la conversation) pourrait témoigner d'un défaut de prise de distance du patient par rapport à son propre langage et à la situation même d'interaction langagière. Cardebat (CARDEBAT, AITHAMON, & PUEL, 1995) avait bien mis en évidence

« L'éclatement du cadre énonciatif neutre imposé par le genre narratif, éclatement dû à l'intrusion de l'énonciateur...dans toutes ces situations il est fréquent que le patient ne souscrive plus au contrat d'examen explicite ou implicite. »

(16) Correspondant en évaluation neuropsychologique à des scores de MMS de 26 à 10.

76

Ces modifications dont l'analyse relève de l'approche pragmatique et qui consistent en modification de la prise de distance du sujet par rapport au contexte macro linguistique (situation de communication) nous renvoient aux modifications de prise de distance du sujet par rapport au référent conceptuel (signifié saussurien) qu'obèrerait une rigidification de la fonction symbolique. A l'opposé, nous avons également été frappé par l'usage conservé chez certains, spontané, de l'humour, de l'autodérision et de l'ironie, en particulier pour les thèmes de leurs conditions d'hospitalisation, de leur devenir et de leur entourage. Autant de preuves linguistiques d'une prise de distance qui ne cadrerait pas avec un effondrement de la fonction symbolique. Il est vrai que cette prise de distance s'effectue plus en termes pragmatiques,

d'interaction communicationnelle, qu'en termes de recours aux tropes et au jeu de l'interchangeabilité des signifiants. Il est vrai également que l'humour et l'ironie en question semblent davantage relever de tournures stéréotypées et sur apprises que de formulations personnelles : « On ne peut pas être et avoir été », « C'est la jeunesse... », etc.

Les altérations de la mémoire sémantique, surtout étudiées par le paradigme d'amorçage sont fréquemment présentes dès les stades débutants de la maladie d'Alzheimer (JOUBERT, BARBEAU, & FELICIAN, 2008). Cela fait d'elles un marqueur de séparation entre vieillissement normal et pathologique. Elles sont par ailleurs considérées comme des prédicteurs évolutifs.

Les signes les plus fréquents et précoces sont le phénomène du manque du mot, l'anomie constitutive du S3A, ainsi que les paraphasies sémantiques avec recours à la production lexicale superordonnée.

L'anomie est tantôt étudiée en tant que reflet de l'amnésie, tantôt comme trouble lexical proprement dit. Les explications proposées sont diverses et privilégient tantôt l'approche neurolinguistique, on parle alors d'aphasie anomique, décrite par Pitres (PITRES, 1898), tantôt l'impact de l'amnésie, on parle alors d'oubli du lexique. Nous parlons de répercussions de la rigidification de la fonction symbolique sur le réseau sémantique.

Les difficultés sémantiques ne sont pas d'emblée compactes mais graduelles, dépendant des types de contenus et des tâches eux-mêmes ; Nous avons déjà mentionné un effet catégoriel spécifique mais contesté (perte des concepts biologiques vs concepts manufacturés). La participation de troubles gnosiques dans les difficultés de dénomination explique un autre

77

type de gradient : la dénomination d'objets réels est meilleure que celle d'images colorées elle-même supérieure à celle de dessins d'objet au trait.

En langage écrit il existe des difficultés pour la lecture et l'écriture de mots irréguliers ou de non-mots.

Enfin, la lecture est préservée tandis que l'on constate une perturbation précoce de l'écriture.

Certaines de ces difficultés lexico-sémantiques peuvent être envisagées comme des stratégies palliatives (surextensions). Dans les tâches de dénomination, les plus courantes sont des paraphasies sémantiques ("banane" pour "pomme") et des réponses super ordonnées ("fruit" pour "pomme"), ou une faible production d'exemplaires d'une catégorie sémantique donnée aux épreuves d'évocation lexicale. Il s'agit surtout de paraphasies d'usage. Ces manifestations en début de maladie témoignent que les connaissances générales des concepts sont préservées, les patients perdant progressivement les attributs spécifiques qui les caractérisent (CHERTKOW H. B., 1989). De ce fait les concepts superordonnés résistent plus longtemps que leurs éléments (par exemple, devant l'image d'un chat, les patients peuvent dire qu'il s'agit d'un animal, mais ont perdu la capacité d'évoquer son nom, sa taille, ou de préciser s'il s'agit d'un animal sauvage ou domestique).

Donc, dans la maladie d'Alzheimer, dès le début, la connaissance des attributs spécifiques est déficitaire (Ibidem), alors que la connaissance de l'appartenance catégorielle résiste plus longtemps (TROSTER, SALMON, MAC CULLOUGH, & BUTTERS, 1989). La détérioration commence par le bas de la pyramide hiérarchique et progresse vers le haut, en atteignant d'abord les connaissances les plus spécifiques : L'altération des attributs spécifiques fait que les patients présentent une anomie au début, puis des difficultés de compréhension du langage ou de dénomination.

Les effets de la maladie sont mordancés par une particularité liée au vieillissement cognitif sur les compétences attentionnelles: Le sujet âgé a de plus en plus de mal à inhiber les informations non pertinentes, et ce déficit s'expliquerait par une difficulté attentionnelle à combiner plusieurs attributs, en particulier en modalité visuelle (BROUILLET, 2011).

Ce déficit attributionnel est donc central dans les difficultés sémantiques de la maladie d'Alzheimer débutante (S3A). Comment l'expliquer ?

78

Deux hypothèses générales sont retenues :

_ Selon la première, il existerait une détérioration de l'organisation ou une perte du contenu de la mémoire sémantique. Cette dégradation du stock sémantique s'effectuerait progressivement au fil de la maladie et expliquerait bien les paraphasies sémantiques et les réponses super ordonnées rencontrées en début de maladie. Il s'agirait d'une altération proprement dite du maillage attributionnel.

_ La deuxième hypothèse suppose que les patients souffrent d'un déficit d'accès aux connaissances au sein d'un réseau sémantique éventuellement intact. Il s'agirait alors d'une difficulté d'activation via le maillage attributionnel. Ce mécanisme permanent et organique évoquerait dans un autre domaine les mécanismes fonctionnels et dynamiques de l'oubli involontaire par représentation refoulée. D'après cette deuxième hypothèse, l'intégrité des connaissances sémantiques pourrait être mise en évidence dans des épreuves qui ne requièrent pas les capacités attentionnelles et stratégiques, ou par levée du refoulement. Quoiqu'il en soit, une réponse franche et univoque ne peut être attendue car la majorité des tâches utilisées dans la littérature pour évaluer la mémoire sémantique des patients ne sont pas spécifiques et mettent en jeu des processus cognitifs autres que sémantiques, dites exécutives (attention, stratégies, rapidité de traitement, mémoire de travail) fortement susceptibles d'être altérés dans la maladie d'Alzheimer, ce qui rend les résultats difficilement interprétables.

Le paradigme de l'amorçage sémantique a été utilisé (GIFFARD, DESGRANGES, & NOREMARY, 2001) pour contourner cette difficulté et avancer dans le choix entre les deux hypothèses. Pour ce faire on étudie l'effet d'un mot (l'amorce) présenté avant la restitution d'un autre (la cible), l'amorce et la cible étant liés sémantiquement (tigre-lion), et on mesure le délai de restitution de la cible. Les travaux de Desgranges ont mis en évidence un phénomène d'hyperamorçage survenant dans cette condition de coordination (tigre-lion) lorsque la démence est encore légère, au début de la dégradation des connaissances sémantiques, et qui disparaît avec l'avancée des troubles. En condition d'attribution (tigres rayés), les effets d'amorçage sont moins importants. Cette baisse des effets d'amorçage chez les patients dans la condition d'attribution témoigne de la dégradation des attributs des concepts au fil de la maladie d'Alzheimer et conforte donc la première hypothèse:

79

La mémoire sémantique se dégrade progressivement, d'abord par la perte des attributs des concepts puis celle des concepts dans leur intégralité. La dégradation sémantique s'effectue « bottom-up », touchant en premier lieu les attributs distinctifs, puis les attributs communs des représentations conceptuelles pour enfin aboutir à leur disparition (LAISNEY, DESGRANGES, EUSTACHE, & GIFFARD, 2010). A signaler que dans les épreuves de dénomination, les productions sont également influencées par la participation de troubles perceptifs, les paraphasies « visuo-sémantiques » représentant plus de la moitié des paraphasies. (TRAN, LETELLIER, LUBJINKOWICZ, THERY, & MACKOWIAK, 2012).

La perte des attributs rend compte des difficultés précoces de confusion entre des mots très proches ou très spécifiques. Les patients « aMCI » (amnesic mild cognitive impairment), c'est-à-dire qui ont un déficit cognitif léger uniquement mnésique, ont plus de mal à opérer des relations sémantiques avec des concepts à forte valence idiosyncrasique, richement connotés en attributs spécifiques qu'avec des concepts davantage génériques (JOUBERT & al, 2008). Par exemple, le manque du mot débutant chez ces patients porte d'abord sur les noms propres, les marques, les espèces... tel patient dira volontiers « J'ai

oublié mon chien dans la voiture de la voisine » plutôt que « J'ai laissé Médor dans la Renault Espace de Madame Canidey »... Ces déficits se manifestent, dans les tâches de dénomination, par des paraphasies sémantiques ("banane" pour "pomme") ou encore par une faible production d'exemplaires d'une catégorie sémantique donnée aux épreuves d'évocation lexicale et surtout par des paraphasies d'usage (« c'est pour écrire » au lieu de « crayon ») et enfin par des réponses super ordonnées ("fruit" pour "pomme").

En fait, la discussion se poursuit actuellement dans la littérature concernant les rôles respectifs du trouble d'accès au stock et de la détérioration du stock. Pour certains auteurs la nature du déficit serait mixte, associant déficit d'accès aux représentations sémantiques et dégradation de ces dernières (CARDEBAT, AITHAMON, & PUEL, 1995).

Sur le plan des bases cérébrales, les études d'imagerie fonctionnelle ont précisé l'implication des régions associatives postérieures gauches dans les tâches de mémoire sémantique, et celle du cortex temporal supérieur droit dans les troubles précoces avec perte d'attributs ; l'hémisphère droit serait le lieu d'engrammation attributionnelle (GIFFARD,

80

DESGRANGES, & NORE-MARY, 2001). On serait donc en droit de rechercher une atteinte relativement plus importante de cette zone cérébrale chez le sujet S3A.

Quelle que soit la distribution des lésions organiques, notre hypothèse est que dans le S3A de la maladie d'Alzheimer la dégradation des attributs serait liée à la rigidification de la fonction symbolique.

Rappelons que nous avons étudié les réponses des patients S3A à la BREFS qui évalue la fonction symbolique du sujet en étudiant l'empan de choix dont il dispose face à une situation lui imposant une dissociation signifié/signifiants, en l'occurrence le choix entre trois mots pour remplacer au plus près un item verbal (GONZALEZ MONGE, 2011). Pour un échantillon d'items, plus le choix du sujet est varié dans la distance d'émancipation du signifiant par rapport au signifié (de l'indice au signe), plus la fonction symbolique est considérée comme fluide et opérante. En comparant les résultats obtenus avec des patients ayant un S3A à ceux de sujets témoins indemnes de trouble cognitifs, nous avons mis en évidence une rigidification (réduction de l'empan de choix) de la fonction symbolique. Les réponses pour les items verbaux ont été regroupées en trois classes « A », « B » et « C » selon que l'ordre de classification de ces réponses privilégiait ou pas l'émancipation des mots à classer (signifiant) par rapport au mot-cible (signifié).

L'hypothèse de travail était que la variabilité des réponses des sujets témoins témoignerait de leur fonction symbolique. Si la variabilité est suffisamment importante, aucun type de réponse ne devrait être privilégié. D'après les résultats expérimentaux, l'hypothèse nulle fut rejetée, la réponse C (signifiants les plus indiciels) étant privilégiée, le test fut donc suffisamment puissant pour mettre en évidence une variabilité des réponses des sujets S3A très significativement moindre que celle des témoins.

Un déficit de fonction symbolique jouerait-il alors un rôle dans la déstructuration du réseau sémantique lui-même ?

Les données de la littérature convergent sur un point : Les perturbations sémantiques concernant les attributs conceptuels peuvent engendrer l'anomie à la fois par une difficulté d'accès aux concepts et par une déstructuration du réseau conceptuel mais la plupart des travaux privilégient la deuxième situation (DESGRANGES, 1994). Il est alors tentant de se

81

demander si l'attribution symbolique est au cœur du processus. En effet, les relations de classe, d'ordination et autres qui ont fait l'objet des travaux sur l'hyperamorçage sont assimilables aux effets de

la fonction symbolique. En effet, en reprenant l'exemple de Desgranges, « Rayures » est en relation d'attribution avec le concept tigre, « chat » est en relation de coordination avec le concept tigre, mais nous pouvons également affirmer que ces items sont en relation métonymique pour l'un et métaphorique pour l'autre avec le même concept de tigre.

« Rayures » et « chat » sont reliés à « tigre » par une logique de classe mais aussi par une distance sémantique qui transposée dans l'univers concret/abstrait en fait une distance symbolique.

Pour nous, la fonction symbolique peut donc être définie comme élément d'attribution conceptuelle.

Dès lors, sa rigidification est à même d'entraîner une perturbation du réseau sémantique et de rendre compte de l'anomie dans la maladie d'Alzheimer. Il est en effet possible de concevoir le réseau sémantique élargi dans un espace à plusieurs dimensions, dont la figure N°3 fournit une comparaison de type astronomique extrêmement simplifiée, chaque nœud conceptuel étant représenté comme une étoile dans une constellation. Les liens entre nœuds sont les attributs communs ou partagés, la distance entre nœuds liée à la distance symbolique. Dans la maladie d'Alzheimer, la charpente nodale du réseau serait remaniée par la rigidification de la fonction symbolique. La réduction de la distance symbolique rapprocherait ou éloignerait selon les cas les nœuds du réseau en modifiant l'arborescence attributionnelle, transformant par là même sa conformation. La restriction dimensionnelle serait ainsi responsable d'un aplanissement (entropie géométrique) modifiant les conditions du processus d'activation qui s'épuiserait à l'horizon avec dissipation (entropie informationnelle). Cela est représenté dans la figure N°4.

82

Figure 3 : Exemple simplifié de réseau sémantique à n dimensions (ici 3 : x,y,z) : La magnitude apparente de chaque nœud dépend de son éloignement par rapport au plan de l'observateur (métaphore astronomique)

83

Figure 4 : A/ Le réseau sémantique à n dimensions (ici 3 : x,y,z) subit une distorsion par altération attributionnelle (rigidification de la fonction symbolique). B/ La perte dimensionnelle induite tend à l'aplanissement et à l'étirement selon les dimensions restantes (ici de 3 à 2 : x,y) avec dissipation de l'activation à l'infini.

84

La clinique quotidienne nous montre que l'issue la plus souvent observée chez les patients S3A en manque du mot est le recours à la paraphrasie sémantique d'usage, procédé éminemment préopératoire caractéristique des enfants qui n'ont pas encore accédé à la fonction symbolique et qui adoptent spontanément une définition fonctionnelle des objets. Les modes de dissociation signifiant/signifié (mécanisme des tropes) joueraient un rôle d'attribut conceptuel et la capacité à substituer une métaphore d'action au mot manquant figure dans le répertoire des stratégies palliatives (NESPOULOUS J. , 1996).

Ce processus est mis en évidence de manière relativement pure, sans autre perturbation associée, chez les patients S3A, en début de maladie, quand coexistent l'anomie et la rigidification de la fonction symbolique et que l'atteinte de la maîtrise de l'espace projectif (apraxie constructive) contribue à dater rétrogénétiqement le processus : niveau préopératoire.

Par ailleurs, au plan de l'opérativité, la logique des inclusions de classes qui sous-tend les relations de super et d'infra ordination lésées dans la maladie d'Alzheimer est un problème de lexique mais aussi de logique opératoire : les expressions verbales connotant l'inclusion ne sont dominées qu'au niveau où

l'inclusion elle-même est assurée grâce aux propriétés additives et multiplicatives des classes. Les travaux d'Hélène Sinclair-De Zwart (SINCLAIRDE SWART, 1967) ont bien montré l'imbrication entre l'acquisition du langage et le développement de la pensée opératoire. Imbrication aussi avec les processus mnésiques eux-mêmes perturbés dans la maladie d'Alzheimer puisque Piaget avait déjà montré que la mémoire transformait le contenu des souvenirs, modifiés par la maturation opératoire. La mémoire est clairement une activité reconstructive (PIAGET & INHELDER, 1968). Le passé n'est pas conservé dans une sorte de réservoir de souvenirs immuables. La mémoire n'est pas le mémorial. Expérimentalement, les sujets qui changent de niveau opératoire reconstruisent des souvenirs plus conformes à ce qui a été réellement vécu lors de la première rencontre avec le psychologue. En quelque sorte, le souvenir se développe, mûrit avec le sujet qui l'a enregistré, la bibliothèque est en permanente réécriture, ce pourrait bien être sa seule manière de perdurer. La fonction symbolique, comme processus dynamique et permanent d'aller-retour le long de la distance symbolique au sein même du réseau sémantique, modifierait par frayage sa configuration contribuant à rendre la mémoire dynamique, imprécise en quelque sorte. Et

85

c'est un tenant de la perspective biologique du psychisme, Gerald M. Edelman, qui précise cette particularité vitale :

« Ainsi, contrairement aux mémoires électroniques la mémoire cérébrale est imprécise, mais elle possède, en revanche, de grandes capacités de généralisation. » (G.M. Edelman, 1992)

Combien inutile une mémoire trop fidèle, trop rigide, trop collée aux données perceptives dans une perspective mouvante d'action, d'anticipation, de relation au sein du fameux fleuve d'Héraclite ! Par ailleurs, la rigidification de la fonction symbolique ne peut pas affecter que la mémoire sémantique, on considère en effet de plus en plus que la mémoire à long terme sémantique, la mémoire épisodique et la mémoire de travail ainsi que les mémoires dites sensorielles sont en interrelation, y compris la mémoire procédurale, inconsciente. Ceci fonde aussi au plan de la modélisation cognitive le fait que le souvenir est un matériau malléable, sous influence affective, inconsciente. L'oubli par refoulement en témoigne.

Ces considérations amènent à envisager une intégration des modules cognitifs de la mémoire susceptible de rendre compte de répercussions des troubles sémantiques, par rigidification de la fonction symbolique, sur la mémoire épisodique, symptôme essentiel de la maladie d'Alzheimer. Nous proposerons également à la mémoire de travail, qui est également atteinte dans le processus alzheimerien, le rôle de creuset psychophysiologique de la fonction symbolique.

86

2.1.9.3/ intégration du réseau sémantique élargi dans un modèle unifié du fonctionnement mnésique rendant compte de l'impact de la rigidification de la fonction symbolique sur les autres systèmes de mémoire

Lieury avait proposé d'imbriquer la mémoire épisodique dans la mémoire sémantique (LIEURY, 1977). Tulving avait proposé un fonctionnement sériel intriquant mémoires perceptive, épisodique et sémantique (TULVING, 1995).

Actuellement, une conception unitaire des fonctionnements mnésiques est possible. Celle formulée par Eustache et coll. avec leur modèle MNESIS (envisagé plus loin) nous permet de considérer les manifestations sémantiques associées aux autres troubles mnésiques, avec comme point de vue en perspective le rôle de la rigidification de la fonction symbolique susceptible d'interférer dans plusieurs registres de mémoire.

Rappelons auparavant que les effets de l'âge sur la mémoire, en dehors de la pathologie, suivent la loi du vieillissement différentiel : les différents systèmes mnésiques sont touchés de manière non proportionnelle. Pour une revue, on peut consulter le chapitre 5 de Psychologie du vieillissement (LEMAIRE & BHERER, 2005). En résumé, malgré de grandes différences individuelles, l'organisation en mémoire à long terme (stockage), ainsi que les mémoires implicite et procédurale sont peu affectées. L'impact de l'âge concerne essentiellement la mémoire explicite, rétrospective et les processus d'encodage et récupération. Les difficultés sont sensibles au matériel à mémoriser, plus grandes quand il est non familier, c'est ce que l'on appelle en psychologie expérimentale l'interaction Age*Complexité. Actuellement, le modèle qui en rend compte de manière la plus satisfaisant est le modèle SPAN (Speed, Parallelism, Activation, Noise) qui postule un ralentissement de l'activation, sous tendu par des modifications de la neuromodulation (BYRNE, 1998), (LI, LINDENBERG, & FRENCH). L'imbrication et l'interaction des systèmes de mémoire nous permettent ainsi d'envisager rapidement les manifestations dysmnésiques autres que sémantiques :

87

→ Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles de la mémoire sémantique sont certainement précoces, mais ceux de la mémoire épisodique aussi et caractéristiques. Ils appartiennent au cortège symptomatique du S3A et constituent un critère majeur du diagnostic clinique de maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'un trouble du rappel des événements récents observé tant en immédiat qu'en différé après la présentation d'un item à mémoriser, peu ou non sensible à l'indigence forcée de l'item (donc d'un trouble du stockage), entraînant des erreurs de rappel par contamination avec un autre matériel présenté incidemment. Il est ramené à l'atrophie des structures hippocampiques en imagerie. Il est intéressant de noter que les travaux neurocognitivistes actuels tendent à considérer que les informations épisodiques sont stockées dans les régions temporales hippocampiques de manière atemporelle, aspatiale et athématique (KRAMER, et al., 2005), critères de description des données inconscientes dans la topique freudienne.

Dans le vieillissement normal, le déficit en mémoire épisodique est également réel, comme en mémoire de travail, contrairement aux autres processus mnésiques. Il s'agit principalement d'une perturbation des processus contrôlés, stratégiques, attribuable à la diminution des fonctions exécutives sous-tendues par le cortex préfrontal (BROUILLET, 2011 p63).

Autrement sévère que le manque du mot débutant, la difficulté épisodique gêne vite le patient atteint de maladie d'Alzheimer et constitue sa principale plainte, en tous cas celle de son entourage :

_ Pouvez-vous me dire ce que vous avez fait hier, dimanche ?

_ Oh vous savez, comme d'habitude. Le dimanche on reste chez nous... pas grand-chose...

_ (l'épouse) Mais si, tu sais bien qu'hier nous sommes allés déjeuner chez quelqu'un...

_ Ah bon, oui... Chez les Perrier, ils sont gentils les Perrier et nous les connaissons bien, depuis si longtemps.

_ (l'épouse) Mais non voyons, hier, nous sommes allés déjeuner chez notre fille !

_ Ah oui, bien sûr, Florence.

_ Non, Sylvie.

Dans son déterminisme, une réduction de profondeur de l'encodage est envisagée, qui renvoie encore une fois à l'atteinte des attributs sémantiques et à la rigidification de la fonction

88

symbolique, mais aussi à des déficits visuo-perceptifs. Le stockage serait également affecté comme le montrent les résultats en rappel libre. Les données sont divergentes en ce qui concerne la récupération,

dépendant du degré de familiarité des éléments à se rappeler. Le rôle de la nature proprement dite de l'information n'a pas été étudié de manière approfondie.

→ La mémoire autobiographique est précocement altérée dans la maladie d'Alzheimer, et dans une moindre mesure les connaissances sémantiques du domaine personnel, ce qui réduit l'impact sur le sentiment d'identité, malgré tout altéré. Les troubles affectent l'ensemble des processus, encodage, stockage et récupération. Les perturbations autobiographiques, quand elles s'installent, altèrent gravement le sentiment identitaire, sculpté dans les éléments corporels, conscients et inconscients qui constituent la mémoire autobiographique. (CRISTINI & PLOTON, 2009)

→ La mémoire de travail, modulaire, ensemble de processus ou de modules en interaction permet de maintenir de l'information pendant un bref laps de temps afin de la travailler.

Comme le remarque M.L.Eustache, son fonctionnement est proche de la rétention Husserlienne (EUSTACHE M. , 2013).

Le modèle actualisé de Baddeley et Hitch est actuellement encore en vigueur. Il se décompose en modules interactifs : administrateur central (inhibition, shifting attentionnel et rafraîchissement), et des modules dits esclaves de l'administrateur central : boucle phonologique (stock phonologique plus récapitulation articulatoire), registre visuo-spatial et tampon épisodique récemment rajouté. Chaque module et processus est validé expérimentalement et cliniquement ; pour une revue on peut consulter : (SERON, 2007).

89

Figure 5 : Le modèle de la mémoire de travail selon Baddeley, tiré de (SERON, 2007, p. 22)

90

Les informations entrant en mémoire de travail ne proviennent pas que de la réalité extérieure. Elles peuvent être des représentations, stockées en mémoire à long terme, du matériel verbal, imagé, des pensées, activées pour les besoins de l'activité psychique en cours.

La mémoire de travail a un rôle polyvalent :

- _analyse perceptuelle des inputs
- _établissement de la cohérence en particulier verbale
- _recours aux représentations appropriées en mémoire à long terme, épisodique et sémantique
- _Coordination des inputs extérieurs et intérieurs (représentations).

La capacité du stockage actif de matériel verbal et imagé est limitée : le célèbre nombre 7 de G.A.Miller(17) (MILLER, 1956), et sensible à l'interférence en particulier de l'attention visuospatiale.

Aujourd'hui on considère que la mémoire de travail est en relation étroite avec la mémoire à long terme, en particulier la boucle phonologique avec la mémoire sémantique et le registre visuo-spatial avec la mémoire épisodique. Les travaux actuels tendent à fragmenter le modèle initial et finalement, de fragmentation en fragmentation, à postuler que la mémoire de travail pourrait être une propriété émergente, l'espace mental auquel le sujet prête attention, voire l'activation de systèmes perceptifs et représentationnels requis pour le travail psychique en cours (THEEUWES, OLIVERS, & CHISK, 2005). Cette proposition a été modélisée dans le cadre des interactions avec le langage (MARTIN & SAFFRAN, 1996), dans lequel cas la boucle phonologique constituerait un guichet d'entrée obligatoire vers la mémoire à long terme (BADDELEY, GATHERCOLE, & PAPAGNO, 1998). Le traitement verbal serait en mémoire de travail avant tout d'ordre sériel (GUPTA, 2003). Une grande importance est accordée actuellement à la vitesse de ce traitement (SALTHOUSE & BABCOCK, 1991) et aux processus d'inhibition (BORELLA, CARRETTI, & DE BENI, 2008), ce qui ouvre en quelque sorte la porte à des facteurs de contrôle inconscients : Il n'y aurait pas d'opposition dans le cadre de la mémoire de travail entre processus

contrôlés et automatiques, plutôt un continuum (GOANAC'H & PASSEREAU, 1988).

(17) D'après Miller, l'empan de stockage actif de la mémoire de travail est de 7 ± 2 unités d'information.

91

Le développement de la mémoire de travail est mal connu, celui des empan l'est bien mieux: 2 items à 2-6ans, 3 items à 3 ans, 4 items à 4-6 ans, 5 items à 7 ans, 6 items à 10 ans. On a surtout étudié le développement de capacités attribuées à la mémoire de travail, en relation avec celui, plus général des fonctions exécutives (PASCUAL LEONE, 2000). Ces capacités sont reconnues comme déterminantes pour les apprentissages (CASE, 1992). Pour R.CASE, l'indépendance croissante aux données perceptives varie beaucoup d'un sujet à l'autre et constitue une dimension importante de son style cognitif. Ce dernier est sensible aux acquisitions scolaires (lecture surtout) et à la maturation du lobe frontal, dopaminodépendante, qui se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence (KOLB & FANTIC, 1995). Des travaux soulignent l'importance des processus d'inhibition, complexes et premiers à être perturbés chez les personnes âgées (LEMAIRE & BHERER, 2005).

Le vieillissement s'accompagne en effet d'une diminution de performance pour les tâches évaluant la mémoire de travail, dans les domaines verbal et visuo-spatial (GREGOIRE & VAN DER LINDEN). L'impact du vieillissement se fait sur l'administrateur central sans grande participation de la boucle phonologique, du registre visuo-spatial, ni du support exercé par les représentations en mémoire sémantique, en dehors bien sûr de la maladie d'Alzheimer (COLLETTE & al, 2007).

La dopaminergie, les processus inhibiteurs intentionnels sont diminués (CHARLOT & FEYEREISEN, 2005). La vitesse de traitement l'est également (SALTHOUSE, 1996). L'imagerie fonctionnelle montre que les sujets âgés normaux contrecarrent les difficultés en recrutant davantage de territoires neuronaux et en diminuant l'asymétrie frontale retrouvée pour certaines tâches chez les plus jeunes (CABEZA, 2002). Les effets du vieillissement sur la mémoire de travail rendent compte de ceux sur les capacités cognitives générales étudiées à la WAIS: les performances en intelligence cristallisée(18) restent stables et déclinent lentement après 75 ans tandis que celles en intelligence fluide déclinent dès 60 ans (GAONAC'H & LARIGAUDERIE, 2000).

En résumé, le vieillissement rend la mémoire de travail plus sensible aux effets de surcharge (LEMAIRE & BHERER, 2005)

(18) Raymond Cattell (1905-1998) a introduit les concepts d'intelligence fluide (capacité de faire des inférences et de comprendre la relation entre différents concepts indépendamment des connaissances acquises) et cristallisée (capacité d'utiliser des habiletés, des connaissances et l'expérience), comme facteurs de l'intelligence générale.

92

A tout âge l'anxiété-trait affecte l'administrateur central mais pas les modules esclaves (VAN DER LINDEN, 2007), le processus agit probablement par surcharge liée aux pensées intrusives(19) (EYSKENCK & CALVO, 1992). Il en va de même pour la dépression (CHANNON, BAKER, & ROBERTSON, 1993), les perturbations disparaissant en période de rémission chez l'adulte mais persistant sous traitement, chez la personne âgée. L'importance des troubles est aggravée en cas d'anxiodépression. Compte tenu de la prévalence des phénomènes anxio-dépressifs dans l'âge avancé, leur participation aux dysfonctionnements de l'administrateur central est certainement importante.

Comme dans le vieillissement normal, mais avec plus de gravité, dans la maladie d'Alzheimer, si l'intégrité des modules esclaves (boucle phonologique et registre visuospatial) est la règle, l'essentiel des déficits concerne les processus rattachés à l'administrateur central (AMIEVA & al, 2002) : capacités

d'inhibition, flexibilité mentale, gestion des doubles tâches. La résistance à l'interférence et l'attention sélective sont les capacités résultantes les plus précocement altérées (PERRY & HODGES, 1999).

Dans la maladie d'Alzheimer débutante, le déficit en mémoire de travail serait en définitive partie prenante dans l'atteinte des mémoires épisodique et sémantique, particulièrement au niveau des processus d'encodage (GERMANO & KINSELLA, 2005) dans la mesure où le choix du site et l'intensité de l'engrammation dépendent de la mémoire de travail.

Compte tenu de ces connaissances actuelles sur la mémoire de travail, nous pensons qu'elle pourrait être le creuset, le "module cognitif", l'espace d'actualisation de la fonction symbolique, autorisant le traitement des données verbales (pôle signe) et imagées (pôle indice ou icône) en temps réel. En effet, la mise en relation par l'administrateur central des données du registre visuospatial (sémantique visuelle) et de la boucle phonologique (sémantique verbale) en font un espace potentiel de stockage et de traitement temporaire de l'information séquentielle plurimodale, permettant le choix d'actualisation d'une modalité de représentation et d'actualisation de la réalité externe comme interne.

« Les travaux réalisés depuis un peu plus de 10 ans mettent de plus en plus le doigt sur autre facteur déterminant, l'accessibilité et l'intégrité des représentations langagières à long terme. Ces travaux

(19) Symptômes d'un trouble anxieux. Quand elles sont suivies de compulsions, elles font partie du trouble obsessionnel compulsif.

93

montrent parfois un niveau d'interdépendance extrêmement élevé entre MCT(20) et représentations langagières... » (MAJERUS, 2007)

L'interaction modale (mot, image, épisodes..) qui s'y déroulent alimenterait la mémoire à long terme d'un bouquet d'indices, symboles et signes sans cesse rafraîchi.

→ La mémoire procédurale est le système mnésique d'encodage, stockage et récupération des processus à la base des habiletés perceptivo-motrices/verbales, peu verbalisables, s'exprimant dans les actions finalisées. Elle est peu atteinte dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer.

« C'est ainsi que, grâce à la préservation de la mémoire implicite, ce qui a déjà été vu ou expérimenté par le malade peut, de fait, marquer ses conduites d'un point de vue subjectif ou intuitif. De même, des habiletés (mais aussi certains souvenirs) qui cessent de répondre à la commande volontaire consciente peuvent réapparaître spontanément, par induction, sans que cela soit prévisible. On peut aussi observer à ce propos des phénomènes de dissociation automatico-volontaire. C'est-à-dire qu'une tâche exécutée sur commande peut être vouée à l'échec, alors que la même, si elle entre dans une séquence automatique, pourra être exécutée correctement. » (PLOTON, 2009)

Finalement, après cette énumération, la propension cognitiviste à morceler les fonctionnements en modules et processus ne doit pas faire oublier qu'ils sont nécessairement interconnectés et interactifs. Comment peut-on concevoir l'intégration de ces diverses mémoires afin de repérer les éventuelles cibles d'impact de la rigidification de la fonction symbolique ?

(20) MCT : mémoire à court terme.

94

2.1.9.3.2/MNESIS :

Aujourd'hui, un travail d'unification des différentes formes de la mémoire est possible selon F.Eustache et B.Desgranges (EUSTACHE & DESGRANGES, 2003), unification nécessaire pour comprendre leurs rôles, leurs articulations et leurs interactions. Ils proposent une approche réunissant les cinq grands types de mémoire : épisodique, sémantique, perceptive, la mémoire de travail et la mémoire procédurale dans le

cadre du modèle MNESIS (Modèle NÉoStructural InterSystémique de la mémoire humaine). Ils reprennent, pour le compléter, le modèle d'E.Tulving (TULVING, 1995), selon lequel les mémoires perceptive, sémantique et épisodique forment une chaîne conduisant à l'encodage du souvenir. Le modèle de Tulving est dit sériel car il commence par la mémoire perceptive, se poursuit par la mémoire sémantique et se termine par la mémoire épisodique ; le souvenir commence par la perception, pour ensuite accéder au sens et enfin à l'événement. MNESIS, lui, est circulaire :

Figure 6 : Le modèle MNESIS, d'après EUSTACHE et DESGRANGES, 2003

Dans MNESIS, la mémoire se compose de cinq grands systèmes, répartis en trois catégories : les mémoires de représentation à long terme (mémoires perceptive, sémantique et

95

épisodique), la mémoire de travail et la mémoire procédurale. Dans les mémoires de représentation à long terme, on distingue une voie ascendante et des voies descendantes.

Dans la voie ascendante, les mémoires perceptives nourrissent la mémoire sémantique, qui alimente la mémoire épisodique.

Dans la voie descendante, le fait de se remémorer un événement (mémoire épisodique) va changer le sens attribué à cet événement. Cette voie alimente la mémoire sémantique. De même, la mémoire d'un événement réactive des éléments perceptifs.

La mémoire procédurale interagit avec la mémoire de travail, avec les mémoires de représentation à long terme (grandes flèches transversales), et la mémoire sémantique.

Comme dans le modèle de Lieury (LIEURY, 1977) et de Tulving (TULVING, 1995), MNESIS intègre des connexions directes entre les mémoires perceptive et épisodique. A. Baddeley avait déjà postulé l'existence d'un «relais épisodique » dans la mémoire de travail (BADDELEY, GATHERCOLE, & PAPAGNO, 1998). Tout en reconnaissant la formation de connaissances sans souvenirs, le modèle comprend des liens descendants de la mémoire épisodique à la mémoire sémantique et aux mémoires perceptives, mais à contresens du modèle d'E.Tulving. Il inclut également des liens descendants entre mémoire épisodique et mémoire perceptive qui renvoient aux phénomènes de reviviscence. Cette dernière participe à la consolidation du souvenir en impliquant sa modification : se souvenir d'un épisode, c'est réactiver des mémoires perceptives, et comme certaines le sont davantage que d'autres, le souvenir est réécrit, de manière personnelle :

Cette femme, interrogée sur son mariage pour évaluer sa capacité à évoquer des souvenirs anciens :

_ Oui, c'était le 13 mars 1960, à Blois.

_ Avez-vous des images, des sensations de la cérémonie à la mairie ?

_ C'était un mariage tout simple, enfin intime, vous savez.

_ Vous rappelez-vous des visages, des couleurs, des propos ?

_ Je me souviens de mon chapeau, il était rouge avec des fleurs. Il m'allait bien, je crois.

_ (le mari) Non, il était blanc comme ta robe et sans fleurs. Les roses rouges c'était à table, au repas. Il y en avait tant qu'on ne pouvait pas manger ! Tu avais beaucoup ri... Il a fallu les déplacer pour servir les plats.

96

Une telle consolidation modificative semble intervenir en grande partie durant le sommeil : le sommeil profond permet la consolidation des représentations épisodiques et sémantiques, alors que le sommeil paradoxal renforce la mémoire procédurale (EUSTACHE, F., & DESGRANGES, B. 2003).

A ce sujet, les relations entre sommeil et maladie d'Alzheimer sont suspectées de longue date. La piste d'une implication étiologique des modifications hypniques est ouverte : une étude récente confirme que

la réduction quantitative et qualitative du sommeil s'accompagne en PET Scan d'une augmentation des dépôts cérébraux de protéine bêta amyloïde pathologique (SPIRA, 2013).

Enfin, MNESIS prend en compte que la mémoire de travail et la mémoire épisodique jouent un rôle dans l'apprentissage de nouvelles procédures en enrichissant la mémoire procédurale.

MNESIS ne propose pas seulement une intégration cognitive, en particulier des registres sémantique et épisodique, il renvoie à une cartographie cérébrale également interconnectée concernant les cinq types de mémoire :

- _ Mémoire épisodique/hippocampe avec le cortex préfrontal gauche pour l'acquisition (ou encodage), le droit pour la remémoration (récupération) et le cortex pariétal pour le contrôle des souvenirs (l'exploration de leur dimension spatiale, notamment). Nous avons déjà vu que le cortex droit abriterait les engrammes attributionnels.

- _ Mémoire sémantique/lobes frontal et temporal gauches.

- _ Mémoires perceptives/aires sensorielles primaires.

- _ Administrateur central de la mémoire de travail/lobe frontal.

- _ Mémoire procédurale/certaines zones du thalamus, du cervelet et du noyau caudé.

97

Figure 7 : La cartographie de MNESIS, d'après EUSTACHE et DESGRANGES, 2003

Ces structures cérébrales sont en imbrication onto- et phylogénétique. La mémoire procédurale, au plus près du somatique, est liée au sensorimoteur. Nous verrons plus loin qu'un psychanalyste comme Bion pressentait que ces structures pourraient être le lieu d'élaboration des premières manifestations psychiques, sensorimotrices (BION, 1986).

Tant pour le réseau sémantique élargi que pour le modèle de mémoire intégré, la dimension affective et émotionnelle joue un rôle majeur. Par exemple, la composante émotionnelle présente un effet protecteur contre l'érosion sémantique (VERSACE, NEVERS, & PADOVAN, 2002). L'émotion intervient en augmentant la quantité de détails mémorisés, le sentiment de vécu d'un souvenir. Notons à ce sujet que si dans la maladie d'Alzheimer débutante de légères modifications de l'influence du contenu émotionnel, mises en rapport avec une modification du volume amygdalien ont été retrouvées en rappel libre, (PERRIN, et al., 2009)

« La mémoire inconsciente (implicite) et l'ensemble du fonctionnement dans le registre purement affectif semblent longtemps préservés. » (PLOTON, 2009)

Au total, compte tenu de l'intrication des processus mnésiques, les anomalies retrouvées en registre sémantique - et pouvant être décrites par l'impact de la rigidification de la fonction

98

symbolique sur le squelette attributionnel du réseau élargi – sont susceptibles d'avoir des répercussions dans les autres registres.

99

2.1.9.4/ Autres symptômes cognitifs

Il nous faut signaler d'autres symptômes fréquemment retrouvés dans les tableaux de démence débutante et envisager leur rapport avec la fonction symbolique. Ils sont constitutifs du S3A et dans le cadre du travail de Master 2 (GONZALEZ MONGE, 2011) nous avons évoqué leur cooccurrence et envisagé son explication retrogénétique.

Il s'agit de ce que l'on nomme apraxie constructive, et nous dirons quelques mots sur l'apraxie gestuelle ou apraxie constructive en reprenant des termes issus de la neurologie des lésions cérébrales focalisées.

2.1.9.4.1/L'apraxie idéomotrice

La difficulté à reproduire des gestes conventionnels ou pas proposés par l'examineur fait partie des symptômes assez précoces de la maladie d'Alzheimer. Elle apparaît en général après l'apraxie constructive. On parle d'apraxie gestuelle(21), ou encore d'apraxie idéomotrice par référence au même type de trouble observé chez des patients cérébrolésés.

Il est possible de la concevoir comme une autre expression de l'altération de la fonction symbolique. En effet, selon Piaget (PIAGET & INHELDER, 1966), l'imitation différée, qui est sollicitée dans l'évaluation de l'apraxie idéomotrice, est une des manifestations de la mise en place chez l'enfant de la fonction symbolique, une «préfiguration de la représentation», représentation en acte pas encore en pensée. Avec le jeu de faire semblant et le dessin, elle renforce la maturation de la représentation agie en représentation intériorisée, en pensée. Il est remarquable, qu'à ce propos, des travaux déjà anciens insistent sur la fréquence d'association entre apraxie idéomotrice et apraxie constructive chez les patients cérébrolésés. (FOIX, 1925) (KEMPLER, 1988) Le substratum organique est différent : lésion plus ou moins focalisée dans ces cas, plus ou moins diffuse dans la maladie d'Alzheimer, mais le substratum fonctionnel est peut-être le même, l'altération de la fonction symbolique, dans le cadre d'un de ses représentants, l'imitation différée. Dans le jeu sur la distance symbolique entre indice, symbole et signe, l'apraxie idéomotrice résulterait d'une difficulté à valoriser le symbole, l'icône des sémioticiens. Cette hypothèse demande à être éprouvée.

(21) Ce terme nous paraît pléonastique, dans la mesure où l'apraxie est définie comme une perturbation des gestes au sens large, c'est-à-dire des comportements moteurs finalisés.

2.1.9.4.2/L'apraxie constructive

Tous les patients S3A présentent des difficultés à dessiner le cube sur évocation, avec dans tous les cas des erreurs de perspective, les lignes fuyantes étant représentées orthogonales.

Ici encore, il convient de se rappeler que la genèse de l'espace se met en place de manière graduelle. Génétiquement, l'espace topologique se met en place le premier, précédant l'accès aux espaces projectif et euclidien. L'espace projectif permet d'envisager un objet non plus en lui-même mais selon le point de vue du sujet, avec maîtrise de la perspective. Il se met en place vers l'âge de sept ans, en même temps que mature la fonction symbolique.

Lorsque l'on demande à un patient avec S3A de dessiner un cube, dans 84,8% des cas leur production sur évocation est semblable à l'exemple suivant :

Figure 8 : La perte de l'espace projectif : le malade ne peut représenter la perspective et dessine des pseudo-rabattements.

Figure 9 : Dans les autres cas, les dessins sont du type fausse-perspective, et dessin du dépliage imaginaire du cube

Dans les deux exemples ci-après l'on voit la dégradation du dessin sur évocation d'un patient initialement S3A qui 13 mois plus tard ne parvient à dessiner le cube qu'à la troisième reprise, après avoir successivement dessiné un carré, puis un triangle mais qui continue à dessiner correctement le dépliage imaginé du cube, épreuve décrite plus loin.

Figure 10 : Dessin du cube sur évocation d'un patient initialement S3A

Figure 11 : Evolution à 13 mois de l'apraxie constructive : le sujet sur évocation dessine un carré puis un triangle pour un cube, qu'il peut encore recopier. Le dépliage imaginaire du cube est dessiné correctement. Noter la dysorthographe chez ce lettré.

Les capacités constructives des patients avec S3A n'altèrent donc pas leur maîtrise des espaces topologique ni euclidien, contrairement aux cas de maladie d'Alzheimer plus évolués, par contre ils sont en difficulté dans la manipulation de l'espace projectif, celui de la perspective.

En effet, nous avons vu que lors de l'épreuve de dessin d'un cube sur évocation : « Dessinez moi un cube, un dé, une boîte carrée, que je puisse voir sur votre dessin qu'il y a un volume », tous les patients échouent à représenter la perspective. Il n'y pas dans leurs dessins de ligne fuyante et les trois faces visibles du cube sont presque systématiquement rabattues avec conservation des rapports euclidiens. Le fait de leur montrer un cube réel ne les aide pas alors même qu'ils reconnaissent tous l'objet. En situation de copie, le modèle sous les yeux, leurs performances ne sont pas non plus améliorées alors même qu'ils reconnaissent, avec une certaine jubilation (« oui, oui, c'est bien cela, d'accord ! ») le dessin comme étant bien la représentation d'un cube.

Nous avons constaté un fait intéressant, non décrit jusqu'à présent : alors que tous les patients S3A présentent une apraxie constructive pour l'espace projectif et qu'aucun d'entre eux améliore ses performances en situation de copie, environ un tiers d'entre eux (27,3%) parvient à dessiner correctement le résultat du dépliage « imaginaire » du cube.

Pour cette tâche, la consigne est : « Imaginez un cube en carton sur la table. Faites comme moi les gestes pour en décoller les côtés et pour déplier tout le carton sur la table. Imaginez la forme du carton que vous avez obtenue et dessinez-la. »

Pourquoi ces personnes qui ne recopient plus correctement le cube parviennent à en dessiner le dépliage imaginaire, tâche apparemment plus complexe ?

En fait, Piaget a montré que l'action intériorisée précédait opératoirement la représentation propre de l'action et celle du résultat de l'action. Il est donc logique de constater que certains patients S3A en sont dans leur parcours retrogénétique à ce stade où ils ne peuvent se représenter le concept ou l'image du cube mais sont capables de « se représenter » le résultat d'une action mimée. Ils effectuent en fait une imitation, préfiguration de la représentation du cube qui ne peut dépasser le cadre de l'action d'imitation, même différée.

Nous pensons que l'existence de cette manifestation particulière d'apraxie constructive avec conservation du dépliage imaginaire du cube permet de dater l'association symptomatique du S3A : étape assez précise d'un processus retrogénétique renvoyant à une période de mise en place conjointe de la fonction symbolique et de la maîtrise de l'espace projectif entre 2 et 7 ans. L'apraxie gestuelle et constructive relèverait directement de l'atteinte de deux marqueurs de la fonction symbolique : l'imitation et l'image mentale.

Ces constatations à propos de l'apraxie et de la fonction symbolique confirment l'intérêt de l'approche retrogénétique dans l'étude des processus démentiels, initiée par les travaux de Julian de Ajuriaguerra et

repris outre-Atlantique par Reisberg (REISBERG & al, 2008).

Bien entendu, les relations circulaires entre les divers aspects du développement cognitif : fonction symbolique, maîtrise de l'espace, opérativité n'autorisent pas des hypothèses linéaires de type « c'est la perte opératoire qui est le facteur responsable des troubles spatiaux et langagiers », bien que ce type d'inférence puisse orienter des démarches thérapeutiques (GONZALEZ MONGE, Rééducation des déficits de l'autonomie sociale chez les personnes âgées atteintes d'état démentiel; application à d'une expérience d'apprentissage opératoire à la rééducation: Contrat de recherche externe INSERM, 1986). Ce qui nous paraît intéressant c'est, outre l'intérêt de caractériser des groupes homogènes de patients en début de maladie d'Alzheimer, de repérer les perturbations les plus contributives à la souffrance des personnes. La rigidification de la fonction symbolique touche la capacité de symbolisation, de communication et par là même les liens intrapsychiques et intersubjectifs. Il est sans doute moins désespérant de ne plus savoir dessiner un cube en trois dimensions que de ne plus se représenter correctement la réalité.

L'apraxie idéomotrice et constructive débutante pour l'espace projectif dans le S3A constituant, par leur présentation même renvoyant à la description piagétienne, un phénomène qui nous avait conduit à l'hypothèse retrogénétique (GONZALEZ MONGE, 2011) de déstructuration conjointe aux niveaux opératoire et symbolique.

107

2.1.9.4.3/ Fonctions exécutives

Les fonctions exécutives concernent les compétences mises en jeu pour la planification, l'organisation et la synchronisation des actions complexes. (Pour une synthèse voir MEULEMANS, COLLETTE, VAN DER LINDEN, 2004). Leur description varie selon que les auteurs se réfèrent à des systèmes uniques ou multiples. Dans le premier cas, les fonctions exécutives sont considérées comme des processus supérieurs : abstraction, jugement, résolution de problèmes. Dans le deuxième, on parle plutôt de contrôle. Il s'agit d'une position plus récente dans lesquelles les fonctions exécutives impliquent des mécanismes élémentaires (sélection, inhibition, activation) gouvernant la sélection et l'exécution de mécanismes complexes (mémoire, langage).

Les études récentes suggèrent que les fonctions exécutives seraient sensibles aux effets du vieillissement, avec des conséquences sur la vie de tous les jours. Les capacités d'inhibition, de préparation, d'alternance sont les plus touchées, dans le cadre du vieillissement de la mémoire de travail, déjà cité plus-haut.

Dans la maladie d'Alzheimer, dès les premiers stades, les patients sont gênés dans les tâches complexes ou demandant de l'attention et de la flexibilité mentale. Les difficultés semblent toucher essentiellement les processus d'inhibition et d'alternance en mémoire de travail.

Bien qu'ayant postulé que l'altération de la fonction symbolique pourrait être sous-tendue par un dysfonctionnement de l'appariement multimodal (verbal et iconique en particulier) en mémoire de travail, le point de vue sémiotique de notre travail ne nous a pas permis d'avancer davantage dans l'interprétation des relations possibles entre fonction symbolique et éléments exécutifs.

Notons toutefois que l'interprétation de l'effet Stroop, classiquement envisagé pour étudier les processus d'inhibition a été relié par Bondi à un trouble sémantique plutôt qu'à une atteinte dysexécutive en tant que telle (BONDI et al, 2002).

De la même manière, certains travaux suggèrent qu'une opération exécutive essentielle précédant la réalisation d'une tâche consiste en l'affectation d'une information temporo-spatiale, d'une indication émotionnelle ou d'une action à un stimulus et en l'utilisation de cette information lors de l'actualisation de la tâche (SCHNIDER et al, 2000). Nous pourrions intégrer le résultat de ces travaux, s'ils se confirment,

dans le cadre des processus d'attribution. Enfin, dans le cadre du pont entre domaines cognitifs et « affectif » que nous avons voulu être celui de cette thèse, rappelons que :

108

_ Pour Wallon, le formant de l'attention peut être décrit lors de l'attente constitutive de la soudure extéro-proprioceptive (voir note de bas de page N°27).

_ Il peut l'être pour Bion dans le cadre des premières impressions sensorielles, « protopensées » qu'il appelle « préconceptions », prédisposition de l'attente du bébé à rencontrer l'objet.

109

3.1.10/ conclusion de la perspective cognitive

Finalement,

La maladie d'Alzheimer altérerait le fonctionnement de la mémoire de travail - déjà affectée par le vieillissement - creuset hypothétique de la fonction symbolique. Cette dernière, rigidifiée, par sa participation au processus d'attribution dans le réseau sémantique le déformerait, contribuant à entraîner les perturbations lexico-sémantiques. Compte tenu de l'imbrication des systèmes de mémoire sémantique et épisodique, la rigidification de la fonction symbolique jouerait également un rôle dans la dysmnésie épisodique caractéristique.

Le langage et la mémoire ont du jeu et psychiquement ce jeu est appréhendé dans l'après-coup de l'interprétation qui fonde la psychanalyse, ce jeu caractérise la liberté des processus conscients et inconscients. La rigidification, c'est l'anomalie, la pathologie. De nombreux travaux confirment cette affirmation en physiologie et en médecine (NAU, 2013). Pour un psychanalyste comme Bion, selon Prado de Oliveira,

« Toute psychopathologie ne se fonde que sur la rigidité, la viscosité et, enfin, sur l'impossibilité d'admettre les métamorphoses. Au contraire, la santé mentale se caractérise, non pas par l'évitement de ces positions, mais par la capacité de les parcourir de manière souple. » (PRADO DE OLIVEIRA, 2005) Pour nous, la rigidification de la fonction symbolique est un processus psychopathologique profond, elle retire « à la mémoire ses potentialités symbolisantes » (ROUSSILLON, 2008) tandis qu'elle altère l'expression symptomatique des capacités mnésiques et sémantiques.

Au-delà des instruments cognitifs, en termes de processus secondaires, la rigidification de la fonction symbolique intéresse aussi la rupture des chaînes associatives et des représentations de mot décrites dans la maladie d'Alzheimer, donc les capacités de représentation et l'identité.

Epistémologiquement, les théories psychanalytiques et cognitivistes sont très différentes mais leur séparation n'est probablement pas homéomorphe aux recouvrements et influences entre

110

concept et affect. Le domaine d'étude des perturbations sémantiques et tout particulièrement l'anomie bénéficierait d'une approche collaborative voire d'un rapprochement théorique. Nous n'avons pas la prétention de l'essayer à propos des modifications de la fonction symbolique...

Nous citons Ploton :

« ... une affection comme la maladie d'Alzheimer n'a pas lieu d'être considérée comme étant plus neurologique que cognitive ou psychoaffective, c'est l'étude et la description qu'on en fera qui, pour des besoins particuliers, choisira de se placer sur un de ces plans, en ne se référant que si besoin à une théorie de leurs interactions possibles. » (PLOTON, 2009)

Les processus primaires engagent aussi la constitution de la relation objectale en même temps que la constitution de soi :

« Le narcissisme primaire ne peut plus être pensé sans la médiation de l'objet, il est parcouru par des formes d'identifications primaires qui installent d'emblée « l'ombre portée » de l'objet dans la constitution du sujet et le processus d'appropriation subjective au centre de celui-ci. » (ROUSSILLON, 2008)

Nous allons maintenant envisager la genèse de ces processus de symbolisation primaire qui a lieu avant celle de la fonction symbolique et envisager comment sa rigidification les met à nu ainsi que les défenses qui leur sont attenantes pour participer à la symptomatologie non cognitive de la maladie d'Alzheimer.

111

3.2/Fonction symbolique et prise de distance, la symbolisation

Après avoir envisagé les relations entre rigidification de la fonction symbolique et troubles de la cognition, nous allons aborder les processus de symbolisation, antérieurs à la mise en place de la fonction symbolique et la sous-tendant, pour étudier les perturbations autres que cognitives.

Le titre de la thèse renvoie à des troubles cognitifs et affectifs ; s'il a paru aisé de rapprocher anomie, apraxie et amnésie (S3A) de la rigidification de la fonction symbolique, il est plus difficile d'évoquer de manière parallèle les troubles affectifs. D'abord parce que les perturbations symboliques que nous allons envisager touchent des phénomènes plus complexes et d'installation plus ancienne. Ensuite parce qu'il est toujours arbitraire de séparer cognition et affectivité. Enfin parce que la maladie d'Alzheimer, dans sa complexité, altère les liens associatifs de la pensée mais aussi les liens relationnels, familiaux, amoureux, ceux dont la distension, les nœuds ou la rupture font mal. Conformément aux limitations que nous nous sommes imposées dans l'introduction, malgré leur caractère arbitraire, nous nous en tiendrons à ce qui se « détraquerait dans la tête du malade », en termes de processus qui pourraient être décrits (presque) indépendamment de la nature de ses liens interactifs d'adulte, quand bien même ces processus se sont mis en place grâce à ses liens interactifs de tout jeune enfant.

En effet, nous allons encore une fois pratiquer un détour génétique puisque la symbolisation se construit entre bébé et adulte sur un fond dissymétrique que J.Laplanche qualifie de « situation anthropologique fondamentale » (LAPLANCHE, 1994), toile de fond de constitution des cinq grands types d'interactions précoces : biologiques, éthologiques, affectives, fantasmatiques et pré- ou proto-symboliques, ou encore symboliques primaires (GOLSE et MORO, 2014).

Bien entendu, les perturbations affectives dans l'Alzheimer ne sont pas que d'ordre symbolique, elles sont très associées à la souffrance induite par la maladie, la prise de conscience des déficits, les réactions du malade et de son entourage à ses incapacités, mais aussi les modifications de sa personnalité, de son être à soi et au monde, qui elles, ne sont pas toujours conscientes.

112

Toute cette souffrance cumulative contribue à expliquer la fréquence des troubles anxieux et dépressifs précoces voire inauguraux. Mais selon nous, ces présentations prodromales témoignent aussi de perturbations symboliques profondes qui sont en général, ni reconnues ni recherchées. Cette méconnaissance en va de même d'ailleurs dans le champ cognitif où les anomalies opératoires et symboliques (passage à un niveau opératoire concret puis préopératoire et rigidification de la fonction symbolique) sont ignorées.

La prise de distance dont nous parlons est un travail de transformation des données brutes en représentations utilisables par la pensée, nous pouvons donc parler de symbolisation. Dans les propos qui suivent, nous sommes bien conscients qu'il nous arrive de tirer quelque peu sur les entourures de la

fonction symbolique décrite dans le champ du cognitif pour les « caser » dans une approche plus psychodynamique. C'est au risque de ces approximations que des éclairages nous ont paru intéressants. Comme au chapitre consacré à la cognition, nous traiterons du normal et de la maladie d'Alzheimer chemin faisant, pour mettre en évidence ces éclairages. De la même manière nous proposerons une terminologie (distance primaire, pulsion de retrouvaille) dont le lecteur nous pardonnera la coquetterie. Nous ne posons pas les perturbations de la fonction symbolique décrits dans le cadre de la cognition comme base de perturbation strictement homéomorphe à celle des processus de symbolisation. Nous les avons décrites en premier pour des raisons de commodité, car elles sont plus « simples » à concevoir, en tous cas pour nous qui avons surtout travaillé avec l'outil de la fonction symbolique piagétienne. Ceci dit, nous avons avancé l'image de la fonction symbolique comme squelette des processus de symbolisation, en précisant que le squelette ne signifie pas antériorité. Ce squelette, en se logeant dans la trace de structures et fonctionnements primaires s'est constitué, comme l'osseux, en même temps que l'édifice qu'il soutient, à qui il prête en fin de comptes les grandes lignes de sa silhouette. Si le squelette vient à se tasser, se déminéraliser, si ses articulations s'enraidissent, c'est tout l'organisme qui se déformera à son tour et perdra en mobilité. De manière analogue, les perturbations de la fonction symbolique proprement dite, sa rigidification sont de nature à maltraiter les processus de symbolisation, même si leur origine est antérieure. Cet effet est donc de deux types :

_proactif, car la rigidification de la fonction symbolique prive le sujet de ses capacités de symbolisation et représentation soutenues par l'appareil de langage.

113

_rétroactif, car les processus primaires élaborés avant la mise en place de la fonction symbolique qui étaient « en veilleuse » sont réactivés, avec les défenses archaïques attenantes, et vont s'exprimer ensemble de manière anachronique dans un Moi vieilli.

Nous sommes convaincus qu'au-delà des outils théoriques qui tentent de les décrire et les comprendre, les processus mentaux cognitifs, affectifs, sont complexes mais relèvent d'un tressage commun, d'une même vérité. Processus de symbolisation et fonction symbolique ne sont pas synonymes mais associés dans le cadre des causalités circulaires de la métapsychologie et de la psychopathologie. La rigidification de la fonction symbolique concerne un fonctionnement relativement tardif du moi qui se met en place sur un existant que nous allons essayer d'aborder. Leur dénominateur commun pourrait être la prise de distance : du perceptif au représenté, de la réalité externe à la réalité interne, de l'indice au signe. Prise de distance signifie à la fois séparation et continuité : un pont relie deux berges éloignées l'une de l'autre. Prise de distance ne signifie pas coupure, même si dans certaines situations le clivage s'installe. Les mécanismes primaires qui étayaient la distance entre indice/symbole/signe, à savoir au début la prise de distance entre soi et soi, puis entre soi et l'autre, sont très précoces donc pas nécessairement conscients, beaucoup s'en faut. Comme l'écrit PLOTON :

« Les phénomènes concernés relèvent pour leur étude d'une épistémologie non cartésienne, dans la mesure où ils sont le fruit d'une activité associative de type analogique. C'est sans doute pourquoi l'approche psychodynamique héritée de Freud est, à ce jour, la plus à même de fournir une modélisation de ce qui s'y élabore. » (PLOTON, 2009a)

Posons-nous deux questions préalables :

A/ De quelle distance s'agit-il ?

La prise de distance impose l'existence du symbole, étymologiquement lui-même métaphore d'éloignement et de réunion : σύμβολον (Figure 13 p110), l'objet brisé que l'on partage avant de se séparer pour se reconnaître en se retrouvant et le rassemblant. Il est la

matérialisation de la distance que l'on parcourt en aller-retour, de l'objet à soi et réciproquement, et par extension de soi à l'autre. Matérialisation proprement dite de la distance entre soi et soi (cordon ombilical, autosensualité) ; matérialisation médiatisée par l'interaction maternelle (jeux, rêverie maternelle) ; matérialisation médiatisée par l'appareil de langage (indice, symbole, signe).

B/ De quels processus de symbolisation s'agit-il ?

Des processus secondaires, liés au langage et à la fonction symbolique? Nous les avons évoqués en termes cognitifs, instrumentaux: rappelons que selon Piaget la représentation apparaît avec la fonction symbolique proprement dite, au début de la deuxième année, au sixième stade de la période sensori-motrice sous forme d'image visuelle mentale, tandis que l'objet externe permanent se forme et que le langage vit une accélération de son développement. La prise de distance peut alors être dite proprement symbolique. Notre travail concernant les sujets S3A (GONZALEZ MONGE, 2011) a permis de constater que la plupart des réponses des sujets atteints de S3A privilégiaient l'émancipation du signifiant la plus faible par rapport au signifié. Cette tendance de régression au corporel, à l'indice, au perceptif se voit caricaturée dans le phénomène du grasping, de l'accolement au modèle dans les descriptions neurologiques. Elle se retrouve dans celle des affects vers l'émotion.

Au plan affectif, les modifications de la fonction symbolique intéressent également le noyau névrotique rencontré chez les déments, au titre de leur personnalité antérieure. En effet, le processus démentiel, bien qu'indépendant de leur origine, modifie l'expression verbale des symptômes névrotiques. C'est pourquoi leur analyse est très difficile chez le malade souffrant d'Alzheimer, au langage altéré, il faut donc se retourner vers l'analyse des conduites présentes et passées, vers celle de l'histoire individuelle. Pour Tissot, la fonction symbolique n'est pas directement en cause mais c'est le penchant de l'équilibre assimilation/accommodation qui contribue au choix des symptômes. En cas de primat de l'assimilation, le lieu d'interactions entre sujet et objet se déplace vers l'intersection action propre/objet avec usage de la métaphore de l'instrument corporel chez l'hystérique, en multipliant les signifiés du signifiant corporel. En cas de primat de l'accommodation, le lieu d'interactions entre sujet et objet se déplace vers le point d'action des objets sur le sujet. Le corps devient un objet parmi d'autres, comme eux soumis à une causalité externe magique. Il se perd dans un recensement infini de leurs propriétés sur lesquelles il déploie des contre-actions magiques. Le phobicoobsessionnel a recours à la métonymie multipliant les signifiants du signifié danger (TISSOT,

1984). Ces remarques pour bien dire que si la fonction symbolique n'était qu'un instrument du langage, de la mémoire sémantique, eux-mêmes instruments cognitifs, son étude ne nous intéresserait pas en tant que thérapeute rencontrant des souffrances démentielles et pas que des déficits, des patients souffrant de maladie d'Alzheimer dont l'appareil de langage est rapidement mis hors service. Nous sommes alors en droit de nous demander si cette rigidification de la fonction symbolique n'est pas une modalité d'un processus plus général de perte de prise de distance qui rend compte, au moins en partie, de leurs difficultés: privés du jeu de distanciation par rapport à la réalité qu'autorise la fonction symbolique (et la symbolisation), ils se retrouveraient démunis face au caractère traumatique du réel et de la perte.

Il faut donc aller voir en-deçà du langage, en-deçà du verbal, du côté des représentations de choses, de l'affect, de la représentation elle-même, de sa mise en place et des premières manifestations de la prise de distance, des processus de symbolisation primaire.

Dans cette deuxième section :

_ Nous allons essayer de décrire la mise en place de la prise de distance dans les processus primaires de

construction dialectique du sujet et de l'objet. Cette prise de distance étaye selon nous celle qui plus tard définira le mécanisme de la fonction symbolique proprement dite :

_ Nous évoquerons l'équilibre régrédience/progrédience en faisant l'hypothèse qu'il étaye la mise en place de celui entre assimilation et accommodation.

_ En ce qui concerne la naissance des processus de représentation, nous pointerons la place du négatif et du non figurable originaire ainsi que des défenses prévenant le retour de l'angoisse auquel il renvoie.

_ Nous ébaucherons une approche pulsionnelle et le rôle maternel dans les premiers processus de symbolisation appelés à être recouverts par ceux de l'appareil de langage.

_ Pour conclure, nous postulerons que la maladie d'Alzheimer, dans une causalité circulaire (figure 12 p109), érode ces derniers par le biais de la rigidification de la fonction symbolique et nous postulerons que la souffrance et les troubles de la pensée relèvent de la mise à nu de l'archaïque, avec ses angoisses de non représentation et des mécanismes défensifs dépassés. Comme toujours, les troubles de la pensée amputent le système pare-excitation.

116

Figure 12 : Causalité circulaire des troubles de la symbolisation

117

Figure 13 : Symbolon, pièce d'argile grecque brisée puis réunie. Deux personnes qui se séparent en gardent une moitié. Lors de leurs retrouvailles, l'emboîtement parfait des parties témoigne de leur union passée et valide leur réunion. Signe de reconnaissance et signe de représentation.

118

3.2.1/ H3 : approche génétique de la prise de distance symbolique

La gérontologie est une des disciplines d'étude du développement dont on sait qu'il ne s'interrompt qu'avec la mort. Cette vision implique d'ailleurs que la phase terminale soit une crise non pas de mue comme l'adolescence mais de bilan, ce qui pose l'hypothèse d'un « stade de vieillesse non élaboré » (GAUCHER, 1992-1993). Vieillesse et développement sont deux ensembles à intersection large.

Parler de la partie terminale du parcours vital - en dehors de la maladie - comme d'une courbe décroissante, d'une involution, indique davantage le point de vue du locuteur que des données objectives. Il est plus intéressant d'étudier la variabilité des courbes et des processus, de comprendre ce qui se transforme, se maintient, apparaît ou disparaît que de comptabiliser des performances.

Nous avons, pour le point de vue plus cognitif sur la fonction symbolique, rappelé combien l'approche génétique était opportune : elle permet l'étude des conduites et processus psychiques dans leur mode de désintégration et de réorganisation par rapport à leurs modes d'intégration et d'organisation, sans avoir à recourir à un point de vue nomothétique.

De même, pour le point de vue plus psychodynamique sur la symbolisation, nous faisons notre la remarque de Winnicott :

« En fait, la plupart des processus qui prennent naissance au premier âge ne sont jamais complètement établis et la croissance qui se poursuit tout au long de l'enfance au cours de la vie adulte et même de la vieillesse, continue à les fortifier. » (WINNICOTT D.W, 1970)

C'est pourquoi il nous faut essayer de repérer dans la phase initiale de la courbe évolutive les éléments d'élaboration de la prise de distance symbolique qui auraient dû, comme l'écrit Winnicott, se fortifier au cours de la vie mais que la maladie d'Alzheimer a privés de ce destin. Il s'agit de notre troisième hypothèse (H3).

119

Reprenons donc la perspective génétique et rappelons à ce propos qu'il a été souvent signalé que dans ses travaux, Piaget a privilégié l'interaction entre l'enfant et l'objet inanimé tandis que la conquête du symbolique s'élabore face à des partenaires dotés de langage et d'affects. Bien sûr, il n'a pas fait de la fonction symbolique qu'une *opera linguistica*, il en a vu la genèse dans l'activité corporelle, le sens émergeant du geste et des interactions avec l'environnement maternel autant que matériel.

Les interactions avec le milieu, (maternel et matériel en unité de lieu utérine) ont même lieu avant la naissance. La prise de distance peut-elle alors être aussi convoquée à propos des processus (très) primaires, archaïques, fœtaux? Après la naissance, peut-on envisager une prise de distance, puisqu'il s'agit du *modus operandi* de la symbolisation, sans représentation, sans langage?

Essayons de préciser ces interactions constitutives de la création de l'objet et de la prise de distance que nous appellerons primaire, en référence à la symbolisation primaire.

120

3.2.1.1/la relation d'objet et la prise de distance primaire

Comme dans le registre cognitif, l'objet et le sujet se créent dialectiquement. D'un point de vue psychanalytique, l'un est associé à (ou plutôt par) la pulsion de l'autre, il est partiel, total ou fantasmatique. Objet partiel lié à des pulsions partielles, il est interchangeable et spécifique des stades prégénitaux. Objet total (la mère, ses substituts), il est en relation avec le sujet, son moi, sa personnalité. Il n'est dès lors plus interchangeable et surtout il est caractérisé par des traits spécifiques tout comme ses substituts. Cette spécificité de l'objet maternel a surtout été étudiée à partir des travaux de Spitz (SPITZ, 1948) qui a décrit l'importance de la relation avec l'objet maternel pour la construction du sujet et les conséquences de sa carence (syndromes psychotoxiques de l'enfant). Qui dit relation dit dépendance (MEMMI, 1979) et au début la dépendance du nourrisson à la mère est totale. Il n'a pas conscience d'elle (MAHLER, PINE, & BERGMAN, 1975) (WINNICOTT, 1970) (TUSTIN, 1986). Il vit sous l'influence hégémonique des stimulations intéroceptives (WALLON, 1942) et protégé par un seuil élevé de stimulations externes et par le rôle pare-excitation maternel indispensable, même si le bébé prend en charge dès le début sa protection en régulant ses états de vigilance (BRAZELTON, 1993).

Les organes internes sont investis, lui-même, la mère, tous les objets, fusionnels avec le sujet, sont investis avant d'être perçus (LEBOVICI, 1961). Les besoins sont anticipés et résolus par la mère dont la « préoccupation maternelle primaire » donne au nourrisson l'illusion toute puissante de créer l'objet de satisfaction, de pourvoyance - pour reprendre la terminologie de Memmi (MEMMI, 1979) - à savoir : le sein, au bon moment et au bon endroit. Cela se produit dans le cadre d'une intériorisation du sentiment continu d'exister liée aux variations du handling, du continuum spatiotemporel liée à celles du holding et de la stabilité de la séparation moi/non moi liée à celles de l'objet presenting (WINNICOTT, 1996).

Il s'agit d'une satisfaction hallucinatoire car au début le bébé ne perçoit pas la source de son soulagement. Il a besoin de quelqu'un d'autre pour fabriquer sa pensée, penser ses excitations et ses manques, quelqu'un d'autre qui lui offre momentanément son « appareil à penser les pensées » (BION, 1962). La dépendance est totale, mais il s'agit d'une dépendance naturelle et l'objet de pourvoyance est correctement négocié (MEMMI, 1979) puisqu'avec une mère suffisamment bonne, le bébé dépendant aura l'illusion d'être puissant et pourra développer

121

avec elle une aire intermédiaire (logiquement paradoxale d'union et de séparation, relationnellement idéale).

Cet « espace transitionnel » est une aire de repos face à la réalité traumatisante (besoins, absences ou non réponses maternelles, vide, angoisses archaïques) qui autorise sur une petite distance l'intrication de progrédience et de régrédience, il s'y développe le jeu. Il s'agit d'une aire dont la géométrie accorde une place cruciale à la distance et au jeu qui en autorise le parcours dans un sens (progrédient) comme dans l'autre (régrédient), tant des points de vue cognitif que psychodynamique, d'ailleurs : C'est par le jeu que la distance sera éprouvée avec la fonction symbolique et l'équilibre assimilation/accommodation, et par le jeu, le playing que la distance entre dedans et dehors, moi et toi, sujet et objet s'éprouve avec la symbolisation débutante.

Le jeu est le registre psychique d'exploration de la distance dehors-dedans, sujet-objet, de l'équilibre assimilation/accommodation. Il est le registre d'action incontestable dans l'espace transitionnel. C'est le playing de Winnicott, en opposition au game, jeu à règles. Le playing est un processus psychique en actes:

« To control what is outside, one has to do things, not simply to think or to wish. Playing is doing. »
(WINNICOTT D. W, 1971)

Pour que cette activité ludique génératrice soit une rencontre et une appropriation du processus de symbolisation, l'objet ne peut être quelconque, sinon il y aurait contact, choc, pas rencontre. Il doit donc posséder des propriétés spécifiques qui font de lui l'objet du jeu, l'«objeu » selon Roussillon (ROUSSILLON, 2008), qui emprunte ce jeu de mot au poète F.Ponge, comme le fera Fedida dans une autre perspective (PONGE, 1961) (FEDIDA, 1978): Il doit offrir une malléabilité elle-même garante de l'exercice sensorimoteur qui l'explore (il faut que ça puisse se modeler) et de la projection hallucinatoire sur lui (il faut que ça puisse coller dessus). Bref, pour que l'illusion subjective ait lieu, que le jeu advienne, le jeu doit utiliser un « médium malléable » décrit par M.Milner (MILNER, 1979) et dont les caractéristiques ont été reprises par R.Roussillon (ROUSSILLON, 1983, 1991) :

- _ Indestructibilité aux projections de l'enfant, ou de l'adulte.
- _ Extrême sensibilité de support.
- _ Indéfinie transformation possible.

122

- _ Inconditionnelle disponibilité.
- _ Fonction d'animation propre, potentialité rythmique.

Finalement,

« C'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'existence expérientielle de l'homme ». (Winnicott, 1971)
C'est dans ce climat de dépendance fusionnelle que la mère « suffisamment bonne » selon Winnicott sait renvoyer par son regard dans celui du bébé l'expérience de satisfaction ou de frustration qu'il éprouve, pour qu'en fin de comptes il s'éprouve lui-même. Ainsi se constitue le self, vrai ou faux selon que l'image dans le miroir maternel est congruente ou pas avec le vécu infantile. Dès cette période dite de fusion, la distance symbolique s'incarne entre les deux regards, entre l'interprétation maternelle et le vécu infantile. C'est une distance entre ce qui se réunit tout en se séparant, elle n'est ni d'ordre topologique ni d'ordre euclidien ou perspectif, elle est d'ordre relationnel.

A partir de cet état fusionnel, au troisième mois environ, si un bon climat affectif garant de tolérance à la frustration l'autorise (Winnicott), le délai de réponse apporté par la mère permet de créer un objet total intériorisé. Le sourire signale cette distance, cette séparation heureuse entre sujet et objet créés, la dépendance devient relative. Il s'agit d'une séparation génératrice, au même titre que la division cellulaire. Elle crée une frontière entre corps du bébé et de la mère et permet l'élaboration d'une enveloppe psychique (BICK, 1968) (ANZIEU, 1977) autour d'un contenu qui internalise l'image de la présence maternelle dont l'hallucination négative servira de toile de fond aux activités de perception et

de représentation (GREEN, 1993).

Nous relevons la temporalité et la spatialité de ces primes expériences : c'est la durée du délai d'attente ou ses variations qui permet d'inscrire ou qui se transpose en distance entre dedans et l'autre qui devient dehors.

Nous relevons surtout leur spatialité, inscrite de manière proprement topologique, entre dedans (moi et penser) et l'enveloppe tégumentaire, reprise dans la définition qu'Anzieu donne du Moi-peau :

123

« Par Moi-peau je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant des contenus psychiques, à partir de son expérience à la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. » (ANZIEU, 1985)

Anzieu précise ainsi les dissociations précoces (impliquant des prises de distance) entre contenant et contenu, entre dimensions psychique et corporelle, opérative et figurative(22), préludes à celle future entre représentation et perception, patron de celle, reprise par l'appareil de langage, entre signe et indice par la fonction symbolique. Il relève aussi l'aspect dynamique des prises de distances opérées, qui est impliqué dans le fait que les facettes psychique et corporelle du Moi se différencient tout en restant confondues, rendant possible l'aller-retour entre opérativité et figurativité. La naissance de la pensée procède donc par celle de contenants et de contenus, corrélative de la prise de distance entre Soi et non-Soi (pour les contenants) et entre les signifiants archaïques et leurs élaborations futures (pour les contenus).

Mais la fiabilité de l'objet internalisé (la mère, les objets de la réalité extérieure) et donc du Moi qui l'internalise est acquise sur la base d'un doute inquiet : présence sûre, présence non fiable ou absence ? Ce doute à la fois crée un désir qui s'éprouve par la voracité/agressivité du bébé qui libidine l'objet total. Comme le sourire auparavant, le « jeu de la bobine », celui du « coucou, me revoilà » témoigneront de la mise en place de la permanence de cet objet total, interne et libidinal mais aussi de la manipulation de la distance entre l'objet créé et soi existant. En effet, pour assurer la continuité de son sentiment d'existence le sujet doit en permanence recréer (« rafraîchir » dirait un cognitiviste) la réalité. L'absence de l'objet est un enjeu narcissique : elle, ou plutôt la distance qui est son corrélat, est réellement manipulée pour la rendre tolérable en recourant aux phénomènes et espaces transitionnels, nous dit Winnicott (WINNICOTT D. W, 2010). A propos de ces derniers nous relevons encore l'importance de la prise de distance dans la création d'un objet affectif dont la permanence précède celle de l'objet externe cognitif. Une illusion est constituée : le pouvoir de faire surgir l'objet de satisfaction, de créer magiquement l'objet :

(22) Pour Anzieu, « Les événements psychiques comportent une triple inscription, sur la peau (figurativité), dans le moi (opérativité), dans le penser (générativité) » (ANZIEU, 2013), « Le moi mêle, dans les formations de compromis (le rêve, le symptôme, etc.) les dimensions du figuratif (les images) et de l'opératif (les schèmes dynamiques). » (ibidem, p.34)

124

" Le sein est créé, et sans cesse recréé par l'enfant à partir de sa capacité d'aimer, ou pourrait-on dire, à partir de son besoin. " (WINNICOTT, 1969, p 109 à 125).

Nous citons en miroir encore une fois Piaget :

« L'objet, n'étant d'abord connu qu'à travers les actions du sujet, doit lui-même être reconstitué... » (PIAGET, 1970)

Cette distance manipulable, manipulée n'est donc pas une abstraction, elle se parcourt, c'est une donnée spatiotemporelle, nous l'avons vu plus haut :

_ C'est effectivement dans un cadre transitionnel proprement spatial que les jeux apprivoisent le manque en jouant sur la distance près/loin, présent/disparu comme ils apprendront à le faire avec la distance indice/symbole/signe, le langage étant acquis. L'exemple du jeu de la bobine, à la lisière du langage parlé (Fort... Da !) en est l'exemple le plus connu (FREUD, 1920). Il désigne une des expériences par lesquelles l'appareil de langage s'approprie la distance primaire, la secondarise pour élaborer la fonction symbolique proprement dite. Il y aurait peut-être à dire sur le cordon ombilical in utero et la ficelle de la bobine (entre autres objets) qui matérialisent en longueur mesurable et surtout manipulable la distance entre le sujet et l'objet présent/absent, ce qui la transforme en éprouvé.

_ Cette prise de distance spatiale se double de prise de distance temporelle, de la prise de durée par un premier rythme : la séquence perception du manque/échec de la satisfaction hallucinatoire/action spécifique. C'est ainsi que la temporalité - l'autre dimension du psychisme - naît, autorisant répétition et donc mémorisation. Pour D.Marcelli (1992), la naissance de la temporalité ne serait pas liée qu'à l'hallucination primitive mais aussi à la dynamique des interactions infantilomaternelles. Le bébé pourrait rapidement prévoir et anticiper la séquence des événements interactifs selon leur tempo, capable très précocement de repérer les rythmes interactifs de ses partenaires adultes comme en témoignent les phénomènes de surprise et de perplexité au cours des jeux mère/bébé. Ces remarques font

125

écho aux mécanismes d'accordage affectif, de feeling shapes, d'anticipation décrits par D.N.Stern (1989). Cette double prise de distance temporelle et spatiale renvoie à la double perte, de traces mnésique (axe de la durée) et verbale (axe de la localisation lexicale au sein du réseau) dans l'Alzheimer. Elle renvoie aussi à un des apports théoriques de Donald Meltzer, le concept d'uni, bi, tri, quadri-dimensionnalité de l'espace psychique. Pour cet auteur, la bidimensionnalité fait référence à un monde à deux dimensions où l'objet tout comme le Self sont appréhendés comme des surfaces planes qui ne possèdent pas d'intérieur. Le monde bidimensionnel se caractérise fantasmatiquement par une modalité adhésive d'identification – par « collage » à la surface de l'objet – et une relation au temps de type circulaire. La vie séparée de l'objet est inconcevable, la séparation est une déchirure entraînant angoisse panique dont le Moi se dégage par une défense, le processus de démantèlement : le clivage intersensoriel des différentes perceptions. Les objets de la réalité extérieure sont traités sens à sens. Ce mécanisme, plausible pour les bébés normaux est invoqué par Meltzer en pathologie: certaines stéréotypies de l'enfant autiste s'expliqueraient ainsi comme des prises de contact répétées avec l'objet, ou plutôt certains de ses aspects, selon une modalité sensorielle privilégiée (contact pour le tapotage, odorat pour le flairage, goût pour le léchage).

Dans la tridimensionnalité, l'existence d'un espace interne donne une dimension de profondeur à l'objet et au Self, avec la possibilité d'entrer et de sortir de l'objet, permettant l'accès à un temps oscillatoire. Le monde tridimensionnel se caractérise par l'utilisation de l'identification projective. (MELTZER, D. 1980) Ces données sont heuristiques pour le psychogériatre confronté à des conduites parmi les plus difficiles à comprendre. Ainsi les stéréotypies motrices du patient souffrant de maladie d'Alzheimer évoluée, dont la déstructuration mentale met à nu des défenses archaïques, dont le démantèlement (nous en examinerons d'autres au chapitre 3.2), peuvent s'expliquer par lui, associé au filtre de la déafférentation sensorielle différentielle(23) qui privilégiant le tact privilégierait les stéréotypies de tapotement, claquement des mains, froissement du linge.

Les phénomènes d'accolement au modèle (closing-in) voire de grasping témoignent aussi, en deçà de la persévération dysexécutive et des difficultés de décentrement perceptif, de l'adhésivité du

démantèlement.

(23) Le tact et le goût/olfaction sont deux modalités sensorielles déjà effectives in utero. Mais cette dernière, contrairement au toucher, paie à l'âge adulte un lourd tribut aux modifications hormonales et aux toxiques exogènes.

126

Les conduites d'agrippement et de cramponnement de certains malades à une chose, une personne, témoignent du même phénomène, activé par la pulsion d'emprise pour se défendre contre l'angoisse de désintégration.

Quant aux conduites dites abandonniques, elles sont fréquentes dans la maladie d'Alzheimer, quel qu'en soit le stade d'évolution. Pour ces malades tout se passe comme si la présence de l'autre est vécue comme indispensable à leur survie, l'éloignement étant lui vécu comme une menace d'effondrement. Le sujet s'agrippe littéralement au visiteur, au soignant, à un autre malade pour ne pas sombrer dans le gouffre de son vide intérieur. Ces conduites exaspérant l'entourage peuvent également être comprises comme une manifestation de la projection adhésive en tant que défense. Savoir si elles sont plus fréquemment rencontrées dans la maladie d'Alzheimer survenant sur une personnalité pathologique de type état limite selon Bergeret est une question qui reste posée. Cette dernière est en effet caractérisée par un Moi qui dépend trop des variations de la réalité extérieure et des objets. Son angoisse se situe dans le registre de l'angoisse automatique, sans accès au registre symbolique, ce qui selon nous la rapproche fondamentalement de celle éprouvée dans la maladie d'Alzheimer ; sa nature est la perte d'objet (BERGERET, 1974). Enfin, dans les deux situations, le recours à l'hallucination négative peut souvent être invoqué, nous l'envisagerons au chapitre 3.2.1.5.

Les fréquents troubles du tonus dans la maladie d'Alzheimer, en général hypertonie de type oppositionnel associée au ralentissement, sont également des manifestations à comprendre, au moins partiellement, à l'aune de la défense adhésive et du démantèlement. L'hypertonie oppositionnelle augmente au fur et à mesure de la traction exercée sur les membres, comme si l'objectif était l'immobilisation dans la position instantanée, à la recherche d'un gel ou d'une annihilation de la multitude de sensations liées à la prise de l'examineur, à son geste, aux récepteurs proprioceptifs mis en éveil. Ce gel, visant l'adhésivité aux données du sensorium ainsi isolées au temps t et à la position n nous paraît être de même nature que le démantèlement décrit par Meltzer, dans un registre plus complexe. Le gel psychomoteur et affectif a d'ailleurs été décrit par Fraiberg comme une des réactions ultra précoces à la détresse (FRAIBERG, 1982), proche nous semble-t-il aussi de la neutralisation énergétique (ROUSSILLON, 2012), au titre des défenses de type narcissique ou psychotique.

En psychogériatrie, les settings thérapeutiques recréant les conditions du jeu symbolique pourraient se donner comme objectif la réappropriation, au moins temporaire, de la double distance spatiale et temporelle. C'est dans cette perspective, pour d'autres pathologies,

127

qu'Ajuriaguerra a promu et défendu l'approche psychomotrice (JOLY & LABES, 2008). Elle vise à reprendre le dialogue tonique initial entre la mère et l'enfant, en l'aménageant en thérapie, pour aider les patients à comportement psychotonique perturbé. Ces « autre divan » (DECHAUX-FERBUS, 2011) rendent possible un échange de regards et un « dialogue tonico-émotionnel » en permettant d'étayer les ébauches de pare-excitation, de passage de l'excitation primaire au délai organisateur de pensée. Nous avons eu à de maintes reprises l'occasion d'expérimenter dans ce dessein le setting balnéothérapique avec d'heureux résultats (voir par exemple l'observation de Suzanne au chapitre 4).

Une autre manifestation de la prise de distance dans le cadre transitionnel correspond au fait que l'opposition dedans/dehors, hallucination/perception y est temporairement levée autorisant les

capacités de symbolisation créative, pour

« que la réalité interne vienne se « loger » au creux de la réalité externe, dans la perception de celle-ci. » (ROUSSILLON, 2008, p. 81).

En effet, l'expérience des jeux dans l'aire transitionnelle concourt à l'édification du moi en superposant hallucination et perception dans l'« illusion subjective » (ROUSSILLON, 2007) avec :

_ Transformation pulsionnelle d'une part : le plaisir pris dans la représentation devient un but pulsionnel, celui de représenter, de se représenter. Ce plaisir rend compte de la jubilation spéculaire décrite par Lacan lié à la représentation de soi dans le miroir,

« pas un orgasme sexuel, ... plutôt un « orgasme du Moi » selon la formule de Winnicott ... elle est le processus par lequel s'opère la déssexualisation secondaire de l'expérience. » (Ibidem).

C'est un plaisir qui selon nous s'oppose à l'angoisse archaïque de non-représentation théorisée par les Botella (BOTELLA, 2007) que nous envisagerons au chapitre 3.2.1.3, un plaisir lié à la satisfaction de ce que nous appellerons pulsion de retrouvailles reprise au chapitre 3.1.1.7.

128

_ Et d'autre part création d'un objet à la fois subjectif (hallucinoire) et objectif (perçu), qui permet à la subjectivité de se percevoir « comme réalité psychique, réalité du symbole et de la symbolisation » (ibid.).

Ces données sur la subjectivation en tant qu'appropriation de ce que nous appelons la distance symbolique primaire entre halluciné et perçu, sur la superposition de l'hallucination et de la perception dans l'illusion créatrice renvoient à une vision psychophysiologique actuelle qui « valide » biologiquement les descriptions à la fois piagétienne et psychanalytiques de la relation dialectique sujet/objet par la notion de corps cérébrant le monde et cérébré par le monde:

« L'interaction avec le monde repose sur un empiètement du corps dans le monde et sur une incorporation du monde. » (FRANK, 2009)

C'est l'affirmation phénoménologique :

« Percevoir c'est s'orienter vers une chose, la viser... Agir c'est mettre en mouvement une intention douée d'un sens. » (MERLEAU-PONTY, 1978)

Pour Berthoz la réalité extérieure est signifiée par l'activité du corps qui l'oriente, le corps construisant une limite avec elle par les incorporations successives. Les sensations sont déjà vécues subjectivement par le corps dont la mesure objective révèle la différence d'intensité qui (entre sensations vécue et sensations physique) transforme la chose en objet (BERTHOZ et PETIT, 2006). Autrement dit l'action structure le monde dans la perspective d'agir sur lui, avant d'agir sur lui. L'hallucination précède bien très rapidement la perception, cette action orientée.

« Ce n'est pas le monde qui vient au sens mais les sens qui s'immondent : la perception anticipe sur la « faisabilité d'un geste ou d'une action » (Merleau-Ponty) avant que le corps ne le mette en œuvre. Cette anticipation inconsciente compense les délais de l'excitation motrice. » (FRANK, 2009)

129

La perception de l'objet ne nous en donne qu'une connaissance subjective car le cerveau est un externalisateur qui constitue « des modèles internes du corps et du monde » (MERLEAU-PONTY, 1978). Il fonctionne en structurant le monde par des hypothèses, les perceptions, qui sont autant d'hypothèses. Il est fait pour anticiper, phylogénétiquement programmé pour la survie.

« Nous avons deux corps, le corps physique et le corps mental. Le corps mental est constitué de tous les modèles internes qui constituent les éléments du schéma corporel et permettent au cerveau de simuler, d'émuler la réalité. C'est le corps que nous percevons lorsque nous rêvons. »

« L'acte est la présence in vivo du corps cérébrant le monde avant que le corps cérébré délivre au sujet conscient un vécu corporel, son action. » (BERTHOZ et PETIT, 2006)

Cette conception de l'image motrice comme pensée en acte est partagée par certains auteurs en psychanalyse, citons le concept de représentations (VINCENT, 1986) et les travaux de G.Haag (HAAG, 1985). Elle serait source de la pensée, protosymbolisation, mais aussi source de la pensée chez l'autre via les neurones-miroir (JEANNEROD, 1993).

Chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée, l'érosion des liens associatifs met à nu une pensée native, l'image motrice et sa fonction de représentance (GREEN, 1987).

Dans ses travaux sur les boucles de retour, Haag (1985) décrit les mouvements de la main du bébé, qui persistent toute la vie lorsque nous parlons et interagissons (surtout dans le midi...) et qui ont valeur de récit parallèle au récit verbal, continuant à raconter analogiquement des fragments de la naissance de la communication. Le même auteur a aussi décrit les « manœuvres de rassemblement sur la ligne médiane » qui figurent spatialement et de manière présymbolique des vécus subjectifs liés à la présence de l'autre et à la mise en jeu des liens primitifs. Ces conduites réapparaissent dans des états démentiels évolués avec une hypertonie en flexion (réaction défensive d'adhésivité selon nous, Cf. p 119) avec mouvements reptatoires des mains sur l'abdomen et le thorax, associés au pétrissage des vêtements sur le buste ou le giron. Elles ont valeur de figuration corporelle protosymbolique, en identité de perception plus qu'en identité de pensée, en régime d'équation symbolique selon Segal (SEGAL, 1970) : le discours analogique précédant le digital chez le bébé, le doublant chez l'adulte et le remplaçant chez le psychotique, ou le vicariant chez le dément. Cela validerait l'observation directe des conduites qui ne sont pas que le résultat d'automatisme conditionnées, qu'une manifestation périphérique d'une pensée sous-jacente

130

mais la pensée elle-même en œuvre. Leur observation directe dans la maladie d'Alzheimer évoluée comme celle des bébés (BICK, 1992) est une psychologie, qui doit cependant rester prudente quant à ses conclusions :

« Les partisans de l'observation directe ne sont évidemment pas aussi naïfs qu'on voudrait parfois le croire, et ils ne prétendent en rien pouvoir assister en direct au refoulement originaire... » (GOLSE, 2014)

Résumons : c'est dans le cadre d'un estompement de la dépendance totale et la constitution d'une aire transitionnelle que la relation d'objet et la distance symbolique se mettent en place. Dans cette aire, se reproduit une des manifestations de ce que nous pourrions appeler la fonction symbolique primaire qui s'institue entre données de la perception et résultats de l'hallucination, dans la distance primaire entre elles. (Voir plus bas pour une définition de la distance primaire).

Plus tard, le signe dériverait de l'hallucination-perception, l'indice demeurerait le perçu, tous deux seront repris par l'appareil de langage. Une période assez longue voit donc coexister deux processus de fonction symbolique et de symbolisation qui s'étayaient l'un l'autre, l'un s'achevant dans les registres du primaire sensorimoteur et l'autre s'initiant dans celui du secondaire avec le développement langagier. Ce dernier n'effacera pas le premier qui continuera à se fortifier, pour reprendre les termes de WINNICOTT déjà cités, mais qui fera retour en cas de régression, de rétrogénése, d'« érosion secondaire » (H3). Ce terme fait jeu de mot avec un processus géologique, métaphore reprise plus loin (2.2.2). Citons Freud dans Considérations sur la guerre et la mort :

« Les états primitifs peuvent toujours être restaurés. » (FREUD, Vue d'ensemble des névroses de transfert, 1915)

Ou remis à nu.

131

Avant l'installation de la transitionnalité et de la dépendance relative, que Winnicott situe entre le quatrième et le douzième mois (WINNICOTT, 1971), la dépendance de l'enfant est-elle vraiment totale ? Aujourd'hui, avec les développements de la psychologie infantile et néonatale, la notion de dépendance totale, avec un système de pare-excitation purement maternel est critiquée par des auteurs qui proposent le statut d'un bébé doté de proto-représentations médiatisant d'emblée sa rencontre avec la réalité extérieure. Comme c'est le cas dans le champ cognitif, ils considèrent un bébé beaucoup plus précoce, qui s'individualise dès la naissance par rapport à l'objet, un bébé doté dès le départ d'un moi immature mais capable de mécanismes de défense (clivage, projection introjection) qui crée l'objet, partiel puis total. Comme l'on sait, l'objet serait activement internalisé par le passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive (KLEIN, 1952).

Pour d'autres tenants de la précocité, la relation d'objet serait non seulement ultra-précoce mais liée (BOWLBY, 1978-1984) à un comportement d'attachement génétiquement programmé pour répondre aux conduites maternelles. Pour d'autres encore, l'équipement du bébé lui permettrait, dès le départ, d'être actif et de reconnaître sa mère par l'odeur, de l'influencer en modulant ses états de veille/sommeil (BRAZELTON, 1993).

Pour « super-bébé », quelle que soit la précocité et l'origine de ses dons, tous les épisodes du dialogue tonique avec la mère et surtout le moment chargé d'affects de la tétée sont à la base de l'intégration psychique. La tétée lui permet d'halluciner le sein réel quand il vient à tarder ou à manquer, à condition que la mère ait su le placer

« juste là où l'enfant est prêt à le créer au bon moment » (WINNICOTT D. , 1969).

Cette hallucination du désir s'appelle symbolisation. Le symbole vient en lieu et place de l'objet manquant, permettant au bébé de résister à l'absence, à la perte. Elle abolit en la parcourant la distance entre maman et baby, entre sein et bouche, entre la coupe et les lèvres. Ainsi, la distance symbolique primaire parcourue par l'infans est celle qui sépare l'expérience sensorimotrice de la faim et la trace mnésique du mamelon dans la bouche, précurseur de l'indice et de la représentation. Elle est ensuite celle qui les sépare de

132

l'approche souriante de la mère, précurseur du symbole, de l'icône. Elle deviendra plus tard celle secondaire entre cette présence et sa désignation, son appel : maman, le signe.

Cette évolution en un élargissement des distances peut d'ailleurs être décrite en termes proprement symboliques puisqu'ils font appel aux tropes : le sein auquel se résumerait d'abord la mère est un objet métonymique (il est une partie d'elle : distance serrée) pour devenir progressivement un objet métaphorique (il la remplace : distance élargie) (GOLSE, 2008).

La distance primaire mue ainsi en secondaire, mais ce processus n'est pas une mue à proprement parler, comme serait celle de l'insecte qui abandonne une coquille sèche, c'est plutôt un recouvrement. Il est comparable à celui de la couche paléolithique par la néolithique, ou celui de paléocortex par le néocortex, ces derniers demeurant fonctionnels tous deux bien que liés de manière subordonnée selon le principe Jacksonien du fonctionnement cérébral (JACKSON, 1866).

La phylogénèse donne l'exemple, rappelé par Tissot (TISSOT, 1984, p 50) : le code analogique de communication des abeilles est stable et rigide, mais chez les vertébrés il existe une possibilité de transfert de sens repéré par les éthologues, surtout chez les singes.(24). Là encore, s'appliquerait l'affirmation de Haeckel : « l'ontogenèse récapitule la phylogenèse ».

Concernant la distance symbolique primaire parcourue par l'infans, une métaphore (encore !) dit bien ce qu'elle veut dire : de la coupe (source de besoin et du désir) aux lèvres (source du langage). Au début, elle s'inscrit peut-être même in utero, entre ce qui s'éprouve dans le sensorimoteur et sa trace dans une

mémoire primitive que Bion localisait dans le thalamus (BION W.R. , 1991) : telle est la distance primaire. Et il nous est permis de penser que son usage étaye celui de la future distance symbolique, celle qui sera l'objet du jeu de la fonction symbolique, enraidie par la maladie d'Alzheimer.

Il y aurait finalement deux usages de la distance symbolique :

(24)« Ce transfert de sens est homéomorphe de la métaphore, un seul signifiant pour plusieurs signifiés [...] ces oscillations de l'équilibre assimilation/accommodation [...] caractéristiques [...] du sujet humain, cet animal dépassé, comportent le risque d'une déstructuration de la communication. » (TISSOT, 1984)

133

_ L'usage primaire de la distance qui existe probablement in utero pour ce « super fœtus » aux capacités ignorées jusqu'à peu (GOLSE & MORO, 2014), certainement pour « super bébé ». Nous l'avons vu plus haut, dans le domaine sensorimoteur. Avant, l'absence ou la non permanence de l'objet retourne la pulsion sur le corps propre avec auto-érotisme compensatoire : sucer son pouce, peut-être déjà in utero. Ainsi, la qualité de conscience naît dans un décor sensoriel, avec la première perception qui est auto-perception, avant même la satisfaction du besoin ou sa représentation hallucinatoire, à leur place, au sein de la perception hallucinatoire du manque de l'objet-satisfaction. (AULAGNIER, 1975)

_ L'usage secondaire de la fonction symbolique avec l'appareil de langage renvoie à ce décor premier du monde a-représentable. C'est son assise, une structure psychique, réflexive et capable d'éprouver qu'elle s'est élaborée sur une structure somatique, inconnue car n'ayant pas bénéficié de représentation. De ce fait, inconnue et angoissante (BOTELLA, 2007). Nous entendons par structure la partie inamovible de l'individu à l'âge adulte, marquée dès la petite enfance par d'éventuelles particularités précoces comme les modes de liaison ou de soutènement entre le somatique et le psychique, plus ou moins suffisants, plus ou moins désaxés et modifiables par des désorganisations mentales comme celles de la maladie d'Alzheimer et de la fonction symbolique.

Dans tous les cas,

«La formation du symbole est une activité du Moi, cherchant à élaborer les angoisses nées de la relation du Moi avec l'objet» (SEGAL, 1970).

Elle ne comble pas réellement la distance existant entre objet perçu et sujet :

« Le souvenir primaire d'une perception est toujours une hallucination » (FREUD, 1895).

Dans le passage de la tension à l'hallucination, il y a échec de la satisfaction hallucinatoire car le sujet percevant, en quête de l'objet, ne trouve que la marque de la perte de celui-ci. Cet échec crée un appel pulsionnel qui selon Freud ne saurait se satisfaire complètement que par

134

la « voie royale du rêve ». Nous pensons que cet appel est lié à la pulsion de retrouvailles (voir chapitre 3.1.1.7).

Nous allons voir maintenant que si la fonction symbolique secondaire offre une liberté de choix oscillant entre indice, symbole et signe, la primaire autorise déjà le parcours de la distance primaire, et aussi dans les deux sens : progrédient et régrédient.

Figure 14 : Harpocrate, divinité ptolémaïque, semble nous indiquer la source d'expression de la fonction symbolique, et en même temps, tenant son doigt à distance de la bouche, la distance symbolique, entre la coupe et les lèvres, entre le désir et son expression.

135

3.2.1.2/parcourir la distance : régrédience (et progrédience)

L'échec de la satisfaction hallucinatoire est cependant corrélatif d'une réussite: dans le parcours de la

distance, le moi-corps percevant est source de la voie régrédiente par laquelle la représentation « retourne à l'image sensorielle d'où elle est sortie un jour. » (FREUD, 1900), il est le sujet halluciné mais qui éprouve dès lors l'évidence d'exister à distance de la réalité du perçu. L'activité régrédiente physiologique, maximale et quotidienne est le laisser aller au sommeil avec l'entrée dans le monde hallucinatoire du sommeil et du rêve. Freud précise cette voie à la perception endopsychique hallucinatoire dans L'interprétation du rêve, chapitre 7 :

« ... nous sommes en droit de dire du rêve qu'il a un caractère régrédient. [...] Cette régression est certainement une des particularités du rêve ; mais il ne faut pas oublier qu'elle n'est pas l'apanage du rêve [...] » (Ibidem).

La voie régrédiente ne mène pas qu'au rêve : à l'hallucination aussi, quand arrivée à l'extrémité sensitive elle vient à frôler l'objet extérieur. Elle n'est pas tant la « perception sans objet à percevoir » de H.Ey (EY, 1973) que la perception d'un objet cherché à percevoir. Cette affirmation trouve son pendant neurobiologique dans de nombreux travaux(25) :

« Ce n'est pas l'environnement qui sollicite le système nerveux, le modèle ou le révèle. C'est au contraire le sujet et son cerveau qui questionnent l'environnement, l'habitent peu à peu et finalement le maîtrisent. » (JEANNEROD, 1993)

Ainsi, comme l'affirmait R.Angelergues avant Berthoz, « La perception est hallucination » (ANJELERGUES, s.d.).

(25) Voir également L'homme imprévu, l'homme fou (histoire naturelle de l'homme) d'A.BOURGUIGNON, 1994, PUF.

136

Les Botella proposent de parler de « travail du perceptif » pour tenir compte à la fois de la perception des organes des sens et de la perception endopsychique en reprenant la formulation de Freud dans L'interprétation des rêves:

« Notre pensée de veille (pensée préconsciente) se comporte à l'égard des éléments formés par la perception exactement comme la fonction que nous venons d'étudier vis-à-vis du contenu du rêve (sous-entendu l'élaboration secondaire). Elle met de l'ordre, introduit des relations, apporte une cohésion intelligible conforme à notre attente. » (FREUD, 1900)

Même normalement, le recours régressif, défensif à la régrédience est une disposition pourtant coûteuse et masochiste : tous les matins il faut bien repartir dans les activités progrédientes de l'état de veille, avec ses quêtes, ses actions, ses difficultés... Mais bien que coûteux, car il impose un mouvement équilibrant de progrédience, le recours à la voie régrédiente a un rôle apaisant, de retour au calme, de recherche de la plénitude d'un narcissisme régrédient lui-même, le retour à soi.

Mais Soi est défiguré dans l'Alzheimer, et c'est le retour à un autre, un étranger en quelque sorte, quand la voie régrédiente tend à la régression formelle par usage naturel ou bien telle que nous la retrouvons, fixée, dans cette maladie.

« La pensée ... cheminerait ... sur la voie régrédiente d'une pensée primitive où l'hallucination correspond à la conservation de l'investissement d'objet » (LE GOUES & PERUCHON, 1992)

Ce processus tend à la modification de l'état de conscience, à l'invasion de l'état de veille par la somnolence voire l'endormissement. Les états hypnoïdes fréquents dans la maladie d'Alzheimer en témoignent, ainsi que les somnolences diurnes confusiogènes, aggravées par les psychotropes.

Madeleine a 81 ans. Elle souffre de maladie d'Alzheimer diagnostiquée il y a 4 ans, évoluant depuis au moins six ans selon la description des troubles rapportée par l'entourage.

Elle est hospitalisée pour suspicion de surcharge médicamenteuse et sédation excessive. Après deux semaines d'arrêt des psychotropes elle continue à être très « endormie ».

Les nuits sont entrecoupées de réveils confus au cours desquels elle se lève et déambule le long des couloirs en cherchant sa sœur.

La journée, elle reste assise sur un fauteuil, le plus souvent les yeux fermés. Tantôt elle dort, tantôt elle est éveillée mais yeux clos. Elle répond alors avec retard aux questions quand on la sollicite.

Je m'assieds près d'elle et ne tarde pas à être à mon tour envahi par une torpeur assez agréable. Mais comme elle reste silencieuse, au bout d'une dizaine de minutes j'ai du mal à supporter l'attente silencieuse.

Progressivement, des scènes de rêverie occupent mon esprit ; Il s'agit de fragments concernant mes études, des épisodes brefs de voyages en voiture à travers des paysages fantasques et monochromes, avec un sentiment de déjà-vu.

_ Bon, la route, ça suffit maintenant ! dit-elle en ouvrant les yeux.

Nous avons suffisamment voyagé...

Régrédience poussée jusqu'au changement d'état de conscience favorisant la rêverie à deux, la communication d'inconscient à inconscient ?

Régrédience et progrédience renvoient asymptotiquement à la zone originelle de constitution/différenciation du sujet d'avec son environnement. L'origine d'élaboration de la distance constitutive (le pictogramme, voir plus bas), élargissant les berges sujet/objet avant même que la représentation soit possible. Cet archaïque irréprésentable pourrait être le décor d'une régression ou d'une rétrogénèse extrêmes dans les maladies d'Alzheimer évoluées. Irreprésentable et menaçant contre lequel des défenses archaïques elles-aussi sont élevées, se manifestant en particulier dans la psychose mais aussi la démence, ce que nous allons exposer après avoir évoqué en quoi l'irreprésentable est à la base de la psyché normale et à celle des angoisses de retour à cet état originare.

3.2.1.3/inconnaissable et irréprésentable, le négatif

Mais où cela commence-t-il ? Sur quoi s'élabore le premier tour de boucle dialectique constituant sujet et objet ?

Il est tentant de se référer au fonds représentatif premier constitué par ce que P.Aulagnier appelle pictogramme issu d'un espace originare en deçà de la constitution dialectique de l'objet/sujet (AULAGNIER, 1975). Au plus près du corps et de la pulsion, nous décrivons cet espace comme antetopologique : là où cela n'est qu'un ou cela n'existe pas, un monde sans dimension, sans distance. Il s'agit du mode originare de la métabolisation psychique, lié aux premières expériences et informations corporelles, préverbal, autoengendré car le représenté pictographique se donne à la psyché en même temps comme

« Le représentant de sa propre image », trait d'union entre zone corporelle excitée et objet excitant indissociables. Le pictogramme « se reflète comme totalité identique au monde » (Ibidem)

C'est le point de départ. En termes de distances, plus qu'un trait d'union, il est la coordonnée à l'origine : zéro, le point zéro des routes du psychisme. Cette fusion est caractéristique du narcissisme primaire mais comporte une part de rejet dans la mesure où certaines excitations sont déjà déplaisantes et que la psyché s'automutilerait

« de ce qui, dans sa propre représentation, met en scène l'organe et la zone, source et siège de l'excitation » (ibidem).

Autodestruction psychique primaire normale, ce processus resterait en veille, potentialité dangereuse

recouverte et contrôlée par les mécanismes primaire puis subjectif, comme l'acide digérant est contrôlé par la barrière muqueuse dans l'estomac. Autodestruction psychique proprement dite et visiblement à l'œuvre quand les processus secondaires sont incapables par la psychose ou érodés par la démence qui la mettrait à nu.

139

Figure 15 : Le point zéro des routes de France (métaphore de l'espace originare du pictogramme, point zéro des routes psychiques)

A partir de ce point zéro, tout est possible, à commencer par un objet qui peut aussi ne pas être là. Alors, devant son absence, la frustration engendre homo symbolicus, et le recours à la transitionnalité constitue la première manifestation de l'aptitude à symboliser puisque les objets transitionnels représentent en partie la fonction maternelle, servant de défense envers l'angoisse de séparation et recevant la projection de l'ambivalence de l'enfant. L'« échec » de l'accomplissement hallucinatoire du désir (de retrouvailles) et l'absence bien tempérée de la mère illustrent le rôle à la fois vicariant et constructif de la symbolisation. La fonction symbolique y entre en scène par le jeu (cognitivement ce sera plus tard le jeu symbolique) : jeu du «Fort/ Da» (jeu de la bobine), playing, qui transforme la frustration en jubilation.

140

Jubilation du leurre ? La solution psychique est bien connue : Entre le leurre et la transformation de la perception se situe « l'ombilic du rêve. » Il y a aussi celle, passagère, de l'organisation infantile, que dans une note de bas de page des Formulations sur les deux principes de fonctionnement psychique, Freud qualifie :

« Entièrement soumise au principe de plaisir et qui néglige la réalité du monde extérieur..., on remarque que le nourrisson, à condition d'y ajouter les soins maternels, est bien près de réaliser un tel système psychique » (FREUD, 1911).

La régression formelle et temporelle à l'infantile est une position couramment observée en psychogérontologie clinique, mais dans la maladie d'Alzheimer il s'agit plus souvent de rétrogénése, de déstructuration sans obéissance au principe de plaisir.

La réalité, l'objet, ne peut être connu que par ses émanations, qualités sensibles puis verbalisables, différentes de l'objet lui-même, l'inconnaissable est constitutif du psychisme :

« L'angoisse introduite par le moi lui-même est donc celle de la perte de la perception de l'objet assimilée à la perte de l'objet » (FREUD, 1926).

Les Botella (BOTELLA, 2007) postulent que le non représentable est également constitutif du psychisme. Ils interprètent la prime expérience comme une pensée incluant l'hallucination et le négatif, pensée originare marquée par la dualité représentation-perception: inscription psychique du manque signifiant à la fois perte de l'objet et de sa reproduction hallucinatoire. Cette inscription psychique du manque peut donc être considérée comme le premier signifiant qui renvoie à un double signifié. En transposant, nous oserions prétendre que le premier acte psychique est l'embryon du jeu symbolique, ou en le disant d'une autre manière qu'« au début est l'assimilation », le manque assimilateur. Il pousse l'amibe à incorporer des particules, le lion à dévorer l'antilope et l'homme à introjecter l'objet : pulsion à retrouver l'objet perdu, pulsion de retrouvailles.

141

La pensée originare, la fonction symbolique primaire serait ainsi bâtie sur le socle de l'ambiguïté et du négatif. Le vécu régressif de toute expérience de perte ultérieure renverrait à cette première relation

objectale, cette première rencontre avec le (double) manque.

Freud avait postulé l'existence de déterminants « phylogénétiques », de fantasmes originaires à l'origine du psychisme, au rang desquels nous rangeons ce premier signifiant à double signifié, cette inscription en négatif trace de non-représentation, ne pouvant donc pas être remémorée comme souvenir, ne pouvant peut-être se re-présenter qu'actuellement de manière somatique ou hallucinatoire. Premier signifiant à double signifié, premier acte assimilateur de fonction symbolique sans langage, primaire, purement indicielle.

Que devient la tension liée à l'angoisse de non-représentation ? Que devient la pulsion de retrouvailles quand elle bute sur l'échec de la perte réelle ? Elle se résoudrait, selon les Botella, par le réinvestissement hallucinatoire du rêve,

« À moins que ce dernier échoue et que se produise un réveil brutal à la perception, dans la détresse du manque que porte la trace originare. » (ibidem)

C'est ce qui se reproduit, réveil permanent et cruel après réveil, quand les objets extérieurs et leurs représentations sont progressivement abandonnés comme dans la maladie d'Alzheimer, quand les baisses de niveau de vigilance (peut-être régressives), la dépression, la désafférentation sensorielle réactivent l'angoisse de non-représentation. Ce d'autant plus que la détresse de ce « réveil brutal à la perception » renvoie à un monde peuplé d'objets sembler-il investis avant d'être perçus, mais en l'occurrence désinvestis, mal perçus et porteurs de la trace originare de non représentation. Cela fait beaucoup de négatif et de vide pour la psyché... Alors, le vide est comblé par des productions :

« On est en droit de supposer que le sentiment de vide psychique (tout autant cognitif que subjectif) dont les malades font volontiers état est à l'origine des hallucinations observées, qui ont pour fonction de tenter de combler celui-ci. » (PLOTON, 2009a)

Parfois, il n'y a plus de colmatage possible. Les paroles poignantes de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer en témoignent :

142

_ Il n'y a rien ! Il n'y rien !

_ Vous savez, là-dedans (il pose son index sur le front), c'est vide maintenant.

_ Où est-elle ma maison ? Je ne vois que le vide autour de moi.

_ Aidez-moi, s'il vous plaît. J'ai un vertige terrible, je vais tomber dans un gouffre.

_ Ce trou là-dedans, ils y passeraient le bras.

_ Vous n'existez pas, moi non plus, on s'en fout.

_ Il faut un sol, il faut des murs, il faut les trouver, vite ! vite !

Eugénie, 89 ans, je passe la voir tandis que sa famille quitte sa chambre. La petite fille, émue, a du mal à défaire son avant-bras de la main d'Eugénie qui la retient.

Elle se retourne vers moi portant une main sur son ventre :

_ Mon dieu, ça ne va pas.

_ Vous avez mal ?

Elle tape son ventre de la paume de la main :

_ Là, un creux terrible.

Je la palpe et masse doucement, là où elle tenait sa main.

_ Je ne sens rien, pas mal. Vous touchez le matelas maintenant...

_ ... Je vous ai traversée ?

_ Vous n'avez rien traversé, mais votre bras me fait du bien ... ils sont partis et je m'enfonce dans le vide.

Elle tourne la tête sur les côtés, plusieurs fois, lentement, elle transpire abondamment. Je continue à la

masser.

143

_ Je ne veux plus sentir ce ventre vide. Je veux tout oublier.

Ces propos en disent long sur le vécu de vide éprouvé par certains patients, pour ceux qui ont encore les mots pour le dire... C'est un thème qui fait partie du répertoire dépressif et en particulier mélancolique, dans le délire de Cotard parfois associé à la démence (THOMAS et al, 2014), quand la conscience est suffisamment sollicitée pour se saisir de ses manques.

« La relance de la pensée se fait par appui sur la perception. La perception des défaillances, des trous de mémoire, des trous de pensée » (LE GOUES & PERUCHON, 1992).

La relance peut être dépressivogène. Les convictions délirantes si souvent retrouvées en pratique psychogériatrique (THOMAS, 2006) autour d'un noyau dépressif voient probablement leur thématique presque toujours préjudicielle s'alimenter sur ce vécu de vide, donc par interprétation de dérobé (perte égalerait vol).

Sinon, c'est une toile de fond, un « paysage intérieur » troué (SAGNE, 2002), une ambiance faite de trous de pensée, le mélange de l'angoisse et des défenses sollicitées. Un vertige devant le vide qui est celui éprouvé quand les distances s'abolissent, quand la fonction symbolique qui les sollicite s'épuise. Ce vertige parfois peut s'inscrire dans le rêve de tout un chacun comme résidu archaïque (chute sans fin), il s'actualise à l'état de veille chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer, comme chez certains psychotiques, en hallucination terrorisante de chute dans un gouffre sans fond. Il se peut que ce type de recours à un processus de défense archaïque soit de nature à alimenter la propension à la chute, bien entendu événement d'origine polyfactorielle chez l'âge fragile, plus encore chez la personne souffrant de maladie d'Alzheimer (AVILES HERNANDEZ, 2012). Peut-être sollicite-t-il des chutes réelles en avant et des rétroimpulsions compensatoires, si fréquentes chez les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer rappelant que, dans son développement normal, le bébé, lors d'angoisses archaïques de chute, rigidifie son corps en contractant l'ensemble de ses muscles d'où une sensation de maintien lui rappelant le holding maternel adhésif suffisamment ferme et le serrage rassurant de la paroi utérine.

144

« Dans l'autisme, pour lutter contre des angoisses de chute ou d'écoulement, on retrouve l'automaintien, la rigidification musculaire tout comme la recherche de prise de contact adhésive avec des surfaces dures. » (BARABE & LHEUREUX-DAVIDSE, 2004).

Cet impact de l'archaïque (26), en deçà de l'accès au processus névrotique, a surtout été développé dans le champ de la psychose, des souffrances identitaires narcissiques. Il mériterait un développement dans celui de la démence.

Chez le sujet normal, toute la vie durant, la trace de l'expérience de non-représentation est réprimée, son retour serait trop angoissant, jugulé par les défenses primaires qui la contiennent, elle sous-tend la psyché, elle est un socle dangereux. Quand les messages du soma vieillissants deviennent insistants, ce complexe angoisse/défenses la laisse sourdre et molester le moi affaibli : L'angoisse de retour à l'état somatique brut avec son horloge chromosomique qui annonce la mort programmée dont le signal cellulaire se propage progressivement dans l'organisme, méritant le nom d'apoptose métastasiante. Le sentiment de continuité d'existence, qui repose sur l'activité de pensée altérée dans la maladie d'Alzheimer s'effrite, ainsi que le narcissisme dont l'assise encore stable demeure ce soma inquiétant source d'angoisse contre laquelle (pas seulement contre elle) s'élabore le travail du mourir, différent pour chacun, élaboré en fonction de sa personnalité et de son histoire de vie.

« ...la mort, sujet qui est abordé de manière tantôt explicite, tantôt plus ou moins déguisée. Mais, dès

lors qu'on y est attentif, de telles préoccupations sont constamment retrouvées. Reste à savoir si elles figurent au rang de possibles causes psychologiques de la maladie ou si elles n'en sont que les conséquences. Peut-être même s'agit-il de préoccupations psychologiques fondamentales, qui vont faire d'autant plus facilement surface que le sujet ne dispose plus des moyens de les maintenir inconscientes. » (PLOTON, 2009)

L'acquisition de la notion de mort est difficile à situer, progressive chez l'enfant, dépendant des expériences personnelles (maladie potentiellement mortelle, mort dans l'entourage proche). Affectivement, la mort demeure depuis un âge précoce jusqu'au terme une question existentielle dramatique et inhérente au sentiment d'exister. Intellectuellement, comme le

(26) Rappelons que le terme « archaïque » vient du mot grec arkhè qui signifie l'origine, le commencement mais aussi le principe, le fondement.

145

rappelle Golse, elle dépend de l'acquisition successive de la notion d'irréversibilité (vers 4 à 5 ans), d'universalité (vers 5 à 6 ans), d'inconnu, acquisition beaucoup plus tardive, parfois jamais réalisée, contre laquelle s'élaborent systèmes philosophiques et religieux.

« Quoiqu'il en soit de ce double versant, intellectuel et affectif, de la notion de mort, il est clair en tous cas que son acquisition correspond à une acceptation d'une perte d'objet définitive. » (GOLSE, 2008)

Il paraît difficile de concevoir qu'un malade d'Alzheimer qui a perdu la permanence de l'objet et l'intégrité de ses systèmes de symbolisation puisse intellectuellement réaliser son travail du mourir, il ne pourra métaboliser qu'affectivement les signaux somatiques de fin d'existence, sur le mode de l'angoisse : ne disposant plus des outils d'élaboration de ce travail du mourir il se retrouve sans eux, nu, confronté à l'angoisse de mort et de non-représentation et aux mécanismes qui les contiennent. L'hallucination du vide tient lieu du manque de distance, de la non représentation, faute évidemment de pouvoir se la représenter.

Rappelons-nous les propos déchirants dans *Le Roi se meurt* de Ionesco, de ce Roi métaphore du Moi qui se délite :

« _ Je suis plein, mais de trous. On me ronge. Les trous s'élargissent, ils n'ont pas de fond. J'ai le vertige quand je me penche sur mes propres trous, je finis. » (IONESCO, 1962)

...Tout est dit !

Nous retrouvons donc dans la maladie d'Alzheimer la déconstruction du mécanisme de base chez l'enfant chez qui l'objet non perçu retourne la pulsion sur le corps propre avec auto-érotisme compensatoire, chez qui l'angoisse de non-représentation est limitée par la contenance corporelle, une limitation sensorielle puis l'investissement libidinal des zones érogènes. Chez qui le sentiment de soi, de limites dedans/dehors, d'extériorité de l'objet, de clôture, de prise de distance se construit. Chez le dément, l'autoérotisme problématique d'un corps usé et souvent endolori : une déconstruction, un phénomène motivé par aucun désir, une rétrogénèse, pas une régression.

146

La non représentation est un négatif originaire sur lequel s'élabore plus tard la confrontation à un autre négatif, la perte de l'objet. La perception comme l'auto-perception est donc au début inséparable de l'hallucinatoire, surgissant de la trace de l'absence de satisfaction hallucinatoire tandis que la représentation issue de l'absence de l'objet déjà-perçu est reconnaissance de l'objet absent... Le résultat de ce mécanisme complexe organisé sur fond hallucinatoire est éprouvé soit en tant que représentation soit en tant que perception. Les deux « portails » psychiques, au sens web du terme, que sont la

perception et la représentation seraient générées par de l'absence, de la négativité.

C'est aux portails de la perception et de l'hallucination que recourt la personne atteinte de maladie d'Alzheimer, côtoyant-là une expérience archaïque, quand les deux portails se chevauchent :

« La distinction entre représentation et perception est tâche du Moi. Elle peut s'effacer lors des états régressifs, s'abolir au cours du sommeil ou dépendre d'une régression structurale et topique, comme dans la démence » (LE GOUËS & PERRUCHON, 1992)

Le Gouès et Péruchon rappellent que dans la démence l'hallucination est cependant plus labile que dans la psychose et qu'elle demeure, au moins un certain temps, sensible à l'objet réel qui la tempère par son rôle pare-excitation. Nous voyons là un caractère souvent retrouvé dans les hallucinations de déafférentation chez la personne âgée, en particulier dans le syndrome de Charles Bonnet. (GONZALEZ MONGE, 2001) Dans la maladie d'Alzheimer, elles perdent progressivement cette sensibilité à la perception et sont d'emblée accompagnées d'un vécu négatif qui nous semble lié à la prise de conscience de l'instabilité de la pensée et la réémergence de l'angoisse de non-représentation.

La théorisation de C. et S. Botella de l'angoisse de non représentation, fondée sur le versant négatif de la psyché, paraît particulièrement intéressante dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, quand l'expérience du malade est marquée par l'ambiguïté liée à la rupture des liaisons associatives, voire de la liaison des perceptions. Situations dans lesquelles se déchaînerait la « rage impuissante » décrite par Roussillon (ROUSSILLON, 1992) en cas de constat psychique de la limite des capacités représentatives, d'absence de représentation, rage capable par elle-même de désorganiser le moi qui se défendrait en particulier par le mécanisme d'hallucination négative (chapitre 3.2.1.5).

147

André Green a mis en évidence le rôle organisateur de l'hallucination négative de la mère, « structure encadrante » ayant un « rôle de contenant de l'espace représentatif » Il la décrit en termes de défense organisée contre l'absence de l'objet, au-delà de laquelle le sujet va chercher

« la retrouvaille de sa représentation », ce processus de réinvestissement est pour lui « le concept théorique qui est la pré condition à toute théorie de la représentation, qu'il s'agisse du rêve comme de l'hallucination. » (GREEN, 1993).

Green rejoint Freud, qui postule que l'« Objet naît dans la haine », comme Roussillon qui en commentant les points de vue de Winnicott sur l'objet transitionnel, souligne :

« La réalité de l'objet, pour pouvoir être "trouvée" (découverte, investie), doit pouvoir être détruite/trouvée. » (ROUSSILLON, 2008)

L'objet est donc trouvé comme objet externe s'il est détruit dans le (fantasme) mais survit à cette destructivité, reste permanent et stable, ce que la rupture des liens intrapsychiques n'autorise plus dans la maladie d'Alzheimer. En l'occurrence, l'hallucination négative (du visage) de la mère perdrait son contenu pour ne conserver que son mécanisme : un calque vide et opaque obérant le perceptif.

Le dément souffrirait alors individuellement de la prophétie pessimiste que Baudrillard adresse collectivement à notre civilisation du virtuel :

« Le seul suspense qui reste, c'est de savoir jusqu'où le monde peut se déréaliser avant de succomber à son trop peu de réalité, ou bien jusqu'où il peut s'hyperréaliser, avant de succomber à son trop de réalité (c'est-à-dire lorsque le monde, devenu plus vrai que le vrai, tombera sous le coup de la simulation totale). » (BAUDRILLARD, 1981) Cité par C. Janin (JANIN, la réalité et son objet: propositions théoriques, 1995)

148

Notons que l'idée du négatif fondateur du psychisme (et révélé par l'érosion de la maladie en quelque sorte de manière retrogénétique) est un thème favori en psychanalyse. Freud l'avait déjà abordée en 1900 dans L'interprétation des rêves en observant « l'ombilic du rêve » :

« Un nœud de pensée que l'on ne peut défaire...le point où il se rattache à l'Inconnu ».

Il l'avait aussi évoqué dans son article de 1925 sur La négation en parlant d'une négation non langagière mais psychique, disant non à l'inconscient. (FREUD, 1925)

Toujours à propos du traumatique, Freud, qui considère ses deux faces: les réactions positives et le « reste » négatif, irreprésentable.

Citons Ferenczi encore, à propos du traumatique :

« (...) aucune trace mnésique ne subsistera de ces impressions, même dans l'inconscient, de sorte que les origines de la commotion sont inaccessibles par la mémoire. » (FERENCZI, 2006)

Citons aussi Winnicott, qui développe l'idée que fantasmatiquement, le bébé a l'impression que son appropriation psychique du sein maternel laisse dans celui-ci un vide, un trou qu'il convient de réparer.

A. Green a approfondi le rôle « positif du négatif » comme propriété réflexive de la pensée, donc constitutive du moi. Citons ce passage, très difficile au demeurant:

« La pensée consiste donc en une transformation du rapport objet présent-sujet percevant, en rapport objet non présent, non perceptible-sujet reproducteur, qui présentifie par représentation. Telles sont les coordonnées du négatif : ce qui se produit malgré l'absence de l'objet et ce dont sa présence qui fait défaut (la non perception) induit comme autre mode de présentification –de rendre présent- faisant exister, par un acte de reproduction (de la trace de ce qui a été perçu) une structure réfléchie qui en tient lieu.» (GREEN, Le négatif, 1993)

En recourant à cette façade négative de sa psyché, le sujet n'aurait pas à reconnaître la perte :

149

« S'il n'y a rien à espérer que sa propre survie, rien n'est absolument perdu, mais rien, non plus, n'est à perdre. Plus d'absence, plus de négatif, plus de travail, rien que du présent sans mémoire, parce que toute mémoire serait revivre l'agonie d'une mise à mort. » (Ibidem).

C'est bien la mort de l'objet, son meurtre dont il s'agit. Freud : « L'objet naît dans la haine » (FREUD, 1986)... et c'est « l'ombre de l'objet » haï que Freud fait retomber quand il pose la question de la mélancolie, résultat du meurtre imaginaire de la Chose, au sens psychanalytique de ce concept repris à Heidegger par Lacan. La Chose, le Réel de l'Objet, ce qui résiste à toute représentation, le produit de l'hallucination négative de la Chose dont le résidu est perception pure.

L'hallucination négative est donc constitutive du Moi, elle est utile, il faut le rappeler aussi, tout simplement parce que pour penser il faut pouvoir éloigner les données de la perception, il faut bien faire de la place...

« Pour penser, nous devons fermer le pôle perceptif par accroissement de la charge hallucinatoire et négative de l'enveloppe perceptive, faute de quoi nos perceptions resteraient prévalentes et nous ne pourrions pas penser. » (LAVALLEE, 2006)

Dans la maladie d'Alzheimer, qu'est ce qui se produit quand l'objet et sa représentation se délitent? Que signifie l'irreprésentable quand les représentations de mots se perdent? Une autre « espèce de représentation », en arrière-plan, en-deçà de la psyché où elle jouerait un rôle invisible ? Des germes de représentation à vertu sémantique dissimulée dont seuls des indices émotifs attesteraient de leur existence, faute de fonction symbolique pour s'en éloigner ? Une pensée qui n'est plus protopensée mais agglomérat de résidus représentationnels et d'angoisse ? Proche des « objets bizarres » de Bion, une pensée qui se résumerait à des affects, des émotions peu verbalisables ?

Chez des personnes malades adultes et âgées, dont l'histoire parfois traumatique était contenue jusqu'à

l'effritement démentiel, que deviennent ces facteurs psychoaffectifs, sont-ils de nature à inquiéter la pensée dont le système préconscient de pare-excitation est défaillant ? Freud penchait pour cette conception quand en 1895 il signalait l'impact d'histoires familiales chargées de violence, ignorées par les intéressés et causes inconscientes de leurs difficultés émotives. Plus tard il proposera la transmission originaire de fantasmes ignorés, histoires

150

œdipiennes vécues par les parents, passant de génération en génération, dotant le sujet d'un bagage proto-psychique voué à transformation par après-coup successifs ; Totem et tabou en 1912 et Vue d'ensemble en 1915 participeront à cette théorie qu'il dénommera phylogénétique (FREUD, 1913) (FREUD, 1915). Ce matériel protoreprésentatif serait la toile de fond de toute représentation et le modèle des « signifiants énigmatiques » dont parle Jean Laplanche (LAPLANCHE, 1994) :

« Les messages énigmatiques, au départ, sont des messages à sens unique venant du côté de l'adulte. Très vite, il y aura réciprocité, mais le point de départ, ce qui lance le mouvement, c'est l'énigme de l'adulte. [...] La situation de séduction est énigmatique, le parent est porteur d'énigme. »

Cette énigme sédimentaire angoissante cumulerait avec celle vécue par une pensée confrontée à son incapacité de représentation, leur sommation générerait la perplexité anxieuse, signe clinique classique des grandes défaites psychiques, aiguës dans la confusion mentale, progressives dans la démence. En somme, la genèse de la pensée s'élabore sur une protopensée hors-représentation faite d'inconnaissable mais aussi de négatif. Dans le champ de l'émotion, antérieur à celui de la représentation et lui survivant dans la démence, l'angoisse de non représentation entraîne la constitution de processus défensifs, éventuellement modulés par l'histoire de vie et l'héritage trans-générationnel, dont la manifestation éclaire la symptomatologie de la « psycholyse » démentielle, comme de la psychose. Envisageons maintenant ces processus défensifs.

151

3.2.1.4/processus défensifs : clivage et autres

Des mécanismes de défense ont été édifiés depuis l'enfance pour éviter l'agonie d'un retour de l'angoisse de non-représentation, régressif, retrogénétique dans la démence, constitutif dans la psychose:

Ainsi le bébé dispose en lui-même de mécanismes d'autoprotection, au premier plan desquels les processus physiologique basique du démantèlement (envisagé plus haut), de l'extinction sensitive, de la modulation des états de vigilance, des phénomènes autocalmants comme les comportements de rassemblement sur la ligne médiane (mains jointes, doigts croisés, doigts en bouche, accollement des pieds) (HAAG, 1985). Le développement de sa capacité de représentation d'abord partielle, médiatisant la rencontre avec la réalité constitue bien sûr le processus pare-excitation mental essentiel perdurant la vie entière, qui se base sur la prise de distance autorisée par la fonction symbolique. En effet, L'excitation nocive qui doit être parée, n'est pas celle qui est trop abondante, même si la psyché travaille plutôt sur de petites quantités d'énergie, c'est celle qui n'est pas ou pas assez liée symboliquement.

Nous retrouvons également les procédés autocalmants dans les états démentiels de la maladie d'Alzheimer évoluée avec les manœuvres de pétrissage du drap ou des vêtements, les « stéréotypies » de frottement des mains, du tronc, le repli en flexion des membres (comportements de rassemblement sur la ligne médiane).

Nous retrouvons aussi dans la clinique de tous les jours les baisses de vigilance diurne, les fermetures de paupières, ou les états d'hyperéveil avec agitation, les uns alternant avec les autres. Ils peuvent se décrire en termes neurologiques de souffrance sous-corticale mais leur labilité fait envisager un

mécanisme de pare-excitation, quand le sensorium envoie trop d'énergie à une psyché incapable de filtrer, quand l'environnement stimule trop ou pas assez, ou maladroitement. Au-delà des problématiques de vigilance, Ploton interroge la modification d'état de conscience à propos du déficit de l'imaginaire dans la maladie d'Alzheimer qui ajouterait ses effets à ceux de la déliaison symbolique, y compris dans une lecture du symptôme comme mode de présentation de soi :

152

« Cela renvoie à une question théorique non résolue : pourquoi cette absence d'imaginaire ou cet imaginaire dysfonctionnel ? Son développement a-t-il été entravé, disqualifié, ou ses contenus spontanés sont-ils de longue date si terrorisants qu'il a été nécessaire de le mettre hors service ? Cette question va de pair avec celle des contenus délirants, lesquels amalgament (confondent ?) le sens propre et le sens figuré comme dans le rêve (Freud, 1900) sans qu'il soit possible de savoir si ce phénomène relève d'une confusion de registres sous l'effet d'un état de conscience modifié (du fait d'un contexte émotionnel non métabolisable ?) ou bien d'un imaginaire « inachevé » ». (PLOTON L. , 2009)

Toute cette partie infantile, propre au Moi du système de protection, nous l'avons vu, est tributaire pour sa mise en place de l'environnement maternel :

La partie maternelle du système pare-excitation est la plus connue, le holding winnicottien, par ses aspects physiques et psychiques participe à la protection du bébé. Golse rappelle qu'

« ... elle va le contenir psychiquement dans sa voix, son regard et même sa pensée qui tous ensemble offrent également à l'enfant une double fonction de contenance et de limitation » (GOLSE, 2010).

Nous avons évoqué son regard, ses interactions verbales, nous évoquerons plus loin la fonction maternelle « pélican » qui élabore la secondarisation de la fonction symbolique en interposant entre lui et la réalité la vertu pare-excitante de cette dernière.

La protection assurée contre l'attaque de la réalité externe, et interne pulsionnelle (que Golse propose d'appeler « pare-incitation ») est donc doublement assurée par le sujet et son environnement maternel, « fonction éminemment interactive » (Ibidem).

Dans Agonie, clivage et symbolisation R. Roussillon propose un modèle de processus, alternatif à celui de Freud pour les névroses, pour expliquer les défenses mises en œuvre par la psyché dans les souffrances narcissiques qui nous paraît digne d'intérêt dans le cadre de la maladie d'Alzheimer (ROUSSILLON, 2012). Rappelons que le déficit de l'imaginaire, renvoyant à un déficit de symbolisation, est un symptôme classique de la psychose :

153

« Quoi qu'il en soit, quand de l'imaginaire pourrait s'exercer il est confondu avec du réel et la métaphore est prise au pied de la lettre, le sens figuré que l'esprit tente de produire étant confondu avec du sens propre. » (PLOTON, 2009a)

Roussillon part d'une réflexion sur le déficit de la fonction symbolisante des premiers objets, liée à leur présence et non leur absence; Pour cet auteur, en effet, l'environnement a une fonction pare-excitante en stimulant la représentation à condition que la quantité d'excitation ne soit pas excessive, traumatique et que la vertu contenante de la mère (par sa capacité de rêverie) soit efficace. Alors, l'activité de symbolisation, activité médiatisante, pourra s'effectuer selon la fonction organisatrice de l'« attracteur œdipien ».

L'hypothèse de Green, citée par Charazac, d'une fonction objectalisante faisant de l'objet le « Support à la créativité d'objets nouveaux ou de fonctions nouvelles qui pourront recevoir le statut d'objet » (GREEN, Propédeutique. La métapsychologie revisitée, 1995) va dans le même sens, avec

« son déplacement et sa métaphorisation illimitée, pouvant sacrifier toutes les caractéristiques qui la lient aux objets primitifs, y compris le plaisir, à condition qu'en soit maintenue une seule au-delà de la différence entre plaisir et réalité : l'investissement significatif. » (Ibid., p. 226)

L'homme ne cesse de rencontrer la réalité et se protéger de son excitation en injectant du sens dans les objets, quitte à les créer. L'investissement significatif est pondéré par la prise de distance liée à l'usage de la fonction symbolique, nous pouvons comprendre cette pondération comme une des manifestations de l'équilibre assimilation/accommodation, plus général.

Nous pensons que dans la maladie d'Alzheimer, du fait de la régression de l'excitation par désinvestissement des objets, ou quand la prise de juste distance par rapport à eux liée à la fonction symbolique primaire est altérée, ils n'exercent plus correctement leur vertu pare excitante. Chez celui qui a revêtu l'armure de l'appareil de représentation, la fonction symbolique est son bouclier. Pour celui qui le perd en démence, il s'expose en guerrier désarmé à la réalité : les objets sont devenus ou trop absents ou trop excitants.

154

Dans la maladie d'Alzheimer comme dans les souffrances narcissiques, mais pour d'autres raisons (actuelles pourrait-on dire par rapport aux traumatismes constitutionnels du psychotique), la menace de « terreur agonistique », en écho à l'« agonie primitive » (Winnicott), sans limites, sans issue et sans fin agresse le sujet. Des pans de la vie psychique ne sont alors pas refoulables car non représentés (la négativité de l'irreprésentable):

« Tout se passe comme si le non-advenu de soi valait mieux que la perte d'objet » (ibidem).

_ Ces pans non refoulables sont clivés par rapport au Moi. C'est la défense la plus radicale. Il s'en suivrait un grave trouble identitaire chez le dément avec incapacité à se sentir soi-même aggravée par la déformation du self liée aux troubles des processus secondaires. Pour F.Duparc (DUPARC, 1992), la satisfaction hallucinoïde du désir est un processus primaire, qui doit avoir un pendant opposé pour contrôler la décharge, source de déplaisir. Ce processus primaire, plus archaïque que le refoulement serait une forme de déni ou de clivage mis à la disposition de la défense anti-archaïque. Pour cet auteur, les symptômes psychotiques pourraient relever de l'actualisation « auto allumée » de ce processus. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il joue aussi un rôle dans la démence quand l'érosion secondaire et la rétrogénése laissent affleurer cet archaïque.

Mais la trace de la terreur agonistique et sa non-représentation, réactivée par contrainte de répétition, revient en acte, destructivité qui appelle d'autres défenses ou d'autres symptômes atténuateurs dont R.Roussillon décrit plusieurs types, certains intéressants la clinique de la maladie d'Alzheimer, quand l'érosion des processus secondaires actualise la terreur agonistique :

_ La neutralisation énergétique, en réduisant au maximum les investissements d'objet, qui selon nous peut aussi se traduire par un déséquilibre en faveur de la pulsion de mort, évoqué par M.Péruchon dans l'Alzheimer et les ruptures de chaînes associatives (PERUCHON & THOME-RENAULT, 1993).

_ La solution délirante ou psychotique, tentatives de liaison symbolique de l'expérience agonistique non symbolisée.

155

_ La somatose, sacrifiant le corps pour tenter de lier la menace agonistique. R.Roussillon propose de considérer les symptômes de la somatose comme l'effet répété d'hallucinations « internes » non décelables, confondues avec des perceptions endogènes. Le trouble cognitif « psychosomatique » pourrait ainsi selon nous, dans la maladie d'Alzheimer, s'inscrire cérébralement sur la base de pannes mentales, d'oublis hallucinés puis incarnés.

Marius, 79 ans. Cet ancien employé de bureau est atteint d'une maladie d'Alzheimer depuis environ trois ans.

Depuis un an et demi il est immobilisé sur son fauteuil. Cette situation a fait suite à un épisode d'intense anxiété, sans dépression manifeste, avec agitation psychomotrice, plaintes somatiques, conduites abandonniques diverses qui ont nécessité le recours à des psychotropes pour lesquels la marge thérapeutique n'a jamais été trouvée. Tantôt ils étaient inefficaces, tantôt ils le plongeaient dans une sidération avec important risque de chutes et perte du contact.

Le traitement médicamenteux a finalement été très allégé, et malgré les tentatives de mobilisation il est devenu progressivement impossible de le faire quitter le fauteuil dans lequel il se tient très raide, un peu déjeté sur la gauche.

La balnéothérapie a été inopérante.

Il y a maintenant des plaies de pression sur les mollets et la nuque malgré tous les soins de prévention.

La raideur est impressionnante et si l'on élève son membre supérieur, il peut garder la position pendant des heures.

Lorsqu'on lui parle, il suit du regard, articule à peine quelques mots : oui, non, laissez-moi... d'une voix aphone.

Il est souvent visité par des membres de sa famille qui témoignent qu'il les reconnaît, mais jamais un sourire. La fille souffre beaucoup de cette impression d'éloignement désaffecté et dit à plusieurs reprises que selon elle, son père « est éteint ».

156

L'alimentation, les soins, les massages, la musique, le bain sont acceptés sans mouvement d'évitement, sans mimique contrariée et sans aucun stigmate de plaisir.

Le nettoyage des plaies et le changement de pansements, sur une peau abrasée (et peu inflammatoire) n'entraînent jamais de signes de douleur.

L'infirmière demande si cela lui fait mal, il répond toujours non de la tête.

Les divers intervenants sont très difficiles à motiver pour intervenir auprès de cet homme loin de tout, auprès duquel ils ne reçoivent aucun témoignage gratifiant.

Ce type d'état catatonique, avec gel psychomoteur et des émotions est heureusement rarement rencontré dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Il s'est installé dans les suites d'une submersion anxieuse, au début largement exprimée verbalement par Marius. Il s'est installé comme une réponse défensive et rend compte de manière caricaturale de la neutralisation énergétique (ROUSSILLON, 2012), avec une personne qui paraît s'être installée en zone de métabolisme de base tant au plan mental que somatique. Le gel fait également partie des réactions ultra précoces à la détresse dédites par Fraiberg (p 145).

Il renvoie au contact très dérangeant avec l'expression de l'entropie vitale presque maximale. La réponse thérapeutique est très difficile à inventer.

D'autres situations de gel psychomoteur peuvent être comprises et soignées autrement :

Josette a 67 ans, elle était encore auxiliaire de vie employée par un service d'aide à domicile pour personnes âgées quand je l'ai rencontrée pour la première fois.

Elle s'était présentée en consultation spontanément, il y a sept ans.

Elle se plaignait de « trous de mémoire » et craignait d'avoir la maladie d'Alzheimer. Elle avait raison.

157

Après avoir été longtemps soutenue à domicile par ses enfants, elle vit actuellement en unité de soins de longue durée.

Son physique, son visage ont beaucoup changé, elle est à peine reconnaissable. Son visage est terriblement émacié, d'autant qu'elle a perdu ses prothèses dentaires.

Elle ne se déplace plus seule. Pourtant, il y a encore un an, alors que ses troubles cognitifs étaient déjà largement évolués, elle marchait sans difficultés et avait conservé une allure assez soignée, contrastant par son âge relativement jeune avec les autres résidents.

Cela a commencé par un ralentissement de la marche, puis une raideur qui s'est aggravée, qui l'a pliée en deux lui faisant prendre debout la position d'un véliplanchiste. Elle n'arrive plus à parcourir la longueur du couloir, même en se tenant à la rampe. Lorsque l'on essaye de l'aider on est frappé par la raideur de plomb qui immobilise ses membres. Elle redoute l'aide d'ailleurs, qu'on la touche, gémit dès qu'on l'approche.

Couchée, elle demeure pliée en deux sur le côté, jambes repliées, comme un fœtus. Les mobilisations kinésithérapiques, douloureuses n'y font rien.

Depuis deux semaines, elle bénéficie d'une séance de balnéothérapie trois fois par semaine avec la psychomotricienne. Cela semble l'apaiser, la détendre.

Wallon a insisté sur la mise en place conjointe des émotions et des fonctions tonicoposturales lors de l'ontogénèse et sur leur rôle dans la mise en place de la symbolisation par le biais des émotions et de l'imitation d'autrui. Il arrive souvent d'observer en cas de maladie d'Alzheimer une détérioration de ces fonctions qui accompagne celle des activités symboliques.

Nous avons décrit ailleurs le phénomène de l'«hypertonus captif» (GONZALEZ MONGE, 2011) qui rétrogénétiquement va conduire le patient souffrant de maladie d'Alzheimer de

158

conduites intégrées en soudure extéro-proprioceptive (27) pour enfin le coincer dans une hégémonie intéroceptive et un hypertonus sans exutoire.

La balnéothérapie est très efficace, au moins temporairement, pour permettre au malade de se remobiliser dans un dialogue tonique immergé avec le thérapeute le long des distances relationnelles, médiatisées par et dans l'eau, et dans l'axe concret/abstrait.

Mado, 78 ans, ancienne avocate. Elle souffre de la maladie d'Alzheimer depuis au moins quatre années. On n'en sait pas davantage, elle n'a plus de famille et son dossier médical, transféré d'un autre établissement, est maigre.

Dans l'espace de la salle de jour de l'unité, son regard va de l'un à l'autre. Il est étrangement mobile, aux aguets, dans son visage figé lui-même perché sur un tronc immobile, calé dans le fauteuil.

Je suis en face d'elle, je la rencontre presque tous les jours et quand son regard passe sur moi, il le fait sans jamais se poser. Il ne se pose pas davantage sur l'aide-soignante qui s'occupe habituellement d'elle, assise non loin, ni sur ce monsieur, lui aussi malade, qui apparemment s'intéresse beaucoup à elle.

C'est un moment apparemment calme pour cette dame qui passe le plus clair de son temps à aller et venir dans les couloirs en s'agrippant au premier croisé. Quand elle le tient, elle le fixe sans apparemment le voir tant son regard paraît ailleurs et le supplie de l'aider. En général, l'autre se dégage et Mado poursuit sa quête. Jamais elle ne paraît rassurée ni satisfaite quand un interlocuteur prend le temps de s'arrêter avec elle pour lui parler. Au contraire, ses traits se tirent et elle s'en débarrasse en criant : « C'est horrible, lâchez-moi ».

(27) Pour Wallon, la soudure extéro-proprioceptive s'effectue quand l'enfant commence à faire le lien entre ce qu'il ressent comme besoin et comme portage par la mère et le spectacle de cette dernière venant combler ce besoin. En cas de persistance de la frustration par non assouvissement du besoin, la réaction est en hypertonie et ne se résout que dans l'exutoire des larmes, des cris ou des pleurs.

Les soignants disent d'elle qu'elle est « ailleurs ». Pour qui a déjà côtoyé des sujets confus en proie à l'onirisme, elle donne le même contact, mais verbalement elle ne produit pas d'hallucination floride, son discours est pauvre.

A ses côtés, je suis contagié par une angoisse indicible, comme si elle lisait ce qui l'effraie sur moi, ou le projetait sur moi, comme si derrière le halo de ma présence elle visualisait le pire film d'épouvante. Cette observation renvoie à l'hallucination négative majeure qui associée à l'anesthésie peut faire investir le monde extérieur, ses objets, ses personnes par un écran neutre sur lequel ils projettent leur terreur archaïque, comme dans la cécité corticale le sujet peut halluciner sans voir, éprouver le phénomène de blindsight.

Le monde, les interlocuteurs sont devenus une matérialisation mortifiée et inefficace d'un pare-excitations pétrifié sous la chape duquel le moi antique et effrayant, sans représentation, est tenu à distance. Posé sur elle, le moi diminué se tient hébété.

Le processus de défense par clivage entre le sujet et le monde est opérant mais malaisant car s'il vise à protéger le moi d'une excitation potentiellement traumatisante, il le laisse, comme dans le cas de Mado, dans la détresse du spectateur victime de sa passivité.

Andrée, 66 ans. Elle est atteinte par une maladie d'Alzheimer qui s'est déclarée quelques mois après son départ à la retraite.

Elle occupait un poste de cadre supérieur et ne paraissait pas en difficulté à son travail, mais selon les dires de son époux avec qui elle était en relation harmonieuse, sa charge tenait essentiellement à de la représentation, et « elle a toujours été à l'aise en public ».

Je l'ai rencontrée à l'occasion de sa première consultation, et bien que les performances cognitives fussent déjà très altérées, elle se présentait à l'aise, avec un discours peu informatif mais fluent, une position un peu séductrice. Elle n'avait pas d'antécédent pathologique particulier et le bilan d'évaluation initial ne retrouvait aucun problème somatique.

Six mois plus tard, je constatai que l'évolution allait vite.

L'époux signalait une aggravation des troubles mnésiques et des conduites qui ne lui permettaient plus de la laisser seule. Des aménagements domestiques (plaques électriques, clés, contrôle de la température d'eau chaude, avaient dû être rapidement mises en place). Et puis il y avait cette dermatose sur les mains, traitée comme un eczéma, avec peu de résultat.

Six mois plus tard, j'ai eu du mal à la reconnaître. Elle était très amaigrie, « elle mange bien pourtant », la dermatose était toujours aussi floride, Andrée n'était plus accessible à l'évaluation neuropsychologique. Pas d'anxiété, pas d'affects dépressifs dans le discours, son époux ne la trouve pas triste mais « déconnectée ».

En accord avec elle et son mari, une brève hospitalisation fut décidée pour un bilan somatique compte tenu de l'amaigrissement inexpliqué.

On découvrit une leucémie lymphoïde chronique avec un taux de blancs n'imposant pas de chimiothérapie.

Un an plus tard, elle vit en unité protégée dans une maison de retraite, son mari passe la voir tous les jours, « mais doit se soigner lui aussi, car son hypertension artérielle répond difficilement aux traitements. »

Elle paraît s'être assez bien adaptée à l'institution, je n'ai plus eu l'occasion de la rencontrer en consultation.

Cette observation fait envisager un processus de somatose. L'attaque du corps pour tenter de lier la menace archaïque. Chez les psychotiques, selon R. Roussillon (ROUSSILLON, 2012), dans le cadre de l'incapacité à représenter correctement et pour éviter l'angoisse liée au retour agonistique de cette expérience, les symptômes résulteraient à titre de défense de la

161

somation d'hallucinations « internes » non décelables ni exprimées, confondues avec des perceptions et incarnées dans le soma. Nous avons déjà évoqué que ce processus peut être retenu dans la maladie d'Alzheimer évoluée, quand le corps s'emballe et qu'il n'y avait pas de trait connu de personnalité type psychosomatique.

D'ailleurs la somatose diffère de la pathologie psychosomatique décrite par l'école de Paris :

« La somatisation. Défense? Oui, défense de la vie, base nécessaire aux défenses du Moi et reconstituante du Moi, lorsqu'elle est régressive et qu'elle accompagne une régression mentale (principe d'homéostasie). Non, lorsqu'elle fait suite à une désorganisation psychique. Au maximum, pourrait-on dire que la mort est une défense, à n'importe quel sens du mot? Pourquoi pas d'ailleurs! » (MARTY, 1990).

Dans l'Alzheimer, nous sommes clairement dans le champ de la désorganisation.

La désorganisation qui dès le début de la maladie est une atteinte identitaire affecte le corps, le Moi corporel, le médium essentiel de la communication non verbale. Pour cette raison, on ne peut que déplorer une attitude qui réserverait l'approche du malade souffrant de maladie d'Alzheimer uniquement à l'expression verbale, reléguant la chose corporelle à l'investigation des praxognosies.

Il reste beaucoup à apprendre de l'expression corporelle dans la maladie d'Alzheimer. Comme cela a été le cas chez le bébé, c'est en prêtant attention aux manifestations non verbales que peut s'ouvrir aussi l'accès aux processus de subjectivation, de sémiotisation et de symbolisation. (GOLSE, 2014)

La référence à l'image du corps (SCHILDER, 1968), au schéma corporel (HEAD, 1923) (AJURIAGUERRA, 1970) gagne à être lue dans la définition de F. Dolto :

« La synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique du sujet désirant et ce avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom personnel Je, sache dire Je. » (DOLTO, 1984)

162

C'est cette image inconsciente du corps qui est investie de libido, source et objet de pulsions, qui s'imprime dans chaque acte même le plus habituel, le marque de sa signature et

« En poussant l'analyse ou l'observation au-delà des apraxies habituelles, mises en évidence par des recherches centrées sur les déficits, nous pouvons reconnaître la personne globale à travers ses procédures familières. » (ZINDER & CORTOLEZZIS, 1995),

Ce fragment est cité par Charazac (CHARAZAC, 2009) qui précise trois étapes évolutives dans l'atteinte de l'image corporelle :

_ Sentiment de transformation de soi, sans perte d'investissement de soi en l'absence de narcissisme déjà affaibli.

_ Perte d'autonomie blessant le narcissisme.

_ Perte du sentiment de soi

« qui est au moi corporel ce que l'aliénation est au moi psychique » (ibidem),
avec des relances possibles.

Le « comportement est le dernier support corporel de l'identité » (ibidem), donc porteur de sens, même s'il s'agit de stéréotypies. Comment admettre les approches thérapeutiques qui visent à réduire, force médicaments et contentions ou stimulations, ou faire disparaître ce comportement dit « perturbateur » en s'attaquant à l'identité, comme l'on jetterait le bébé avec l'eau du bain? Ce sens est accessible par la sensorimotricité propre du soignant qui tâche de s'y ajuster, en accordage corporel et affectif. Il communique ainsi d'inconscient à inconscient avec le malade avancé, au risque de se voir malmené dans sa propre individuation, quand la formation professionnelle est insuffisante, et que ce transfert/contre-transfert mal tempéré va donner lieu à une souffrance vite mise sur le compte de la charge en soins, du manque de temps et de personnel, du burn-out. Une supervision clinique régulière de soignants désarmés par leur formation sans assise clinique éviterait bien des crises institutionnelles.

163

L'amaigrissement sans cause pathologique autre et sans diminution des apports nutritionnels est une manifestation fréquemment rencontrée dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Une dépense excessive liée à l'hypertonie musculaire, à la déambulation, à un dérèglement du pondeostat cérébral sont invoqués. Toutes ces explications d'ordre somatique ne sont pas exclues, compatibles avec celle de la somatose qui ici nous paraît valide. Cependant, dans le cas d'Andrée, il ne semble pas y avoir eu de manifestation concomitante ou précédente d'angoisse. C'est probablement que le mécanisme défensif a été « efficace », mais il faut rester très prudent devant les situations de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, « trop sereines pour être honnêtes ».

Dans cette observation, l'étonnante cooccurrence de la dermatose, du déclenchement de la maladie sanguine et de l'accélération des troubles cognitifs pourraient aussi relever du même processus de somatose, avec en particulier pour le dernier phénomène, retournement des défenses sur l'organe cérébral. Processus s'inscrivant peut être encéphaliquement sur la base de pannes mentales qui seraient passées inaperçues au début (pour l'entourage sinon pour la malade) d'oubli hallucinés puis incarnés. Nous nous rappelons les propos du professeur Othoniel, interniste et gériatologue :

« Chez une personne sans antécédent pathologique, le déclenchement simultané de deux maladies est peut être une coïncidence, trois peut être encore, quatre certainement pas. »

Quant à l'hypertension du mari, elle fait partie du cortège pathologique le plus fréquemment rencontré dans le cadre du stress chronique qui affecte l'entourage des malades. Ceux-là que l'on appelle « aidants naturels », comme par pudeur d'évoquer leur place d'aimants naturels. Encore que ce stress lui-même pourrait relever en partie d'une sympathie (au sens étymologique) psychosomatique, mais il ne faut pas pousser le bouchon interprétatif trop loin...

Il est intéressant, dans cette perspective de l'actualisation de l'agonie, et en termes sémiologiques de conduites des déments, de rappeler que des défenses s'opposent à

164

l'agression en modifiant la présentation symptomatique et sans doute en aggravant la souffrance psychique car, plus que dans la psychose, elles sont disproportionnées chez ce Moi hectique.

Ces processus défensifs archaïques rencontrés dans la psychose et la maladie d'Alzheimer peuvent être rapprochés des défenses ultra précoces, décrites chez le bébé par Fraiberg (FRAIBERG, 1982) avec cinq modalités de relation objectale :

- _ Évitement du regard,
- _ Absence de sourire ou de vocalise,
- _ Gels des affects,

_ Auto agressivité et comportements de lutte

_ Réactions de gel avec immobilité complète de la posture, des gestes, de la voix.

Ce registre de conduites est comparable à celui de la neutralisation énergétique décrite par R. Roussillon (ROUSSILLON, 2012) pour les unes (gels des affects, absence de sourire ou de vocalise, gel avec immobilité complète de la posture, des gestes, de la voix) que Fraiberg ramène à l'immobilité, réaction biologique au danger.

Il est bien sûr à rapprocher du registre psychomoteur de la maladie d'Alzheimer, avec le ralentissement et l'évolution vers une raideur « de type extrapyramidal », la faiblesse phonatoire parfois rencontrée, les épisodes d'immobilité avec fermeture des yeux.

Le négatif constitutif de l'élaboration psychique, du rapport perception/hallucination, intervient également dans les manifestations démentielles par l'impact de certaines modalités de l'hallucination négative que nous allons envisager, plus ou moins associée à l'hallucination « positive », symptôme classique, dit psychotique (avec le délire) des présentations de la maladie d'Alzheimer.

165

3.2.1.5/Processus défensifs : l'hallucination négative

Toujours dans le cadre des défenses, nous revenons sur ce processus structurant selon Green qui peut aussi, nous semble-t-il, devenir un facteur déstructurant dans la maladie d'Alzheimer. En effet la rigidification de la fonction symbolique dans le cadre de la régression vers le perceptif, de la réduction de la prise de distance symbolique, puis de l'assignation à l'indice pourrait permettre de comprendre les troubles de la perception comme le résultat, souvent délicat à désintriquer, des conséquences de la déafférentation sensorielle, de l'hallucination positive et de l'hallucination négative.

Cette dernière a été décrite pour la première fois par Bernheim à Nancy dans le cadre de l'hypnose et peu étudiée par Freud pour qui l'hypnose n'était qu'une voie d'accès à l'hystérie, si ce n'est dans la Gradiva (FREUD, 1906) ou le cas de l'homme aux loups en tant que refoulement, bien qu'il ait déclaré dans le Complément métapsychologique à la théorie du rêve que:

« Un essai d'explication de l'hallucination devrait s'attaquer d'abord, non pas à l'hallucination positive, mais plutôt à l'hallucination négative » (Freud, 1915, p. 139)

Elle a été remise à la mode par A. Green (GREEN, 1982), F. Duparc (DUPARC, 1992) et Roussillon (ROUSSILLON, 2012) qui y voient une défense archaïque.

Elle est évoquée par Green dans l'état-limite, liée aux frustrations secondaires, au jeu des représentations d'agressivité et d'agression réciproque entre le sujet et l'objet. Il s'agit d'une hallucination négative de la mère reposant sur le défaut de narcissisme primaire. Green évoque une sorte de surdité sensorielle et affective comparée au refoulement primaire, mais il s'agirait plus de dénégaration que de refoulement. Pour Duparc (voir plus haut) il s'agirait du retour d'un processus primaire de contrôle de la décharge liée à la satisfaction hallucinatoire du désir.

Roussillon distingue l'hallucination négative mineure de l'ordre de l'acte manqué ou du refoulement névrotique, et l'hallucination négative majeure, pour lui d'origine traumatique, le

166

perçu ne faisant pas retour. L'hallucination négative, associée ou non à un déni, l'anesthésie ou l'investissement latéral (28), tenteraient dans ces cas de maintenir un clivage entre le sujet et le monde extérieur.

L'anesthésie et l'investissement latéral sont intéressants à considérer dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Précisons : L'investissement latéral du cadre perceptif par l'anesthésie expliquerait l'investissement par certains patients du monde extérieur, de leur partenaire relationnel occasionnel en

tant qu'écran de bruit blanc pour y projeter leurs terreurs agonistiques. D'où certains agrippements à la fois terrorisés et hébétés au décours des déambulations par exemple. Ce processus rappelle la démarche, très différente et volontaire, de ceux-là qui cherchaient dans les années hippies l'isolement sensoriel (et les psychodysleptiques) pour déclencher l'hallucination (positive) ; processus, plus proche, employé par certains psychotiques, processus comparable à la

« ... matérialisation parfaite de la couche mortifiée du pare-excitations dont parle Freud dans *Au-delà du Principe de plaisir* », « ... désorganisation de l'espace représentatif, de ceux qui sont matriciels de celui-ci. » (DUPARC, 1992)

G.Lavallée (LAVALLEE, 1994) part de la spécificité de la vision, modalité dont l'organe n'est pas zone érogène, dont le regard est « décorporé » au sens de Green (éloignement de la sensation et du corps favorable à la sublimation). Il décrit une « boucle contenant » de l'enveloppe visuelle : le brut (élément bêta de Bion) de la stimulation visuelle impacte les représentations inconscientes qui sont projetées sur l'image perçue, elle est alors symbolisée. Une partie du stimulus est éliminée par cadrage, refoulement, négativation. L'écran de ce processus de projection est l'hallucination négative du visage maternel, introjecté rappelons-le lors des premiers échanges au sein dyadiques mère-bébé. Enfin, la perception symbolisée est introjectée dans l'appareil préconscient, disponible à la mise en mots. Si l'écran de projection devient trop opaque (excès de polarité hallucinatoire), l'hallucination négative provoquerait des phénomènes cliniques allant de l'inquiétante étrangeté à l'autisme. Cet excès de polarité hallucinatoire négative peut constituer une modalité de défense archaïque.

(28) Investissement latéral : mécanisme du moi, défense primaire décrite dans l'Esquisse (première partie, chapitres 12, 13 et 14) : *Nebenbesetzung*, « l'attention du moi », consistant en un surinvestissement encouragé par l'objet, est attirée vers une chaîne de traces mnésiques réalisant une dérivation latérale de l'excitation qui se traduit par une « inhibition ».

167

C.Hazif-Thomas, F.Stephan et P.Thomas étudient l'hallucination négative dans le cadre de la conscience de soi et dans une dimension à la fois psychiatrique et anthropologique. Ils la rapprochent des manifestations dépressives sévères (mélancolie, syndrome de Cotard) et de l'hypochondrie et soulignent sa valeur de mécanisme de défense coûteux contre la souffrance psychique, témoignant d'une insuffisance de symbolisation. (HAZIF-THOMAS.C, STEPHAN.S, et THOMAS.P, 2014)

En somme, nous postulons dans la maladie d'Alzheimer l'existence de processus de défense archaïques tels que ceux décrits par Duparc, Roussillon, Green dans le cadre de la psychose: clivage, neutralisation énergétique, somatose, délire, un déni de la perception, son recadrage, son estompage par l'hallucination négative, quand l'excitation ne peut plus être tamponnée par la prise de distance symbolique et que la réalité extérieure s'impose par les indices de sa présence trop excitante ou de son absence mortifère.

Qu'en est-il de l'hallucination positive ?

168

3.2.1.6/L'hallucination positive (et le délire) :

Le déni d'une perception devenant hégémonique et débordant les processus secondaires, avec son non traitement symbolique, est susceptible de produire l'hallucination positive aussi.

L'hallucination positive peut faire surgir de bons objets, non terrifiants, comme dans le cas dans le syndrome de Charles Bonnet (GONZALEZ MONGE, 2004) ou le cas des situations avec hallucination de la présence d'un « compagnon tardif » qui ont été bien décrits par l'école de Limoges (TEISSIER, GAROUX, &

LEGER, 1983) : hallucination dans l'axe de la satisfaction hallucinatoire du désir. En effet, pour Le Gouès et Péruchon,

« Le « dehors » du dément est souvent bon »,

la démence est

« ...plus proche de névrose que de psychose car l'hallucination y conserve l'investissement de la représentation de l'objet alors que la schizophrénie le perd. » (LE GOUËS & PERRUCHON, 1992)

Mais nous connaissons nombre d'autres situations moins heureuses, l'hallucination est vécue douloureusement, comme lorsque un être aimé décédé réapparaît « présent », il s'agit souvent de la mère, quelques instants, et que le malade bouleversé pleure en décrivant sa présence ou après qu'un soignant bien intentionné l'ait quelque peu forcé à prendre conscience de la réelle double absence, celle de l'être halluciné et la sienne de par son insuffisance mentale. C'est aussi cela que l'on pourrait appeler la double peine.

Quelques fois encore la situation est terrible, le malade est confus, agité, saisi dans une hallucination inquiétante, comme c'est le cas dans d'autres onirismes (delirium tremens). Très éprouvantes sont les situations de ces patients souffrant de maladie d'Alzheimer avancée, en proie à une agitation et une souffrance indicibles car ils ne possèdent plus les mots pour les dire, qui s'épuisent dans le moteur circulaire de la déambulation ou des stéréotypies pour les fuir ou les combattre. Nous avons proposé plus haut le mécanisme de la projection adhésive. Schmid-Kitsikis a souligné chez certains schizophrènes les oscillations qui vont de l'hyperassimilation à l'hyperaccommodation (SCHMID-KITSIKIS, et al. 1975). Peut-on essayer de comprendre ces stéréotypies comme une hyperaccommodation? Le malade dément

169

se cantonnerait-il au pôle hyperaccommodateur ? L'excès d'accommodation aux particularités du réel pourrait lui faire perdre ses particularités et au sujet ses limites, le noyer, ainsi que sa souffrance en se dissolvant dans l'action extérieure.

L'hallucination, mode normal et primitif de recherche de satisfaction appelle la réponse du système conscient et l'application du principe de réalité. Le moi du sujet souffrant de maladie d'Alzheimer a du mal à le faire, il peine à utiliser correctement les indices de réalité. Ce dont témoigne aussi l'autre « symptôme psychotique » dans la maladie d'Alzheimer: la construction délirante.

Camille, 77 ans, souffre de maladie d'Alzheimer depuis deux ans, semble-t-il.

Elle vit encore chez elle avec son époux et des aides à domicile.

Elle est hospitalisée dans un contexte d'épisodes confusionnels nocturnes de plus en plus fréquents et d'idées délirantes d'installation assez rapide.

Elle a fait quérir son médecin plusieurs fois pour qu'il la débarrasse des animaux qui lui rongent, dit-elle, les os des jambes. Interrogée, elle ne déclare pas de douleur mais ne supporte plus l'idée que ces « sales bêtes » soient à l'intérieur de ses jambes, se déplacent la nuit pour aller « fouiner » dans son dos, qu'elles la mangent à petit feu « avec des dents de castor ».

Toutes les explorations à la recherche d'anomalies osseuses, neurologiques, vasculaires se sont révélées négatives. On retient seulement une gonarthrose bilatérale, peu évoluée et non invalidante.

Les massages bien acceptés, les traitements antalgiques, antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur sont sans effet. Les anxiolytiques l'apaisent un peu, mais pour des doses entraînant une importante sédation. Il en va de même du neuroleptique, prescrit à une dose recommandée comme efficace, qui a cependant un effet sur la confusion nocturne.

170

La solution délirante est parfois employée contre le défaut de représentation et pour parer au retour

dangereux de l'expérience archaïque. Elle s'est imposée assez brusquement chez cette patiente, en dehors de tout contexte dépressif, qui fait souvent le lit d'une construction délirante de type paranoïaque préjudicielle chez la personne âgée, y compris en cas de maladie d'Alzheimer concomitante. Dans les cas comme celui de Camille, on assiste à un habillage progressif de perceptions somatiques, et chez elle le point de départ fut sans doute l'inconfort arthrosique. Ce processus rappelle celui qu'Hécaen avait baptisé « habillage progressif de l'acouphène initial » chez le malentendant devenu délirant, interprétatif et opposant (« paranoïa des sourds », décrite par Kraepelin). Chez Camille le mécanisme n'est pas celui d'une douleur chronique psychogène et les traitements habituellement employés dans ce type de situation sont inefficaces.

En somme, dans la maladie d'Alzheimer, comme dans la psychose, l'hallucinoïse et le délire apparaissent au sein de l'« épuisant travail anti-libidinal » (JANIN, 1995) d'une psyché qui essaye de faire sien le sens de l'existence au détriment du plaisir qui la dirige. Dans ce cadre, l'hallucination est une non-perception, et non plus une « perception sans objet à percevoir » (EY, 1973), un phénomène motivé par aucun désir, par aucune action :

« ... un anti-processus, d'une opération montée à l'envers. » (JANIN, 1995).

Un anti-processus allant à rebours de la quête de l'être humain qui traverse la réalité en la métabolisant, en se nourrissant de la « représentation » piagétienne, de "Objet interne" freudien, du "petit a" lacanien, de l'"illusion" winnicottienne ou du "pictogramme" de Piera Aulagnier...

Tous ces mécanismes intégratifs butent sur la démence : Elle fait basculer l'existence du sujet dans le registre de la perte d'objets et des mécanismes qui l'ont constitué depuis l'origine, en emballant d'autres, défensifs, dont la nécessité oubliée ou apaisée jusqu'alors aggravent ses difficultés.

C'est pourquoi autant le dépressif âgé qui porte la trace de l'épuisement que ces mécanismes induisent à la longue nous fatigue, autant le dément nous laisse pantois. Sa parole blessée, ses conduites troublantes laissent transparaître l'impact identitaire. La démence est couramment

171

évoquée en termes de détérioration et de pertes, encore des pertes, toujours des pertes... Mais de quelle perte s'agit-il ?

La perte qu'éprouve le sujet dément est en abîme, c'est aussi celle de ses mécanismes de compensation de la perte, c'est la sienne.

Dans cette perte en abîme, cette chute, ce mouvement, il faut s'interroger sur la nature de la motion elle-même. Une telle attaque contre le Moi peut-elle s'envisager comme un affaiblissement des pulsions d'autoconservation ? Faut-il faire intervenir la pulsion de mort ?

172

3.1.1.7/point de vue pulsionnel.

Nous avons évoqué distance et phénomènes transitionnels, et la pulsion ?

Il ne s'agit pas de confondre l'objet de la pulsion avec l'objet externe, mais des mouvements entre l'un et l'autre sont concevables et observés, comme dans l'autoérotisme et le jeu transitionnel. Roussillon écrit avoir été

« choqué de l'affirmation de Winnicott selon laquelle il n'y aurait rien de pulsionnel dans les processus qui ressortissent à la transitionnalité. » Il rectifie ensuite : « le processus transitionnel semble suspendre le point de vue économique ... la transitionnalité apparaît quand la force ne suffit pas à détruire le processus de liaison. » (ROUSSILLON, 1995)

On peut aussi concevoir que la force s'épuise dans le processus de liaison qu'opère la fonction

symbolique entre perceptif et représenté. Il rappelle qu'à ce sujet, « Freud est très explicite, il décrit un trajet pulsionnel qui se divise en cours de route, une motion pulsionnelle continue son chemin en direction de l'objet – et il n'est pas douteux alors qu'il s'agit de l'objet externe – et une autre partie rebrousse chemin en cours de route en direction de la représentation interne de l'objet et du Moi [...] La pulsion est à la fois « chercheuse » d'objet, elle est « chercheuse » de plaisir en rapport avec l'objet, dans l'objet et le rapport à celui-ci. » (ROUSSILLON, 2008) Peut-être avant, et en tous cas dès la naissance, jusqu'à la fin de la période sensorimotrice, l'objet présenté à la perception et la conscience par la sensation subit les avatars de cette dernière, liés à sa phase temporelle brève de travail. Nous avons vu qu'il deviendra vite affectivement permanent mais cognitivement permanent qu'après plusieurs mois de vie extrautérine... Ainsi, tapi dans les zones aveugles des buffers sensorimoteurs puis mnésiques, l'objet attend d'être perçu, cherché, retrouvé, nommé, perdu puis désiré. Comblant cette attente c'est avoir besoin de chercher, retrouver l'objet, besoin qui exige satisfaction. C'est cette dimension pulsionnelle qui permet d'affirmer que l'objet est en fait investi avant d'être représenté et réellement perçu (LEBOVICI, 1961), il deviendra un objet libidinal mais il est déjà nécessairement un objet de désir que l'enfant pourrait halluciner dès le premier mois de

173

vie... même s'il s'agit plus d'hallucination d'une situation globale de satisfaction pulsionnelle que d'une gratification liée à un objet précis. Citons à nouveau les Botella :

« Le sujet percevant est à jamais affecté par l'échec de la solution hallucinatoire, par la marque de sa propre existence dans l'objet à jamais perdu de la satisfaction... Cette fixation à l'objet perdu dans la satisfaction représente en permanence un véritable appel pulsionnel auquel le percevant est soumis en continu. La dualité représentation-perception se définit par ce double négatif [...] D'où la présence d'un double déterminisme pulsionnel.

Pour la perception, mue par la perte de l'objet-satisfaction hallucinatoire, c'est la quête pulsionnelle incessante hors-soi de quelque chose à jamais perdu ; un mouvement global pulsionnel, que nous appelons hallucinatoire, déterminant les qualités perception et hallucination. Pour la représentation, c'est la quête pulsionnelle de l'objet absent, sous forme de désir infantile, au moyen paradoxal d'un retour sur soi. Il s'agit des investissements pulsionnels de la relation d'objet, comme de la représentation en général, des liaisons et des causalités déterminant les qualités-attributs : bonmauvais, dedans-dehors... rivaux aux organes des sens, aux limites du corps et aux zones érogènes. En somme, le psychisme serait de part en part traversé par le négatif. » (BOTELLA, 2007)

L'avènement des pulsions n'a effectivement besoin que du soma pour avoir lieu. Au tout début, elles questionnent la psyché primitive, qu'au vu des données actuelles de la pédiatrie, nous sommes certains qu'elle existe in utero à défaut de pouvoir la décrire précisément. « Quêteuses d'objet », elles les recherchent dans la réalité extérieure. In utero, c'est le cordon ombilical, le placenta, les sons et mouvements, goûts du liquide amniotique. Après l'expulsion ce sera le sein, le biberon... La non permanence de ces objets retourne la pulsion sur le corps propre avec auto-érotisme compensatoire : sucer son pouce, peut-être déjà in utero. Plus tard, dans le monde intersubjectif, l'enfant pourra s'offrir lui-même comme objet de la pulsion de l'autre.

Ce circuit de la pulsion a été décrit par Freud et repris dans son tempo ternaire par M.-Ch. Laznik-penot (LAZNIK-PENOT, 1992).

B.Golse estime possible la place de l'attachement dans le montage ternaire du circuit de la pulsion:

L'objet d'attachement serait, ici, après la découverte par l'enfant du rôle auto conservatoire de l'objet (premier temps de la pulsion) et de ses absences intermittentes (deuxième temps de la pulsion), celui que l'enfant pourrait séduire en cherchant à s'offrir à lui comme objet de ses propres pulsions (troisième

temps de la pulsion).

174

Il évoque même une pulsion d'attachement :

« ... on peut en effet se demander si l'attachement ne serait pas seulement le processus dynamique qui relie la pulsion à l'objet, qui oriente l'un vers l'autre, qui permet leurs retrouvailles. » (GOLSE, 2004)

Golse se réfère lui-même à D.Anzieu qui envisage l'existence d'un

«... accomplissement pulsionnel non libidinalisé, indépendant des zones érogènes [...] intermédiaire entre la pulsion d'autoconservation et la pulsion sexuelle. » (ANZIEU, 1977).

A propos de la pulsion d'attachement de Golse, rappelons que sous le terme de comportement d'attachement, on désigne tout comportement revêtant une double fonction de signalisation et d'appel, c'est-à-dire tout comportement du bébé signifiant à l'adulte : «J'existe et je veux que tu viennes ». Sa motion, calquée sur une modélisation éthologique (protection contre les prédateurs) est de maintenir la proximité physique.

Les comportements d'attachement sont multiples (BOWLBY, 1978-1984), sans doute spécifiques de chaque dyade et, beaucoup plus nombreux que ceux initialement signalés par J.BOWLBY (le cri, le suivi du regard, le grasping, et de manière plus ambiguë la succion), en lien avec les réflexes archaïques. Faire intervenir l'attachement est compatible avec l'adage de Freud selon lequel l'objet naît dans l'absence, en s'appuyant sur sa remarque énoncée en 1925 dans son article sur La négation soulignant que toute représentation suppose rencontre préalable avec un objet source d'authentiques satisfactions (FREUD, 1925). S. FREUD prend en compte à la fois la présence de l'objet, initialement nécessaire, et son absence, facteur de représentation de l'objet manquant, qui ne peut manquer que parce qu'il a d'abord été rencontré (à l'inverse de l'étude de la Strange situation qui se centre sur le comportement de l'enfant lors du retour de sa mère, mais il n'y a de retour que parce qu'il y a d'abord eu départ.) L'ensemble du corpus métapsychologique s'est davantage consacré à la symbolisation de l'objet absent qu'à celle de l'objet présent. Et c'est pour Golse la théorie de l'attachement qui invite à porter notre regard sur la symbolisation en présence de l'objet. (GOLSE, 2014)

175

Pour lui, précoce et prégénitale, la pulsion d'attachement paraît dans le registre de l'autoconservation. Il propose que la pulsion d'attachement représente au fond la pulsion de vie non encore sexualisée par l'étaillage, reprenant la proposition de D.ANZIEU

« D'un accomplissement pulsionnel non libidinalisé, indépendant des zones érogènes, (...), intermédiaire entre la pulsion d'autoconservation et la pulsion sexuelle » (Ibidem).

Elle trouve sa source d'excitation dans la peau stimulée par les soins, son premier objet est le support maternel. Satisfaite quant à son but de protection elle alimente la base fantasmatique de peau commune d'où s'élabore l'élan réflexif du moi. Les interdits du toucher vont la contre carrer permettant le passage de la figuration archaïque à la secondarisation : L'identité, comme la fonction symbolique est une question spatiale.

Non libidinisée mais libidinisable, n'échappant pas au principe de plaisir/déplaisir, pouvant se jouer à l'égard d'objets partiels, c'est assurément un destin pulsionnel particulier.

Concernant la motion susceptible d'énergiser la fonction symbolique, nous parlerions volontiers de pulsion de retrouvailles que nous rapprochons de la pulsion d'emprise (FERRANT, 2001), de la pulsion épistémophile (FREUD, 1986), de la pulsion de savoir (DE MIJOLLA-MELLOR, 2006).

Pulsion d'autoconservation, elle dynamiserait la prise de distance dans la fonction symbolique entre indice et signe et son trajet serait bipolaire, allant de l'indice au signe :

- Donc tantôt vers le pôle représentation, en quête de l'objet absent,
« Sous forme de désir infantile, au moyen paradoxal d'un retour sur soi. » (BOTELLA, 2007)
et se retournant insatisfaite, au plus près de la trace perceptive et corporelle, du signe à l'indice.
- Donc le pôle perceptif, mue par la perte de l'objet-satisfaction hallucinatoire, quête hors-soi;
mouvement pulsionnel, que les Botella appellent hallucinatoire,

176

« Déterminant les qualités perception et hallucination » (Ibidem)

Sa destinée est liée à la mue de son choix d'objet : le corps, l'autre et finalement le verbe. Elle est surtout caractérisée par un des attributs pulsionnels classiques, la motion, dynamique qui relie la pulsion à l'objet.

Nous pensons que la clinique de l'Alzheimer renvoie aux tribulations de la pulsion de retrouvailles par l'observation des modifications de la relation à l'objet et sa perte, induites par la rigidification de la fonction symbolique. La pulsion de retrouvailles renvoie à l'archaïque, aux premiers épisodes du montage pulsionnel, hypothèse déjà formulée dans le champ de la psychose et parfois de la démence.

Reprenons le tempo ternaire du montage pulsionnel décrit par M.C.Laznik-Penot (LAZNIKPENOT, 1992), il est tentant de lui apposer un processus ternaire de prise de distance que l'on pourrait schématiser ainsi :

_ 1/ Distance : Le sensorimoteur intra-utérin s'inscrit dans un milieu aquatique fusionnant, régi par une géométrie topologique : distances dedans /dehors, contact/pas contact, tête en haut/tête en bas...

Pulsion : Rôle auto conservatoire de l'objet.

_ 2/ Distance : Ex-abrupto, la naissance est le passage à un monde régi par les lois de la pesanteur, de la déperdition calorique, de contacts et isolements mesurables, pour le moins éprouvables (plus ou moins loin du sein), celui des distances de la séparation.

Pulsion : à retrouver l'objet momentanément absent.

_ 3/ Distance : La dyade mère-enfant crée un monde régi par la géométrie de l'interaction, de la distance modifiée, manipulée, éprouvée, du rapprochement désiré. La distance devient une relation dynamique pouvant être parcourue dans le sens projectif comme introjectif. La distance peut être abolie par l'hallucination, la représentation.

177

Pulsion : à s'offrir dans l'interaction comme objet de ses propres pulsions.

Cet échafaudage à trois étages renvoie aussi à la géographie du « phantasme » chez D.Meltzer qui conceptualisant les processus psychiques dans le cadre de l'autisme décrit la bidimensionnalité à propos de l'identification adhésive, la tridimensionnalité de la « peau psychique » et la quadridimensionnalité avec l'identification introjective et la relation linéaire au temps (MELTZER, BREMNER, & HOXTER, 1980).

Ainsi, la mise en place de la distance symbolique se fait dès les premiers stades de l'avènement pulsionnel : c'est la distance parcourue par la motion de cette pulsion de retrouvailles qui part du soma. Le cordon, le sein plus tard, se présentent à la perception naissante comme autant d'indices, d'un environnement utérin protecteur et nourricier, d'un soi indifférencié, puis de la mère, de l'autre. Ils sont les pierres de fondation d'une psyché qui s'élabore en les travaillant, à partir de pas grand-chose, de presque rien. Une psyché qui fonctionne en maintenant une distance accessible et contrôlable d'avec la réalité. Dans cet élargissement progressif des distances, la pulsion de retrouvailles mobilise et se meut entre le sujet et lui-même, puis entre lui et l'objet maternel qui serait l'instance permettant de passer d'une distance primaire soi à soi, et soi à l'autre, à une distance secondaire avec les premiers processus de symbolisation que la fonction maternelle permet de secondariser, lors de la deuxième naissance :

l'accession à l'ordre du langage et de la représentation. La première mort sera de la perdre.

178

3.2.1.7/De la symbolisation primaire à la secondaire ; points de vue formel et topique : le rôle maternel
D'après Golse (GOLSE, 2014), la rencontre initiale en présence de l'objet maternel donnerait lieu à une symbolisation des liens d'attachement et de leurs éventuelles variations, tandis que les absences de l'objet donneraient lieu à une symbolisation à partir des traces mnésiques. Ces deux étapes développementales demeurent articulées tout au long de la vie. Une pulsation absence/présence. Le retour de l'objet permet dans tous les cas une confrontation entre les données issues de ces deux types de symbolisation.

_ A/ En présence de l'objet : la symbolisation des liens est de type spatial, celle des variations de liens type plutôt temporelle. Elles concernent toutes des distances ressenties qui nécessitent l'intervention de l'appareil du langage pour pouvoir être représentées. Ainsi les premières figurations corporelles (« boucles de retour » et « identifications intracorporelles » décrites par G. HAAG, manœuvres de rassemblement sur la ligne médiane...) permettent une figuration spatiale présymbolique (en régime « d'équation symbolique » selon la terminologie d'H. SEGAL, soit en identité de perception plus qu'en identité de pensée) des vécus subjectifs liés à la présence de l'autre et à la mise en jeu des liens primitifs (HAAG, 1985) (SEGAL, 1970). Ces « identifications intracorporelles » ont valeur d'indice qui demande interprétation au parent ; ces mouvements de rassemblement sur la ligne médiane ont valeur d'auto-holding et figurent protosymboliquement la réunion perdue avec la mère. La retrouvaille est donc agie et si l'on peut parler d'hallucination du désir, on peut également rappeler que cette dernière est liée à une autoperception, une représentation (VINCENT, 1986), action orientée vers la satisfaction du désir, mue par la pulsion de retrouvailles. Le processus de sémiotisation, passage de l'indice au signe sera élaboré grâce au travail psychique de la mère, de l'adulte (voir « la fonction pélican » p 177). Nous pensons voir ré-émerger ces figurations corporelles dans des états démentiels évolués ou aggravés par une sidération commotionnelle (agression somatique ou relationnelle intercurrente) : Grande hypertonie en flexion avec mouvements reptatoires des mains sur l'abdomen et le thorax, pétrissage des vêtements sur le buste ou le giron.

179

_ B/ Le passage aux représentations mentales de l'objet en son absence nécessite un travail psychique de l'objet, en termes de transformation pour lequel le bébé a besoin de la mère pour l'aider à passer de la figuration à la mentalisation. De la même manière, face à la régression vers l'indice de la maladie d'Alzheimer, la position du thérapeute peut osciller entre la reconnaissance des figurations, leur éventuelle interprétation et leur retour mentalisé au malade (Cf. le « thérapeute pélican », pp 196 et 203).

Comme le souligne Golse (GOLSE, 2013), dans cette perspective de la symbolisation en présence et en absence, il semble que la problématique de l'écart et des différences est au moins aussi intéressante que celle de présence/absence maternelle: est-ce que l'enfant ne se demande pas plutôt si sa mère est comme d'habitude ou non ? Cette problématique rejoint la proposition de W. R. BION : l'absence de l'objet serait d'abord ressentie comme « une présence hostile » ou chaotique, avant que de pouvoir être vécue en tant qu'absence (BION, 1962).

Problématique subtile pour le bébé : Si la mère est trop différente de d'habitude, l'écart est intolérable (dépression maternelle, par exemple), mais si l'écart n'est pas trop important, il peut jouer comme « surprise » stimulante pour les processus de pensée. L'évaluation des différences par rapport à d'habitude se ferait par l'observation par l'enfant des comportements d'attachement de la mère. Si l'écart « est

significatif », le bébé se trouve alors introduit à la tiercéité

« Puisque mieux vaut incriminer un tiers que lui-même à l'origine de ces modifications maternelles. » (D.MARCELLI).

Pour B Golse,

« Cette question infiltrera, on le sait, la vie durant, toutes nos histoires d'amour, la différence de l'objet aimé d'avec ce qu'il est d'habitude, suscitera toujours en nous la crainte d'un tiers rival. » (GOLSE, 2013)

Pour envisager le rôle maternel précoce dans les processus de symbolisation primaire, nous nous tournons maintenant vers les idées de Bion (NERI, CORREALE, FADDA, &

180

FAUGERAS, 2006) qui selon nous s'inscrivent aussi dans l'aménagement d'une spatialité et dont la théorie de la naissance de la pensée pose comme postulat qu'à l'origine, il existerait une pensée sans appareil à penser. Bion décrit une théorie qui est une véritable chorégraphie d'éléments alpha et bêta... La pensée-acte primaire (Cf. Berthoz) éparpille les données du sensorium, sans représenter, à partir de ce qu'il appelle le « protomental » ou « somatopsychique », qu'il aborde ailleurs au sujet des groupes. Il s'agit de protopensées qui ne signifient pas, éléments β qui seront traités par la fonction α maternelle et le biais de l'identification projective.

Après l'éparpillement, la métaphore spatiale se poursuit chez Bion avec l'élaboration d'un élément éminemment spatial aussi : la « barrière de contact », sa construction est d'ordre topologique, le rassemblement de ce qui est éparpillé (fonction α , maternelle et infantile) en réponse à un autre éparpillement (éléments β). Ces derniers se rassemblant eux-mêmes en un écran inerte et opaque qui étouffe la barrière semi-perméable et vivante située entre secteurs psychiques endormi/éveillé, inconscient/conscient, passé/futur. Conglomérat d'éléments ne pouvant faire lien mais susceptibles d'entraîner des réactions émotionnelles, il est imperméable et gêne la circulation à deux sens de la barrière de contact. Cette membrane agit comme le rêve, protecteur du sommeil, en empêchant que la perception de la réalité perturbe les fantasmes tout comme en empêchant que les stimuli d'origine endopsychique déforment la perception de la réalité. Semi-perméable signifie que la vitalité des échanges dans les deux sens est signe de bonne santé mentale.

Si le rôle maternel est défaillant, détruite par étouffement sous le bombardement bêta, la barrière α délie ses éléments qui se transforment aussi en β et vont s'associer chaotiquement aux vestiges du moi pour former les « objets bizarres » du psychotique :

« Chaque particule est ressentie par le patient comme constituée par un objet réel encapsulé dans un fragment de personnalité qui l'a englouti. » (BION W.R, 1980).

Ces non-pensées sont des choses, ces choses sont des non-pensées. Elles rendent hostile le monde du psychotique et du dément.

Gérard, 69 ans, ancien jardinier.

181

Il est arrivé dans l'unité de soins de longue durée il y a quatre mois.

Ce célibataire n'arrivait plus à vivre seul et ses voisins ont donné l'alerte. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé il y a un an, et comme sa symptomatologie n'était pas typique (apraxie très importante gênant les actes de la vie quotidienne dans un contexte de dysmnésie typique mais moins importante), une ponction lombaire a permis de retrouver des marqueurs biologiques de maladie d'Alzheimer.

Je l'ai accompagné dans le parc pour passer un moment avec lui dans un cadre qui pourrait lui rappeler celui de son ancien métier auquel il était très attaché. Nos propos sont sereins, à propos de tel arbre, de

telle haie.

Au retour, je le sens soudain tendu. La sérénité m'a quitté, moi aussi. Comme il ralentit l'allure devant le portail d'entrée, je lui demande ce qu'il se passe.

_ Ce mur a vraiment une sale gueule...

_ Pourtant la façade rouge vient d'être repeinte.

_ Oui, il est remonté. Regardez-moi ces yeux de brute.

Je scrute les fenêtres à la recherche d'une silhouette ou d'un visage derrière les fenêtres, personne.

_ De qui parlez-vous ?

_ Ben de lui, ce mur, c'est un vachard ! Allez, on s'en retourne !

Comme pour Gérard, dans certains cas, l'hallucination du malade souffrant de maladie d'Alzheimer revêt une forme retrouvée chez des patients psychotiques pour constituer des « objets bizarres », parthénogénèse

D'« un objet réel, encapsulé dans un fragment de personnalité qui l'a englouti. » (BION W. R., 1980).

182

C'est le phénomène de l'« identification projective pathologique ».

Il n'est pas impossible qu'avant son Alzheimer, Gérard possédât une personnalité avec traits psychotiques, d'autant que l'expression de son entrée en démence a été atypique. C'est une question complexe, celle de la personnalité antérieure, voire prédisposante à la maladie d'Alzheimer (PLOTON, 2014).

Pour Bion, les traces des impressions sensorielles qui sont donc des « protopensées », se manifestent lorsque l'enfant ressent un manque et il va chercher à s'en débarrasser dans une situation d'attente de ce qui pourrait venir le soulager. Bion désigne cette attente « préconception », prédisposition du bébé à rencontrer l'objet pour se satisfaire et projeter sur lui ce vécu négatif. Cette attente, cette préconception est peut-être le formant des fonctions attentionnelles. Si la rencontre qui finit par advenir avec la mère est bonne, qu'elle est capable d'accueillir les sentiments de déplaisir du bébé en le soulageant de ses projections négatives, si la mère satisfait le bébé, il y a fusion de la préconception avec l'expérience réelle du contact avec la mère, avec sa réalisation. C'est la fonction alpha maternelle, une capacité à percevoir, partager les états internes du bébé, proche de la fonction miroir du regard maternel proposée par Winnicott. Cette réalisation fait naître une « conception » sensorimotrice de la mère. Toujours dans le cadre de cette bonne rencontre, la mère accueille (capacité de contenance) les projections négatives et les restitue (capacité de rêverie) au bébé sous la forme de vivances émotionnelles transformées et adoucies, les éléments α . Les rencontres se répétant, si le bébé est capable de résister à la frustration, il développera une conception-mère supportable, débarrassée d'impressions négatives et pourra, progressivement, développer des pensées proprement-dites lors des absences maternelles. Nous oserions volontiers pour cette fonction α maternelle une métaphore digestive, celle de la maman pélican qui nourrit son petit en régurgitant un aliment qu'elle a prédigéré. Ainsi le terme nourrisson n'a jamais été aussi proche de son étymologie que sous la plume de Bion. Les sensations perçues, métabolisées, reflétées par la mère acquièrent une valeur de signifiant décollable du corps propre du bébé et ainsi se constitue la distance symbolique.

La digestion des protopensées a-t-elle déjà commencé avant la naissance ? Ces dernières existent-elles in-utéro ? En 1979, avec *The Dawn of Oblivion*, (BION W. , 1991), l'auteur ne répond pas de manière claire ; il qualifie

183

« l'expérience intra-utérine comme un monde tout à fait différent de l'identification projective »,

en supposant un rôle du thalamus comme substrat au protomentale. Il précisera que la peur de mourir du nourrisson projetée dans le sein de la mère, au sens kleinien, serait le reliquat d'une terreur primitive « sous-thalamique » :

« C'est, bien sûr, une conjecture imaginative qui pourrait prendre des années à être scientifiquement confirmée. » (BION W. , 1986).

Pas si imaginative que ça:

_ D'une part, la cartographie actuelle des mémoires chez l'adulte reconnaît les régions souscorticales pour les processus dits émotifs et procéduraux (Cf. MNESIS).

_ D'autre part, le fœtus est déjà si sensible, on le sait, il pourrait bien être déjà dans un bain autant protomentale qu'amniotique. Allons plus loin : l'attente du prochain bruit transmis par le ventre maternel, de la prochaine voix, de la prochaine systole, du prochain contact entre les doigts et le cordon pourrait-elle être une première relation d'objet génératrice de détresse, à tout le moins de manque, de besoin, de pulsion de retrouvaille ?

Bébé est dans l'utérus, dans un contenant bienveillant et protecteur. Maman se repose, change de position, caresse son ventre, chante, parle à bébé, surveille son alimentation, coordonne et module tout cela en fonction d'une attention extraordinaire à ce qui se passe en elle. La « préoccupation maternelle primaire » (PMP) décrite par Winnicott (WINNICOTT D. , 1996) exprime déjà sa « maladie normale » chez la femme enceinte, dans le cadre intime d'une contenance corporelle, d'une imbrication, d'un contenant /contenu (Bion). Oui, on peut penser que la fonction α maternelle s'exerce avant la naissance. Ainsi, en reprenant le rôle symbolisant de l'interaction mère/enfant décrit par Winnicott qui insiste sur la capacité de tolérance à la frustration suffisante du bébé adossé (au sens du holding) et une aptitude de la mère à la "rêverie" métabolisante ...

_ ... et d'autre part, la conception de Bion selon laquelle la pensée précède le penseur mais se fabrique à deux, on peut dire que les deux auteurs sont dans la lignée de M.Klein, puisqu'ils

184

évoquent deux façons de concevoir le passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive, l'intégration topologique de ce qui a été éparpillé à l'extérieur, la constitution de la relation avec un objet unifié et que d'ailleurs Winnicott appellera « stade de la sollicitude » (concern) ce terme décrivant d'une façon positive un phénomène qui négativement se traduisait chez Mélanie Klein par « culpabilité » : « La reconnaissance de la mère comme personne se fait d'une façon positive, normalement, et ne provient pas d'une expérience de la mère vécue comme symbole de frustration » (WINNICOTT D.W , 1969)

Finalement l'attitude maternelle métabolise les actes du bébé, ne se contente pas de détoxifier ses expressions pulsionnelles, ses éléments β , mais indice l'histoire de ce qui se passe pour lui. Sa « maman pélican », son regard, ses mimiques, ses attentions, ses paroles lui renvoient des symboles, icônes de cette histoire. Nous y voyons le rôle de la fonction symbolique maternelle, dotée d'un équipement secondaire, contribuer à édifier celle du bébé encore infans, et postulons que la fonction α , la rêverie maternelle, la PMP et le holding sont la fonction symbolique à l'œuvre dans la dyade mère/bébé, plus spatialement parlant, dans l'aire transitionnelle qui leur est commune.

Ce qui se jouerait est bien de l'ordre du symbolique, c'est la traduction maternelle de processus internes, sensations, traitements premiers de ces sensations : pictogrammes (AULAGNIER, 1975), idéogrammes (BION W. , 1962), premiers signifiants formels (ANZIEU, 1977)... Nous considérons cette traduction par la mère d'éléments analogiques disparates en une concaténation symbolique comme le premier passage de la symbolisation primaire à secondaire, étayé par l'appareil du langage maternel.

La psyché maternelle fait parcourir aux éléments analogiques pris en compte, indices individuels, la

distance symbolique en leur faisant correspondre les symboles de ses réactions (sourires, murmures, regards, puis mélodées) et enfin digitalement des paroles, des signes. Elle est plus compétente que la vraie maman pélican, car ce faisant elle renvoie en miroir à son enfant une image dans laquelle il s'identifie comme être symbolisant. Mais dans tout travail de traduction, il y a de la perte. Est-elle là constitutive de l'inconscient de l'enfant, l'analogique non traduit s'y regroupe-t-il ? L'inconscient serait-il l'indiciel qui a résisté à la fonction symbolique de la mère ?

185

En tous cas l'enfant s'appropriera ce travail maternel de traduction et de symbolisation y compris l'appareil de langage, l'on sait le rôle de l'écholalie dans l'acquisition langagière. Le langage est bien dès le départ, comme le soutiennent Wallon et Bruner, avant tout un acte de communication.

Roussillon décrit La fabrique de la pensée, de l'objet total (maternel) dans le registre économique comme la valorisation des deux modes de représentance pulsionnelle non verbale par la réponse maternelle qui les élève au rang communicationnel. (ROUSSILLON, 2008). L'interaction doterait deux registres de communication pulsionnelle, si l'on peut dire :

_ Le représentant-affect de la pulsion, considérée comme « messagère ».

_ La mimogestualité et les postures correspondant aux représentants-représentations de chose de la pulsion

Roussillon propose de les grouper en processus de symbolisation primaire, qu'il définit comme « les opérations qui font passer de la matière première psychique à la représentation d'objet au sens freudien du terme » (GOLSE et ROUSSILLON, 2011)

Elle constitue la base de communication à condition que la mère l'accepte en répondant :

« C'est par la réponse de la mère que la sensation, par exemple, acquiert la valeur d'un message ou, au contraire, perd cette fonction. » (Ibid.)

La réponse et donc le partage préverbal pourrait d'ailleurs se faire dans le cadre des neurones-miroirs (GALLESE, FADIGA, FOGASSI, & G, 1996).

La symbolisation primaire et ses deux registres ne disparaîtront pas avec l'émergence du langage, ils continueront à s'infiltrer dans ses dimensions pragmatiques et énonciatives en termes de communication non verbale tout au long de la vie. Et en fin de vie, devant des malades souffrant de maladie d'Alzheimer, ce langage corporel qui demeure, qui est aussi marqué par l'âge et la maladie, n'en reste pas moins un langage élaboré dès les origines, qui ne dispense pas que des messages « bêtes » mais est porteur de messages se rapportant au Moi d'avant la constitution du langage verbal.

186

L'émergence des premiers tenants et contenus de la pensée est finalement marquée par le

« Double ancrage, corporel et interactif, des processus précoces de symbolisation. » (GOLSE, 2014)

qui s'inscrit dans la mimogestualité et les postures correspondant aux représentants-représentations de chose de la pulsion, dans les productions postérieures dites de communication non verbale, avec parfois des énoncés contradictoires aux énoncés verbaux et un équilibre subtil dans ce que Cosnier et Bekdache appellent l'intégration verbo-viscéromotrice (COSNIER, 1980) dont la notion remonte à Watson :

« Quand un individu réagit à un objet ou à une situation, son corps entier réagit. Pour nous cela signifie que l'organisation manuelle, l'organisation verbale et l'organisation viscérale fonctionnent ensemble chaque fois que le corps réagit... Ces trois formes d'organisation ne peuvent fonctionner ensemble en se suppléant mutuellement (ou même en se substituant) que si elles existent simultanément comme des parties d'une organisation intégrale totale. » (WATSON, 1926), « ... on peut dire raisonnablement que la pensée peut être successivement kinesthésique, verbale ou émotionnelle. Si l'organisation kinesthésique

est bloquée, l'organisation émotionnelle prédomine... » (Ibid.).

Le recours à la mimogestualité et au registre corporel de l'affect est courant dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Il peut être mis en avant du fait de la diminution de l'efficacité langagière mise à mal par la rigidification de la fonction symbolique.

« ...on peut aussi incriminer le besoin de tenter (en vain) de se concentrer ou la mise en scène de la dérive, à propos de la déambulation. Tout comme on peut évoquer le besoin de se sentir exister à propos de gestes auto-centrés et, surtout, de cris incoercibles. » (PLOTON, 2009)

Nous avons décrit (GONZALEZ MONGE, 1984) le phénomène fréquent de dissociation verbo-gestuelle chez certains déments, courant aussi dans les aphasies d'expression, rendus incapables par anomie de dénommer un escalier en colimaçon mais traçant du doigt dans l'air la spirale de son trajet pendant que, perplexes, ils en cherchaient le mot.

187

Nous avons aussi décrit le « signe de la main sur la joue » (ibidem) : c'est le cas de ces vieilles personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, assises toute la journée sur leurs fauteuils, dépassées par le décalage entre leur temporalité ralentie et l'hyperactivité pressée des soignants qui défilent devant elles. Elles en agrippent un de temps en temps, à l'occasion d'un soin, d'une prise médicamenteuse, elles le caressent sur le visage, longuement, comme elles n'auraient pas osé le faire avant leur maladie. Le besoin de communication prime sur le quant à soi. Ce qu'elles ne peuvent plus échanger verbalement dans le registre de la communication sociale, il faut qu'elles le fassent dans celui en principe réservé à la communication intime, mimogestuellement, en prenant le risque de la confusion de ces registres. Certains vieux messieurs le payent cher quand l'interprétation de leurs conduites se résume à l'étiquette neurologisante de « désinhibition sexuelle ». Et la tendresse, bordel ?

Un groupe de déments vus de loin peut paraître impliqué dans une conversation cohérente et cohésive; ils partagent des gestes, des mimiques, des tours de paroles sans dysharmonie, certains paraissent s'emporter ou se réjouir des contributions d'autres. Mais dès que l'on s'approche, on s'aperçoit que l'échange verbal est cacophonique. En recourant au registre de la symbolisation primaire restante, en utilisant les « représentants-représentations de chose », la communication, vitale, résiste à l'effondrement du langage.

Dans d'autres cas, ce registre exprime la tension et la souffrance, le vide, le vertige de non distance. Les manifestations sont « négatives », immobilité, amimie, regard figé. Elles n'en demeurent pas moins des manifestations, validant le postulat très général de l'école de Palo Alto :

« Everything is communication: it is impossible not to communicate. » (BATESON, 1963)

Quand l'appareil de langage n'est pas abrasé, des interactions dysharmoniques entre langage (intérieur et relationnel) et activités corporelles ont été analysées chez les hystériques et obsessionnels (IRIGARAY, 1967) et dans le cadre de la pensée opératoire chez les personnes prédisposées aux pathologies psychosomatiques avec un déséquilibre entre valences pragmatique et homéostatique (MARTY, de M'UZAN, & DAVID, 1963).

Un tel déséquilibre est retrouvé chez les états limites, au sens de Bergeret (BERGERET, 1974). Nous reprenons brièvement sa description :

188

« Les états limites, eux, constituent une troisième forme de structure psychologique, caractérisée par une immaturité psycho-affective, dont les décompensations peuvent emprunter des voies propres aux névroses, mais aussi aux psychoses. C'est dans ces deux derniers cas (surtout dans celui des psychoses) que les processus d'amortissement émotionnel et d'intériorisation avec création de sens figuré sur lequel

s'appuyer semblent les plus défaillants. Les états limites et, à un degré de plus, les structures psychotiques décompensées, posent la question de l'identité en tant que sentiment d'exister, capacité de se reconnaître fondée sur les ressources intérieures. Et la réponse tirée de l'observation va dans le sens d'un niveau d'estime de soi problématique et d'une identité propre faible (identité d'emprunt par étayage sur les autres, voire identité délirante). »

« Dans les états limites, le travail associatif, la rêverie, la fantasmatisation, sont pauvres. » (PLOTON, 2009a)

Le recours au corporel y est une solution, comme dans la maladie d'Alzheimer. Cependant il semblerait qu'une personnalité psychosomatique ou limite aient un risque différent de développer une démence. Ce point de vue étiologique du rôle de la personnalité prédisposante est l'objet d'études actuelles, l'approche de la communication non verbale serait intéressante, et L. Ploton anime à Lyon en 2014 une série de colloques consacrés à ce thème (PLOTON L. , 2004) (PLOTON, Rencontre avec des Auteurs: « Existe-t-il une personnalité prédisposant à la maladie d'Alzheimer?, 2014)

La « deuxième naissance » que nous évoquons plus haut prélude à la mise en place de l'appareil de langage, des liens entre représentants. Nous avons souligné qu'elle est marquée par un processus de traduction maternelle d'un registre analogique à un langage plus complexe, mêlant analogique et digital et instaurant la distance symbolique.

Dans cet axe de recherches, l'invite est faite aux spécialistes de la prime enfance et de la psychogérontologie à partager leurs points de vue sur ce qui se met en place et se défait dans la démence tardive. On peut imaginer que des réponses à la question de l'élaboration infantile de la psyché pourraient être fournies par l'étude de son délitement démentiel. Pédiatres et gérontologues devraient travailler ensemble...

Les liens associatifs sont en effet attaqués dans la maladie d'Alzheimer, processus organique de déliaison neuronale, de perte de ponts synaptiques. Les mécanismes secondaires sont ainsi

189

progressivement érodés. On peut parler d'érosion puisqu'ils se sont mis en place en surcouche, par-dessus le primaire.

Dans la partie de cette thèse consacrée au cognitif, nous avons envisagé le rôle de la rigidification de la fonction symbolique dans la déliaison sémantique. Nous allons maintenant l'envisager dans une perspective psychodynamique, l'érosion des mécanismes secondaires.

190

3.2.2/H4 : Erosion des mécanismes secondaires

Notre quatrième hypothèse (H4) est que la rigidification de la fonction symbolique attaque le Moi, instance « secondarisante » et de liaison des représentations, autorisant le lâchage de processus primaires que nous venons d'évoquer.

Selon Ploton, cette altération de l'appareil de langage est la signature de la maladie :

« ...le retour à un mode de pensée non verbale ou préverbale, au terme d'une difficulté croissante d'accès au lexique mental, qui va manifestement de pair avec les contre-performances mnésiques et cognitives, mais aussi avec des troubles psychologiques graves. En effet le dément, à la différence de tout un chacun, ne possède plus la capacité de mettre des mots sur ses affects. C'est-à-dire que les stress auxquels il est soumis ne sont plus métabolisables comme ils le sont chez les sujets disposant de la fonction cathartique de la parole. » (PLOTON, 2001)

« Ce qui caractérise le fonctionnement psychique des malades est leur incapacité de penser avec des mots. Ils sont privés de discours intérieur, comme revenus à un fonctionnement de type pré-verbal. »

(PLOTON, 2009)

Marion Péruchon (PERUCHON, 1994) relève une fracture des chaînes associatives et donc des liens dans le langage et la pensée des déments. Elle envisage un processus de désymbolisation

« Et donc d'une problématique de la liaison entre représentant et représenté »,

Il s'agit bien là de faillite de la fonction symbolique, qui conduirait ailleurs, dans la pensée opératoire, les mots « à tourner à vide »,

« Bref, tout se passe comme si la représentation de mot prenait le pas sur la représentation de chose. »

Tandis que dans la pensée de la démence de type Alzheimer,

191

« les représentations de mot sont atteintes en premier laissant longtemps subsister l'affect avant que celui-ci ne se désintériorise pour retourner à l'émotion, plus proche du corps. » (Ibidem)

Le premier signe apparent, l'anomie, ne doit pas tromper. Il est banal dans la vie quotidienne des « gens normaux » ; qui n'a pas éprouvé l'agaçant phénomène du mot sur le bout de la langue ? Cette sensation de frustration irritante est liée à la conviction que nous pouvons récupérer le mot manquant, ce qui nous en éloigne davantage. Dans la maladie d'Alzheimer, ces processus réactifs s'amenuisent laissant la place au manque, à la béance et l'anomie renvoie à la non représentation et son cortège d'angoisse. L'ombre de la béance, sa menace justifie probablement, au moins en partie, les efforts de tout un chacun pour tenter désespérément de récupérer le mot manquant, même si un synonyme, une paraphrase est à disposition :

« Ce n'est pas que le nom fût loin, il était là, tout près de lui, il était sur le bout de sa langue. Il flottait autour de sa bouche comme une ombre. » (QUIGNARD, 1993)

Comme dans le registre cognitif, troubles de la pensée, de la symbolisation et troubles de la mémoire sont la cible commune d'un effondrement autoentretenu. L'identité en pâtit dans la mesure où elle intègre en termes de conscience ces divers processus psychiques. La mémoire en tant que marqueur de temps joue un rôle dans l'invariance d'un « moi en nous-mêmes », pas seulement la mémoire du passé rappelé, celle aussi qui permet d'envisager un futur, dans un processus mnésique à la fois continu, selon Husserl (HUSSERL, 2003) et discontinu, selon Proust (PROUST, 1989).

Il paraît très difficile de décrire linéairement le rôle de la mémoire, de l'attention, du jugement pour rendre compte des dégâts dans les processus circulaires du mental. Cependant, celui des processus associatifs fondé sur l'inscription des traces, des représentations de choses et de mots, de leur liaison, paraît essentiel. Les données histopathologiques sur la perte des connexions et de la transmission neuronale attestées par les modifications de la neuromédiation synaptique (acétylcholine, essentiellement) renvoient à la rupture de ces liens ou des associations mentales ainsi qu'à celle des limites psychiques décrites dans la littérature psychologique et psychanalytique.

192

Si les représentations de chose résistent mieux, ce sont les liens entre représentations de mots qui seraient attaqués les premiers, et les représentations de mots elles-mêmes. Le langage du dément en témoigne, avec « une pensée qui se défait » (PERUCHON, 1994), et son cortège symptomatique : manque du mot, paraphrasies, glissements de sens, néologismes, dyslogies. La pensée apparaît appauvrie, mais l'inconscient et les représentations de chose résistent par définition :

« Laissez travailler l'inconscient, il ne se fatigue jamais. » (BEAUNIS, 1909)

Les circonstances affectives d'un discours, d'une interaction, d'un souvenir rallument les cendres.

Roussillon rappelle que Freud a avancé dès 1917 la notion de la représentation de chose comme concept

inconscient autorisant le lien entre motions pulsionnelles et à l'origine de la représentation, et que par-là, l'inconscient se saisisait comme espace représentatif, différent de l'inconscient primaire perceptif (ROUSSILLON, 1992) : Il s'agirait bien de l'inconscient structuré comme un langage, selon Lacan. Cet espace aurait pour matrice en creux la «représentation de choses de non-représentation» et en plein le contenu des représentations de chose. Mais les affects accompagnant la représentation de choses de l'absence de représentation, affects agonistiques, sont ceux qui sont susceptibles d'agresser le psychotique comme le dément, chez qui l'érosion des processus secondaires par rigidification de la fonction symbolique les met à nu. Ce sont des affects nés de la genèse de la « crainte de l'effondrement » winnicottienne, éprouvés de souvenir d'une inexistence de souvenir, de représentation d'un irréprésentable, éprouvés d'absence de soi. La symbolisation n'est pas qu'un moyen de gérer la perte, c'est aussi un moyen de faire disparaître ces éprouvés toxiques. Hélas elle défaille.

Tout se déroule comme si le jugement d'attribution, plus ancien que le jugement d'existence résistait mieux (Ibidem):

"La fonction de jugement a essentiellement deux décisions à prendre. Elle doit attribuer ou retirer, verbalement, une propriété à une chose - ceci est donc le jugement d'attribution - ou elle doit d'une représentation attester ou contester l'existence dans la réalité - et c'est donc le jugement d'existence - il nous porte au cœur de la question de l'objet. Il ne s'agit pas d'en rêver, il faut, pour que cet objet puisse apporter satisfaction, que le sujet s'assure de sa présence réelle. » (FREUD, 1925)

193

Le jugement d'existence se met en place plus tardivement, il est fondé sur les représentations et affirme ou infirme qu'elles trouvent leur objet dans la réalité, il est plus complexe et donc plus fragile : Toujours la même logique parfois de la régression mais ici de la rétrogénèse. Il se détériore dans la démence, l'amnésie jouant un rôle certain dans la mesure où elle rend imprévisible la réalité en tant que suite d'évènements ; le jugement d'attribution, résiste davantage car il est basé sur l'affect.

« ...on assiste progressivement au cheminement à rebours du développement psychique. Ce sont les représentations de mots (niveau le plus évolué) qui se voient en premier touchées, laissant beaucoup plus longtemps subsister les représentations de choses et l'affect. [...] Ainsi, la rupture des liens et l'effacement des limites et des contenus psychiques déterminent « psychanalytiquement parlant » la dégénérescence propre à la maladie d'Alzheimer en suivant à rebours le parcours génétique de la psyché. » (PERUCHON, 2012).

Nous avons évoqué la mise en place des expériences primaires. Si pour une raison ou une autre (défaillance dans l'étayage maternel) elles ont un caractère traumatique, qu'une défense primaire s'oppose à elles, elles bénéficieront mal de secondarisation, exerceront un effet sur le développement du sujet, cette destinée est celle de la symbolisation primaire traumatique. Qu'elles aient connu une destinée « normale » ou traumatique, l'érosion des mécanismes secondaires les mettra à nu, dans la maladie d'Alzheimer. Dans les deux cas elles garderont une forme proche de celle de leur enregistrement ou de leur fixation défensive, deviendront des lois immémoriales (ou plutôt non mémorisables) comme dans certaines provinces d'Espagne, ce sont les fueros dont parle Freud (29). Celles-ci ne peuvent être qu'énigmatiques puisqu'elles ont échappé, par constitution dans le premier cas ou déstructuration dans la maladie d'Alzheimer, à la symbolisation secondaire.

C'est donc dire que l'on peut s'attendre à rencontrer deux types de présentation dans la symptomatologie de la maladie d'Alzheimer, deux expressivités différentes, dont l'une particulièrement obscure. Les deux pouvant coexister chez la même personne car si des patients se démentifient sans avoir présenté avant d'importants troubles de la personnalité liés

194

à une problématique narcissique ou limite, ce n'est pas toujours le cas. Nous avons déjà précisé que l'hypothèse de la personnalité prédisposante était en cours de débat.

Il existerait en effet selon Peruchon (PERUCHON, 2001) deux types d'évolutions démentielles : les démences riches, avec

« Une frange d'imagination qu'un langage moins atteint véhicule »

et les démences pauvres

« Plus engluées dans le perceptif. »

Les premières « meublent le vide psychique en se tournant vers l'intériorité (fantasmes, souvenirs, passé) » dans les deuxièmes elles se tournent vers

« le seul monde extérieur (le sujet collant à elle ne fait d'ailleurs que décrire cette réalité). » (ibidem)

Cette dichotomie peut également être considérée du point de vue des mécanismes de symbolisation primaire, traumatiques ou pas, mis à nu par l'érosion secondaire.

Nous pensons que l'érosion secondaire met à jour les processus symboliques primaires et les défenses attenantes comme le vent lève le sable sur les fondations d'une ville ancienne dans le cas des démences riches, mais qu'il ne peut lever la couche de lave pétrifiée qui recouvre les processus primaires traumatiques dans les démences pauvres, mettant à nu sa surface aride qui emprisonne sédiments récents et anciens. En termes de défenses mises à nu, dans les deux cas, celles élaborées contre l'angoisse de non représentation sont à considérer.

Dans les deux types de présentation, la rigidification de la fonction symbolique altère les processus de symbolisation et de prise de distance (cf. les observations de Sagne que nous rapportons). Ainsi, même dans les démences « riches », le recours à la métaphore s'affaiblit. Il se limite dans un premier temps au recours à la métaphore d'usage qui témoigne d'une

195

stratégie palliative encore efficace, pour disparaître ensuite. Le style s'aplatit, comme il « est l'homme même », l'identité fait de même.

La problématique de l'investissement pulsionnel amène à évoquer celui du désinvestissement « Avec son côté sombre et préoccupant, marque de la pulsion de mort et donc de la déliaison pulsionnelle. » (PERUCHON, 1994).

Doit-on y voir l'impact de la pathologie ou un processus protecteur, une hibernation destinée à protéger le fonctionnement psychique ? Cela cadrerait avec une pulsion de mort comprise au sens énergétique comme une prise d'entropie, un refroidissement et une déliaison.

En considérant la pulsion de retrouvaille, que nous tenons pour proche de la pulsion d'attachement définie par Golse, comme la pulsion de vie non encore sexualisée par l'étayage, peut-on envisager que la rigidification de la fonction symbolique que nous constatons soit due au déséquilibre entre cette pulsion de vie qui se retourne sur un soma lui-même finissant et la pulsion de mort ? Allons plus loin : La pulsion de retrouvaille se retournant sur le soma, la rupture des chaînes associatives et les mécanismes de défense archaïques peuvent-ils détruire l'organe cérébral ?

« Nous aurions donc affaire ici à une autodestruction psychosomatique. » (PERUCHON, 2001)

Y aurait-il association de malfaiteurs, la mise en repos supposée « protectrice » et l'attaque psychosomatique, la somatose, associant leurs effets de déconnexion cérébrale ?

Ploton rappelle que ce débat doit être posé dans le cadre épistémologique de la complexité, qui ne se contente pas de causalités linéaires :

« Si la fonction du cerveau est de pratiquer des opérations de traitement d'informations (selon des règles décryptées par la psychologie) le lieu, le support, l'inscription de ces informations est biologique, tout autant que les artifices matériels qui permettent que s'opère ce traitement (cf. : l'exemple de la règle à calcul qui est proposé).

A partir de là, il est envisageable, par exemple : d'intégrer la part possible du métabolisme émotionnel dans la constitution du déficit, mais aussi d'évoquer le rapport affectivité/déficit/lésion, avec des

196

raisonnements plaçant aussi bien la lésion dans l'ordre des causes que, comme on le verra, dans celui des conséquences.

La question d'une part, plus ou moins importante de psychogenèse des syndromes démentiels ne peut en effet absolument pas être éludée, que ce soit en référence : au travail psychique de deuil, à la problématique narcissique du vieillissement, ou à la question de l'angoisse de mort, dont le pouvoir déstabilisateur ne doit pas être négligé.

Tout est affaire d'optique, et de vocabulaire, on est aussi bien en droit de parler de conséquences, de compromis, de combinaisons, ou simplement de constater des corrélations et un équilibre remplissant une fonction, que l'on est en droit de croire les phénomènes observés : finalisés ou fortuits. Les phénomènes sont les mêmes, mais le regard, et les développements intellectuels qui s'ensuivent ouvriront ou fermeront des pistes de recherche, et d'éventuelles voies thérapeutiques, comme autant de portes. » (PLOTON L. , 2004)

La rupture des chaînes associatives dans la maladie d'Alzheimer est un phénomène largement évoqué dans la littérature, nous proposons qu'elle soit liée à la modification du jeu sur les distances symboliques qui définit la rigidification de la fonction symbolique. Le corrélat biologique serait l'appauvrissement synaptique au sein de la connectivité neuronale qui soustend le réseau sémantique élargi dont les articulations attributionnelles entre nœuds conceptuels s'enraidiraient, modifiant sa conformation. Nous rappelons l'affirmation de Ploton selon laquelle

« Les démences ne sont pas plus neurologiques que cognitives ou psychologiques mais que c'est l'observation qui choisit de se centrer sur un de ces champs pour des besoins particuliers relatifs à leur étude. » (PLOTON, 2001)

Enfin, l'érosion secondaire aboutit à la faillite de l'appareil de langage dont une des fonctions est pare-excitation vis-à-vis des processus primaires, lâchant les défenses archaïques qui attaquent une pensée en train de se défaire. L'inconscient fait donc irruption à l'état natif et le garde, avec les affects associés, notamment les angoisses premières dont celles élaborées contre l'angoisse de non représentation. La symptomatologie de la maladie d'Alzheimer serait donc liée à un double impact : celui, déficitaire, de la rupture des liens associatifs qui abîme les instruments cognitifs et empêche le pare-excitation symbolique et celui, productif, des défenses mises à nu. Cela pourrait rendre compte, en fonction de la prévalence des facettes tantôt déficitaire, tantôt productive des présentations démentielles dites pauvres ou riches

197

(PERUCHON, 2001). Dans ce contexte des implications inconscientes, la question de l'histoire individuelle et de la personnalité reste entière à considérer. Nous ne l'avons pas abordée, elle est pourtant d'importance : Si par défaillance dans l'étayage maternel, ces angoisses sont liées à une expérience à caractère traumatique, ce sont des défenses archaïques telles qu'on les décrit dans les manifestations des personnalités à problématique narcissique ou psychotique qui vont se déchaîner. Le mécanisme de

l'érosion secondaire n'est donc pas censé engendrer une psychopathologie uniforme, d'autant que le niveau de démentification modifiera aussi la psyché de chacun en fonction de son noyau névrotique.

198

3.2.3/Au terme de ce survol

On peut donc proposer que la rupture des chaînes associatives dans la maladie d'Alzheimer abrase la structuration édifiée par les processus secondaires et lâche les défenses archaïques qui attaquent une pensée en train de se défaire et de se retourner sur son versant primaire.

Les représentations de chose résistent mieux.

Au plan topique, à la rupture de liens s'associe la dissolution des enveloppes, l'indistinction.

« ...seuls les mots de la langue ont le pouvoir de maintenir la frontière qui aménage passages et transformations entre les modalités d'activité psychique des différentes instances définies par chacune des topiques » (SUCHET, 2006).

Avec la régression vers le perceptif et le soma, les frontières entre le monde interne et le monde externe se défont,

« ... les limites entre instances psychiques (entre inconscient, préconscient et conscient) se dissolvent tout autant. Dès lors, le refoulement, défense bien mentalisée qui conserve les traces mnésiques dans l'inconscient grâce à l'édification de barrières interdictrices, ne peut plus être efficace. » (PERUCHON, 2012)

C'est au niveau du préconscient que l'effacement des limites entrerait en jeu :

« La porosité du préconscient qui se présente comme un espace intermédiaire entre conscient et inconscient. Le préconscient, rappelons-le ici, garantit une mentalisation et une fantasmatisation en faisant lien entre les représentations de chose et les représentations de mot, de même qu'entre les processus primaires et secondaires. » (LINX, 2007)

Dans l'inconscient les représentations de chose résistent mieux, sont matérialisées, constitutives du corps propre, si elles peuvent transiter vers le préconscient, ce qui devrait être le cas du fait du relâchement topique dans la maladie d'Alzheimer, elles devraient être dématérialisées par l'appareil du langage en représentations métaphoriques corporelles. C'est

199

à-dire qu'en termes de distance symbolique, elles devraient accéder du statut d'indice à celui de symbole (y compris à substrat corporel), voire de signe. Cela se produit mal car précisément l'appareil de langage est malmené par la rigidification de la fonction symbolique.

Louis Ploton évoque cette dimension rhétorique qu'autorise la fonction symbolique, qui pourrait même avoir valeur protectrice :

« On est en droit de supposer qu'une personnalité comportant d'importantes facultés associatives (notamment des compétences métaphoriques développées) sera longtemps protégée d'une décompensation clinique, malgré une importante prolifération amyloïde. » (PLOTON, 2009)

Mais la rigidification de la fonction symbolique a lésé l'appareil secondaire. L'inconscient fait donc irruption dans un préconscient poreux, à l'état natif et le demeure, avec les affects associés : Le dément n'est pas hystérique. La clinique le confirme toujours, l'affect résiste mieux mais finit par

« Basculer dans l'émotion, dans cette dimension plus proche du corps et de l'agir. » (PERUCHON, 2014)

L'émotion témoignerait ainsi des motions pulsionnelles privées du signal de leurs représentants, retournant buter contre le somatique sans possibilité pour la psyché de les travailler, bien qu'elle en soit informée par l'affect, préservé, qui continue à manifester son signal. C'est l'angoisse, qui pour Freud (FREUD, 1926) est l'affect le moins « qualifié » et qui envahissant l'ensemble de la vie affective auto-informe la psyché de ce qui se déroule en elle. La psyché se retrouve à éprouver sa dérégulation secondaire dans ses limites somatiques, l'ébranlement pulsionnel et à endurer le signal d'angoisse. Dans la maladie d'Alzheimer, c'est une ville bombardée et assourdie par les sirènes mais sans information sur l'attaque qu'elle subit. Elle va se défendre coûte que coûte... contre quoi ? Avec quelles défenses ? C'est la panique.

Freud l'a tôt remarqué : la psychopathologie peut se décliner par le type de stratégie défensive mis en place. En suivant le résumé proposé par Roussillon (ROUSSILLON, 2008, p. 180), et

200

en pondérant par la place qu'a pris l'affect pour chaque sujet dans le déroulé de son histoire, on peut les énumérer :

- _ Désassemblage de l'affect et de la représentation dans les états névrotiques ;
- _ Désorganisation du rapport entre affect et représentation dans les états psychotiques ;
- _ Indifférenciation entre affects et représentation dans les souffrances narcissiques ;
- _ Etouffement de l'affect dans la pathologie psychosomatique.

Nous rajoutons l'isolement des affects spécifiques liés à la non représentation et aux représentations de choses dans la démence, leur clivage. Il n'y a pas de retour du refoulé spécifique en dehors de celui propre à toute organisation névrotique préexistante et perturbé par l'érosion secondaire mais retour au perceptif, hallucinatoire, agi d'une expérience primitive, celle du clivage que le moi a du déchirer par rapport à l'angoisse de nonreprésentation pour se protéger de sa menace constante, séparant un moi terrifié d'un moi affaibli.

Le scénario catastrophe ne s'installe pas d'un coup. L'érosion des processus secondaires est une érosion, elle laisse longtemps subsister de quoi travailler pour le sujet et pour le thérapeute.

C'est ainsi que l'écoute du dément permet d'entendre les oublis : ils relèvent de causalités psychiques affectives, historiques et organiques à la fois. Les difficultés mentales sont dépressivogènes et dans cette ambiance négative les oublis concernent surtout ce qui a été peu investi par le désir. Le Moi vacillant sur son trône comme le Roi de Ionesco peut encore au début les manipuler pour éviter une trop grande souffrance morale. Malgré l'anémie mentale qui s'aggrave, le malade actualise sa personnalité et son noyau névrotique, moins accessible, continue à s'exprimer. Il est alors possible de l'approcher en s'aidant éventuellement du repérage du type de déséquilibre assimilation/accommodation comme Tissot l'a fait pour les névroses constituées (TISSOT, 1984). Une approche psychanalytique avec aménagement de la cure et recours au corporel peut aussi être proposée. Les conflits mentaux et les conflits de réalité peuvent coexister chez ces sujets à mauvaise organisation psychique, et il y a toute une psychopathologie de ces associations qui reste à décrire. La répression et le refoulement sont encore possible pendant quelques mois, quelques années, ils aggravent alors les déficits

201

instrumentaux, les mettent au service de l'autoconservation dans un baroud d'honneur perdu d'avance.

202

4/ Réflexions sur l'approche psychothérapique dans la maladie d'Alzheimer

En dernière partie de cette thèse, nous proposons ces réflexions alimentées par la thématique de la

fonction symbolique, mais la dépassant largement. Finalement, c'est la pratique clinique qui nous a amené à nous interroger et c'est vers elle que nous nous retournons.

Comme dans l'introduction générale, nous précisons que nous ne traiterons donc (presque) pas des aspects interactifs entre le « patient » souffrant de maladie d'Alzheimer et son entourage, pas plus que nous n'aborderons le domaine très vaste des approches systémiques concernant la question du lien entre le malade, les membres de la famille et les professionnels, dans un espace familial constitué de longue date. De nombreux et riches travaux sont consacrés à cet aspect de la psychogérontologie clinique (PLOTON L. , 2010) (PITAUD, 2006) (BIOY, 2003) (HIRSCH & MOULIAS, 2005).

Nous nous limiterons donc à quelques réflexions orientées par les concepts abordés lors des précédentes parties de la thèse, et ce de manière presque aphoristique.

Malgré de nombreux essais d'aménagement institutionnel, la notion d'incurabilité et les difficultés langagières ont autrefois tenu le psychothérapeute à l'écart des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. Aujourd'hui encore, les approches personnalisées et groupales sont peu pratiquées. L'essentiel des efforts porte généralement sur l'environnement, sur le fardeau des « aidants », sur les aménagements institutionnels. D'ailleurs les approches thérapeutiques sont même connotées négativement quand on les désigne : thérapeutiques non médicamenteuses.

203

4.1/ Dans quel cadre l'approche psychothérapique a-t-elle lieu ?

Les circonstances de la rencontre avec la personne souffrant de maladie d'Alzheimer sont multiples, mais c'est rarement le malade qui sollicite le psychothérapeute. L'alliance thérapeutique, voire les conditions éthiques de sa mise en place peuvent poser des problèmes de cadre : Quelle demande ? Émanant de qui ?

Par ailleurs, ces malades et leurs difficultés sont déjà « discutées » entre médecins, soignants et familiers bien avant d'être rencontrés par le psychothérapeute. Il est donc primordial mais difficile d'établir une approche clinique, avec son climat de confiance et d'écoute ouverte, même et surtout après une discussion multidisciplinaire. Et pourtant, ce type de réunion est devenu un incontournable du soin gérontologique. Reste à savoir si le passage du multidisciplinaire à l'inter- ou au transdisciplinaire, gage de maturité, est effectif. (30)

Le danger est donc grand de scotomiser le sujet en ne s'adressant qu'à ses représentants, surtout à ses représentants chargés de valences négatives (en termes de description, de vécu, d'interprétation ou d'intention) comme c'est le cas d'une manière générale quand on ne s'intéresse qu'à ses déficits ou à la souffrance de l'entourage. C'est d'autant plus important que dans ce domaine, comme dans d'autres, les dimensions évaluative (pas au sens réduit des innombrables échelles fonctionnelles) et thérapeutique sont dialectiques. L'une ne s'élabore pas sans l'autre.

Le travail psychothérapique

« est un travail psychique de création de liens autant que de mises en liens » (SAGNE, 2002)

qui tente de se fabriquer dans une relation souvent saturée de la demande explicite de tiers, volontiers en période de crise, sans espace ni temps d'apaisement préalable, sous l'exigence

(30) Multidisciplinaire : sommation de compétences Interdisciplinaire : échanges entre compétences

Transdisciplinaire : partage entre compétences (volonté de parler une langue commune autour des questions formulées par le malade, ou par ses conduites).

204

d'une solution rapide et d'un soulagement au mieux partagé. Parfois dans l'antichambre d'un «

placement » ou d'une « décision de tutelle » ; parfois dans l'agitation, à des moments impropres au respect de la confidentialité. Si bien que le travail de liaison ou de reliaison risque de s'égarer en privilégiant ou ciblant exclusivement les liens interindividuels et laissant pour compte les liens intrapsychiques, ceux-là même qui sont abimés par les perturbations symboliques. Le travail sur les liens sera évidemment historicisant, en étudiant comment s'inscrit la souffrance du malade dans sa biographie, sa constellation et son histoire familiales.

4.2/ Sur quoi repose l'approche psychothérapique ?

Le psychothérapeute qui s'intéresse à la personne souffrant de maladie d'Alzheimer, surtout dans les cas évolués, doit se tenir prêt à une confrontation à une clinique des limites et à des niveaux de psyché archaïques. Nous avons essayé de décrire combien l'association de l'effritement psychologique, de la rétrogénése au primaire et du lâchage des défenses archaïques étaient délétères. C'est pourquoi, même s'il est psychanalyste ou psychothérapeute d'inspiration analytique, comme les praticiens soignants des enfants, il devra recourir à un aménagement des dispositifs s'éloignant du divan-fauteuil. Et si l'abstinence du toucher et de l'agir favorisent l'expression verbale de la vie psychique, il faudra savoir transgresser ces règles devant qui ne dispose précisément plus que du toucher et de l'agir pour tenter de communiquer. L'approche psychothérapique ne sait, ni ne peut, ni ne doit se situer dans le cadre d'une cure qui se voudrait type...

Il devra moins analyser les résistances au transfert que la constitution des enveloppes et la nature de la pensée, donc de la symbolisation dans tous ses aspects représentationnels et affectifs. L'analyse des avatars de la fonction symbolique peut l'aider. Elle peut constituer un angle d'approche, un « vertex » selon Bion.

Le thérapeute s'appuiera sur le déploiement des phénomènes transitionnels et beaucoup sur le contre-transfert, pas au sens strict de la cure psychanalytique mais comme vécu émotionnel de ce que le dément fait éprouver au psychothérapeute. Cette fenêtre est large : Au cours de

205

l'évolution démentielle, l'affect peut être réactivé dans le cadre de la relation thérapeutique même lorsqu'il se replie sur l'émotion plus proche du corps. En effet, la sémiologie est loin d'être entièrement décrite chez ce type de malade, elle s'écrit, au-delà des descriptions tautologiques des échelles de comportement, par la métabolisation active du vécu du praticien des indices exprimés par le malade en signes : de la maman pélican au thérapeute pélican... Dans cette optique, la recherche d'un dispositif-cadre idéal est moins cruciale que la recherche d'un étayage théorique à la relation soignante.

4.3/ Comment se présenter en approche psychothérapique?

On ne peut approcher la personne atteinte de maladie d'Alzheimer sans «capacité d'être seul en présence de l'autre» (W.R.Winnicott), et sans pouvoir poser un sentiment identitaire stable près de l'autre qui en manque, pour l'étayer.

En effet, pour comprendre ce qui manque à sa pensée aux plans perceptif et représentationnel, il faut venir au plus près de lui, en risquant que ses souffrances identitaires et ses modifications de pensée rendent intenable la relation. Renvoyant à la notion de distance citée plusieurs fois dans ce travail à propos du symbolique, il faut trouver « une juste distance pour soigner » (BLANCHARD, MORRONE, NOVELLA, & PLOTON, 2006). L'analyse du contre-transfert étant le meilleur outil, la nécessité de supervision s'impose ici autant sinon plus qu'ailleurs.

Se rapprocher n'est pas anodin non plus pour le malade qui peut s'en défendre parfois violemment (réactions de catastrophe), car sa maîtrise de la distance relationnelle, que l'on aimerait comprendre comme étayée sur celle de la distance symbolique, est également malmenée par la maladie :

« De ce point de vue nombre de symptômes ont pour fonction de contrôler la distance avec autrui. D'une

manière générale on assistera, a minima, au recours à des stratégies de maîtrise de la relation faute de s'accommoder d'une distance relationnelle modulable dans une réciprocité souple. La possibilité de l'autre de jouer par lui-même sur cette distance s'en trouve ainsi réduite, voire intégralement supprimée. » « À un degré de plus, en termes de décompensation, la mise à distance

206

ne pourra plus s'appuyer que sur des modes inconscients d'attaque de la pensée d'autrui pour opérer une mise à distance de fortune qui se révèle très efficace, mais qui a pour prix une marginalisation ou un rejet du sujet en cause. » (PLOTON, 2009a)

L'analyse de la position transférentielle/contre-transférentielle est l'outil le plus intéressant, mais la capacité à éprouver des affects intenses et négatifs n'est pas aisée. Si leur intensité peut signifier chez le malade un travail de métabolisation insuffisant de matériel archaïque, par histoire ancienne ou par insuffisance actuelle, elle menace narcissiquement le thérapeute. En effet ce dernier peut être à son tour envahi par le vide, le vertige de non distance, ou de distance infinie ce qui revient au même, c'est-à-dire la béance :

4.4/ Comment se pencher sur la béance ?

Quand elle est massive, l'interaction n'est plus verbale et cela va se jouer dans un registre compromettant, au près du corporel, quitte à utiliser « cet autre divan » corporel (DECHAUXFERBUS, 2011). Dans ces échanges analogiques, la recherche de l'accordage proxémique se fait dans une distance rapprochée, dans le registre du quasi-intime, à risque de fantasmes incestueux. La réactivation de fantasmes œdipiens et l'angoisse d'anéantissement, l'Hilflosigkeit, sont les risques encourus. La juste distance clinique à trouver, face à un malade dont la perturbation de la fonction symbolique entraîne une modification des distances symboliques et interactives, est celle mise à disposition de jeu pour le sujet, elle doit donc être malléable. Elle nécessite au mieux un médium qui l'est aussi (ROUSSILLON, 2012).

Dans le cadre de la distance presque intime, le psychothérapeute évitera la compassion et adoptera une attitude « sans mémoire et sans attente », « sans attente et sans projet » (BION, 1963). Il faut cependant accepter la sympathie, qui a pourtant le même sens étymologique (sans connotation démonstrative) de souffrir ensemble. Elle peut être destructrice mais dans une écoute en présence flottante, elle aura moins de prise et facilitera l'accès à l'irreprésenté

207

primaire et ses manifestations émotionnelles, angoissantes. C'est très éprouvant, il faut s'y tenir préparé. En bref il faut viser un « désinvestissement bien tempéré » (VERDON, 2012)

La présence flottante rend attentif à ces traces perceptives qui se manifestent en tant qu'indices. Elle permet l'établissement d'une rêverie qui peut s'engrener en rêverie à deux, une communication d'inconscient à inconscient. Le patient est bloqué sur la formulation indicielle, et le thérapeute proposera des formulations symboliques, invitera le patient à choisir l'une d'elles. En d'autres termes, il se substituera à la fonction symbolique défaillante de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer. Il sera son pélican... Il saura étayer sans chercher à corriger les erreurs en valorisant et relançant les manifestations de pensée.

Quand le vertige de non distance, la béance est moins importante, elle autorise l'interaction verbale. Le pari thérapeutique est que l'appareil de parole, attaqué par la maladie, dans la situation transféro/contre-transférentielle résiste assez à la désymbolisation pour, au-delà des élaborations secondaires, véhiculer une figuration parlée que nous comparerions volontiers à une modulation de fréquence sur onde porteuse en transmission radiophonique. L'attention portée à la voix, l'intonation, la

prosodie est utile dans cette perspective. René Roussillon décrit ainsi son positionnement auprès de l'un de ses patients (diagnostiqué schizophrène) :

« Avec Licio j'utilise ma sensibilité, voire ma sensorialité, mes éprouvés corporels tout autant que je l'écoute parler. Il me transmet souvent, au-delà du contenu des mots, par son ton, son style, son souffle, tous les éléments de son discours, ce que j'appellerais une « ambiance d'être » qui me paraît tout aussi essentielle que ce qu'il souhaite me dire. » (Roussillon, 2004, p.96).

_ Mais pendant son déroulé, la béance est toujours là, elle peut insidieusement contaminer le thérapeute par la crainte de perte partagée de distance et l'éventuelle panique à côtoyer la nonreprésentation, avec émotions violentes, affects qui se plantent dans la sensorialité : nausées, crampes, céphalées, sentiment de fureur. Pas assez de psychologues travaillent dans les unités de psychogériatrie lourde, trop n'y restent pas.

Carmen, 89 ans.

Sans profession, elle a élevé sept enfants et n'a jamais quitté la région lyonnaise.

208

La maladie d'Alzheimer qui la mine a été diagnostiquée il y a huit ans et son évolution est plutôt lente. Dernier MMS : inférieur à 10.

Depuis trois mois elle alterne entre une quête déambulante de contacts (auprès des autres pensionnaires de la maison de retraite dans laquelle elle vit depuis plus d'un an et les soignants) et des périodes de plusieurs heures pendant lesquelles elle reste assise, figée. Alors sa posture est raide, avec un déjeté de la tête en arrière et sur le côté, les yeux clos.

Lorsque je la rencontre dans les couloirs, sur la demande du personnel qu'elle finit par épuiser, elle s'apaise et assez rapidement opte pour la deuxième attitude.

Je m'assieds auprès d'elle en silence et elle réagit au contact de ma main sur la sienne par l'ébauche d'un petit sourire, de discrets mouvements des doigts. L'ambiance était surchauffée à mon arrivée et j'ai vite été tendu.

Maintenant, je m'apaise Au bout de quelques minutes de silence partagé, j'éprouve aussi le besoin de fermer les yeux comme elle et de me laisser aller à la rêverie. Elle est constituée de bribes de scènes que j'ai du mal à fixer, riche de sensations imagées, cutanées. Des fragments de pelouse verte, des sentiers plutôt arides et aromatiques, le soleil qui réchauffe ma peau.

Comme je lui demande alors pourquoi elle ferme ainsi les yeux, elle répond qu'elle ne sait pas, qu'elle ne peut pas s'en empêcher, qu' « elle est bien bête. »

Ce type d'interaction se reproduit plusieurs fois en l'espace de quelques semaines. Je ne lui pose plus cette question. Mais après mes rêveries que j'ai du mal à interrompre, j'éprouve le besoin de la « réveiller » à son tour, je la sollicite en remuant sa main. Elle rouvre les yeux avec un effort apparent, comme si elle luttait contre une parésie, regarde mon visage et rapidement les referme.

_ Gardez les yeux ouverts s'il vous plaît. A quoi pensez-vous ?

_ A rien.

209

Je ressens une impression de malaise, comme un vertige de la distance que Carmen cherche à interposer entre elle et la réalité et en même temps la faillite de sa tentative car elle me paraît engluée contre ce dont elle cherche à se distancier.

L'image d'une mouche sur un ruban de papier-collant s'impose à moi et je retire ma main de sur la sienne.

De manière moins aigüe, toujours, toujours la rigidification de la fonction symbolique et l'appauvrissement associatif auquel elle contribue font planer l'ennui et la frustration sur l'interaction au risque de l'aplanir. S'y attendre aide à rester vif et alerte.

L. Ploton précise que la pensée du dément est susceptible d'attaquer les liens de celle du thérapeute en l'empêchant d'élaborer.

« Dans de nombreux registres tout se passe comme si on était en présence d'un fonctionnement collectif en miroir de leur pathologie. Avec notamment l'incapacité de penser dans le registre métaphorique pour ne s'en tenir qu'au registre pratico-pratique. Tout accès à une quelconque dimension psychodynamique, ou même à du sens figuré concernant leurs conduites, semble exclu de leur approche au bénéfice des seules explications matérielles (atrophie cérébrale, etc.) » (PLOTON, 2009)

Or pour soigner et accompagner, il est capital de rester en vie mentale.

« Une des fonctions du soin psychologique est précisément de mettre en place des conditions qui restaurent la capacité de penser des acteurs du soin. » (PLOTON, 2009a)

Ce processus d'attaque à la pensée a été bien décrit devant le psychotique avec ses conséquences confusionnantes (SEARLES, 2003). En psychogérontologie clinique, combien de fois se sent-on « lessivé » après une interaction avec une personne souffrant de maladie d'Alzheimer ? Combien de fois les familiers ont-ils relaté qu'en revenant de visiter un proche à la maison de retraite ou à l'hôpital ils se sont trompés de chemin de retour, ont oublié des affaires, se sont sentis vides et incapables de penser ?

PLOTON propose une liste de ces phénomènes d'attaque à la pensée :

210

_ l'angoisse dont la principale fonction est précisément d'être angoissante, contagieuse, et de tenir autrui à distance par le malaise qu'elle engendre ;

_ la projection dont l'effet principal est de rendre perplexe et donc de neutraliser la capacité de penser des proches ;

_ l'intimidation, l'agitation, la violence et plus généralement l'agressivité sous toutes ses formes. Au rang desquelles on retrouve l'incompétence, mais... qui stupéfient et, en obligeant les tiers à se protéger, limitent gravement leur liberté de poser calmement une question pour y réfléchir dans des conditions optimales ;

_ le délire, stratégie d'affolement par excellence, qui conduit à désigner son auteur comme étant fou, pour le mettre à distance ;

_ la confusion qui désorganise la réponse et contraint l'entourage à se cramponner aux aspects matériels de sa tâche, quitte à la vider de son sens, pour ne pas devenir confus ;

_ les situations, conduites ou raisonnements qui télescopent les registres ou créent des distorsions logiques et qui enferment les interlocuteurs dans de véritables paradoxes ;

_ Le maniement de l'urgence et notamment de l'urgence vitale, avec la mise en scène de la mort figurée, mais aussi sa possible survenue réelle ;

_ la demande, incessante sous toutes ses formes, les cris, la déambulation ;

_ l'autodérision qui pourra par exemple reposer sur une façon de s'exprimer qui disqualifie la portée de ce qui est dit : « Je vous le dis mais ce n'est pas la peine d'en tenir compte » ; ce faisant, un sujet peut se refuser, inconsciemment, de prendre le risque de s'impliquer dans une relation ;

_ L'hétérodérision qui, elle, est une façon très agressive d'annuler la valeur des propos d'un autre, voire sa personne même en tant qu'interlocuteur. » (PLOTON, 2009a)

Ce type d'attaque à la pensée peut prendre une dimension collective, induisant chez l'équipe une

sidération de la fonction symbolique de groupe, dans la mesure où la groupalité (31) implique une dimension psychique homéomorphe à celle de l'individu :

(31) « Le concept de groupe interne est apparu à partir du moment où la nécessité d'articuler l'espace intrapsychique des sujets d'un groupe avec l'espace spécifique du groupe s'est précisée comme une tâche de la théorisation psychanalytique. Ce concept qualifie des formations intrapsychiques plus ou moins complexes, dotées de fonctions de liaison entre des pulsions, des objets, des représentations et des instances, l'ensemble formant un système fixe ou transformable, propre à chaque sujet, mais aussi transversal à tous les sujets d'un lien. Le concept de groupalité psychique ouvre une perspective plus large. Il décrit des structures générales de liaison inhérentes à la vie psychique, sous l'effet d'une activité fondamentale et constante de la psyché : celle d'associer de la matière psychique, d'en combiner les éléments, de les transformer et de les organiser en des ensembles de complexité variable. Deux principales propositions sont avancées : la groupalité psychique est constamment mobilisée dans les groupes ; les groupes internes sont les organisateurs psychiques inconscients qui sont au principe de la formation de l'appareil psychique groupal. » (KAES, 2005)

211

« Dans de nombreux registres tout se passe comme si on était en présence d'un fonctionnement collectif en miroir de leur pathologie. Avec notamment l'incapacité de penser dans le registre métaphorique pour ne s'en tenir qu'au registre pratico-pratique. Tout accès à une quelconque dimension psychodynamique, ou même à du sens figuré concernant leurs conduites, semble exclu de leur approche au bénéfice des seules explications matérielles (atrophie cérébrale, etc.). » (PLOTON, 2009)

Enfin, il convient de ne pas succomber à la « crise de foi » qu'impose la béance : la tentation de croire à ce rien.

« ...Tant que la vie mentale subsiste, le désir est présent, à la recherche de voies de satisfaction selon le génie inventif de l'intéressé. » (LE GOUES & PERRUCHON, 1992)

Il faut donc poser comme préalable et croire à l'existence de ce désir et se tenir prêt à l'entendre : c'est l'honneur et l'ambition du psychothérapeute en alzheimerologie...

En somme, l'écoute doit être à la fois « flottante » et attentive aux éprouvés corporels autant qu'écoute verbale : Le désir se transmet par le ton, le souffle, l'intonation, le rythme, les silences, le style (il faudrait décrire les tropes viscéro-corporels), par une éventuelle communication d'inconscient à inconscient.

4.5/ Renoncements nécessaires :

Dans la pratique de ce soin, il vaut mieux faire le deuil d'une situation où la personne souffrant de maladie d'Alzheimer, surtout avancée, fournirait un abondant matériel verbal marqué par les rejets névrotiques et avoir la capacité à s'identifier aux vécus du patient, en favorisant l'identification projective et l'empathie. Sinon, le thérapeute qui a trop horreur de ce plein de vide court au-devant d'une neutralisation de la pensée en se perdant dans les méandres de décryptages hasardeux. Tout véhicule un sens, mais près de l'archaïque, il faut se méfier de la « violence de l'interprétation » (AULAGNIER, 1975). Nous pensons également que si la maladie d'Alzheimer impacte les processus de symbolisation par déliaison et rigidification de la fonction symbolique, le matériel recueilli dans un dispositif favorisant la production verbale, spontané, ou un peu trop sollicité, peut

212

s'apparenter à ce que Winnicott appelle *fantasying*, que nous traduisons plus volontiers par rêverie que par fantasmatisation (comme dans la traduction chez folio essais de Jeu et réalité, op cit.), sans liaison symbolique, production abondante chez l'enfant en période de latence que Winnicott déclarait impossible à interpréter (Ibidem).

Le résultat d'une surinterprétation sera aussi improductif que l'exagération inverse, consistant à étiqueter des cris : « comportement vocal perturbateur », les quantifier selon l'échelle de Cohen Mansfield ou le NPI (32), sans écouter l'expression d'une détresse.

Il ne faut pas non plus succomber à un mirage tout puissant ou à une atemporalité induite par les attaques psychiques du malade, en situant la rencontre comme si la démence venait de s'actualiser ici et maintenant. Ce n'est jamais un processus de lyse subit ; Sa progression lente laisse coexister pendant longtemps parfois l'association du déficit, des défenses mises à nu et d'une problématique névrotique préexistante qui a pu d'ailleurs se modifier compte tenu de l'apparition de la maladie d'Alzheimer.

L'évaluation du noyau névrotique résistant et son éventuelle prise en considération et soin ne doivent pas être sacrifiés sur l'autel de l'Alzheimer, avec l'idéologie linéaire : une maladie, une approche psychothérapique, une classe médicamenteuse, notion bien trop réductrice et donc manipulable pour que l'industrie pharmaceutique s'y soit trompée (33)...

Finalement, la position modèle est maternante au sens de métabolisant l'impensé (pélican), d'auxiliaire du Moi en déconfiture, en recourant aux figures du holding, du handling, de l'object presenting, du playing. Chacun tâchera d'implémenter ces figures dans le cadre de ses interventions. En recourant même à celle de la haine sans action de destruction que Winnicott signale comme normale dans l'attitude maternelle :

(32) Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution.

L'échelle de Cohen Mansfield échelle d'évaluation spécifique des manifestations d'agitation observées en institution. Ses auteurs distinguent Agitation Physique et Agitation Verbale, chacune associée ou non à de l'Agressivité et recensent 29 comportements d'agitation différents...

(33) Pour une critique de l'aspect réductionniste de la nosographie actuelle, on peut consulter Le mythe de la maladie d'Alzheimer : Ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté, Peter J ; Whitehouse, Daniel George, De Boeck Solal, 2009

213

« Le plus remarquable, chez une mère, c'est sa capacité d'être maltraitée sans le faire payer à l'enfant et sans attendre une récompense qui pourra venir ou non ultérieurement. » (WINNICOTT D. , de la pédiatrie à la psychanalyse, 1969)

Attention cependant dans ces situations au risque de projection d'une figure maternelle toute puissante, le soignant ne l'est déjà que trop...

Cette attitude visant une relation qui s'apparente au transfert maternel rappelle la « méthode active » de Rosen (ROSEN, 1946) et la « réalisation symbolique » de Sechehaye (SECHEHAYE, 1950) face au psychotique.

Cela en vaut-il la peine ? L'horizon thérapeutique serait au minimum de reprendre ensemble le travail de symbolisation, de soutenir la fonction symbolique défaillante quitte à l'endosser, au moins le temps d'une interaction... Cela en vaut la peine.

4.6/ médiations :

→ Quand l'interaction verbale n'est plus possible, quand l'interaction suggère un désinvestissement massif, en complément du face à face (plus souvent un proche à proche, quelle qu'en soit l'orientation), le setting de balnéothérapie, du packing, nous paraissent pertinents ; le cadre groupal aussi, nous en avons moins l'habitude, en sachant qu'à Lyon il a suscité une importante réflexion théorique et pratique (KAES, 1993) (SAGNE, 2002). Il propose une manière de refaire le voyage transitionnel.

→ D'une manière générale, dans la thématique de cette thèse, les settings thérapeutiques individuels ou groupaux qui matérialisent l'usage de la fonction symbolique sont intéressants :

_Le verbal, avec l'utilisation de description de scènes, le jeu d' « A quoi cela ressemble-t-il ? », la lecture et le commentaire de contes métaphoriques.

214

_Le dessin, si souvent utilisé en technique projective, mais davantage dans l'esprit winnicottienne du squiggle dessiné à deux. Le thérapeute sollicite les distances d'abord topologiques, puis euclidienne et projective. Cela peut partir du gribouillage qui autorise le sur-gribouillage, le gribouillage à côté ou autour. Cela peut ensuite se poursuivre par le carré qui devient maison et toutes les évocations, commentaires, questions sollicitant l'acte graphique lui-même et les souvenirs et sensations auxquels il renvoie. Le thérapeute tâche d'accompagner le sujet dans l'aller-retour le long de la distance symbolique.

Nous avons vu que le jeu symbolique est la situation fondatrice de la manipulation de cette distance.

_ Comme la danse pour les personnes âgées « normales » qui est une activité de plaisir et dont elles savent intuitivement qu'elle sollicite et entretient l'équilibre défaillant, le jeu fondation de la fonction symbolique et de la symbolisation primaire est parfois spontanément utilisé par les malades. Voyons à ce propos le cas d'Adeline.

Adeline, 82 ans, est une ex-couturière qui a complété sa vie professionnelle en tenant un commerce de papeterie.

Je la rencontre en consultation, adressée par le médecin de la maison de retraite, où elle vit depuis six ans à la suite de son veuvage. Il la trouve déprimée et a prescrit un traitement antidépresseur.

Depuis 3 mois, elle reste dans sa chambre et passe son temps à tripoter ses vêtements, assise.

Il y a cinq ans, deux ans après le décès de son mari, elle s'est intéressée aux jeux de cartes. Elle y jouait trois fois par semaine avec d'autres pensionnaires, parfois jusqu'à minuit passés.

Ses enfants ont d'abord pensé que c'était une occasion pour elle de passer le temps et de rencontrer du monde, ce qui était le cas. Puis ils se sont interrogés sur l'aspect compulsif de cette nouvelle passion.

Avant, ils ne l'avaient jamais connue « joueuse ».

215

Progressivement les puzzles ont remplacé le jeu de cartes.

Il y a six mois, une aide-soignante a constaté qu'elle reprenait toujours le même puzzle (une scène marine) et qu'elle assemblait/désassemblait les pièces en boucle, sans tenir compte de leur appariement. Comme elle le lui faisait remarquer, Adeline lui répondit que ça l'amusait.

Elle constituait sans cesse des rassemblements de pièces qui paraissaient se justifier pour elle car cette activité s'accompagnait de sourires et de petits grognements de satisfaction.

Il s'agissait de sortes de triangles.

Il y a 4 mois elle a abandonné les puzzles pour une poupée qui décorait le salon de la maison de retraite qu'elle a emporté dans sa chambre.

Elle l'habillait avec ses propres chaussettes et lui parlait, elle s'adressait à elle en l'appelant Stéphanie.

Quand on l'interrogeait, elle disait que Stéphanie était sa cousine, qu'elle avait six ans.

Depuis, elle dort toujours avec elle, elle n'accepte de passer à table que si Stéphanie est installée sur une chaise près d'elle.

Bien sûr, il y aurait tant à formuler sur le choix du puzzle, des triangles, du prénom de la poupée... Bien sûr, le phénomène du compagnon tardif a bien été décrit par l'équipe de Limoges (TEISSIER, GAROUX, & LEGER, 1983). Si la poupée, l'objet en question est bien de nature transitionnelle, c'est-à-dire l'aide à

manipuler encore quelque distance, pour le sujet ce n'est pas une hallucination inutile (WINNICOTT, 1971,1975),

« Il n'est pas oublié et on n'a pas non plus à en faire le deuil » (Ibidem),

il peut redevenir accessible à l'occasion d'une régression, d'une rétrogénèse, d'un traumatisme, d'une perte, malgré un désinvestissement progressif au cours de la maturation et de l'existence.

Nous pensons aussi, et ce n'est pas une mince constatation dans une ambiance de souffrance, qu'il y a eu jubilation chez Adeline atteinte par la maladie d'Alzheimer lorsqu'elle s'adonnait

216

au jeu des triangles, de leur construction et déconstruction dans une aire transitionnelle d'expérience où elle pouvait s'éprouver dans la prise de distance

« entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a déjà été introjecté », « entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité » (Ibidem).

C'était lors de ces jeux qu'il aurait été intéressant de lier une rencontre psychothérapique, en essayant de commémorer des scénarios bien antérieurs. Surtout, cette aire d'expérience est précieuse dans l'abord psychothérapique du dément car elle scelle un accord, qui fut jadis celui entre la mère et le bébé, qui peut devenir celui entre le thérapeute et le malade : dans cette aire d'activité, la question

« Cette chose, l'as-tu conçue ou t'a-t-elle été présentée du dehors ? » (Ibidem)

ne sera pas posée. C'est, nous semble-t-il une base d'alliance thérapeutique utilisable face à une personne fragilisée dans sa gestion entre perception et hallucination, qui a du mal à assumer l'épreuve de réalité, qui est blessée par elle.

→ Comme chez l'enfant chez qui le jeu devient assimilation pure, certaines conduites de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer peuvent se concevoir comme un déséquilibre

Assimilation/accommodation relevant de la même polarité. Le sujet métamorphose un objet en un autre ou lui attribue des actions, des pensées analogues aux siennes sans en être conscient ni pouvoir en décrire la motivation.

Jérémie a 76 ans. Il vit depuis un an en unité de soins de longue durée.

Il était autrefois ouvrier agricole dans la viticulture. Il est célibataire, n'a pas beaucoup voyagé et a été hospitalisé il y a deux ans après avoir été retrouvé nu une nuit, déambulant le long d'une voie de chemin de fer.

217

Isolé, il a développé sa maladie d'Alzheimer à l'insu des autres et à la visite de son domicile, l'on a découvert un capharnaüm de cagettes, de poubelles et d'objets divers. Les gériatres ont parlé de syndrome de Diogène. Il ne s'alimentait depuis longtemps que de boîtes de conserve dont les carcasses vides étaient soigneusement rangées en empilements tuilés.

Je suis appelé par les soignants de l'institution à le voir en consultation après une « crise d'opposition », ils avaient été impressionnés devant l'homme encore robuste. Ils auraient « un peu insisté » alors qu'il refusait obstinément de manger.

Je m'assieds à ses côtés prudemment et me sens vite rassuré.

Comme je lui demande pourquoi il ne veut pas s'alimenter il ne tarde pas à m'expliquer que c'est sa fourchette qui n'a pas faim :

_ Elle est fatiguée, elle n'a pas faim et elle doit se reposer, et puis c'est tout.

Rien n'y fera.

Il consentira à avaler un bol de café au lait sucré de temps en temps et il sera transféré en service de médecine devant le risque de dénutrition sévère.

Les explorations révèlent un ulcère térébrant de l'estomac.

Les perturbations de la fonction symbolique et des processus d'équilibration qui la sous-tendent peuvent rendre peu intelligibles le discours, les conduites du malade. Les productions sont alors marquées par une hyper-assimilation comme dans l'observation de Jérémie, pour laquelle l'impact de la somatose peut être évoqué également

→ Le choix du médium doit être fait en fonction de l'histoire du sujet, de ses goûts, de ses possibilités, et des compensations qu'il a su élaborer spontanément.

218

→ Dans un contexte de faillite langagière les approches corporelles sont intéressantes:

Pierre a 68 ans, il était directeur d'agence bancaire. Il souffre d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée il y a 1 an et demi.

Très anxieux, il a lui-même dit à son entourage la nature de sa maladie et « pris ses dispositions»

Le manque du mot est massif chez lui, au point que le diagnostic d'aphasie progressive a été envisagé. Il est conscient de ses difficultés et bien que vivant toujours à domicile avec sa compagne, il refuse de plus en plus de sortir et de rencontrer du monde car il a peur de ne savoir que dire.

Je lui ai proposé des séances de relaxation avec sa compagne, basées sur la respiration abdominale et la visualisation de scènes agréables.

A la fin de cette séance il vient vers moi pour me serrer la main et me dit :

_ Merci vraiment pour ce que vous faites, je me sens mieux et encore bravo ! (geste du pouce en l'air). Il y a longtemps que mon amie et moi nous sommes sentis aussi bien (il se retourne vers elle) pas vrai ?

Alors on se revoit la semaine prochaine ?

Il m'a parlé sans hésiter, sans blanc dans ses phrases, de manière fluide.

D'après sa compagne, cela n'a pas duré.

Suzanne a 79 ans, elle souffre d'une maladie d'Alzheimer associée à une encéphalopathie vasculaire.

Elle est considérée par les soignants de l'unité de soins de longue durée qui l'héberge comme une « patiente difficile ».

219

Elle déambule sans cesse dans le couloir – qui à vrai dire n'offre guère d'autre alternative – et entre dans les chambres des autres résidents, ouvre systématiquement les placards et mélange leurs effets sur les étagères, sans les prendre, sans les laisser choir par terre. Les soignants disent qu'elle « touille » et ont fermé les placards à clé, lassés de passer derrière elle pour réorganiser les piles de linge.

Dans le long du couloir elle agrippe quiconque la croise pour lui demander de l'aide. Elle dit souffrir de vertiges terribles, qu'elle a peur de tomber. Elle se plaint du « bordel » -dit-elle- ambiant, du vacarme des autres.

Je la rencontre à l'occasion d'une séance de balnéothérapie. Ceinturée par un boudin de flottaison, elle se balance lentement comme un ludion, souriante, calme. La psychomotricienne qui se tient à ses côtés dans l'eau sourit aussi. Elle a posé sa main sur son avant-bras et lui parle doucement. Je n'entends pas leurs propos.

J'éprouve le bien-être de Suzanne et aimerais les rejoindre dans la quiétude immobile de l'eau tiède, dans la régression procurée par un environnement tranquille où immobilité et mouvements ralentis se conjuguent en bercement.

Art-thérapie, relaxation, balnéothérapie... Il est important de fournir un cadre rassurant et délimité dans le cadre de la métaphore du fleuve d'Héraclite déjà citée, des poignées spatiales et temporelles, un sac

contenant. Le cadre, (institution, atelier, groupe, tout setting thérapeutique, toutes médiations), peut constituer une aire transitionnelle proposée au sujet pour qu'il expérimente l'illusion spatiale et temporelle en mobilisant sa créativité (en y jouant). Le thérapeute essaiera de l'amener à un « état où il est capable de jouer. » « La psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. » (WINNICOTT, 1971)

Si toutes les médiations sont potentiellement porteuses de symbolisation, le choix parmi elles a son importance. L'«objet medium malléable» (MILNER, 1979) (ROUSSILLON, 1983) autorise le sujet à avoir l'illusion de modeler l'argile, l'écriture, le dessin ou le thérapeute lui

220

même pour advenir à sa propre subjectivité. Sa malléabilité physique (pâte à modeler) lors de la manipulation, relationnelle lors de l'entretien, donne l'occasion d'éprouver une conservation, celle d'un objet dont la présence résiste à l'action. Le sujet aussi se sent présent dans l'action dont le décours est en quelque sorte conservé, inscrit tangiblement dans le modelé. Il a le sentiment d'exister.

On peut se référer à la trace de l'intention de l'artiste, énergie inscrite et demeurant dans l'épaisseur de la peinture, sur la toile, qui fait partie de l'émotion ressentie par le spectateur en présence de l'original, mais pas devant une reproduction.

Nous avons déjà cité la balnéothérapie, médium riche, nous en avons décrit l'intérêt devant les tableaux de régression psychomotrices de la personne âgée, dans le cadre de l'« hypertonus captif » (GONZALEZ MONGE, 1991 et 2011). Le sujet souffrant de maladie d'Alzheimer évoluée peut ainsi se sentir présent quand il est lui-même sollicité par l'action de l'eau qui l'entoure et imprime sur son corps la lente inscription de l'expérience poly sensorielle qu'il vit: inscription simultanée de la flottaison, du ballotement, de l'enveloppement tiède, de la diffraction colorée, du clapotis et de l'odeur discrètement javellisée.

Quel que soit le médium, si la rigidification de la fonction symbolique est une entrave trop serrée, le groupe peut offrir le lien intersubjectif comme «embrayeur de processus associatifs» (R.KAES). Le groupe crée un espace transitionnel, un holding collectif qui soutient et dilue (l'effet prisme de A.Sagne (SAGNE, 2002)) les attaques à la pensée dans une psyché groupale qui les digère. Mais il faut que ses qualités introjectées par le sujet soient bénéfiques, il doit être «suffisamment bon ».

Avec du matériel qui stimule le sensoriel, il est possible d'alterner progrédience et régrédience, de les intriquer, pour retrouver ce mouvement garant de la vie psychique et somatique (FAIN, 1982). Mais la vie institutionnelle ne garantit pas toujours l'équilibre :

« La progrédience maintenue de force dépossède le patient au profit du narcissisme des soignants ou de l'institution... »(Ibidem)

221

C'est l'obstination déraisonnable.

« La régrédience mal comprise ...amène une régression qui ne sera pas profitable au patient : il végète, se chronicise, délire ou se déprime. » (Ibidem)

C'est le maternage caricatural.

_ Sous réserve de ces deux dérapages, le médium art-thérapie permet d'expérimenter aisément l'alternance régrédience/progrédience comme une « respiration pulsionnelle », qui ne doit pas aboutir à une apnée à deux, quand la nature de l'expérience et la disposition d'observation et d'écoute du thérapeute sont trop exclusives. Il faut savoir interpellier, solliciter, interpréter devant un patient qui, comme le rappelle G.Lavallée (LAVALLEE, 2006)

«fini(ssen)t par se laisser aller à des mouvements de régrédience diversifiée temporelle et formelle, qui

est la base du travail analytique.»

L'observation et l'écoute régrédientes, introjectives, sont à risque pour le thérapeute... il est tempéré par l'observation et l'écoute progrédientes, quand on applique une grille de lecture, dans le cadre d'une supervision.

→ D'une manière plus générale, il est bon de suivre les conseils de Winnicott qui propose au thérapeute de « regarder » son patient comme le fait une mère suffisamment bonne, pour qu'il se voie et se redécouvre réfléchi dans ce regard. Plutôt qu'interpréter finement de manière trop progrédiente, il faut avoir fait preuve de régrédience, suffisamment pour être capable de rendre au patient ce qu'il apporte. Cette attitude est aux antipodes de la stimulation, cognitive, physique, qui ne peut qu'entériner la fixation du sujet dans une attitude passive, sans créativité, et avec le risque d'un scénario sadique qui le confronterait à ses insuffisances de manière mécanique.

« Cette option consiste essentiellement à renoncer à l'optique « stimulation » jugée persécutoire, voire pathogène, et surtout contestable d'un point de vue éthique dans la mesure où elle fait l'impasse sur l'identification des sentiments et des motivations du sujet. » (PLOTON, 2009)

222

Le pilotage des mouvements régrédient/progrédient est possible avec du médium matérialisé mais aussi dématérialisé : le thérapeute propose au sujet de décrire les sensations sollicitées par un mot, une chaîne de mots, un poème, une image. Ensuite il lui demande de nommer ces sensations en leur trouvant des étiquettes, celles qui d'après lui, leur « collent le mieux », comme lors de la passation de la BREFS. Il est intéressant de le faire avec des odeurs ou des goûts qui, en dehors de cas spécifiques (marques, appellations, expressions) ne disposent pas de signes pour les dire mais plutôt de symboles, de métaphores.

Il convient d'être vigilant dans ce type de setting car l'atelier d'art-thérapie est un lieu de symbolisation primaire potentiellement très régrédient. Dans notre expérience, la peinture au doigt, le modelage de pâte, l'écoute musicale sont les médiums les plus aptes à produire régrédience topique :

Endormissement et rêve éventuel (régrédience maximale), rêverie, attention flottante. Certaines personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ne parviennent pas à participer comme attendu, et à la place du mouvement de régrédience, vont s'engager dans une régression massive,

« comme véritable mise à mort de leur Moi. Il s'agit d'un fantasme psychotique. » (Ibidem)

Ces régressions aiguës posent de sérieux problèmes thérapeutiques, elles sont potentiellement mortelles. Nous en avons observé de nombreux cas, à l'époque du « tout orthétique », quand les murs des institutions étaient saturés de signaux de repérage, avec des horloges dans tous les coins, des badges sur tous les thorax, des aides de toutes sortes et pour tous les instants de la vie quotidienne. Pour prévenir le risque d'escarres certains malades souffrant de maladie d'Alzheimer évoluée étaient installés dans des lits à eau ou des « fauteuils-confort » dont ils ne pouvaient sortir ni physiquement, ni visuellement (bords très hauts), ni par l'aiguillon de l'inconfort. La morphine environnementale, une « euthanasie » masquée.

→ Le thérapeute n'est pas seul, et pour élaborer un plan de soin avec l'équipe transdisciplinaire, il nous semble qu'un processus thérapeutique qui respecte, dans l'ordre, l'impératif de ne pas nuire et le respect raisonné des conduites vicariantes avant de s'attaquer aux déficits, évite les chausse-trapes du soin dangereux. (GONZALEZ MONGE, 1988)

223

→ Alors, comment imaginer une institution gériatrique capable d'héberger, promouvoir et

protéger ces principes psychothérapeutiques individuels ?

Ploton propose qu'elle doit reposer sur quatre axes essentiels :

- Le maintien d'une afférentation cognitive suffisante ;
- Une sécurisation affective, représentée par la présence constante d'un professionnel auprès des malades ;
- La recherche de stratégies de motivation ;
- La mise en place par les intervenants de moyens de préservation de leur propre capacité de penser (PLOTON, 2009).

Elle doit bien entendu se prêter à une évaluation régulière de qualité de vie des personnes soignées (MISSOTEN, YLIEFF, 2010)

Le recrutement et la formation, la supervision des intervenants permettront, face aux personnes fragilisées par l'âge et la maladie, de veiller aux conflits d'intérêts présents chez les deux protagonistes de la relation, liés à la réactualisation de l'infantile, à l'impact de la différence d'âge (conflictualité œdipienne), à l'infantilisation, à la séduction, à l'idéalisation du thérapeute qui pourrait devenir tout puissant.

224

5/Discussion et Critiques

« Les esprits peuvent partir l'un et l'autre dans des directions opposées, s'opposer en de nombreux points et finalement s'accueillir l'un et l'autre au bout du voyage » J.Keats

Dans l'introduction nous avons précisé que ce travail de thèse s'est donné pour objectif d'approfondir la discussion des résultats du Master 2. Il est difficile d'engager une discussion sur une discussion...

Bien entendu, la principale critique est que notre travail n'a consisté qu'en une réflexion conceptuelle, mais elle nous a paru intéressante et motivée par trente-trois années de pratique psychogériatrique, à l'occasion de multiples questionnements remis en perspective par le travail expérimental du Master2.

La thèse a porté sur trois questions qui ont alimenté les trois parties du travail :

_ A/ Quels soubassements psychologiques peut-on envisager derrière la coexistence de troubles cognitifs dans la maladie d'Alzheimer ?

_ B/ S'agit-il d'une problématique de fonction symbolique, et dans ce cas peut-on envisager ses conséquences sur les processus de symbolisation, d'où une logique de coexistence des troubles cognitifs et affectifs ?

_ C/ Ces logiques permettent-elles d'envisager une approche psychothérapeutique de la démence ?

Nous sommes convaincu de n'avoir répondu précisément à aucune des trois questions...

225

A/ Quelle logique psychologique derrière la coexistence de troubles cognitifs dans la maladie d'Alzheimer ?

Notre hypothèse H2 stipule que la fonction symbolique rigidifiée de par l'altération de la mémoire de travail, par sa participation au processus d'attribution dans le réseau sémantique élargi le déformerait, contribuant à entraîner les perturbations lexico-sémantiques responsables entre autres de l'anomie.

H2 repose donc sur le concept de réseau sémantique élargi.

Depuis les travaux de Collins et Quillian, de nombreuses propositions ont été faites pour en améliorer la modélisation (COLLINS, A., & QUILLIAN, M., 1972). Citons, entre autres, les travaux d'E.Rosch sur la structure hiérarchique et taxonomique des catégories (naturelles et pas) et la représentativité des concepts, la notion de prototype (ROSCH, E. 1975). Ils ont tous un impact en intelligence artificielle et un intérêt plus limité en psychologie humaine... mais ils incorporent tous la notion d'attribut, un concept

étant finalement un ensemble de caractéristiques. Ces attributs, dans le modèle généralisé de Lieury ou celui d'Eustache peuvent être de nature sémantique et/ou épisodique, nous nous y sommes référé (LIEURY, A. 1979) (EUSTACHE, F., & DESGRANGES, B. 2003). Cette « double compétence » contribue au pouvoir de généralisation du modèle. Elle permet d'entrevoir qu'un même mécanisme (la rigidification de la fonction symbolique) puisse rendre compte de l'amnésie épisodique et de l'anomie par la double attribution lexicale et épisodique.

L'apraxie constructive débutante pour l'espace projectif dans le S3A (sa présentation même renvoyant à la description piagétienne) ne nous paraît pas relever d'une atteinte de la fonction symbolique elle-même mais d'un phénomène retrogénétique (GONZALEZ MONGE, 2011) de déstructuration conjointe daté aux niveaux opératoire et symbolique.

Au-delà du S3A, nous n'avons pas eu l'occasion de prolonger la réflexion à partir de la fonction symbolique sur l'apraxie idéatoire, idéomotrice, les grandes agnosies et les troubles du langage majeurs. Ces symptômes apparaissent plus tardivement, quand le gradient troubles fonctionnels/lésions organiques penche de plus en plus lourdement pour le rôle massif de ces dernières.

Se pose la question de la nature du rattachement des matériels sémantique et épisodique aux nœuds du réseau sémantique élargi. Nous n'avons pas abordé ce point mais avons proposé

226

que la mémoire de travail était le processus de double encodage (calepin visuel et tampon épisodique, boucle phonologique) qui permettrait ce rattachement en mémoire à long terme et que la fonction symbolique pouvait trouver son assise processuelle de mise en relation, en distance entre indice et signe arbitraire dans ce double encodage de l'image et du mot. Des perturbations de la mémoire de travail correspondraient aux ratages de cette assise. Quelle est la nature exacte de l'engramme de la distance symbolique, lors du passage de mémoire de travail à mémoire à long terme, qui est mis à mal par la rigidification de la fonction symbolique? Une pondération dans la profondeur relative d'inscription entre valeur iconique et verbale, analogique et digitale, comme deux fruits de poids différents accrochés à une même branche ? Une inscription proprement dite de la distance, de cette pondération, associée aux deux valeurs, comme une distance à l'échelle sur une carte ? Malgré leur simplicité, et sans argument particulier pour l'un ou l'autre, ces deux analogons de la pondération permettent d'illustrer la triple plasticité de la fonction symbolique qui renvoie d'ailleurs à celle plus générale des processus mnésiques : plasticité d'encodage, de stockage et de récupération. Le souvenir est un phénomène plastique, influencé par les processus de maturation (mémoire générale au sens de Piaget), par la pathologie et l'adaptation à l'environnement, par l'affectivité (refoulement). Le réseau sémantique élargi tient compte de cette adaptabilité, sous réserve d'un jeu sur la distance symbolique, l'attribution, qui définit la fonction symbolique. Le langage et la mémoire ont du jeu, il caractérise la liberté du sujet. La rigidification, c'est l'anomalie, la pathologie.

B/ S'agit-il d'une problématique de fonction symbolique, et dans ce cas peut-on en envisager des conséquences sur les processus de symbolisation (H3), d'où une logique de coexistence des troubles cognitifs et affectifs (H4)?

Que l'on se réfère à des réseaux sémantiques hiérarchisés, à une théorie des prototypes ou propositionnelle, depuis Johnson-Laird des critiques se sont élevées contre toutes les modélisations en précisant qu'il reste en somme à définir les connexions entre la mémoire sémantique et les objets du monde, la réalité (JOHNSON LAIRD, P.N, 1998). C'est bien un des objectifs de la psychologie génétique, qu'elle soit d'inspiration piagétienne ou psychanalytique : comprendre la construction dialectique du sujet et de l'objet. Il nous semble qu'un approfondissement du rôle de la fonction symbolique, de la prise de distance symbolique constitue un vertex intéressant dans ce croisement nécessaire entre points de

vue cognitif et psychodynamique, psychanalytique. Nous l'avons abordé modestement.

227

Nous sommes partis de la notion piagétienne de fonction symbolique, car l'interrogation est née dans ce champ, pour ensuite approcher les processus de symbolisation. Mais le parcours est ambitieux et pose un problème épistémologique : le risque d'éclectisme, et le clinicien confronté à la maladie d'Alzheimer dispose aujourd'hui d'une somme considérable de données en neurosciences, psychologie du développement, approches systémiques, phénoménologiques, psychanalytiques... C'est finalement en tant que clinicien, habitué à préférer l'action à la théorie, ou en tous cas à privilégier la théorisation de l'action à l'agir selon des théories (RICHARD, 1982) que nous avons risqué le pari d'éclectisme.

Nous avons commencé ce travail de thèse à partir de considérations de type retrogénétique, c'est-à-dire issues de l'approche développementale, or cette dernière dispose elle-même d'un riche panel théorique tant cognitif que psychanalytique. Il nous a paru assez naturel d'initier un travail de modélisation s'inspirant de ces deux courants de pensée en essayant de ne pas tomber dans la confusion des genres. Les concepts de fonction et de distance symboliques nous ont paru féconds. Ce n'est pas par hasard que nous avons trouvé des échos à notre pratique dans la lecture d'un auteur comme B.Golse, psychiatre et psychanalyste d'enfants qui propose, par exemple, de dépasser le clivage entre théorie des pulsions et des relations d'objet, de l'attachement. Une réflexion commune entre gériatres et pédiatres serait bienvenue tant ces disciplines penchées sur les deux extrémités de la vie sont en fait cousines (développementales, interactives, sociales).

Nous avons proposé la fonction symbolique « proprement dite », au sens piagétien, comme squelette des processus de symbolisation, en précisant que squelette ne signifie pas antériorité. Ce squelette, comme l'osseux, s'est constitué en même temps que l'édifice qu'il soutient, mis en place tardivement avec l'avènement du langage il consolide les processus de symbolisation dont l'émergence primaire lui est antérieure. Cette particularité nous semble en accord avec le concept « d'opérateur de commutation » que D.Widlöcher attribue à la cognition en tant que pont entre phénomènes biologiques, cognitifs et psychodynamiques (WIDLÖCHER, D. 1990).

Passer de la rigidification de la fonction symbolique à l'altération de l'appareillage secondaire, c'est effectivement tenter d'établir un pont hypothétique en dépit de logiques différentes appartenant à des champs épistémologiques différents mais qui nous paraissent associés dans le cadre des causalités circulaires de la métapsychologie et de la

228

psychopathologie. Une approche linéaire et cantonnée à un seul domaine est forcément réductrice devant la maladie d'Alzheimer aux multiples composants. Modestement, nous avons travaillé dans la perspective de cette complexité dont l'ambition

« est de rendre compte des articulations qui se sont brisées par les coupures entre disciplines... »
(MORIN E, 1982)

En l'occurrence, le pont entre la rigidification de la fonction symbolique et « l'érosion secondaire » (métaphore géologique) est particulièrement complexe. Il s'agit de la notion de distance symbolique dont nous proposons qu'elle s'élabore depuis le registre du primaire (entre corps et représentation de chose) jusqu'à l'élaboration du langage (entre indice et signe). Un processus de frayage peut être invoqué, et pour reprendre la terminologie afférente au langage verbal, c'est-à-dire à l'élaboration la plus achevée dans ce processus, il mène de l'indice au symbole et ensuite, lors de la transition primaire/secondaire, du symbole au signe. Le symbole, au sens de l'icône, occupe donc une place charnière que nous n'avons pas mise en exergue ni suffisamment exploitée. Ce travail ne rend d'ailleurs

pas son dû à l'hétérogénéité potentielle du signifiant, en particulier telle que l'entend Green : pensée, représentation de mot, représentation de chose, fantasmes, affects ou états du corps, prosodie du discours, gestualité. Encore moins telle que l'entend Lacan...

Nous avons surtout fait référence à des notions psychanalytiques issues de ce que l'on appelle le « courant transitionnel », particulièrement certains auteurs : Winnicott, Anzieu, Green, Golse, Roussillon. Il s'agit d'un parti-pris lié à nos penchants de lecture et, considération a posteriori, peut-être plus naïvement sous l'influence de ce que ce courant représente une pensée spatiale, appropriée à la lecture de l'« effet dimensionnel » que nous décrivons dans la fonction symbolique, dans toutes ses acceptions. Chabert a bien décrit cette matrice disciplinaire de la psychanalyse comme théorie spatiale de la psychogénèse (CHABERT, 1996). Nous ne sommes pas certains d'avoir pris assez de recul par rapport à l'approche analogique et au langage métaphorique volontiers utilisé par ces bons auteurs, en particulier la notion même de transitionnalité dont l'élaboration n'est pas prête d'être achevée.

L'architecture même de notre thèse est anachronique par rapport à son propos : l'intégration symbolique qui commence très tôt et s'épanouit dans l'acquisition de l'appareil de langage.

229

Nous avons commencé par les perturbations de ce dernier, la rigidification de la fonction symbolique, il faut dire que ce fut le début de notre interrogation en master 2.

Enfin, en relisant ce travail spéculatif, nous trouvons presque autant de contenu concernant l'enfant que la personne âgée souffrant de maladie d'Alzheimer !

Nous avons déjà précisé au début des deux parties combien l'approche génétique nous paraît intéressante pour aborder la pratique psychogériatrique, l'homme est après tout le fils de l'enfant qu'il fut. En se référant à l'élaboration du symbolique, on peut tenter de comprendre ses modalités d'effritement, la nature des aménagements et le sens des défenses mises en place. Mais ce qui a du sens dans une perspective de développement ne l'a pas nécessairement face à un sujet adulte, âgé, malade. Si la perspective génétique sur laquelle nous nous appuyons a une valeur heuristique générale, il serait hasardeux de la plaquer sans discrimination en pratique psychogériatrique, surtout pour alimenter des interprétations du type symbolisation primaire ou secondaire face à chaque conduite du dément qui nous dérange. Par contre, en deçà de la question telle représentation ou telle conduite est-elle symbolique, nous pensons que dans toute représentation et toute conduite il y a un usage de la distance symbolique intéressant à considérer pour le clinicien en psychogériatrie.

Bien entendu, en psychopathologie, l'approche génétique, comme toute autre d'ailleurs, ne peut se contenter d'une vision par trop linéaire. L'apport principal des « post-piagétiens » a été de démontrer que dans le champ cognitif l'évolution était en fait mouvante et variable, même si les tendances générales de développement respectent les schémas bien emboîtés de Piaget ou Wallon. C'est la complexité même de la biologie qui s'exprime dans cette variabilité. M.Boehme (BOEHME, 1982) avait d'ailleurs déjà souligné combien le schéma général de la rétrogénèse opératoire lui aussi inscrivait dans sa linéarité théorique des à-coups, des explosions, des accélérations et retours en arrière propres à chaque personne.

Au cours de nos trente années de pratique en psychogérontologie clinique institutionnelle, nous avons critiqué chaque fois que nous l'avons pu le stéréotype négatif du vieillissement répandu qui consiste à considérer l'avancée en âge comme le fait de « retomber » en enfance. Espérons qu'inconsciemment cette représentation infantilomorphique n'ait pas trop fait retour pendant la rédaction de cette thèse... Enfin, dans le domaine affectif, nous nous en sommes tenus à des propos génétiques et implications pathologiques surtout endogènes sans développer les effets de rencontre

230

relationnelle, limitation que nous avons imposée à notre travail pour qu'il soit faisable mais qui le rend simpliste. « Un bébé ça n'existe pas » disait Winnicott, pas sans un environnement qui prend soin de lui, de la même manière « un malade d'Alzheimer ça n'existe pas » sans un entourage ou un milieu soignant qui se pose en thérapeute. Nous nous sommes intéressés à son existence de manière trop focalisée pour intégrer dans l'exposé les facteurs de symbolisation exogène. Cela aurait sans doute fourni « un propos qui n'existe pas » sans une tentative, sinon d'application, du moins de prolongement thérapeutique.

C/ Cette logique permet-elle d'envisager une approche psychothérapique de la démence ?

Comme le rappelle Jean Sandretto à propos des patients psychotiques, pour soigner il faut d'abord tenir compte de l'immense souffrance du patient et par empathie lui permettre « de se situer face à elle ». Il faut ensuite comprendre l'histoire du patient, de ses traumatismes ayant éventuellement précédé celui de la démentification et enfin donner la priorité absolue à la clinique sur la théorie (SANDRETTO, J. 2004). Réfléchir à la fonction symbolique et à la notion de distance symbolique sans méthodologie de recherche ni perspective thérapeutique eut-été vain ; en suivant le précepte de J.Sandretto et de J. Richard (RICHARD, 1982) nous avons donc essayé de théoriser d'après une pratique et d'envisager de manière générale et brève une orientation pratique orientée par cette réflexion.

231

6/Conclusion

Nous sommes partis de la constatation, banale, d'une coexistence de troubles instrumentaux que nous avons appelée S3A et nous sommes posé les questions des logiques psychologiques pouvant l'expliquer, ainsi que l'association de troubles cognitifs et affectifs dans la maladie d'Alzheimer, de savoir si des perturbations de la fonction symbolique et des mécanismes de symbolisation qui la sous-tendent constituaient un point de vue pertinent.

Ce travail de réflexion issu de matériel clinique et expérimental nous invite à entreprendre ultérieurement un essai de validation des (trop nombreuses) hypothèses H2 à H4.

Décrivant la fonction symbolique dans le registre de l'instrumental et la cherchant dans celui de la psyché, nous nous demandons si nous n'en avons pas fait un *deus ex machina* qui pour rendre compte de multiples phénomènes n'en explique aucun.

Cela tient peut-être à la valeur heuristique de la prise de distance équilibrée qui, comme celle de l'équilibre assimilation/accommodation ou celle de l'oscillation régrédience/progrédience, sont profondément enracinées dans la biologie au sens large.

Dans le registre cognitif de la rhétorique, la fonction symbolique autorise la liberté du sujet parlant, ou se parlant à lui-même, par le jeu sur les distances symboliques, sur l'émancipation entre signifiés et signifiants.

Dans le registre de la symbolisation, l'appareil de langage autorise plusieurs registres aux transferts des représentations de chose : choix des mots, nous l'avons vu, mais aussi du style au sens large qui est au croisement des influences conscientes et inconscientes.

Les deux registres sont étroitement entrelacés, nous n'en voulons pour preuve que la définition de la réalisation langagière de la fonction symbolique, les tropes, par Condillac:

232

« Les avantages des tropes sont, premièrement, de désigner des choses qui n'auraient pas de nom, secondairement, de donner du corps et des couleurs à celles qui ne tombent pas sous le sens ; enfin, de faire prendre à chaque pensée le caractère qui lui est propre. » (CONDILLAC, 1780)

Comment mieux définir que l'a fait cet auteur du 18ème siècle l'appropriation à la fois sémantique et symbolique de la réalité par la psyché ?

Dans tous les cas, elle est bien garante de la liberté du sujet parlant, communiquant, pensant. Et dans la maladie d'Alzheimer, sa rigidification rend compte de son aliénation.

Le recours à la formalisation de la distance, des tropes, intimement liés à la fonction symbolique a été largement utilisé dans le champ métapsychologique ; Ainsi, D.Anzieu évoque la relation entre le Moi et la peau comme métaphorique (Moi métaphore de la peau, peau métaphore des limites du Moi) et métonymique (relations de tout à partie) (ANZIEU, 1986). J.Laplanche décrit chez Freud deux lignées généalogiques du Moi : métaphorique et métonymique (LAPLANCHE, 1970). G.Rosolato décrit la double oscillation métaphorométonymique constitutive de la créativité et de la rigueur de pensée... (ROSOLATO, 1985) Nous ne sommes donc pas étonnés d'y avoir eu recours dans le cadre de cette thèse.

En conclusion, la rigidification de la fonction symbolique est un processus psychopathologique profond qui retire au langage, à la mémoire et à la psyché ses potentialités symbolisantes en contribuant à l'expression symptomatique de la maladie d'Alzheimer. Ce processus altère un fonctionnement normal et permanent du jeu sur la distance symbolique qui fait partie des processus de rencontre/création avec la réalité, qui renvoie à la vie inconsciente et consciente.

Ce qui s'altère dans maladie d'Alzheimer est suffisamment prégnant pour pouvoir être éprouvé au quotidien quand nous nous laissons aller à l'activité régrédiente de rêverie ou de contemplation. Par exemple, je relis à ce propos les notes que j'ai prises il y a quelques jours :

_ Je suis confortablement installé dans ce fauteuil du train qui me mène de Lyon à Paris, je rédige ma thèse. Le bercement du rail est agréable. Mon regard vagabonde et achoppe sur la coiffure de cette dame, ses cheveux sont comme de la neige, fermement apprêtés comme aussi

233

un casque sur sa tête. Pendant quelques secondes la couleur blanche, l'image de la neige, celle d'un casque hellénique vont osciller de l'une à l'autre ; aller et retour entre perception, illusion, et imagerie, rebondissements de la pensée à la surface des choses. La fonction symbolique qui sous-tend ces prises de distance aime bien s'exprimer à l'occasion de la rêverie. Elle n'oublie pas qu'elle y est née, dans celle de ma mère quand j'étais bébé.

_ Arrivée à Paris... Autre moment de bien être assis en terrasse au soleil, mon regard accroche une forme qu'il dessine sur le trottoir... allers retours entre la tâche lumineuse qui m'éblouit un peu et le plat superbement doré dont elle prend la forme. Plaisir de se sentir vivre psychiquement par cet aller-retour entre sensation, perception, symbolisation imagée ; plaisir de vivre la distance entre moi et la réalité que je parcours en régrédience (lueur vive et jaune) et progrédience (j'y projette mon imagerie dorée), plaisir de respirer mentalement.

_ Plus tard, visite au musée Marmottan pour retrouver les Monet que j'aime tant. Je m'attarde devant ce Nymphéas épuré jusqu'à l'abstraction, jouissance vertigineuse devant ces bleus et verts magnifiques en formes arrondies. Et soudain l'impression de profondeur aqueuse dans laquelle je plonge. Jouissance en fait de parcourir la distance entre les figures que j'explore sur la toile et la plongée verticale qui me prend au plexus, entre abstraction picturale et concrétude de l'impression de troisième dimension.

Ces jouissances donnent de la chair au sentiment d'exister, elles sont très motivantes et largement sollicitées par les publicitaires, grands experts en fonction symbolique.

Ces jouissances donnent également la mesure des souffrances endurées par celui qui les perd en perdant l'usage de la fonction symbolique, dans la maladie d'Alzheimer.

234

Reprenons notre question fondamentale : La fonction symbolique est-elle au cœur de la maladie d'Alzheimer ?

Il nous semble au terme de ce travail, qu'associée à d'autres processus organiques et fonctionnels, la perte de la fonction symbolique en tant qu'attribut conceptuel contribue :

1/ A déstructurer le réseau sémantique...

2/... et en tant que mécanisme de symbolisation à priver le sujet de défense contre la perte d'objet...

3/...ce qui expliquerait l'association des symptômes cognitifs (mémoire, langage, praxognosies) et psychopathologiques (angoisse, hallucinations, souffrance identitaire).

Cette altération de la fonction symbolique s'installerait rétrogénétiqument et laisserait le sujet démuni face à l'inscription inéluctable dans son soma de la mort à bientôt venir.

C.Montani rapproche la démentalisation du dément et la régression, elle envisage les nuances d'un « retour à, d'un retour vers, ou d'un retour de » (MONTANI, 1994) et opte pour un retour vers l'infantile avec persistance d'un résidu personnel insensible à la maladie. Nous penchons plutôt pour l'association d'une rétrogénèse à l'archaïque et des défenses qui le jugulent, aussi dangereuse que l'association de la dédifférenciation cancéreuse aux effets toxiques d'une chimiothérapie.

235

Index

abstrait, 10, 24, 27, 37, 43, 49, 51, 57, 81, 158 **adaptation**, 7, 25, 36, 37, 43, 60, 61 **administrateur central**, 88, 91, 92 **affectif**, 21, 26, 28, 34, 97, 122, 123, 162, 250 **amnésie**, 7, 17, 33, 34, 76, 193 **analogique**, 32, 33, 34, 35, 57, 132 **anomie**, 7, 17, 18, 67, 76, 77, 80, 81, 84, 110, 186, 191 **anxiété**, 92, 155, 160 **appareil de langage**, 22, 58, 115, 123, 124, 130, 185, 188 **apraxie**, 7, 17, 18, 19, 84, 99, 100, 101, 105, 106, 181 **assimilation**, 26, 28, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 49, 55, 59, 114, 115, 121, 132, 140, 216, 217 **attributs**, 57, 67, 69, 70, 72, 73, 77, 78, 79, 80, 81, 87, 173, 176 **bébé**, 52, 53, 56, 120, 122, 123, 131, 143, 148, 151, 152, 161, 166, 179, 182, 183, 184, 216, 233, 243 **BREFS**, 9, 19, 64, 80 **catégories**, 54, 57, 59, 69, 94, 247 **cognitif**, 8, 11, 17, 21, 24, 26, 27, 28, 30, 52, 61, 77, 79, 91, 106, 118, 120, 121, 123, 131, 155, 189, 191, 231, 240, 241, 242, 243, 244 **communication**, 15, 22, 33, 34, 35, 37, 52, 54, 57, 62, 65, 66, 76, 106, 132, 161, 185, 186, 187, 211, 244 **concept**, 40, 42, 76, 80, 81, 84, 234 **concret**, 24, 27, 30, 37, 43, 49, 51, 57, 81, 158 **de Ajuriaguerra**, 11, 19, 21, 106 **démence**, 31, 78, 99, 137, 138, 143, 146, 150, 151, 153, 168, 170, 176, 182, 188, 190, 193, 200, 212, 224, 240, 245, 248, 249 **développement**, 19, 25, 29, 40, 52, 53, 55, 58, 59, 62, 66, 84, 91, 106, 114, 118, 123, 130, 143, 193, 240, 242, 243, 244, 248, 250 **digitale**, 33, 34 **émancipation du signifiant**, 19, 31, 32, 80, 114 **épisode**, 20, 85, 87, 88, 90, 92, 94, 95, 96, 109, 241, 248 **équilibre Assimilation/accommodation**, 25, 39, 114, 231 **espace**, 101, 105, 123 **fantasme**, 26, 38, 43, 141, 149, 180, 194, 206 **fonction symbolique**, 1, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 75, 76, 80, 81, 84, 85, 86, 88, 93, 99, 100, 101, 106, 109, 110, 112, 114, 115, 118, 119, 121, 123, 124, 130, 141, 143, 149, 151, 152, 153, 165, 172, 175, 176, 184, 186, 189, 190, 194, 195, 199, 204, 206, 207, 209, 211, 213, 214, 217, 220, 231, 232, 233, 234, 249 **fragilité**, 60 **hyperamorçage**, 78, 81 **image**, 35, 49, 51, 72, 77, 95, 123 **inconscient**, 43, 90, 109 **indice**, 9, 10, 19, 24, 31, 33, 35, 36, 39, 44, 49, 57, 64, 65, 72, 80, 100, 113, 123, 124, 130, 131, 165, 175, 199 **inhibition**, 55, 73, 88, 90, 91, 92, 166, 240, 241, 244 **intelligence**, 7, 25, 26, 51, 52, 56, 61, 73, 75, 91 **jeu**, 22, 36, 38, 39, 40, 41, 59, 60, 76, 78, 100, 109, 121, 123, 124, 126, 130, 140, 172, 178, 206, 213, 214, 215, 216, 219, 248 **langage**, 22, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 45, 51, 52, 54, 57, 59, 62, 64, 65, 66, 75, 77, 84, 90, 109, 114, 115, 119, 124, 132, 153, 177, 178, 184, 185, 187, 190, 192, 194, 198, 234, 240, 241, 243,

244, 248, 249 **langue**, 22, 32, 33, 36, 42, 45, 46, 58, 62, 65, 191, 198, 203, 246 **lexique**, 58, 62, 76, 84, 247 **maladie d'Alzheimer**, 1, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 28, 43, 48, 52, 56, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 87, 91, 92, 96, 97, 100, 106, 109, 110, 112, 115, 118, 136, 141, 143,

236

144, 145, 146, 147, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 181, 186, 187, 188, 191, 193, 198, 199, 202, 203, 204, 205, 207, 209, 211, 212, 215, 216, 217, 218, 222, 224, 233, 234, 246, 247 **maladie d'Alzheimer débutante**, 7, 16, 75, 77, 92, 97 **manque du mot**, 17, 18, 43, 45, 46, 48, 60, 62, 67, 76, 79, 84, 192, 218 **mémoire**, 7, 8, 9, 17, 20, 21, 34, 54, 68, 70, 76, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 109, 115, 132, 143, 148, 149, 156, 191, 206, 234, 242, 243, 248, 249 **mémoire de travail**, 54, 78, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 109, 243, 248, 249 **métaphore**, 33 **métonymie**, 33, 36, 40, 41, 114 **MNESIS**, 67, 86, 94, 95, 96 **objet**, 10, 14, 17, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 40, 41, 46, 51, 52, 53, 56, 57, 59, 60, 77, 81, 101, 105, 110, 113, 114, 115, 119, 120, 121, 122, 123, 130, 131, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 145, 146, 147, 148, 149, 153, 154, 162, 166, 168, 170, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 188, 192, 193, 215, 216, 219, 220, 234, 239, 245, 249 **ontogénèse**, 10, 18, 25, 29 **opérateur**, 18, 19, 30, 44, 84, 106, 187, 190, 247 **paraphasie**, 17, 62, 63, 76, 77, 78, 79, 192 **pensée**, 15, 35, 37, 40, 42, 43, 44, 84, 100, 115, 136, 140, 141, 143, 144, 146, 148, 150, 152, 178, 179, 180, 183, 186, 187, 190, 191, 192, 198, 204, 205, 209, 211, 220, 232, 233, 241, 245, 248, 249 **perceptif**, 26, 30, 56, 64, 113, 136, 147, 149, 165, 172, 175, 194, 198, 200, 205 **Piaget**, 7, 18, 19, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 37, 38, 40, 51, 52, 53, 54, 55, 84, 100, 105, 114, 119, 242 **PLOTON**, 33 **primaire**, 25, 26, 27, 110, 112, 115, 119, 120, 124, 130, 131, 132, 138, 141, 153, 165, 166, 177, 178, 179, 183, 184, 185, 187, 189, 193, 194, 207, 214, 216, 222, 243 **psychosomatique**, 44, 187 **psychothérapique**, 22, 216, 224 **psychotique**, 43, 154, 164, 169, 180, 213, 222 **réalité**, 22, 23, 24, 29, 32, 35, 37, 39, 40, 42, 51, 52, 72, 90, 106, 113, 115, 121, 127, 131, 135, 140, 147, 151, 152, 153, 167, 169, 170, 173, 177, 180, 192, 193, 194, 200, 212, 216, 232, 233, 249, 250 **régression**, 18, 130, 135, 136, 137, 145, 146, 153, 161, 165, 193, 198, 215, 219, 221, 222, 234 **représentation**, 10, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 38, 51, 52, 56, 62, 70, 78, 94, 95, 100, 105, 109, 114, 115, 119, 123, 127, 131, 135, 137, 138, 140, 141, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 159, 168, 170, 172, 173, 175, 176, 177, 190, 191, 192, 200, 207, 242, 248 **représentations de mots**, 24, 46, 149, 192, 193 **réseau sémantique**, 9, 28, 67, 68, 71, 72, 73, 75, 78, 80, 81, 84, 86, 97, 109, 234 **réserve**, 53, 60, 61, 63 **rétrogénèse**, 18, 20, 137, 234 **rétrogénèse**, 18 **rétrogénétique**, 18, 21, 60, 99 **rhétorique**, 24, 33, 41, 42, 45, 63, 65, 199, 246 **rigidification**, 9, 16, 17, 19, 27, 28, 43, 44, 45, 46, 52, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 75, 76, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 93, 106, 109, 113, 115, 144, 165, 176, 186, 189, 190, 194, 195, 199, 209, 211, 220 **Roussillon**, 26, 146, 147, 152, 154, 155, 160, 164, 165, 167, 172, 185, 199 **S3A**, 7, 17, 18, 19, 30, 60, 62, 64, 67, 76, 77, 80, 84, 87, 99, 101, 102, 105, 106, 114 **secondaire**, 67, 109, 114, 138, 154, 168, 188, 190, 193, 198, 200 **sémantique**, 17, 59, 62, 67, 68, 69, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 85, 86, 87, 88, 96, 109, 110, 247 **signe**, 10, 19, 24, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 49, 51, 52, 54, 57, 63, 64, 65, 72, 80, 100, 113, 123, 124, 130, 132, 162, 175, 180, 187, 191, 199

237

signifiant, 16, 19, 22, 23, 25, 35, 38, 39, 59, 60, 62, 64, 76, 80, 114, 150, 184, 239 **signifié**, 16, 19, 23, 28, 30, 31, 32, 35, 37, 38, 39, 58, 59, 76, 80, 84, 114, 140, 141 **somatose**, 44, 155, 160, 161, 163, 217 **souvenir**, 55, 84, 85, 94, 95, 97, 141, 192 **stratégie palliative**, 47, 60, 62, 195 **style**, 22, 23, 33, 39, 41, 91, 195, 211 **sujet**, 10, 14, 19, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 38, 41, 42, 43, 47, 51, 52, 56, 57, 62, 63, 64, 72, 76, 77, 80, 84, 90, 91, 96, 97, 101, 110, 114, 115, 120, 121, 122, 132, 135, 137, 138, 144, 147, 148, 150, 152, 154, 159, 161, 166, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 180, 192, 193, 194, 200, 203, 206, 214,

215, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 234, 244, 249 **surextension**, 48, 64 **symbole**, 9, 24, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 40, 100, 113, 124, 131, 184, 199, 246, 247, 248 **symbolisation**, 14, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 66, 106, 111, 112, 114, 115, 118, 119, 121, 127, 130, 131, 152, 153, 161, 177, 178, 179, 184, 185, 187, 191, 193, 194, 204, 211, 213, 214, 219, 222, 233, 234, 243, 248 **Tissot**, 23, 30, 31, 32, 40, 114, 132, 200, 240 **trope**, 41, 60 **vieillesse**, 56, 59, 60, 75, 76, 77, 86, 87, 91, 92, 109, 240, 241, 245 **Wallon**, 28, 29, 38, 51, 52, 53, 54, 59, 185, 239

238

Table des figures

Figure 1 Exemple simplifié de réseau sémantique (d'après LIEURY)	71
Figure 2 exemple de réseau sémantique élargi (LIEURY, 1995)	74
Figure 3 Exemple simplifié de réseau sémantique à n dimensions (ici 3) : La magnitude apparente de chaque nœud dépend de son éloignement par rapport au plan de l'observateur (métaphore astronomique)	82
Figure 5 Le modèle de la mémoire de travail (Baddeley), tiré de (SERON, 2007, p. 22)	83
Figure 6 Le modèle MNESIS, d'après EUSTACHE et DESGRANGES, 2003	89
Figure 7 La cartographie de MNESIS, d'après EUSTACHE et DESGRANGES, 2003	974
Figure 8 La perte de l'espace projectif : le malade ne peut représenter la perspective et dessine des pseudo-rabattements.	97
Figure 9 Dans les autres cas, les dessins sont du type fausse-perspective, et dessin du dépliage imaginaire du cube	1017
Figure 10 Dessin sur évocation d'un patient initialement S3A	102
Figure 11 Evolution à 13 mois de l'apraxie constructive : le sujet sur évocation dessine un triangle puis un carré pour un cube, qu'il peut recopier. Le dépliage imaginaire du cube est dessiné correctement. Noter la dysorthographe chez ce lettré.	99
Figure 12 La causalité circulaire des troubles de la symbolisation.....	103
Figure 13 Symbolon.....	104
Figure 14 Harpocrate.....	116
Figure 15 Le point zéro des routes de France (métaphore de l'espace originaire du pictogramme, point zéro des routes psychiques)	117

239

Travaux cités

ABECASSIS, J. (1993). D'Henri Wallon à Jérôme Bruner. Continuité ou discontinuité? *Enfance*, 46(1), pp. 47-57. ANJELERGUES, R. (s.d.). De l'hallucination au langage. Monographie n°II du Centre de psychanalyse Evelyne et Jean Kestemberg. AJURIAGERRA, J. d., & coll. (1960). A propos de quelques problèmes posés par l'apraxie dans les démences. *L'encéphale*(5), p. 375-401. AJURIGUERRA, J. d., REY-BELLET, J., & TISSOT, R. (1964). A propos de quelques problèmes posés par le déficit opératoire des vieillards atteints de démence dégénérative du grand âge. *Cortex*(1), pp. 103-132. AJURIGUERRA, J. d., KLUSER, J., VELGHE, J., & TISSOT, R. (1965). Praxies idéatoires et permanence de l'objet. Quelques

aspects de leur désintégration conjointe dans les syndromes démentiels du grand âge. *Psychiatr. Neurol.*, 5(150), pp. 306-319. AJURIAGUERRA, J. d. (1967). Désintégration des notions de temps dans les démences dégénératives du grand âge. *L'encéphale*(56), pp. 3085-438. AJURIAGUERRA, J. d., & TISSOT, R. (1968). Applications cliniques de la psychologie génétique. *Psych. et Epist. Génét.*, pp. 336-338. AJURIAGUERRA, J. D. (1970). Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson. AMIEVA, H., & al, e. (2002). Inhibitory breakdown and dementia of the Alzheimer type: a general phenomenon? *Journal of clinical and experimental psychology*(24), pp. 503516. ANZIEU, D. (1977). Les signifiants formels et le Moi-Peau. Dans : D.ANZIEU, Les enveloppes psychiques. Paris: Dunod. ANZIEU, D. (1985). Le moi-peau. Paris: Dunod. ANZIEU, D. (2013). Le penser. Paris: Dunod. ANZIEU, D. (1986). Une peau pour les pensées. Paris: Clancier-Gueneau. ASPERGER, H. (1944). "Autistic psychopath" in childhood. Dans U. FRITH, Autism and Asperger syndrome . Cambridge: Cambridge University Press 1991. ASPERGER, H. (1998). Les Psychotiques autistiques pendant l'enfance.1944. Dans L'information psychiatrique. Synthélabo. ASSOUN, P. (2005). Métaphore et métapsychologie. *Figures de la psychanalyse*, 1(11), pp. 19-31. AULAGNIER, P. (1975). La violence de l'interprétation - du pictogramme à l'énoncé. Paris: PUF. AUSTIN, J. (1970). Quand dire, c'est faire. Paris: Seuil. AVILES HERNANDEZ, J.D., MARTINEZ ALMAGRO, A. (2012). Vigile sus pasos, osteoporosis y caídas en geriatría. Murcia : UCAM ed. BADDELEY, A., GATHERCOLE, S., & PAPAGNO, C. (1998). The phonological loop as a language learning device. *Psychological Review*(105), pp. 158-173. BAILLARGEON, R. (1991). Object permanence in young infants: further evidence. *Child development*, 62(6), pp. 1227-1246. BARABE, N., & LHEUREUX-DAVIDSE, C. (2004). La question de la réversibilité du démantèlement chez un adulte autiste. *Cliniques méditerranéennes*(70), pp. 287-306 BARR, R., DOWDEN, A., & HAYNE, H. (1996). Developmental changes in deferred imitation by 6 to 24 month-old infants. *Infant behavior and development*, 19(2), pp. 159-170.

240

BARTHELEMY-RUSSO, A et al. (2012) Prendre les objets et leurs usages au sérieux: approche développementale de la co-construction de conventions sémiotiques entre enfants. *Psychologie française*, 58, 67-88. BATESON, G. (1963). Exchange of information about patterns of human behavior. Dans W. FIELDS, & W. ABBOTT, *Information Storage and Neural Control* (pp. 173-186). Springfield: Thomas Books. BAUDRILLARD, J. (1981). Simulacres et simulation. Paris: Galilée. BAUDRILLARD, J. (1994). Le crime parfait. *Topique*(53). BEAUNIS, H. (1909). Comment fonctionne mon cerveau. *Essais de psychologie introspective*. *Revue Philosophique*. Reproduit dans *L'Année psychologique*, 1910, 16, 447-459. BERGERET, J. (1974). La personnalité normale et pathologique. Paris: Masson. BERTONCINI, J. (2000). L'acquisition de la parole avant deux ans. Dans M. KAIL, & M. FAYOL, *L'acquisition du langage vol1*. Paris: PUF. BICK, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Int J Psychoanal*(49), pp. 484-486. BICK, E. (1992). Remarques sur l'observation des bébés dans la formation des analystes. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*. 12,14-35. BION, W.R (1962). Aux sources de l'expérience. Paris: PUF 1979. BION, W. R. (1963). *Éléments de la psychanalyse*. Paris: PUF 1979. BION, W.R (1980). *Entretiens psychanalytiques*. Paris: Gallimard. BION, W.R (1986). Une théorie pour l'avenir. Colloque organisé par l'Association Française de psychiatrie. Dans R. Tissot, *Lectures* (pp. 6-7). Paris: Métailié. BION, W. (1991). *A memoir of the future*. Londres: Karnac books. BLACH, M. (1996). Dans A. Ortony, *Metaphor and thought*. Cambridge: University Press. BLEGER, J. (1979). *Psychanalyse du cadre psychanalytique*. Dans *Crise rupture et dépassement*. Paris: Dunod. BOEHME, M. (1982). *Détérioration dans la démence sénile*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé. BONDI, M.W., SERODY, A.B., CHAN, A.S., EBERSON-SHUMATE, S.C., DELIS, D.C., HANSEN, L.A. et al, (2002). Cognitive and neuropathologic correlates of Stroop color-word test performance in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 16, 335-343. BORELLA, E., CARRETTI, B., & DE BENI, R. (2008). Working memory and inhibition across the adult life-span. *Acta Psychologica*(128), pp.

33-44. BOTELLA, C. et S. (2007). La figurabilité psychique. Paris: Dunod. BOWLBY, J. (1978-1984). Attachement et perte. Paris: PUF (3 volumes). BRAAK, H., BRAAK, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathol.* (Berlin), 82, pp.239-289. BRAZELTON, T. (1993). Points forts: les moments essentiels du développement de votre enfant de 0 à 3 ans. Paris: Stock. BROUILLET, D. (2011). Le vieillissement cognitif normal. Bruxelles: De Boeck. BRUNER, J. (1966). Le développement de l'enfant, Savoir faire, savoir dire. Paris: PUF 1981. BYRNE, M. (1998). Taking a computational approach to aging: the SPAN theory of working memory. *Psychology and aging*, 13(2), pp. 309-322. CABEZA, R. (2002). Hemispheric asymmetry reduction in older adults: the HAROLD model. *Psychology and aging*(17), pp. 85-100. CAMPBELL, J., & BUCHNER, D. (1997). Unstable disability and the fluctuation of frailty. *Age and ageing*(26), pp. 315-318. CARAMAZZA, A., H. A., RAPP, B., & ROMANI, C. (1990). The multiple semantics hypothesis: Multiple confusions? *Brain*, 7(3), pp. 161-189.

241

CARDEBAT, D., AITHAMON, B., & PUEL, M. (1995). Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. Dans F.Eustache, & A.Agniel, *Neuropsychologie clinique des démences: évaluations et prises en charge* (pp. 213-223). Marseille: Solal. CAREY, S. (1978). The child as word-learner. Dans M. HALLE, G. BRESNA, & G. MILLER, *Linguistic theory and psychological reality*. Cambridge: MIT University press. CASE, R. (1985). *Intellectual development: Birth to adulthood*. New York: Academic Press. CASE, R. (1992). *The Mind's Staircase: Exploring the Conceptual Underpinnings of Children's Thought and Knowledge*. Psychology Press. CHABERT, C. (1996). Didier Anzieu. Paris: PUF. CHANGEUX, J. (1983). *L'homme neuronal*. Paris: Hachette. CHANNON, S., BAKER, J., & ROBERTSON, M. (1993). Working memory in clinical depression: An experimental study. *Psychological Medicine*(23), pp. 87-91. CHARAZAC, P. (2009). Point de vue psychanalytique sur la perte d'identité dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie et Neuro-Psychiatrie du vieillissement*, 7(3), pp. 169-174. CHARLES, A. (1988). L'effet Production : dix ans d'études (1978-1988). *L'Année psychologique*, 88(88), pp. 563-590. CHARLOT, V., & FEYEREISEN, P. (2005). Mémoire épisodique et déficit d'inhibition au cours du vieillissement cognitif: un examen de l'hypothèse frontale. *L'Année psychologique*(105), pp. 323-357. CHERTKOW, H. B. (1989). Priming and semantic memory. *Brain and Language*,(36), pp. 420-446. CHERTKOW, H. B. (1992). Constraining theories of semantic memory: Evidence from dementia. *Cognitive Neuropsychology*, 9(4), pp. 327-365. COLLETTE, F., & al, e. (2007). Specificity of inhibitory deficits in normal aging and Alzheimer's disease. Soumis à publication. COLLINS, A., & QUILLIAN, M. (1972). How to make a language user. Dans E. TULVING, & W. DONALDSON, *Organization of memory* (pp. 309-351). New York: Academy Press. COLLINS, A., & QUILLIAN, M.R. (1969). Retrieval from semantic memory. *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 8, pp. 240-247. CONDILLAC, E. (1780). *L'art d'écrire*. CONRAD, C. (1972). Cognitive economy in semantic memory. *Journal of Experimental Psychology*, 92(2), pp. 149-154. CORNUEJOLS, M. (2001). Sens du mot, sens de l'image. Paris: L'Harmattan. COSNIER, J. (1980). Le statut du langage dans la Communication Humaine. *Colloque Pathologie du langage*. Lyon: PUL. DARTIGUES, J. (2012). Paquid 2012 : illustration et bilan. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement*, 10(3), pp. 325-331. DE MIJOLLA-MELLOR, S. (2006). Le plaisir de pensée. Paris: PUF. DECHAUX-FERBUS, M. (2011). *Cet autre divan. Psychanalyse de la mémoire du corps*. Paris : PUF. DELEAU, M. (1989). Actualité de la notion de médiation sémiotique de la vie mentale. *Enfance*, 42(1-2), pp. 31-38. DENIS, M. (1989). Image et cognition. Paris: PUF. DESGRANGES, B. (1994). Effets de l'âge et du niveau d'études sur distincts sous-systèmes mnésiques. *L'Année psychologique*(94), pp. 345-368. DOLTO, F. (1984). L'image inconsciente du corps. Paris: le seuil. DUBOIS, B. (2000). Prodromal Alzheimer's disease. *Curr.Opin.Neurol.*(13), pp. 367-369.

DUPARC, F. (1992). Nouveaux développements sur l'hallucination négative et la représentation. *Revue Française de Psychanalyse*, 56(1), pp. 101-121. DUVIGNAU, K., GAUME, B., & NESPOULOUS, J. (s.d.). Proximité sémantique et stratégies palliatives chez le jeune enfant et l'aphasique. Récupéré sur ftp://ftp.irit.fr/IRIT/ADRIA/PAROLE-Duvignau%20et%20al_.pdf ECO, U. (1999). Kant et l'ornithorynque. Paris: Grasset. EUSTACHE, F., & DESGRANGES, B. (2003). Concepts et modèles en neuropsychologie de la mémoire: entre théorie et pratique clinique. Dans B. MELEMANS, & e. al, Evaluation et prise en charge des troubles mnésiques (pp. 13-49). Marseille: Solal. EUSTACHE, M. (2013). Conscience, mémoire et identité. paris: Dunod. EY, H. (1973). Traité des hallucinations. Paris: masson. EYSENCK, M., & CALVO, M. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and performance*(6), pp. 409-434. FAIN, M. (1982). Le désir de l'interprète. Paris: Aubier. FEDIDA, P. (1978). L'Absence. Paris: Gallimard. FERENCZI, S. (2006). Le traumatisme. Paris: Payot. FERRANT, A. (2001). Pulsions et liens d'emprise . Paris: Dunod. FISCHER, K. (1980). "A theory of cognitive development": The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*(87), pp. 477-531. FLAVELL, J. (2000). Piaget et la psychologie contemporaine du développement cognitif. Dans O. HOUDE, & C. MELJAC, L'esprit piagetien: hommage international à Jean Piaget. Paris : PUF. FOIX, C. (1925). Neuro-pathologie (Aphasie, apraxies, etc.). *L'Année psychologique*, 26(1), pp. 225-233. FRAIBERG, S. (1982). Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. Dans *Devenir* vol 5 n°1. FRAIBERG, S. (1982). Pathological defencies in infancy. *Psychoanalytical Quarterly*(51), pp. 612-635. FRANK, N. et al (2009) Psychose, langage et action, approches neuro-cognitives. Bruxelles : De Boeck. FREUD, S. (1895). Esquisse d'une psychologie scientifique. Paris: PUF 1996. FREUD, S. (1900). L'interprétation du rêve. Paris: Le Seuil, 2010. FREUD, S. (1906). Le délire et les rêves dans la «Gradiva» de W. Jensen. Paris: Gallimard 1992. FREUD, S. (1911). Formulations sur les deux principes de devenir psychique. Dans S. FREUD, Résultats, idées, problèmes. Paris: PUF. FREUD, S. (1913). Totem et Tabou. Paris: Payot, 2001. FREUD, S. (1915). Vue d'ensemble des névroses de transfert. Paris: Gallimard 1986. FREUD, S. (1915). Considérations sur la guerre et la mort (traduction S.Jankelevitch). http://wikilivres.ca/wiki/Considéractuelles_sur_la_guerre_et_sur_la_mort. FREUD, S. (1917). "Complément métapsychologique à la doctrine du rêve" in *Metapsychologie*. Paris: Gallimard. FREUD, S. (1920). Au delà du principe de plaisir . Paris: Payot 2010. FREUD, S. (1925). De la négation. Paris: Ithaque. FREUD, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. Paris: PUF 1951. FREUD, S. (1986). Pulsions et destin des pulsions in *Métapsychologie*. Gallimard. FREUD, S. (1996). L'esquisse d'une psychologie scientifique, 1895. Dans la naissance de la psychanalyse. Paris: PUF. FREUD, S. (2002). Sur la transposition des pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal. Dans S.Freud, *La vie sexuelle*, 1917. Paris: P.U.F.

FREUD, S. (2010). L'interprétation du rêve, 1900. Paris: Seuil. GALLESE, V., FADIGA, L., FOGASSI, L., & G, R. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119(pt2), pp. 593-609. GAONAC'H, D., & LARIGAUDERIE, P. (2000). Mémoire et fonctionnement cognitif : La mémoire de travail. Paris: armand Colin. GAUCHER, J. (1992-1993). La vieillesse: le dernier stade de la vie- Approche du concept en gérontologie et des conditions d'élaboration d'un tel stade,. Lyon: HDR Lyon 2. GERMANO, C., & KINSELLA, G. (2005). Working memory and learning in early Alzheimer's disease. *Neuropsychology Review*(15), pp. 1-10. GIBSON, L., & WALK, R. (1960). visual cliff. *Scientific american*, 202(4), p. 64. GIFFARD, B., DESGRANGES, B., & NORE-MARY, F. (2001). The nature of semantic memory deficits in Alzheimer's disease: new insights from hyperpriming effects. *Brain*(124), pp. 1522-1532. GOANAC'H, D., & PASSEREAU, J. (1988). Le traitement des ruptures textuelles dans la gestion. Colloque S.F.P.: Automatisation et Contrôle. Dijon. GOLDFIELD, B., & REZNIK, J. (1990). Early lexical acquisition: rate,

content, and the vocabulary spurt. *Journal of child language*, 17(1), pp. 171-183. GOLSE, B. (2003). Contribution des nouvelles données scientifiques à la perspective psychanalytique. *La psychiatrie de l'enfant*, 46, pp. 5-27. GOLSE, B. (2004). La pulsion d'attachement. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(1), pp. 5-25. GOLSE, B. (2010). L'enfant excitable: système pare-excitation, système pare-incitation. Dans *Les destins du développement de l'enfant* (pp. 181-187). Toulouse: Eres. GOLSE, B. et ROUSSILLON, R. La naissance de l'objet. Paris : PUF. GOLSE, B. (2012). Entre neurosciences et psychanalyse. *Adolescence*, 80, pp. 269-285. GOLSE, B. (2013). De la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire : plaidoyer pour un gradient spatio-temporel continu autour de la notion d'écart. *Cahiers de psychologie clinique*(40), pp. 151-164. GOLSE, B., & MORO, M. (2014). Le développement psychique précoce, de la conception au langage. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson. GONZALEZ MONGE, L. (2004). Conséquences de la désafférentation sensorielle chez les personnes âgées. *La revue de gériatrie*, 29(1), pp. 61-66. GONZALEZ MONGE, L. (2011). Evaluation de la fonction symbolique dans la maladie d'Alzheimer. Master 2 Recherche en Psychologie. Université Lyon 2. GONZALEZ MONGE, L. (2011). L'hypertonus captif dans les démences sévères de la personne âgée. *Evolutions psychomotrices*(92), pp. 108-112. GONZALEZ MONGE, L. (1984). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Les Journées de psychogériatrie de Limoux*. GREEN, A. (1987). La représentation de chose entre pulsion et langage. *Psychanalyse à l'université*. 12, 47, 357-372. GREEN, A. (1993). le travail du négatif. Paris: Les éditions de Minuit. GREEN, A. (1995). Propédeutique. La métapsychologie revisitée. Seyssel: Champvalon. GREGOIRE, J., & VAN DER LINDEN, M. (s.d.). Effect of age on forward and backward spans. *Aging, neuropsychology and cognition*(4), pp. 140-149. GUPTA, P. (2003). Examining the relationship between word learning, nonword repetition and immediate serial recall in adults. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*(56A), pp. 1213-1236. HAAG, G. (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 33, pp. 107-114. HAZIF-THOMAS, C., STEPHAN, S., et THOMAS, P. (2014) L'encéphale, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.06.009>

244

HEAD, H. (1923). 'Vigilance'; a physiological state of the nervous system. *Brit. J. Psychol. Gen. Sect*, 14, pp. 126-147. HENNON, B., HIRSCH-PASEK, K., & GOLINKOFF, R. M. (2000). The extraordinary journey from fetus to language-developing child. Dans H. GRIMM, *German encyclopedia of psychology, series III: Language*, volume 3: Language development 3 (pp. 41-103). Toronto: Hogrefe Verlag. HOUDE, O. (2007). Le rôle positif de l'inhibition dans le développement cognitif de l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 1(244), pp. 40-42. HUSSERL, E. (2003). Sur la phénoménologie de la conscience intime du temps (1893-1917), parties A, B et C. Grenoble: Jérôme Millon. HOUDE, O., & LE ROUX, G. (2013). *Psychologie du développement cognitif*. Paris: PUF. IONESCO, E. (1962). *Le roi se meurt*. Paris: Folio. IRIGARAY, L. (1967). Approche d'une grammaire d'énonciation de l'hystérique et de l'obsessionnel. *Langages*(5), pp. 99-109. JACKSON, J. (1866). notes on the physiology and pathology of the nervous system. *Med. Times. Gaz.*, 2(696). JACOBSON, R. (1960). « Closing statements : Linguistics and Poetics », *Style in language*. New-York: Sebeok. JACOBSON, R. (1963). *Essais de linguistique générale*, tome 1. Paris: Minuit. JACQUET, E. (2009). "Qui est là?" Echecs de la symbolisation et symbolisation des échecs de la symbolisation dans les problématiques psychotiques. Lyon: Thèse en psychologie lyon 2. JANIN, C. (1995). Le réel, le perçu et l'halluciné. *Revue française de psychanalyse*, 2(59), pp. 401-408. JEANNEROD, M. (1993). *Le cerveau machine*. Paris: Fayard. JOHNSON LAIRD, P.N. (1998). *Computer and the Mind: An Introduction to Cognitive Science*. Harvard University Press. JOLY, F., & LABES, G. (2008). Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : Volume 1, Corps, tonus et psychomotricité. Paris: Editions du papyrus. JOUBERT, S., & al, e. (2008). Patterns of semantic memory impairment in Mild Cognitive Impairment. *Behavioural Neurology*, 19(1-2), pp. 35-40. JOUBERT, S., BARBEAU, E., & FELICIAN, O. (2008). Troubles de

la reconnaissance des visages : les syndromes. Dans E. BARBEAU, S. JOUBERT, & O. FELICIAN, *Traitement et reconnaissance des visages : du percept à la personne*. Marseille: Solal. KATZMAN, R., TERRY, R., DE TERESA, R., & al., e. (1988). Clinical, pathological, and neurochemical changes in dementia : A subgroup with preserved mental status and numerous neocortical plaques. *Ann Neurol* 1988;23:138-44. *Ann.Neuro.*(23), pp. 138144. KRAMER, J., ROSE, H., DU, A., SCHUFF, N., HOLLNAGEL, C., WEINER, M., DELIS, D. (2005). Dissociations in hippocampal and frontal contributions to episodic memory performance. *Neuropsychology*(19), pp. 799-805. KAES, R. (1993). Le groupe et le sujet du groupe. Paris: Dunod. KAES, R. (2005). Groupes internes et groupalité psychique: genèse et enjeux d'un concept. Dans *La groupalité et le travail du lien*. (pp. 9-30). Erès. KAES, R. (s.d.). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. Dans B. (éd), *Les processus psychiques de la médiation*. (pp. 11-28). Paris: Dunod. KELLER, J. (2007). Le paradoxe dans la communication. Paris: L'Harmattan. KEMPLER, D. (1988). Lexical and pantomime abilities in Alzheimer's disease. *Aphasiology* (2), pp. 147-149.

245

KIHLSTROM, F., BEER, J., & KLEIN, S. (2002). Self and Identity as Memory. Dans M. LEARY, & J. TANGNEY, *Handbook of self and identity* (pp. 68-90). New York: Guilford Press. KLEIN, M. (1952). Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnell des bébés. Dans M. KLEIN, P. HEIMAN, S. ISAACS, & R. (eds), *Développements de la psychanalyse*. Paris: PUF 1976. KOLB, B., & FANTIC, B. (1995). Develpment of the child's brain. Dans C. REYNOLDS, *Handbook of child clinical neuropsychology* (pp. 17-39). New York: Plenum. LAISNEY, M., DESGRANGES, B., EUSTACHE, F., & GIFFARD, B. (2010). L'altération du réseau lexico-sémantique dans la maladie d'Alzheimer et la démence sémantique à travers le prisme des effets d'amorçage sémantique. *Rev.Neuropsychol.*, 2(1), pp. 4654. LAKOFF, G., & JOHNSON, M. (1985). Les métaphores dans la vie quotidienne. Paris: Minuit. LAPLANCHE, J. (1994). « Entretien avec », par Danon G. et Lauru D. *Enfance et Psy*. LAPLANCHE, J. (1970). Dérivations des entités psychanalytiques, in: *Vie et mort en Psychanalyse*. Paris: Flammarion. LAVALLEE, G. (1994). La boucle contenant et subjectivante de la vision. Dans *Les contenant de la pensée* (pp. 87-126). Paris: Dunod. LAVALLEE, G. (2006). Quelques propositions pour une troisième topique. *Revue française de psychanalyse*, 70(5). LAVALLEE, G. (2008). Transformer le désir de mourir en désir de dormir : cadre, fantasme et énergétique hallucinatoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 72(5), pp. 1707 - 1715. LAZNIK-PENOT, M. (1992). Du ratage de l'installation du circuit pulsionnel;quand l'aliénation fait défaut. Dans A. d. ouvrage collectif, *La clinique de l'autisme* (pp. 107125). Paris: Point hors ligne. LE GOUES, G., & PERRUCHON, M. (1992). Ultimes processus de pensée. *Revue française de psychanalyse*, 56, pp. 135-148. leadserv.u-bourgogne.fr/~yannick/PDF/Chapitre2. (s.d.). LEBOVICI, S. (1961). L'objet est investi avant d'être perçu. *Psychiatrie de l'enfant*, 3(1). LEHMAN, A., & MARTIN-BERTHET, F. (2013). *Lexicologie*. Paris: Armand Colin. LEHMANN, A., & MARTIN-BERTHET, F. (2013). *Lexicologie: Sémantique, morphologie et lexicographie*. Paris: Armand-Colin. LEMAIRE, P., & BHERER, L. (2005). *Psychologie du vieillissement*. Bruxelles: De Boeck. LI, S., LINDENBERG, U., & FRENSCH, P. (s.d.). Unifying cognitive aging:from neuromodulation to representation to cognition. *neurocomputing*, 32(33), pp. 879-890. LIEURY, A. (1977). *mémoire et réussite scolaire*. Paris: Dunod. LIEURY, A. (1979). la mémoire épisodique est-elle emboîtée dans la mémoire sémantique? *L'Année psychologique*, pp. 123-142. LIEURY, A. (2005). *Psychologie de la Mémoire : Histoire, Théories, Expériences*. Paris: Dunod. MAC CARTHY, R., & WARRINGTON, E. (1990). *Cognitive Neuropsychology: A Clinical Introduction*. San Diego: Academic Press. MAHLER, S., PINE, F., & BRGMAN, A. (1975). *La naissance psychologique de l'être humain*. Paris: Payot 1980. MANDLER, J. (1999). How to build a baby: II. Conceptual primitives. *Psychological Review*, pp. 587-604. MARCELLI, D. (1992) Le rôle des microrythmes et des macrorythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La psychiatrie de l'enfant*, 35, 1, 57-94.

MARTIN, N., & SAFFRAN, E. (1996). A computational account of deep dysphasia: Evidence for a relation between auditory-verbal STM capacity and lexical errors in repetition. *Brain and language*, 41, pp. 3-29.

MARTIN, R. (1992). *Pour une logique du sens*. Paris: PUF.

MARTY, P. (1990). Psychosomatique et psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, 59, pp. 615-625.

MARTY, P., de M'UZAN, M., & DAVID, C. (1963). *L'Investigation psychosomatique : sept observations cliniques*. Paris: PUF 1994.

MELTZER, D., BREMNER, J., & HOXTER, S. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot.

MEMMI, A. (1979). *La Dépendance, esquisse pour un portrait du dépendant*. Paris: Gallimard.

MERLEAU-PONTY, M. (1978) *L'union de l'âme et du corps*. Paris : Vrin.

MEULEMANS, T., COLLETTE, F., VAN DER LINDEN, M., 2004. *Neuropsychologie des fonctions exécutives*. Marseille : Solal.

METTENS, P. (2006). *Psychanalyse et sciences cognitives*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.

MEYER, M. (2011). *La rhétorique*. Paris: PUF

Que sais-je. MICHEL, J., HERMANN, F., & ZEKRY, D. (2009). Rôle de la réserve mentale en pathologie cognitive. *Rev Med Suisse*, pp. 2190-2194.

MILLER, G. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological review*, 63(2), pp. 81-97.

MILNER, J. (1982). *Ordres et raisons de langue*. Paris: Le Seuil.

MILNER, M. (1979). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue de psychanalyse*, 5(6), pp. 844-874.

MISSOTEN, P., SQUELARD, G., YLIEFF, M. (2010). Évaluation de la qualité de vie dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés. *Gérontologie et société*, 2, 133, p 206

MONTANI, C. (1994). La maladie d'Alzheimer « Quand la psyché s'égare ». Paris: L'Harmattan.

MORIN, E. (1982) *Science avec conscience*. Paris : Fayard.

MORO, C. et RODRIGUEZ, C. (2005) *L'objet et la construction de son usage chez le bébé*. Berne : Editions Scientifiques Européennes.

NADER-GROSBOIS, N. (2011). *La théorie de l'esprit*. Bruxelles: De Boeck.

NAU, J. (2013). Fréquence cardiaque : de l'intérêt de mesurer sa «variabilité». *Rev Med Suisse*(9), pp. 338-339.

NELSON, K. (1973). *Structure and Strategy in Learning to Talk*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 38(1-2).

NERI, C., CORREALE, A., FADDA, P., & FAUGERAS, P. (2006). *Lire Bion*. Toulouse: Erès.

NESPOULOUS, J. (1996). Les stratégies palliatives dans l'aphasie. *Rééducation*, 34(188), pp. 423-433.

NORBURY, N., BROCK, J., CRAGG, L., EINAV, S., GRIFFITH, H., & NATION, K. (2004). The relationship between theory of mind and metaphor: Evidence from children with language. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(5), pp. 1179-1193.

OTHONIEL, J. (2013). <http://jacques-othoniel.olympie.in/18-quand-le-sujet-age-tombemalade/#more-292>.

PASCUAL LEONE, J. (2000). Reflections on Working Memory: Are the Two Models Complementary? *Journal of Experimental Child Psychology*(77), pp. 138-154.

PERRIN, M., HENAFF, M., PADOVAN, C., FAILLENOT, I., MERVILLE, A., & KROLAKSALMON, P. (2009, octobre). Modification de la mémoire émotionnelle au stade léger de la maladie d'Alzheimer. *Revue Neurologique*, 165(10S1), p. 102.

PERRY, R., & HODGES, J. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer dementia. *Brain*(122), pp. 383-404.

PERUCHON, M., & THOME-RENAULT, A. (1993). *Destins ultimes de la pulsion de mort, figures de la vieillesse*. Paris: Dunod.

PERUCHON, M. (1994). *Le déclin de la vie psychique*. Paris: Dunod.

PERUCHON, M. (2001). Démence et vie opératoire. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(16), pp. 123-129.

PERUCHON, M. (2012). La maladie d'Alzheimer Perspectives. *Le journal des psychologues*, 4(297), pp. 28-32.

PERUCHON, M. (2014). Point de vue économique de la maladie d'Alzheimer, résonances neuropsychanalytiques. *Psychologie Clinique*, 37, 186-197.

PIAGET, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé: Neuchâtel.

PIAGET, J., & INHELDER, B. (1959). *Représentation de l'espace chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

PIAGET, J., & INHELDER, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Paris: PUF.

PIAGET, J. (1967) *Biologie et connaissance*. Paris : Gallimard

PIAGET, J. (1970) *L'épistémologie génétique*. Paris : PUF.

PICOCHÉ, J. (1986). *Structures sémantiques du lexique français*.

Paris: Nathan.

PITRES, A. (1898). L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques. *Progrès médical*(28), pp. 17-23. PLOTON, L. (s.d.). La souffrance des soignants. Récupéré sur www.againstpain.org/fr/pps/ploton.pps: www.againstpain.org/fr/pps/ploton.pps PLOTON L. (1995) La personne âgée, son Accompagnement Médical et Psychologique et la question de la démence, Lyon, Chronique sociale PLOTON L. (1996), Maladie d'Alzheimer : à l'écoute d'un langage, Lyon, Chronique sociale PLOTON L. (2001) La question de l'articulation neuro-psychique, illustrée par le débat sur la psychogenèse de la maladie d'Alzheimer, *Gérontologie et société*, 46-62 PLOTON L. (2003) Approche écologique de la pathologie gériatrique », in *Les chaos du vieillissement*, Toulouse, ERES PLOTON, L. (2003). La modélisation du fonctionnement mental à l'épreuve de la démence. *La revue de gériatrie*, 28(1), pp. 43-48. PLOTON, L. (2009). A propos de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 1(128129), pp. 89-115. PLOTON, L. (2009a). De l'hystérie à la maladie d'Alzheimer, quelle peut être la fonction du symptôme ? *Cliniques méditerranéennes*, 79(1), pp. 63-77. PLOTON L. (2009b) Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution. Lyon, Chronique sociale PLOTON, L. (2014). Rencontre avec des Auteurs :« Existe-t-il une personnalité prédisposant à la maladie d'Alzheimer? à paraître. PONGE, F. (1961). Le Soleil placé en abîme in « Pièces », Paris: Gallimard. POSTAL, V., & LIEURY, A. (1994). Tables de fréquence des éléments de 221 catégories. Université de Rennes 2: Laboratoire de psychologie expérimentale. PROUST, M. (1989). Le temps retrouvé. Paris: Gallimard. QUIGNARD, P. (1993). Le nom sur le bout de la langue . Paris: POL. QUINN, P. (2001). Perceptual Categorization of Cat and Dog Silhouettes. *Journal of Experimental Child Psychology*, 79, pp. 78-94. RAKISON, H., & BUTTERWORTH, G. (1998). Infants' Attention to Object Structure in Early Categorization. *Developmental Psychology*, 34(6), pp. 1310-1325.

248

REISBERG, B., & al. (2008). The pre-mild cognitive impairment, subjective cognitive impairment stage of Alzheimer' disease. *Alzheimer's and dementia*(4), pp. 98-108. RICHARD, J. (1982). Les troubles majeurs du comportement: confusion et démence. Dans F. BOURLIERE, *Gérontologie, biologie et clinique* (p. 273). Paris: Flammarion. RICOEUR, P. (1975). La métaphore vive. Paris: Seuil. ROSCH, E. (1975). Cognitive representation of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology*(104), pp. 573-605. ROSEN, J. (1946). L'analyse directe. Paris: PUF. ROSOLATO, G. (1985). Elements de l'interprétation. Paris: Gallimard. ROUSSILLON, R. (1983). Le médium malléable, la représentation et l'emprise. *Revue Belge de Psychanalyse*. ROUSSILLON, R. (1991). Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. Paris : PUF. ROUSSILLON, R. (1992). Une odeur d'au-dessus. *revue française de psychanalyse*, pp. 6167. ROUSSILLON, R. (1995). Présentation. *Revue Française de psychanalyse* (59). ROUSSILLON, R. (2007). Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Paris : Masson. ROUSSILLON, R. (2008). Le jeu et l'entre-je(u). Paris: PUF. ROUSSILLON, R. (2012). Agonie, clivage et symbolisation. Paris: PUF. SAGNE, A. (2002). Subjectivation et intersubjectivité recréées dans la démence. Université Lyon 2: Thèse en psychologie. SALTHOUSE, T. (1996). The processing-speed theory of adult age difference in cognition. *Psychological Review*(3), pp. 403-428. SALTHOUSE, T., & BABCOCK, R. (1991). Decomposing adult age differences in working memory. *Developmental Psychology*(27), pp. 763-776. SANDRETTO, J. (2004) Freud aurait aimé ce début de XXI^e siècle. *Topique*, 3, 88, 145-155. SCHILDER, P. (1968). L'image du corps. Paris: Gallimard. SCHMID-KITSIKIS, E., ZUTTER, A., BURNAND, Y., BURGERMEISTER, J., TISSOT, R., & AJURIAGUERRA, J. d. (1975). Quelques aspects des activités cognitives du schizophrène. *Ann.Méd.Psychol.*(133). SEARLES, H. (2003). L'Effort pour rendre l'autre fou. Paris: Gallimard. SECHEHAYE, M. (1950). Journal d'une schizophrène. Paris: PUF. SEGAL, H. (1970). Notes sur la formation du symbole. *Rev.Fr.Psychanal.*(4), pp. 685-696. SERON, X. (2007). La mémoire de travail: du modèle initial au buffer épisodique. Dans G. AUBIN, & e. al, *Neuropsychologie de la mémoire de travail* (pp. 13-33).

Marseille: Solal. SHALLICE, T. (1988). From neuropsychology to mental structure. Melbourne: Cambridge University Press. SIEGLER, R. (2001). *Enfant et raisonnement*. Bruxelles: De Boeck. SINCLAIR-DE SWART, H. (1967). *Acquisition du langage et développement de la pensée, sous systèmes linguistiques et opérations concrètes*. Paris: Dunod. SKA, B., MARTIN, C., DEMERS, C., & KAHLAOU, K. (2011). Vieillesse normale et plasticité cérébrale pour le langage: données de la neuroimagerie fonctionnelle. Dans D. (. BROUILLET, *Le vieillissement cognitif normal*. Bruxelles: De Boeck. SLATER, A. V. (1998). Newborn. *Infant Behavior and Development*(21), pp. 345-354. SPIRA, A. (2013, octobre). Self-reported Sleep and β -Amyloid Deposition in Community Dwelling Older Adults. *Alzheimer's & Dementia*, p. 4258. SPITZ, R. (1948). La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*(5), pp. 373-391. SUCHET, D. (2006). La frontière (note sur les mots et la spatialité interne). *Revue française de psychanalyse*, 70(5), pp. 1595-1601.

249

STERN, D.N. (1989) *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : PUF. STERN, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11(11), pp. 1006-1012. TEISSIER, J.F, GAROUX, R., & LEGER, J. (1983). Rôle du compagnon tardif et de l'objet fétiche dans la vie affective du dément sénile. *La revue de gériatrie*, 8(10), pp. 483-485. THEEUWES, J., OLIVERS, C., & CHISK, C. (2005). remembering a location makes the eye curve away. *Psychological Science*(16), pp. 196-199. THOMAS, P., HAZIF-THOMAS, C., DOREY, J.M., GONTHIER, R. (2006.) *Traité de Psychogériatrie tome1*, Paris : Med-Line Editions. TISSOT, R. (1984). *Fonction symbolique et psychopathologie*. Paris: Masson. TRAN, T. D., LETELLIER, L., LUBJINKOWICZ, C., THERY, J., & MACKOWIAK, M. (2012). Les troubles du langage inauguraux et démence : étude des troubles lexicaux auprès de 28 patients au stade débutant de la maladie d'Alzheimer. Récupéré sur SHS Web of Conferences: <http://dx.doi.org/10.1051/shsconf/20120100211> TROSTER, A., SALMON, D., MAC CULLOUGH, H., & BUTTERS, N. (1989). A comparison of the category fluency deficits associated with Alzheimer's and Huntington's disease. *Brain Lang*, 37(3), pp. 500-513. TULVING, E. (1995). Organisation of memory: quo vadis? Dans M. GAZZANIGA, *The cognitive neurosciences*. Cambridge: MIT University Press. TUSTIN, F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris: Le Seuil. VAN DER LINDEN, M. (2007). Anxiété, dépression et mémoire de travail. Dans *Neuropsychologie de la mémoire de travail*. Marseille: Solal. VERDON, B. (2012). *Cliniques du sujet âgé: Pratiques psychologiques*. Paris: Armand Colin. VERSACE, R., NEVERS, B., & P. C. (2002). *La mémoire dans tous ses états*. Marseille: Solal. VINCENT, J.D. (1986). *Biologie des passions*. Paris : Odile Jacob. WALLON, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris: Flammarion, 1970. WARKENTIN, V., & BAUDONNIERE, P. (1995). emergence de la fonction symbolique chez l'enfant entre 17 et 20 mois. *Enfance*, 48(2), pp. 179-186. WARNER, K., SCHAIE, A., SHERRY, L., WILLIS, A., GRACE, I., & CASKIE, A. (2004). The Seattle Longitudinal Study: Relationship Between Personality and Cognition. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 11(2-3), pp. 304-324. WARRINGTON, E. K., & SHALLICE, T. (1984). Category specific semantic impairments. *Brain*(107), pp. 829-854. WATSON, J. (1926). Behaviorism a psychology based on reflexes. *Arch NeurPsych*, 15(2), pp. 185-204. WATZLAWICK, P. (1978). *La réalité de la réalité: confusion, désinformation, communications...* Paris 1984: Collection Points. WIDLÖCHER D. (1990). Neurobiologie et psychanalyse. Les opérateurs de communication. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 2, 335-356. WINNER, E. (1995). Developmental perspectives on metaphor. *Metaphor and symbolic activity*, 4(10). WINNICOTT, D. (1969). La haine dans le contre-transfert. Dans « De la pédiatrie à la psychanalyse » (p. 71). Paris: Payot. WINNICOTT, D. (1969). Dans D. WINNICOTT, *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*. Dans « De la pédiatrie à la psychanalyse » (p. 109 à 125). Paris: Payot.