

Cas clinique de Mr Gilbert : analyse d'une pratique

« L'action violente ne consiste pas à se trouver en rapport avec l'autre ;
C'est précisément celle où on est comme si on était seul ».

Emmanuel Levinas

La fréquence et la gravité des troubles du comportement croissent avec la progression des troubles cognitifs associés à la maladie d'Alzheimer (157, 431). Ils sont difficiles à appréhender pour l'entourage. Ils participent avec la prise en charge de la dépendance au fardeau à gérer par les aidants. Ils sont liés à la confusion du malade, à l'approximation de ses jugements et d'autres part aux tensions internes auxquelles il est en butte. Certaines pratiques maladroites du patient sont qualifiées parfois trop vite comme aberrantes ou comme troubles du comportement. Dans ses actes le malade trouve du sens et inscrit une identité. Il dit par leur intermédiaire quelque chose et s'adresse à quelqu'un. Les altérations de la mémoire épisodique et du jugement accentuent la vulnérabilité et la dépendance du patient. La mémoire procédurale, les émotions, les affects sont longtemps préservés chez le patient. Le malade s'appuie sur ces ressources cognitives résiduelles et il lutte pour maintenir une inscription sociale et familiale. Ses praxies sont détériorées creusant souvent dans son vécu un écart entre ce qu'il cherche à actualiser et ce qu'il réalise effectivement dans ses entreprises. Il bute aujourd'hui sur des obstacles incontournables, contrastant avec ce qu'il réalisait habituellement facilement autrefois. Il s'entête et il n'ajuste pas sa pratique. Il n'en a plus les moyens cognitifs. Donc il persiste dans ce qu'il fait jusqu'à ce qu'il se lasse de ses répétitions. Ses échecs le conduisent à renoncer et à se confronter peu à peu à un apprentissage de l'impuissance (252), puis à la démotivation. Les troubles praxiques exposent parfois au délabrement de l'espace de vie et à la mise en danger du patient ou de son entourage : gaz non éteint, robinet d'eau non arrêté... Les désordres praxiques, les échecs vécus par le malade ont encore de graves retentissements sur l'anxiété et la dépression. Ils éliminent l'estime de soi et sont source d'angoisse.

La démence altère les fonctions exécutives* et par-là les praxies. L'absence de réussite des entreprises est rebutante pour le malade. Il peut encore être découragé par l'incompréhension de son entourage. Une circularité pathologique s'installe : action stérile du malade-incompréhension de l'entourage-action stérile du malade. Ses proches ne le reconnaissent plus à travers des comportements jugés déraisonnables, rattachés à la maladie et non au malade, ce qui est dépersonnalisant. Les aidants peuvent craindre la récurrence des désordres comportementaux épuisants à contenir. En ne soutenant pas les efforts du patient, ils se privent ainsi d'une ressource de soins. Le renoncement à entreprendre, le repli sur soi et le désapprentissage progressif favorisé par les troubles mnésiques, accentuent les troubles exécutifs (351) et majorent les pertes d'autonomie du malade. L'aider, c'est prévenir l'accroissement de la dépendance. Les désordres comportementaux ne sont qu'une manifestation superficielle des troubles praxiques. S'ouvrir au sens du symptôme sous-tendant ce que les aidants qualifient comme un trouble du comportement lié à la démence, est une première ouverture vers le soin centré sur la personne et vers l'étayage identitaire de la personne malade. Nous l'illustrons par l'analyse d'un cas clinique concernant Mr Gilbert H. L'analyse d'une situation présentée vécue par ce patient porte sur les interactions entre les composants d'une scène pratique. Ils convoquent des questions de sens pour le malade comme pour les soignants qui le prennent en charge. Une tension naît entre eux par leur approche différente du sens. Les désordres praxiques naissent des anomalies de ces interactions qui pourraient se corriger et des contre-sens. Nous les avons déclinés dans un article médical fait dans le cadre de cette thèse (24). Nous les reprenons et les complétons.

À travers la mise en œuvre de soi dans une pratique se dessine la marque de l'identité, l'Homo faber*¹⁹⁰ (264), l'Être qui se manifeste en tant que présence intelligente au monde, présence créatrice et inventive, architecte du réel. L'Être est à la fois inscrit dans l'élan vital (264) et est actant de contrôle de sa manifestation pour maintenir le contact avec le réel et le transformer (31). Le "je" prend place dans une action d'énonciation de l'énoncé de l'action à travers ses dimensions syntagmatique et paradigmatique*. Le malade affirme et assume quelque chose à travers ses actes. Il transforme à travers eux l'interprétation du monde où il vit. Il s'adresse à un énonciataire, formulant dans ses pratiques une à son entourage.

Le "je" est la marque de la présence, le pivot du choix de la direction de la signification dans l'entreprise et la singularité de l'intention. Le "je" peut cependant être exclu de l'action, et sa présence

¹⁹⁰ Henri Bergson, L'Évolution créatrice. Page 138-140 : « En définitive, l'intelligence, envisagée dans ce qui en paraît être la démarche originelle, est la faculté de fabriquer les objets artificiels, en particulier des outils à faire des outils, et d'en varier indéfiniment la fabrication »

s'effacer dans la programmation d'une pratique réduite à une simple mise en œuvre d'actions issues de la mémoire procédurale. Le "il" déroule alors un programme issu des habitudes et des gestes surappris dont le sujet n'a qu'une faible conscience. Le "je" peut s'exclure, se débrayer de l'action, le sujet cramponnant une pensée opposée au réel auquel pourtant il donne une forme. Le sujet devient un "il" dans ce qu'il fait, dépersonnalisant volontairement ses actes. La présence à soi est dans l'opposition au monde et aux autres, l'action est dans le retrait du monde à soi et l'investissement dans un « petit monde » différent de celui du quotidien qu'il rejette. Dans ce qu'il fait, Monsieur Gilbert dira de lui : « *Il n'est plus rien, Monsieur Gilbert* ».

Trois mondes sont rencontrés dans la maladie d'Alzheimer. Le monde du quotidien du malade, le réel qu'il partage et avec ses aidants, sa famille et avec lesquels il interfère, le monde où il est présent dans un champ spatial, temporel et actanciel. Ce monde reste accessible au début de la maladie. Avec la progression de la maladie, il se désynchronise de ce monde, l'espace se rétrécit tous les jours un peu, comme l'univers de Chloé dans « L'écume des jours » de Sartre. Ses actions ont de moins en moins de consistance et de cohérence. La présence du malade s'efface progressivement du monde, passivement, mais bientôt il s'en retire activement, dans un esprit de polémique, comme reprochant aux autres et au monde leur inaccessibilité. Il les rejette parce qu'il y est incompris et que lui-même devient incompréhensible. Le malade se réfugie dans un « petit monde »

Ce deuxième monde est le « petit monde » avec une dynamique tensive particulière. Il devient de plus en plus hermétique au point de vue spatial. Il confine le malade dans une circularité de la perception du temps, à une ritualisation exclusive de la vie quotidienne. Il fonctionne sur le plan jonctif en éliminant tout risque d'imprévu. Les ajustements praxiques sont insurmontables pour le malade, donc il les évite, il se confine à la programmation. Le « petit monde » se ferme aux autres, les relations interpersonnelles se raréfient, car susceptibles de bouleverser son espace-temps, de contrarier ses efforts pour ne rien changer aux quelques actes qu'il y déploie encore. Autrui devient un intrus. Le « petit monde » devient une citadelle, dans les fantasmes du malade, imprenable. Le "je" y règne de façon impériale.

« Si tu veux être grand, bâtis la citadelle :
Loin de tous et trop haut, bâtis-la pour toi seul ;
Qu'elle soit imprenable et vierge, et qu'autour d'elle
Le mont fasse un rempart et la neige un linceul ! (...)
Puis, cent verrous, et clos ta porte au vent qui passe !
Ferme tes quatre murs au quadruple horizon,
Et si le toit te pèse, ouvre-le vers l'espace
Pour que l'âme du ciel entre dans ta maison !
Alors, au plus secret de la mystique enceinte,
Tu dresseras l'autel de fer, prêtre ébloui,
L'autel de fer et d'or où ta volonté sainte
Doit célébrer ton rêve et s'adorer en lui. »
La Citadelle.
Edmond Haraucourt

Toute dimension téléologique semble avoir disparu du « petit monde », le seul horizon qui apparaisse est celui de la mort, que le rituel quotidien écarte, à la fois la conjurant, *si rien ne change dans ce que je fais, aujourd'hui sera comme hier, demain comme aujourd'hui*, et à la fois la repoussant de façon propitiatoire. Un mode d'économie apparaît, le syndrome de la bougie éteinte sur le buffet. *Je ne l'allume jamais, car si un jour j'en ai besoin...* Il peut conduire à une accumulation de choses diverses : un syndrome de Diogène.

Les murs de la citadelle se fissurent avec le temps. Le contenant disparu, le contenu se dissipe vers l'extérieur. Les forces qui s'exerçaient pour en maintenir la compacité et la connexité des quelques éléments résiduels ne sont plus suffisantes pour se confronter à l'altérité du monde. Le sujet n'a plus de présence dans un espace béant, permanent, n'autorisant aucune emprise et ne permettant aucune appropriation. On ne peut plus parler de « petit monde » dans les formes très évoluées de la maladie mais de non-monde, sans présence manifestée.

L'angoisse de mort est-elle absente d'un monde où la pensée semble elle-même s'être absentée ? L'angoisse de mort ne se traverse pas par la raison. Elle s'approche par l'imaginaire, l'apprivoisement de ses peurs de la mort, pour passer de l'inquiétante étrangeté (282) à la familiarisation de ce qui est incontournable. Il reste un troisième monde accessible, où le « penser » peut se déployer, l'imaginaire, le fictif, le rêve si bien illustré par Émile Zola. Ce monde-là est accessible,

surtout si la personne l'a fréquenté plus jeune, si elle était alors ouverte à l'aventure intérieure. Parfois, la porte du « petit monde » peut s'ouvrir vers ce troisième monde, mais encore faut-il avoir la bonne clé. Il faut la trouver. La clé est quelque part, dans l'histoire de vie du malade, si bien rangée et qu'on ne la trouve pas toujours, ou que le malade ne veut pas la trouver. Le monde de l'imaginaire ouvert, la présence peut s'épanouir. La clé est un analogon*. L'analogon, présente des qualités praxiques, riches d'une sémiose en devenir et capables de donner sa place à l'« homo faber » en tant qu'existant. Analogue avec un objet substitué et pouvant faire rentrer une personne démente dans une pratique singulière, discursive et praxique, l'objet-analogon la sort de sa coquille autistique où l'enferme sa maladie (219). Faisant passerelle entre le début et la fin de la vie psychique, l'analogon a encore un rôle d'ancrage de l'imaginaire dans le quotidien, assurant à la personne un vécu en devenir riche de potentialités identitaires.

Le monde de l'imaginaire ouvert, la présence peut s'épanouir et le malade faire un retour dans le quotidien. Le retour au réel peut être doux et se faire sur un mode du parvenir, la porte se fermant lentement. La présence a alors une certaine persistance en particulier grâce au renouvellement du discours et à l'entre-deux qu'il autorise. La porte se referme parfois brutalement, et le malade de retourner à la réalité sur un mode du survenir, sous l'effet d'un analogon fonctionnant dans l'autre direction. Toute construction de la pensée à partir du réel passe par une élaboration perceptive (anasémiose), une intelligibilité et une prise de conscience qui permettent de construire une interprétation et ainsi un retour projeté sur le monde perçu (catasémiose) (5). De la même façon, l'analogon introduit à l'imaginaire, l'imaginaire a une présence, la présence conscientisée à une représentation interne particulière. Cependant, un retour au réel est possible, par un schéma inverse. L'imaginaire rompu par un retour au réel, la magie de l'instant va être détruite. La frustration du malade est alors sévère, dysphorique et provoque des réactions d'hostilité vis-à-vis de ceux qui en sont la cause.

I. Cas clinique de Mr Gilbert H

Monsieur Gilbert H est un ancien éditorialiste dans un grand journal à diffusion nationale. Il a 87 ans et il est en retraite depuis une vingtaine d'années. Il a un très bon niveau culturel, docteur en littérature. Ses troubles cognitifs évoluent depuis au moins 5 ans et l'ont conduit il y a quelques mois en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Son épouse épuisée et âgée ne pouvait plus le prendre en charge, car il était devenu trop dépendant pour les actes de la vie quotidienne et parce qu'il présentait des troubles du comportement. Avant que la maladie ne révèle ses traits, Mr Gilbert avait une vie sociale très riche. Il était alors facile et agréable à vivre selon sa femme. Pourtant, il a changé avec la maladie et une agressivité est apparue, notamment lorsqu'à

toute heure du jour ou de la nuit, de façon angoissée, il réclamait papier et crayon pour écrire une soi-disant ligne éditoriale urgemment attendue par son journal et qu'elle essayait de le raisonner. Pourtant bloc-notes et crayons étaient à sa disposition sur la table de sa chambre. Il était même parfois violent physiquement avec elle : « *Il a levé la main plusieurs fois sur moi* », nous dit-elle. Lorsque la violence s'estompait, Monsieur Gilbert était abattu et pleurait abondamment. Selon sa femme, ce qu'il écrivait « *n'avait ni queue ni tête* ». Elle précise que depuis des mois, il était illisible. Il écrivait « *n'importe quoi* », des mots décousus ou sans aucun sens. Mais il couvrait des pages entières de gribouillis qui ressemblaient vaguement à des lignes.

Monsieur Gilbert H dans l'EHPAD est d'un premier abord courtois. Le « vernis social » est cependant fragile. Il ne recherche pas le dialogue avec les autres résidents. Il rabroue ceux qui s'approchent trop près de lui et il ne cherche pas à discuter. La démence est déjà bien installée (MMSE : 12/30) (162). Son discours présente de nombreux lieux communs ou des phrases toutes faites. Lorsqu'on lui demande de ses nouvelles, il dit de façon stéréotypée : « *Monsieur Gilbert, monsieur Gilbert, il n'est plus rien, monsieur Gilbert* » et au plan non verbal, il montre une tristesse. L'orientation spatiale et temporelle est altérée : « *Monsieur Gilbert, il est au bureau à cette heure-ci, ne le dérangez pas.* » Habituellement son comportement ne pose pas trop de problèmes sauf s'il est contrarié dans ce qu'il entreprend. La nuit, il erre dans les couloirs, cherchant de quoi écrire. Lui proposer de retourner dans sa chambre ou de s'asseoir à une table provoque colère et insultes. Monsieur Gilbert préfère être seul. Il reste souvent devant sa table dans sa chambre, parfois dans des endroits variés de l'EHPAD, de façon très ritualisée s'il a de quoi écrire, et ce à n'importe quelle heure. Il écrit pendant de longs moments, très concentré. Les mots qu'il trace n'ont guère de sens. Son écriture est irrégulière, mais un certain alignement sur la feuille. « *Des gribouillis ordonnés* », dit la psychologue de l'EHPAD, reprenant le terme de son épouse.

La figure 1 présente monsieur Gilbert H en train d'écrire dans une scène que nous nous proposons d'analyser. En tenue estivale comme il faisait beau, monsieur Gilbert s'est installé dans un banc du jardin. Dans sa confusion, il a pris sur une table ce qui ressemblait vaguement à un crayon, une petite cuillère. Il écrit de façon appliquée depuis un moment quand une soignante lui fait cette remarque : « *Monsieur Gilbert, vous utilisez une cuillère au lieu d'un crayon* ». Monsieur Gilbert répond de façon agressive : « *Occupez-vous de vos affaires. Monsieur Gilbert, il travaille !* »



Figure 1 : Pratique de l'écrit avec une cuillère chez monsieur Gilbert

II. Méthode d'analyse de la scène prédictive

Nous ne reprendrons ici que succinctement la méthode d'analyse utilisée, car préalablement publiée (24). Nous nous appuyons ici dans cette analyse sur la sémiotique des pratiques développées par le Pr Fontanille (46). Le sens qui se dégage d'une pratique découle d'une stratification ordonnée de différents plans. L'expression de la signification déroule ainsi une hiérarchisation à partir des niveaux les plus élémentaires jusqu'aux plus complexes, chaque niveau englobant le précédent : signes et figures, textes-énoncés, objets et supports, pratiques et scènes, situations et stratégies, formes de vie (Chapitre 5). Le niveau choisi ici concerne les pratiques et la scène (222, 432). L'analyse dépend du point de vue adopté. Elle peut être centrée sur la personne malade ou bien s'inscrire dans la visée soignante. Le patient, dans la deuxième situation n'est plus dans le choix d'un agir mais dans un subir : ce qui convient de faire pour pallier ses insuffisances et pour soulager sa souffrance mal ou non

exprimée du fait de la maladie démentielle. Entre ce que vise le malade dans ce qu'il entreprend et l'horizon normatif des soignants se situe le sens du symptôme. Une dialectique devrait s'y installer.

II-1. Description de la scène prédicative

La figure 2 présente le système de la scène prédicative. Elle comprend quatre instances particulières, le malade, son action en position centrale -sa pratique de l'écrit-, son objectif lorsqu'il déploie son action, et l'horizon visé. L'objectif semble être quelque peu ici éloigné du résultat escomptable, conduisant à des gribouillis, du moins lorsqu'il a un crayon, ici à aucun résultat compte tenu des moyens qu'il met en œuvre. La quatrième instance, l'« horizon stratégique » de Mr H pourrait être de faire un éditorial et de retrouver son rôle social et professionnel, maintenant inaccessible. Il reste toujours inscrit dans une image et un élan praxique d'un passé révolu dont il n'a pas fait le deuil. Une autre scène interfère avec la scène du malade, celle de la soignante de l'EHPAD qui a quelques traits comparables avec d'autres scènes vécues préalablement avec son l'épouse. Ces quatre instances interagissent entre elles à travers des liens réciproques, ce qui permet de décrire l'expression de la signification issue de la scène. Elle exprime une dynamique temporelle, éprouvant les liens entre les quatre instances, tendant tantôt à la collusion ou tantôt à la dissociation.

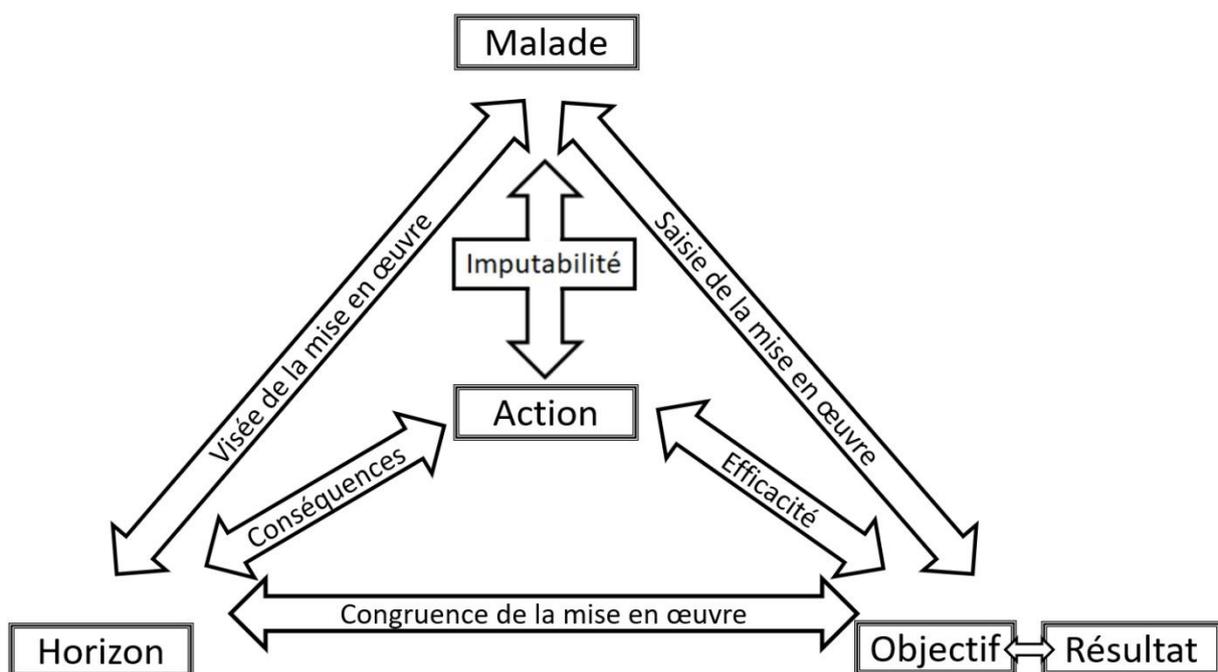


Figure 2 : Système des pratiques chez Mr Gilbert. Quatre instances sont réunies par six liens de réciprocité interagissent dans la scène prédicative.

II-1-1. La collusion du malade et de l'acte

L'action est imputable à Mr Gilbert. Il retrouve son identité d'éditorialiste dans son action qui ressemble à ses pratiques anciennes. Le malade est fortement impliqué et appliqué dans son action. L'imputabilité de l'action au malade suppose qu'une partie de son autonomie cognitive est préservée. Mr Gilbert le revendique d'ailleurs, « *Monsieur Gilbert, il travaille !* » et il **résiste** brutalement au conseil de l'aide-soignante. L'action est liée au malade, miroir de son savoir-faire et de son vouloir-faire : une appropriation antérieure. Elle renvoie à l'image de ses manières d'être habituelles, de ses habitudes, de ses rituels et à ses pratiques professionnelles anciennes, à son éthos et son hexis.

II-1-2. La collusion du malade et de son objectif.

L'objectif comporte aux yeux de Mr Gilbert des valeurs importantes. Il montre un intérêt important et soutenu pour soutenir un objectif dans son entreprise d'écriture. Il est très présent à ce qu'il fait, et sa conduite est de longue date répétitive. La disjonction entre objectifs et résultats, en première analyse, tient ici au moyen inadapté qu'il met en place en vue d'un résultat matériellement abouti. Il tient la cuillère de la même façon qu'il tiendrait un crayon. Il mobilise ici une mémoire corporelle sensorimotrice, une mémoire procédurale*. Sa chambre lui est accessible et, s'il en avait eu le désir, il y aurait trouvé ce qu'il fallait pour écrire. La cuillère est l'analogon* (47) d'un crayon. Confusion, impulsivité, absence de réflexivité expliquent une sorte de lapsus praxique qui perdure.

L'analogon évoque l'être réel de l'objet absent. Il témoigne que la conscience imageante n'est pas vide. La cuillère est le simulacre d'une empreinte mnésique, qu'Aristote avait pu comparer à celle d'un sceau sur une tablette de cire (181). La conscience imageante convoque dans le présent quelques traces de la mémoire de son passé. Elle introduit un rituel d'écriture. Pour un observateur extérieur, l'action ne s'ouvre ici sur aucun avenir. Mr Gilbert semble se condamner à la répétition, à des fonctionnements compulsifs, l'enfermant dans un monde atemporel. De ce « petit monde », il ne veut surtout pas être dérangé (433). La cuillère est précieuse pour Mr Gilbert. Il ne veut pas s'en défaire malgré son inadaptation. Elle est comme la clé d'entrée dans la séquence rituelle. Les séquences de la pratique devraient conduire à une accommodation* en vue d'un résultat tangible. Elle ne se fait pas. Le patient s'enferme dans une répétition et il renonce à une prise de risque qui conduirait à s'ajuster au réel. Une reprise aurait remplacé la répétition, une persévérance aurait pris la place d'une persistance. La reprise aurait alors été porteuse de l'élan motivationnel en le couplant au contact vital d'une réalité ancrée et vécue dans le quotidien, construite à partir des ressources du passé (31, 35). La

répétition de l'action marque l'insuffisance de ce couplage mais aussi l'attente insatisfaite de ce couplage.

Mr Gilbert persiste dans sa gestuelle fantasmatiquement importante pour lui. L'outil choisi n'est pas performatif pour la production d'un écrit. L'outil est un alibi cognitif pour continuer sa pratique et transgresser la norme proposée par la soignante, un « talisman » conjuratoire d'un réel inacceptable. Mr Gilbert préfère rester dans la peau d'une personne encore en activité : « Mr Gilbert, il travaille ». Au plan réflexivité, Mr Gilbert trouve du sens à ce qu'il fait. Il vit le fantasme d'un travail dont l'énoncé praxique reflète une part importante de sa personnalité. Il est dans le fantasme d'un temps suspendu « hors du temps », dans une permanence pour fuir les échecs liés à la démence susceptibles de s'accumuler s'il s'aventurait dans d'autres pratiques moins souvent visitées (280, 434). Ni la dimension fantasmatique, ni les valeurs singulières investies, ni l'effort déployé par le patient ne sont perçus par l'aide-soignante ou autrefois par son épouse. Elles sont toutes deux centrées sur la performance et l'échec inéluctable. Ses gribouillis pour les deux aidants ne sont que des contre-performances et des contre-persévérances.

Pourtant dans son rituel, Mr Gilbert est quelqu'un. Il rejette fermement un environnement humain où il n'est qu'un malade. Malade dans le monde, il n'y est ni reconnu dans les valeurs qui portent son action ni dans son identité. Il perçoit dans le miroir de ce monde du quotidien, une image de lui pessimiste. Il ne s'y reconnaît pas, ce n'est pas lui. Il traduit son rejet par un "il", donc débrayé du "je" que l'on attendrait dans son énoncé : « *Monsieur Gilbert, Monsieur Gilbert, il n'est plus rien, Monsieur Gilbert* ». L'explication de ce qu'il fait est tout aussi impersonnelle et générale : « *Il travaille* ». Le malade renonce à s'engager et à s'affirmer dans la relation interpersonnelle, se chosifiant, mettant ses interlocuteurs dans une position où ils le regardent comme un "Je-chose"* (218). Mr Gilbert fonctionne ici en écho de son entourage. Il n'existe plus pour eux en tant que "je", les autres n'existent plus pour lui qu'en se mettant sous la forme d'un "il". Il recourt à un « autrement qu'être » quasi autistique, à l'illéité* (435). Il est complice d'une dysharmonie évolutive. Débrayant de son « discours et en utilisant le un "il", il valide pour protester l'image d'un malade d'objet de soin que lui renvoie l'entourage et en même temps, il exprime une souffrance devant ce qu'il perçoit comme une réification où il a sa part de responsabilité. La démence altère les représentations mentales, mais ni le vécu fantasmatique ni l'émotion qui s'y rattachent (294). Une autre malade qui refusait obstinément d'entrer en maison de retraite malgré les efforts de sa fille pour lui faire comprendre qu'il n'y avait pas d'autres choix, après une visite de l'EHPAD, lui dit : « *Bon, il va falloir que tu fasses ta valise* ». La vieille dame inverse la relation "je-tu"*, et projette son angoisse de rupture de son domicile sur sa fille, l'incarnant dans sa sensorialité narrative.

La concentration de Mr Gilbert renforce le lien avec l'objectif fantasmé au détriment d'une réalisation attendue au sens concret. L'insistance identitaire serait donc à la fois dans l'effort répétitif de présentification pour réinscrire un passé dans le présent (25), dans la conation pour maintenir son être de rédacteur, comme s'il cherchait à s'inscrire et se réinscrire dans une promesse d'avenir à travers sa mise en scène (35, 79). Cette dimension temporelle est accessible à la thérapie relationnelle.

II-1-3. Le malade et son horizon stratégique

Si on adopte le point de vue de la soignante ou de son épouse, la scène pratique a pour horizon stratégique un univers révolu, que le patient n'est plus capable de transposer dans le monde actuel. La répétition comportementale de la même pratique par le malade traduirait ici une incomplétude et une insatisfaction chez Mr Gilbert. Du fait de sa désorientation temporelle, Monsieur Gilbert se vivrait dans une bulle existentielle comme s'il était toujours à son journal. Cependant, la soignante ne lui donne pas les moyens d'une réussite matérielle en lui proposant un bon outil pour écrire, ce qui lui aurait permis d'aller plus avant dans sa pratique.

Mr Gilbert peut avoir un autre horizon, fantasmatique, tourné non sur un résultat concret, mais vers le retour au bien-être qu'il éprouvait autrefois lorsque son élan vital (264) coïncidait avec son contact à une réalité. Cette forme de présentification est possible, cet espace/temps qualité est accessible, désencombré des difficultés rencontrées dans l'environnement quotidien devenu trop complexe à élaborer. Il perçoit néanmoins, le décalage entre son horizon et ceux de ses aidants à travers la disqualification qu'ils expriment. Il ne peut que se sentir incompris.

II-1-4. L'action et son résultat

L'action et son résultat sont liés par une efficacité en vue d'une finalité. La « production » que cherche à saisir Mr Gilbert est éloignée d'un résultat concret. Il manifeste cependant un objectif. Mr Gilbert cherche-t-il un résultat ou vise-t-il seulement un objectif ? Peut-être le malade reste-il davantage ancré dans un croire pouvoir faire que dans une réalisation concrète aboutie. L'écart entre l'objectif visé et le résultat escompté devrait normalement amener en retour un réajustement de la pratique de l'action. L'ajustement n'a pas lieu, montrant que le malade ne perçoit pas la dissonance entre l'action et son résultat ou qu'il ne veut pas en tenir compte (436). Soit son activité critique et ses capacités d'adaptation sont limitées, soit il reste prisonnier d'une pratique mémorisée. On pourrait encore estimer qu'il choisit la dénégation d'un échec inévitable comme pour en fuir la honte. Une autre hypothèse peut être soulevée. L'efficacité de l'action n'est pas dans une réalisation concrète qui n'est que le support superficiel d'une réalité plus profonde. L'objectif attendu par le malade est de

retrouver l'élan qui l'animait autrefois, de se replonger dans les thèmes qui autrefois l'intéressaient et qui appartiennent encore à un contact vital à la réalité, tout ce qui faisait sa présence au monde.

II-1-5. Efficacité de l'action pratiquée

L'application de Mr Gilbert montre qu'il recherche une certaine efficacité dans ce qu'il fait. L'efficacité est dans son geste d'écrire, son objectif, et non dans la rédaction d'un éditorial rédigé avec une feuille et un crayon. Monsieur Gilbert dans la scène présentée et lors des épisodes similaires antérieurs se montre sans capacité ou sans volonté évidente d'un ajustement au monde réel. Sortir de ses programmes pour s'ajuster ou pratiquer de nouvelles activités sont susceptibles de réveiller du mal-être et des échecs possibles de réveiller des angoisses. La dimension « épi-sémiotique » qui lui permettrait au moins d'exercer à la fois un contrôle cognitif et une régulation pratique sur le cours de son action est ici déficiente pour un résultat normé. Elle ne l'est probablement pas pour Mr Gilbert, la séquence gestuelle qu'il adopte, est signifiante pour le lui. L'entourage humain ne valide pas son action (422). Au contraire, la dissonance de la situation est pointée par la soignante, insistant ici sur l'écart qu'elle constate entre la norme attendue et l'acte pratiqué (296). La dissonance entre l'objectif et le résultat constatée par la soignante éveille chez le malade une tension entre la norme et ce qu'il fait. De cette tension naît un stress, ce qu'il exprime violemment.

II-1-6. L'action et l'horizon stratégique

Mr Gilbert réalise la jonction entre son action et son objectif. Il est dans la réminiscence de sa vie professionnelle et le plaisir qu'elle lui apportait. Il est présent, engagé dans son action. Il vise un horizon de qualité de vie dans un espace-temps séparé du monde réel, qualifié par ses valeurs singulières. Il est cohérent dans son parcours praxique global, qui s'inscrit dans son éthos et qui s'appuie sur les traces de mémoire procédurale encore disponible. Par-là, son action est cohérente dans les étapes de la mise en place de la scène (437). Au plan réflexivité, il ne semble cependant pas s'interroger sur ce que produirait son action au sens commun (pas d'apprentissage lors des épisodes antérieurs d'écrits erratiques, et pas d'ajustement à la situation actuelle), ou sur son résultat tangible.

Le monde du malade et le monde des aidants (épouse, soignante) n'ont pas le même horizon. Le premier, le « petit monde » du malade est immergé dans un avenir indéfini, irréel porté par son élan vital résiduel, et dans la réminiscence du contact avec une réalité vécue, ce qu'il manifeste à travers la gestuelle de l'écriture. Le second, le monde des soignants, est dans la réalisation concrète

de l'action dans le temps clos du résultat obtenu. Un conflit ne pouvait que naître entre eux. Nous avons vu avec la figure 1 du Chapitre 8 le schéma narratif de l'intersubjectivité qui présente la topographie de ces difficultés. Quatre modalités possibles d'interactions sont en théorie possible entre les deux systèmes : antagonisme (épreuve), dissension (absence de relations, absence d'échange), collusion (échange et négociation). La négociation est la solution la plus adaptée et la plus fonctionnelle, car permettant l'échange et d'élaborer une co-construction (8). Les interactions entre les deux systèmes se développeront harmonieusement que par la dialectique, la co-élaboration préalable d'un horizon commun pour que les désirs du malade et sa motivation soient intégrés dans la logique du soin. Encore faut-il négocier, trouver le bon canal de communication et surtout établir une relation réciproque dans un respect mutuel.

III. La scène prédicative et les interactions avec le système soignant

III-1. Action et polémique possible

Un ancien éditorialiste de renom, souhaite-t-il ici encore la réussite matérielle de ce qu'il fait et peut-il accepter de se confronter, lorsqu'il a un crayon, à « des gribouillis » ou à faire « N'importe quoi » ? Ou souhaite-t-il retrouver un univers fantasmatique avec un espace-qualité, un temps -qualité où il est bien ? Le rituel est aussi un repaire, à défaut de donner à autrui de solides repères relationnels. La cuillère, analogon est contra-dépressive. Elle, permet à Mr Gilbert de se retrouver dans le confort d'un monde fantasmé au demeurant fragile et temporaire, mais apaisant (124). L'effet pacificateur n'est pas retenu par les aidants lorsque la réalité superficielle est préférée à la profondeur de l'imaginaire qui s'y adosse.

« *Monsieur Gilbert, vous utilisez une cuillère au lieu d'un crayon* ». La remarque de la soignante renvoie en effet à une analyse différente du sens de la situation. Sa logique est mise à mal par la tenue d'une cuillère pour écrire au lieu de l'emploi d'un crayon. Plutôt que pointer le symptôme, peut-être aurait-il été moins difficile au plan relationnel pour Mr Gilbert de se voir proposer un crayon, et au moins un minimum d'expression positive dans ce qu'il fait. La réponse du malade en témoigne : « *Occupez-vous de vos affaires* ». Elle n'a pas trouvé ici le créneau de communication pour son approche. L'exploration du sens de la situation aurait dû conduire naturellement le soignant à faciliter la réussite du projet du malade en palliant ses insuffisances sans critiquer sa praxie.

Les aidants doivent faire l'effort de comprendre le rétrécissement du monde d'un malade dément et de respecter les rituels ce que ce dernier entreprend lorsqu'il n'engage pas sa sécurité et celle d'autrui. La prudence du côté des soignants devrait les inviter à préserver les quelques domaines

d'agir qui perdurent chez lui, domaines souvent ancrés dans ses habitudes antérieures et dans son histoire de vie. Ces objectifs du malade sont à intégrer dans la démarche de soin et dans son projet de vie dans l'EHPAD.

III-2. L'action et la scène des aidants

La pratique d'un malade dément déroge souvent aux règles et aux normes que des soignants attendraient dans des circonstances particulières. Ils sont renvoyés à la question de la pertinence de ces normes, à la raison de leur mise en place. Ils devraient encore se questionner sur le sens de ce que fait le malade, sur la nécessité ou non d'intervenir auprès de lui, pour qu'il réalise quelque chose qui a du sens pour lui. La pratique de Mr Gilbert est jugée par la soignante très à l'écart d'une norme attendue. Elle aurait pu aussi être évaluée à l'aune du besoin de « se foutre la paix » (438), et le laisser vivre sa vérité fantasmatique mise en jeu dans l'ébauche d'un discours manifesté par une pratique ancrée sur ses talents passés.

III-3. Le malade et la scène des aidants

La pratique vue par le malade n'est pas celle du point de vue des aidants. Le malade cherche à mettre entre parenthèses le schéma délétère qui l'englobe, à fuir la condition de malade âgé, précarisé par une maladie qu'il n'accepte pas. Il cherche à recoupler son élan vital avec la réalité vécue et valider son identité d'homme qu'il vivait à travers son engagement professionnel. La réussite de la pratique d'un malade vulnérable appartient au rôle propre des aidants. Les efforts maladroits du malade pour s'en sortir, la répétition de ses rituels, sont trop vites qualifiés de récurrence d'un trouble du comportement. Le malade a une certaine perception de son incapacité à mener à bien une tâche. Mais l'action est un segment de vie précieux pour lui. Il traduit en partie sa détresse en appelant ce qui lui est logiquement nécessaire en cette circonstance, une aide pratique, relationnelle et affective.

La réponse relationnelle pallierait son désarroi par la relation "je-tu" remplacée par la relation "il-vous" adressée à autrui (218). Le sujet du "il" n'est pas une instance vide, mais un occupant sans position fixe (439), ou un occupant qui s'absente de sa position. Le "il" se réfère à une présence qui aurait dû être là, une absence de présence. Ainsi son identité relationnelle s'en trouverait réassurée. Avec raison, Mr Gilbert ne peut être satisfait par une attitude jugeante de sa maladresse. Il est ici davantage dans un excès de raison que dans son crépuscule (280).

Si l'entourage reste centré sur la pratique matérielle, voire s'il la disqualifie « *Il fait n'importe quoi* », ou s'il disqualifie le résultat, « *des gribouillis* », il passe à côté de la véritable demande. Le malade tente d'instaurer des mondes signifiants, alternatifs et énoncés. Il ne parvient pas à leur terme concret, comme il ne parvient pas à énoncer son discours. Ses pertes de capacité à s'exprimer ne lui

permettent plus comme autrefois de discourir avec l'entourage. Les autres sont-ils facilitants pour l'écouter ? Il est facile de tout mettre sur le compte de la démence. Même si le malade parle la même langue que les soignants, et indépendamment de la volonté de ces derniers, il est dominé socialement par leur langage (440), volontiers normé et dépouillé d'émotions personnelles, donc impersonnel et dépersonnalisant. Le monde instauré par Mr Gilbert se confronte à celui des pratiques propres à l'institution, pas moins normées que celui des personnes qui y travaillent : la confrontation se fait entre un monde vécu par le malade et un monde institué par les aidants. Le sens du symptôme est entre ces deux extrêmes, l'absence de mise en place d'une dialectique. Mr Gilbert ne parvient ainsi ni à ressusciter pleinement son monde révolu, ouvert sur un avenir fantasmé, ni à satisfaire aux règles de celui qu'on lui propose, dans un futur quelque peu fermé pour lui. Il donne cependant de façon provocante et répétitive un avenir à une action sans but réaliste (14). Il demande quelque chose et il proteste car non satisfait.

IV. Les conditions pour la prise en compte du sens du symptôme

La lecture d'un symptôme appartient au domaine du signifié. Il est une forme de langage et sa signification n'est pas univoque selon que le lecteur est un malade ou un aidant. Mr Gilbert a un comportement inadapté au monde soignant, mais il vise un horizon stratégique singulier. En règle, les symptômes psychopathologiques reflètent une crise existentielle survenant à l'occasion d'une confrontation à un obstacle ou un défi relationnel et ils imposent un changement (441). Sans conscience du changement exigé ou sans possibilité de réaliser ses désirs, sans étayage de ses efforts dans ce qu'il entreprend, le sujet va perdre sa capacité anticipatoire, se résigner à renoncer puis il va se réfugier dans la démotivation. Selon la perspective du malade et celle des aidants, la valeur de l'action n'a pas la même amplitude et ne suscite pas le même intérêt. Des valeurs et des contre-valeurs s'expriment dans la crise chez Mr Gilbert comme chez ses aidants. Les symptômes peuvent être perçus comme la recherche du malade, relationnelle, palliative et maladroite, en écho à son incompréhension du monde conventionnel. On peut encore les percevoir comme une incompréhension du malade par le monde quotidien. Une autre perspective est pourtant possible. Construire une signification et trouver du sens à ce qu'il fait et ce qu'il vit est essentiel au malade, en particulier pour le réinscrire dans une anticipation désidérative, dans un élan vital (35). Pour cela, les soignants doivent s'ouvrir à une dimension d'empathie et essayer de se mettre à la place du malade.

La compréhension du sens du comportement Mr Gilbert et de l'environnement soignant dans l'EHPAD permet de préciser les conditions de la saisie et de la production du sens (2). Le malade doit

délimiter un espace d'action et un encadrement de ses pratiques à la dimension de ce qu'il est encore capable de réaliser et de mettre en jeu dans le réel. Le « petit monde » résulte de la dynamique tensive et il est adapté à la dimension de ses praxies.

IV-1. Une compréhension, au-delà du superficiel manifesté

La démence ne conduit pas à l'insensé, mais à des difficultés inextricables de mise en sens par le malade, l'exposant aux risques d'une incompréhension des autres et à une aliénation (442). Les troubles du comportement reflètent les difficultés de construction d'une signification du monde ordinaire à partir de l'univers du malade. Ces difficultés sont parfois ramenées à une tension entre ce qu'il savait faire, ce qu'il peut encore faire, et ce qu'il aimerait continuer. Du fait des troubles dysexécutifs, les pratiques du patient sont désajustées de la réalité et vulnérabilisées par les normes complexes du quotidien (440). Le malade lutte contre ses déficits, contre la faillite de ses pratiques. Percevoir cette dynamique n'est pas immédiat pour l'entourage qui ne comprend pas ce qu'il cherche à exprimer. Soutenir le malade dans ses efforts pour trouver du sens dans ce qu'il vit et dans ce qu'il fait, trouver le sens d'un symptôme au-delà d'un trouble du comportement est donc important pour lui apporter une aide ajustée à ce qu'il demande maladroitement. Une action répétitive, marquée par son éthos, peut être trop rapidement qualifiée de trouble du comportement. Un soutien adapté permet cependant au malade de sortir momentanément de la morosité délétère où la démence l'enferme. Les efforts du malade portent sur le maintien d'une identité fragilisée à travers ce qui lui reste possible dans le quotidien et dans l'espérance d'une promesse d'un futur encore accessible (79, 443). **Cette compréhension, au-delà du superficiel manifesté**, est la première condition pour que le malade puisse consolider le sens de ce qu'il fait malgré la maladie.

IV-2. La validation du vécu du malade

La prise en considération inconditionnelle des énoncés et des attitudes des malades permet de construire un espace de rencontre avec le thérapeute, selon Carl Rogers (444). Le refus du fantasme par les soignants est un refus de partage. Ils ferment l'espace de rencontre. Derrière le trouble du comportement, le malade exprime la fragilité de son identité relationnelle. La question posée n'est donc pas celle d'un destinataire possible des gribouillis ou des mots sans sens tracés mais une demande d'un énonciataire pour son discours même si son énoncé est maladroit. Le sens du trouble du comportement, tel que les soignants peuvent le comprendre, traduit donc sa demande d'étayage identitaire, et non une simple demande d'aide palliative à ses pratiques défailtantes.

Dans son rituel, en particulier dans la façon dont il tient la cuillère, Mr Gilbert est dans la réminiscence de sensations corporelles autrefois éprouvées. Le corps (Körper), le corps-objet, objet de

soin, est distinct du corps de chair (Leib), ou corps-sujet, sujet d'attention pour autrui, rattaché à la vie (Leben). Seule la ressemblance liant, à l'intérieur de la sphère primordiale, le corps du malade et le corps du soignant peut fonder une « saisie analogisante » (259). Les deux types de corps sont continûment en jeu dans la vie quotidienne illustrant ainsi l'ambiguïté fondamentale de la condition humaine, sa fragilité et donc la prudence nécessaire de l'approche soignante. Le présent de Mr Gilbert est ancré dans son corps. Le présent est en ce sens non seulement inscrit dans une ligne de temps, mais aussi arrimé au corps individuel, conjugal, familial et social. L'analogon a un sens d'arrimage interpersonnel par le corps.

Mr Gilbert n'est pas liant avec les autres résidents. Son comportement d'écriture est l'occasion de se mettre en mouvement à partir de sa conscience imageante. Il permet encore de jouer avec les traces de sa mémoire, dans une tentative laborieuse de mise en cohérence avec la réalité externe. Ce comportement traduit aussi une demande de validation* (422). Son hexis* est le reflet imageant (47) d'une période de sa vie satisfaisante sur le plan professionnel et alors ouverte à une vie relationnelle. **La validation* du vécu du malade** est la seconde condition pour que le malade puisse construire une énonciation malgré ses difficultés relationnelles. Tant que la demande de validation de ses rituels n'est pas satisfaite par les autres, il répète vainement ses actions, en attente, en demande d'un énonciataire. Il lui est difficile ou impossible de vivre l'être-ensemble en raison des troubles du langage et des difficultés comportementales. La faillite de ce rempart va précipiter la régression du malade dans le non-monde, son refus de manifester quelque présence que ce soit. Le patient finit par se lasser de ne pas trouver quelqu'un qui réponde à sa demande relationnelle, et il ne lui restera plus que communication phatique pour s'exprimer répétitivement, qu'il y est une personne avec lu ou non (445, 446) : « *Madame, madame... S'il vous plait, s'il vous plait...* »

IV-3. La co-construction d'un horizon commun

Le monde vécu par le malade est riche de ses valeurs singulières. Il se confronte au monde instauré par les soignants, de plus en plus centré superficiellement sur des protocoles plutôt que sur le malade qui en devient l'objet. Les soignants participent malgré eux aux troubles du comportement des malades. Ils appartiennent involontairement à son système relationnel. Leur autorité normative génère le désaccord du malade. Pour atteindre la compréhension et l'intersubjectivité, un horizon commun entre malade et soignants doit être co-élaboré. La démarche est impliquante pour tous, et doit prendre en compte le respect des désirs et de la volonté du malade, la reconnaissance de ses efforts pour trouver du sens dans son environnement accessible. Il ne s'agit plus de pointer le symptôme, d'insister sur l'inadéquation des moyens mis en œuvre dans une pratique. Ceci suppose

des temps de découvertes, de réflexivité et d'ajustements réciproques, puis de **co-construction d'un horizon commun**, ce qui est la troisième condition à l'élaboration du sens par le malade.

IV-4. La personnalisation du soin

Le malade se sait condamné à une discontinuité de son « être au monde ». Toute démente s'accompagne d'une aliénation. Si celle-ci est prise en compte, parfois à l'occasion d'une éclipse cognitive, un moment de présence à autrui, où des phrases surprenantes peuvent être délivrées par le patient, ou lors d'un de ses rituels, brièvement il « redevient une personne en même temps que ceux qui l'entourent le perçoivent fugitivement comme relativement le même qu'eux, parce que de façon plus inconsciente que consciente, pour telle ou telle cause contextuelle ou affective, ils sont moins bouleversés par son étrangeté et du même coup plus sensibles à sa ressemblance avec eux qu'à sa différence » (442). L'oubli résulte du détachement de l'individu du groupe dans lequel il évolue. Les souvenirs enlacent la mémoire individuelle et la mémoire collective (40). Mr Gilbert doit-il démissionner de son monde, perdre son individualité et se résoudre à vivre dans le monde soignant, car c'est le seul qui lui serait encore accessible ? Ce faisant, il renoncerait à qui il est, à son histoire de vie, à ses souvenirs : « *Monsieur Gilbert, Monsieur Gilbert, il n'est plus rien, Monsieur Gilbert* ». Mr Gilbert parle de lui comme en parlerait parfois un soignant lors des temps de transmission : « Monsieur Gilbert ? *Il va bien aujourd'hui* ». La quatrième condition qui permettrait à Mr Gilbert de réinvestir une identité porteuse de sens est donc de le sortir du sentiment d'être instrumentalisé, réifié et d'adopter **une démarche de soins personnalisés**.

V. Remarques de synthèse à propos du cas clinique de Mr Gilbert

L'objectif de Mr Gilbert ne peut conduire à un résultat concret compte-tenu des moyens employés, sa demande identitaire relationnelle n'est pas entendue par l'entourage, l'horizon stratégique du malade et celui du soin ne sont pas congruents. Des déliaisons soignants-malade sont présentes pour ces trois points dans ce dossier. La question du sens est ainsi posée aux aidants devant un trouble du comportement chez un malade dément, sollicitant une réponse soignante ouverte et personnalisée. Le sens du trouble réside dans la disjonction des horizons du monde du malade et de celui des soignants. Les troubles du comportement émergent en raison du non-investissement de tous, de l'absence de dialectique dans le champ délimité par ces deux pôles. Le malade n'a pas les mêmes ressources que les bien-portants pour démêler la situation. Il est tenté de rester à travers ses rituels dans un monde fantasmé afin de lutter contre l'angoisse dépressive. Le risque est de voir la situation réglée par un rapport de force implicite au dépend du plus vulnérable. La co-élaboration d'un horizon commun est donc une phase préalable et incontournable dans le projet de soin pour que les

interrelations entre les soignants et le malade se développent harmonieusement, et que la logique du soin rejoigne ses désirs.

La cuillère a un rôle important dans la pratique de Mr Gilbert et dans ses relations interpersonnelles. Elle est ici l'analogon d'un crayon, l'introduisant dans un monde fictif. Nous revenons sur quelques caractéristiques de l'analogon et les modes de présence par l'action qu'il introduit parfois.

V-1. Analogon et objet transitionnel

Un objet transitionnel selon Winnicott (447) est un médiateur et un catalyseur permettant le processus de décollement fusionnel entre la mère et l'enfant. Il a une fonction contenant, parexcitation, comme le Soi-peau, une fonction d'enveloppe, construisant progressivement le clivage entre l'objectif et le subjectif. Il autorise un temps l'ambiguïté des limites entre l'enfant et la mère, en préparant leur séparation, assurant ainsi la future identité de l'enfant. Il maintient transitoirement la présence conjointe des extrêmes contradictoires, fusion et autonomie, en les confondant simultanément, et en aménageant progressivement la frontière les séparant. L'objet transitionnel transforme la frontière en la renforçant. L'enfant a un pied dans chaque plan, le plan de la fusion, le plan de l'autonomie. L'objet transitionnel est fortement investi par l'enfant sur le plan affectif et identitaire. La séparation de l'objet conduit à des crises violentes fortement dysphoriques chez lui. L'objet transitionnel est conta-dépressif, permettant à l'enfant de chasser l'angoisse d'endormissement¹⁹¹ (447).

L'analogon ne renvoie pas à une ambiguïté des limites, mais à un paradoxe*. Il prévient l'ambiguïté des limites. Il permet de sauter au-dessus de la frontière entre deux contenus, le réel du monde naturel et l'imaginaire ou le fictif. Il n'aménage pas la frontière pour la renforcer, mais il assure simplement son franchissement, permettant de rejoindre l'univers imaginaire à partir du monde naturel. Il peut avoir une fonction inverse ramenant le sujet plus ou moins rapidement du monde fictif vers le monde réel (Kata-logon). Les deux mondes coexistent indépendamment l'un de l'autre, sans confusion. L'analogon permet la discursivité. Le discours est un visa pour franchir la frontière. Il permet de passer d'un plan à l'autre successivement sans nécessiter d'avoir un pied dans chacun des plans.

¹⁹¹ Donald Winnicott . Page 35 : « Il l'utilise au moment de s'endormir : c'est une défense contre l'angoisse de type dépressif. Il se peut que le petit enfant ait trouvé à utiliser un objet moelleux ou sa couverture qui devient alors ce que j'appelle un objet transitionnel » ... « L'importance de cet objet persiste [...] La mère accepte qu'il devienne sale et même malodorant parce qu'elle sait qu'en le lavant elle créerait une interruption dans l'expérience du petit enfant, ce qui pourrait détruire la signification et la valeur de l'objet pour l'enfant »

L'analogon lui-même n'est pas investi sur le plan des affects, cependant il l'est fortement pour des praxies. Interrompre le jeu d'enfants qui jouent avec une capsule de bière en guise de ballon, va générer des protestations non pas parce qu'ils sont attachés à la capsule de bière, mais parce que le jeu est interrompu. Il a une dimension collective le rapprochant de l'objet flottant, objet symbolique bâti par le groupe familial pour y faciliter le fonctionnement et l'écologie des liens, valorisés par les tenants de l'approche systémique (448). L'analogon a un rôle subjectif et singularisant, réinscrivant le malade dans un contact avec une réalité vécue, à nouveau couplée, synchronisée avec son élan vital (449). Il réintroduit la présence à soi et au monde. Il a également une portée intersubjective autorisant une position d'énonciateur pour communiquer avec son entourage (421), lui permettant de retrouver une assise identitaire (450). Il est un objet sémiotique thérapeutique.

V-2. Les modes de présence par l'action

Le mode de présence au monde par les praxies est à l'origine de la quête du malade. Mr Gilbert n'a plus les compétences pour mettre en jeu sa pratique en vue d'un résultat, mais il garde les compétences pour la mettre en œuvre et l'actualiser. Il est, par son action, dans la perspective d'un avenir, certes irréel, d'un horizon qui reste ouvert pour lui, mais non réduit à la réalisation d'un objet réalisé, un texte éditorial. Son élan vital est présent ici mais est désynchronisé de son contact avec une réalité concrète vécue comme inatteignable. Son objectif est donc la pratique pour la pratique, où élan et contact avec la réalité sont de nouveau synchronisés et couplés, où présence de soi au monde et présence d'un monde à soi sont à nouveau conjoints.

Selon François Rastier, trois zones définissent les relations du sujet avec un objet selon la distance les séparant et une activité possible à déployer (451). Cette approche offre un langage commun à tous les partenaires et fournit des outils pour une description claire des objets et des sujets impliqués dans l'interaction assurant une appropriation de l'information (452). La première zone identitaire est la zone de coïncidence, elle jouxte une zone de familiarité, proximale. Elle est éloignée d'une zone distante, inatteignable par les praxies, étrangère et parfois faite d'étrangeté. Elle concerne la position de l'énonciateur lorsqu'il en parle (452), le temps et l'espace du déroulement de l'action possible, les modes de présence (Tableau 1). Des frontières séparent les zones identitaire et proximale (frontière empirique, pragmatique) et les zones identitaire/proximale et la zone distale, frontière de l'expectation.

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

	Zone identitaire	Zone proximale	Zone distale
Énonciation	Je, nous	Tu, vous	Il, on, ça
Temps	Maintenant	Naguère, bientôt	Passé, futur
Espace	Ici	Là	Là-bas, ailleurs
Modes de présence	Certain	Probable	Possible, irréel
Frontières	Empirique, pragmatique		Expectation

L'activité se décompose en trois niveaux selon les zones où elle se déploie. Restant strictement ancrée sur la zone identitaire, de coïncidence avec l'objet, l'activité intrinsèque est la zone du jeu, de l'imaginaire, du fictif. Le temps ici imperfectif. Présent, passé et à venir sont confondus dans le maintenant d'une durée qui ne fait pas formellement appel à la mémoire épisodique ou à la mémoire biographique. L'éthos et l'hexis* n'en sont pas moins convoqués, manifestant ici l'élan vital du malade déployé préalablement par le sujet au cours de son existence et en contact avec un vécu d'une réalité singulière (31). L'activité prend une consistance pour soi dans la conscience du malade, une présence à soi au monde émerge. L'activité intrinsèque est accessible à Mr Gilbert. Pour reprendre l'exemple des enfants qui jouent avec une capsule de bière en guise de ballon, les activités intrinsèques peuvent être répétitives, flottantes, non finalisées. Ici les blocages et les contradictions logiques disparaissent, et se fondent l'une dans l'autre (condensation). Les lieux et les temps inatteignables sont à portée de main (déplacement), une cohésion apparaît (organisation secondaire produite par une image ou une représentation interne) (194). L'imprévu, le non-sens, irrationnel, l'imparfait ne sont pas ici des obstacles, mais des ressources à l'imagination.

L'action met en relation la zone identitaire et la zone proximale. Elle représente l'activité que l'individu déploie dans ce qui lui est atteignable, ce qui est maintenant hors de portée pour Mr Gilbert. Elle est gouvernée par des normes personnelles et collectives. Elle fait l'objet d'apprentissage et est transmissible. Elle est plutôt du domaine de la déduction* et de l'induction*. Les processus d'accommodation (ajustement et programmation) s'y appliquent.

L'acte intentionnel met en relation les zones identitaire et proximale avec la zone distale. L'activité ne peut s'y déployer faute de pouvoir atteindre cette zone. Elle peut être là encore objet de lois pour essayer d'observer, de comprendre et d'approcher. Elle est surtout l'objet de processus

d'exploration. Elle est plutôt du domaine de l'abduction*. En dehors de la recherche d'une appropriation cognitive, elle est encore du domaine de la contemplation (intention issue d'une visée* tensive) ou parfois sur le plan religieux de rituels (intention issue une saisie* de l'insaisissable) : conjurations, prières, supplications ... La question des actes à portée religieuse n'est pas posée à travers le cas de Mr Gilbert. De façon générale, ils restent accessibles aux patients atteints de troubles cognitifs (453).

Quelques points clés du chapitre 11 : Cas clinique de Mr Gilbert. Analyse d'une pratique

La démence altère les fonctions exécutives* et par-là les praxies. L'absence de réussite des entreprises est rebutante pour le malade. Il peut encore être découragé par l'incompréhension de son entourage. Un cercle vicieux s'installe.

Les désordres comportementaux ne sont qu'une manifestation superficielle des troubles praxiques.

Le malade s'appuie sur ces ressources cognitives résiduelles et il lutte pour maintenir une inscription sociale et familiale.

Le « petit monde » du malade est adapté à la dimension de ses praxies.

Le "je" est présence, choix de la direction de la signification dans l'entreprise et singularisation de l'intention. Il assied l'identité de chacun dans la relation interpersonnelle.

Le sens d'un trouble du comportement réside dans la disjonction des horizons du monde du malade et de celui des soignants.

Le malade peut avoir un autre horizon que celui des aidants, fantasmatique, tourné non sur un résultat concret mais vers le retour au bien-être qu'il éprouvait autrefois lorsque son élan vital coïncidait avec son contact à une réalité.

Une confrontation se fait entre un monde vécu par le malade et un monde institué par les aidants.

La co-élaboration d'un horizon commun est incontournable dans le projet de soin pour que les interrelations entre les soignants et le malade se développent harmonieusement.

La reprise motivationnelle présuppose le couplage de l'élan vital et du contact avec une réalité ancrée et vécue dans le quotidien, construite à partir des ressources du passé.

La clé du monde fictif est un analogon. Il présente des qualités praxiques, riches d'une sémiose en devenir et capables de donner sa place à l'« homo faber » en tant qu'existant.

L'analogon ne renvoie pas à une ambiguïté des limites, mais à un paradoxe. Il permet de sauter au-dessus de la frontière entre deux contenus, le réel du monde naturel et l'imaginaire ou le fictif.

L'analogon n'est pas investi sur le plan des affects, il l'est fortement pour les praxies.

L'analogon a un sens d'arrimage interpersonnel par le corps.