

## Topologie de l'organisation du sens dans la maladie d'Alzheimer

Tout au long de ce travail enrichi d'observations cliniques, une topologie de la maladie d'Alzheimer se dessine en fonction des capacités résiduelles des malades à symboliser le réel. Nous reprendrons cette topologie à travers quatre sous chapitres : les dysfonctionnements de la mémoire, les conséquences tensives pour le malade, l'impact sur ses formes de vie et enfin les difficultés induites par la maladie sur le discours. Nous proposons cinq stades évolutifs selon l'organisation du sens trouvé par le malade, chacun s'installant progressivement, avec des transitions plus ou moins nettes. De façon approximative, nous les associerons avec le schéma de l'histoire naturelle de la maladie et ses niveaux d'altération cognitive évaluée par le score au test de Folstein (MMSE) : formes de début (MMSE >24), formes modérées à évoluées (MMSE 24–18), formes évoluées (MMSE 17–10), formes très évoluées (MMSE 10–5) et formes terminales, en termes cognitifs et non forcément en prenant en considération la fin de vie (MMSE < 5). Le patient va parcourir bien involontairement ces positions dans son évolution clinique.

Dans un second temps, nous reprendrons les hypothèses initiales proposées en introduction pour les valider, les infirmer ou les reformuler éventuellement. Nous terminerons par des propositions thérapeutiques et quelques remarques générales.

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

Nous décrivons ici cinq stades évolutifs de la maladie d'Alzheimer selon le sens que le malade essaye d'apporter à son environnement.

#### I-1. La phase de début de la maladie d'Alzheimer

La phase de début de la maladie d'Alzheimer est insidieuse et n'est pas toujours reconnue par la famille, de plus les troubles sont souvent déniés ou banalisés par le malade. Il cherche parfois à les cacher à ses proches. Pour ces raisons un retard du diagnostic est fréquent. Certains troubles passant inaperçus sont déjà installés de longue date : troubles mnésiques précoces dès l'âge de 50 ans (343), troubles du langage installés dès la fin de l'adolescence (340) encore peu étudiés médicalement.

#### I-1-1. Le fonctionnement de la mémoire

À ce stade, le malade fait des **efforts pour retrouver les souvenirs** qui se dérobent à lui. Il lutte pour maintenir à flot sa mémoire épisodique et sémantique. Les traces Gist marquées sur le plan affects et émotions prédominent sur les traces Verbatim et les oublis portent plus fréquemment sur ces derniers. Les tris axiologiques et les catégorisations\* perceptives se fragilisent peu à peu. Les nouveaux événements perçus sont plus difficiles à mémoriser qu'auparavant, et les anciens souvenirs se déforment et s'enrichissent avec le temps, pas toujours à bon escient (loi de Ribot)(37). Les efforts du malade sont tournés vers le passé qui se dérobe. Il perçoit les risques de marginalisation pour sa vie en société. Aux difficultés des aidants pour la prendre en charge évoquées en consultation devant elle, une patiente prend la parole pour dire : « - *Je n'ai plus les mots pour dire cela. Je me tais. J'ai trop besoin de ma famille maintenant* ».

#### I-1-2. Le système tensif

Des tensions naissent entre les situations du passé, non encore oubliées et le présent, ce qui est source d'anxiété pour le malade conscient des troubles, une anxiété pas toujours partagée avec l'entourage. Les raisonnements concessifs sont ici encore possibles.

#### I-1-3. Les formes de vie

L'accommodation des pratiques et des formes de vie garde une place pour des ajustements possibles, même si le patient tend de plus en plus à privilégier les mécanismes de programmation : « *j'ai toujours fait ainsi !* ». Les situations trop complexes sont évitées, des erreurs se produisent de temps à autre. La persévérance dans les entreprises est encore possible, mais limitée lorsque celles-ci deviennent trop difficiles à appréhender et trop complexes à mettre en œuvre. Le malade interrompt alors ses tâches et passe à autre chose en trouvant de fausses excuses ou des mots échappatoires convenus. Il reste dans un régime de quête de découverte ou de redécouverte de ce qu'il est encore possible de faire. Des objectifs distants de son horizon habituel persistent, le désir et l'élan vital ne sont pas éteints. Tant que le malade a accès à des processus d'ajustement, il peut continuer certaines pratiques et assumer ses conflits internes. Les mécanismes de **défense** psychologiques lui sont alors accessibles.

#### I-1-4. Le discours du malade

Les énoncés du malade tendent à s'appauvrir progressivement et restent structurés. Ses discours reviennent volontiers sur des thèmes moult fois évoqués et se remodelent au fur et à mesure des énonciations successives au cours de l'évolution de la maladie, ancrant les déformations des

souvenirs. À ce stade, le malade lutte pour maintenir un récit de vie structurant pour son identité et conserver son inscription dans l'univers collectif où il évolue.

## I-2. La phase de la maladie modérée à évoluée

Les traits de la maladie sont patents pour l'entourage qui parfois cependant peut les banaliser : « *c'est l'âge !* ». Bien souvent, c'est à ce stade seulement que le diagnostic est porté.

### I-2-1. Le fonctionnement de la mémoire

Les représentations internes du malade se fragmentent. Les liens entre les différentes images internes se font mal. La perception ne conduit pas à des images internes rationnelles et cohérentes. Les informations ou les événements nouveaux ne semblent pas encodés. Les traces du passé se floutent ou s'effacent. Leur organisation structurale n'est plus suffisante pour construire des représentations internes nettes, leur connexité est altérée. Le malade perd peu à peu les ressources de la mémoire collective, en partie du fait de ses troubles mnésiques, en partie du fait de son isolement relationnel progressif. L'affaiblissement sociétal actuel de la mémoire collective fragilise les plus vulnérables. Les traces Gist prédominent et des erreurs se glissent sur les traces Verbatim. Le besoin d'une continuité interne conduit à rechercher de façon inconsciente une cohérence de soi en faisant appel à une pensée de secours, l'imagination, mal critiquée par lui à ce stade. De faux souvenirs apparaissent, difficiles à corriger par l'entourage : le patient s'entête dans ses fabulations. Il ne lutte plus pour retrouver ses souvenirs, parce que ses efforts sont devenus inutiles. Ses efforts portent souvent sur une résistance à l'entourage lorsque celui-ci rectifie une aberration. Il semble **se résigner** à ses oublis et ne pas chercher à les pallier, comme si la « prime narcissique » de la réminiscence lui était interdite. Des conflits avec ses aidants naissent de quiproquos relationnels. À ce stade, comme au précédent, les ressources de l'imagination peuvent être sollicitées par l'entourage ou par les soignants, d'autant plus facilement que le malade aura investi cette dimension dans le déroulement de sa vie.

### I-2-2. Le système tensif

L'extensité du malade se rétrécit, pour des raisons cognitives, mais parfois aussi parce que l'autonomie se réduit par d'autres causes associées. Une désorientation temporo-spatiale s'installe, marquée au début par des erreurs et des oublis de dates, puis par leurs mélanges. Le temps est vécu de façon séquencée, morcelée. La durée d'évolution des troubles, la conscience des limitations qu'ils induisent et la répétition des échecs font le lit d'une anxiété chronique, d'une hypervigilance, puis souvent d'une dépression. Les événements parfois banals ne sont plus anticipés. Leurs émergences dans le vécu du malade se font souvent sur un mode du survenir et non plus sur celui du parvenir,

conduisant à des réactions inattendues pour l'entourage, d'autant plus surpris que s'écartant du comportement habituel chez lui. La famille, les soignants, les médecins sont parfois médusés par ses comportements. Ils cherchent à comprendre ce qui a pu les provoquer, à saisir leur cause, extérieure au malade, parfois s'auto-accusant et se sentant coupables, quand la problématique est plus profonde, interne au patient. La quête du sens du symptôme nécessite de centrer cette question sur le malade et non sur les soignants.

À ce stade, le patient peut être en attente, aux aguets d'un événement susceptible de se produire, important pour lui et marquant dans son histoire de vie mais qui se fait attendre. Il reste alors figé dans un présent en quête prolongée d'un avenir qui tarde à n'en plus finir. Il ne remet pas en cause cette présence de l'absence malgré le temps qui s'écoule.

#### I-2-3. Les formes de vie

Les raisonnements implicatifs\* prédominent mais sont limités à la simplicité, les concessifs\* disparaissent. L'accommodation\* des pratiques et des formes de vie\* est à prédominance de programmation. Des erreurs grossières se produisent dans son tri axiologique, dans les catégorisations\* qui ne sont qu'approximatives et souvent erronées, conduisant à des aberrations comportementales pour un observateur extérieur. Le malade est davantage dans la persistance d'un programme comportemental à laquelle il s'accroche, malgré les remarques possibles des tiers externes, que dans la persévérance. Cette programmation prédominante ou exclusive ne permet plus une adaptation harmonieuse aux aléas de la vie quotidienne. Elle ne permet plus de régler les conflits internes. Le malade n'a plus accès à des mécanismes de défense psychiques pour élaborer ses tensions internes, mais seulement à des **résistances actives**, puis passives, réflexes, aux changements tant internes qu'externes (18). Il tend à se rigidifier dans ses relations interpersonnelles. Il finit peu à peu par se résigner à ne plus comprendre le monde et à ne plus y être compris. Il apprend l'inutilité d'être et de faire dans un monde appréhendé de façon de plus en plus stressante, finissant par être dépassé par le stress. Il se réfugie dans un passé encore signifiant pour lui mais de plus en plus éloigné du présent de ses proches.

#### I-2-4. Le discours du malade

Le patient fait usage dans son discours de lieux communs, de banalités sociales, de phrases toutes faites. Un dialogue bref est encore possible, mais le malade a des difficultés à gérer la complexité des interactions. Des erreurs d'interprétation dans ces échanges interpersonnels sont possibles, car les codes du langage tendent à être perdus de vue. Des fausses reconnaissances et des

fabulations sont possibles. Sur le plan topologique des formes de vie, il est dans un schéma d'emprise de ce qui lui reste comme autorité sur le monde, selon des modalités très ancrées sur le passé.

Le malade s'accroche à un récit de vie tourné vers son passé et se détourne du présent. Il n'investit plus l'avenir. Il recherche la consolidation en s'appuyant sur autrui, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il change d'avis et qu'il tient compte des observations d'autrui. D'ailleurs s'en souvient-il ou ne veut-il plus s'en souvenir ? Il valide, ce faisant, sa désynchronisation avec le temps du monde commun.

### I-3. La phase de la maladie évoluée

Lors de cette phase, le malade présente des troubles cognitifs qui affectent non seulement la mémoire, mais aussi le jugement et les fonctions exécutives\*. L'autonomie est fortement compromise. Il devient dépendant d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne.

#### I-3-1. Le fonctionnement de la mémoire

Les représentations internes et les traces mnésiques sont parcellisées. L'imaginaire s'installe au secours de la construction de la signification défailante, pour élaborer une cohérence interne relative et éviter les solutions de continuité dans les représentations du monde. Le malade n'entend plus le langage de la raison de son entourage. Des fabulations non critiquées par le patient conduisent à des confusions. Quelques émotions peuvent parfois réveiller des souvenirs, souvent sans grand détail et parfois parasités par d'autres événements anciens. Dans l'ensemble lors de la phase avancée de la maladie, le malade se dérobe aux efforts pour se souvenir ou il insiste pour retrouver des objets ou des événements du passé déconnectés de la réalité du présent.

#### I-3-2. Le système tensif

Le patient tend à s'enfermer dans un « petit monde », fermé hermétiquement au plan spatial, pris dans une circularité du temps vécu dans la routine non renouvelée du quotidien. Il est dans un présent perpétuel, un présentisme, sans place pour un passé actualisé dans le présent, sans projection de soi vers l'avenir. L'élan vital (31, 264) se rétracte avec l'effacement de l'anticipation (35). D'éphémères moments de présence peuvent se manifester à l'occasion d'une rencontre, d'un chant autrefois aimé et pratiqué, ou devant la présentation d'une photo d'une personne ou d'un événement particulier pouvant alors avoir une forte raisonnée émotionnelle avec la vie intérieure du patient. Le présent n'est plus un « maintenant », il n'est plus investi qu'en pointillé. Il n'est qu'une permanence improbable du présentisme. Tout événement même annoncé se déroule sur le mode du survenir et

donc est dérangeant. La désorientation temporo-spatiale est fortement installée et fait la place à une désorientation biographique.

### I-3-3. Les formes de vie

Tout est routine, renouvellement sans changement du quotidien. Le malade est dans une programmation comportementale exclusive, au risque du chaos au moindre petit changement. Toute proposition de changement est refusée comme dérangeant l'ordre des choses. Seuls persistent quelques raisonnements implicatifs simplistes. Il n'y a plus, dans son « petit monde » de persévérance dans ce qu'il entreprend, mais uniquement une persistance volontariste. On ne peut plus alors parler de formes de vie, mais de vieilles habitudes plus ou moins bien adaptées au monde quotidien. Le malade est en perte d'emprise sur son environnement, il est cerné dans son « petit monde ». Il n'a de choix qu'entre se résigner, subir les contraintes extérieures, ou fuir, fuguer, avec les risques que cela peut représenter en raison des troubles cognitifs et notamment de la désorientation spatiale.

### I-3-4. Le discours du malade

L'énoncé de discours du malade reflète la désorganisation de ses représentations internes. Ses énoncés sont pauvres en vocabulaire, mais la structure des phrases perdure, sans complexité toutefois. Sur le plan énonciatif, le sujet évite de prendre position dans les échanges interpersonnels. Il n'assume plus sa présence et préfère dire : « *je ne sais plus, je ne me souviens plus, je ne suis pas sûr* ». Il ne prend plus le risque de proposer une transformation à travers ses mots, même pour un mieux-être ou pour exprimer un besoin. Le "je" peut déjà s'absenter du discours : « *-Comment allez-vous aujourd'hui, Monsieur Durand ?- Il a bien dormi* ». L'organicité de la maladie concernant les centres du langage, il est difficile de faire la part de l'aphasie démentielle et des difficultés énonciatives.

## I-4. La phase de la maladie très évoluée

La désorientation temporo-spatiale est marquée, les troubles du jugement et les atteintes mnésiques sont caricaturaux. La plupart des malades sont dépendants d'un tiers pour tous les actes de la vie quotidienne.

### I-4-1. Le fonctionnement de la mémoire

Quelques souvenirs peuvent émerger dans certaines circonstances, généralement portés par une émotion ancienne, voire très ancienne. Le malade ne fait plus aucun effort pour se souvenir. Il ne montre pas d'intérêt pour le faire. Il reste une possibilité d'atteindre une présence au monde par le jeu de stimulations externes, utilisant la poly-sensorialité, la sensorimotricité ou la musique, tous ces

modes d'existence empruntant dès lors la voie d'une sensorialité narrative (467) délaissant la mémoire narrative. Leur effet est cependant inconstant et peu durable.

#### I-4-2. Le système tensif

Le patient est volontiers renfermé sur lui-même et peu communicant, peu stimuable. Il est très souvent triste et paraît angoissé. L'absence de communication, les faibles réactions, souvent d'opposition aux soins ou une raideur lorsqu'on le mobilise, laissent penser qu'il est tendu au sens corporel comme au sens langagier. L'annonce d'un événement douloureux dans sa famille peut générer des larmes, preuve qu'il n'est pas totalement absent au monde. C'est ici malheureusement une des causes d'entrée au stade évolutif suivant. Rarement, chez quelques malades, émergent des remarques orales frappantes, car pertinentes et construites dans un langage adapté. Il est possible que le malade soit parasité par une angoisse de vide existentiel, tendu entre ce qu'il perçoit du monde où il a perdu toute emprise et la conscience plus ou moins claire de ce qu'il est ou de ce qu'il était. Peut-être reste-il conscient encore de quelque chose de non-élaborable et de non symbolisable dans son contact avec le monde qu'il semble mettre à distance et où il ne s'investit plus. Il a perdu confiance en lui-même et dans le monde. Il ferme les yeux pour ne plus le voir, ne plus le ressentir.

#### I-4-3. Les formes de vie

Toute forme de vie a disparu. Il ne reste que quelques bribes de fonctionnements « automatiques » et ritualisés. Le malade est piégé dans le monde qui le prend en charge, enfermé dans sa maladie. Les siens ne sont plus reconnus et sont assimilés à des étrangers, ou encore confondus avec d'autres disparus depuis longtemps. C'est à ce stade que se manifeste la concrétisation de la pensée, marquant l'absence d'élaboration symbolique de la pensée.

#### I-4-4. Le discours du malade

Les énoncés sont décosus, pauvres qualitativement comme quantitativement et rares. La structure du langage est en voie de disparition. Les mots se télescopent et ne sont pas toujours associés à une signification particulière. Des paraphrases s'intercalent. Le malade peut répéter à l'envi un mot qu'il vient d'entendre (écholalie). Le "je" est désinvesti, parfois remplacées par un "il", ou simplement évité, la personne malade s'adressant sans aucune forme de socialisation à autrui : « *vous voulez quoi encore ?* ». Le malade a décroché de son récit de vie. Les énoncés semblent réduits à interroger ou à protester contre l'univers extérieur. Sur le plan interpersonnel, il ne donne plus de repères à son interlocuteur. Une ambiguïté des limites s'installe.

#### I-5. La phase terminale de la maladie

Le malade s'exprime peu ou pas, l'aphasie démentielle s'est développée. La dépendance à un tiers aidant est très marquée et la marche est très souvent compromise. L'entrée dans cette phase est le plus souvent progressive. Elle peut être rapide après l'annonce d'un deuil. Faut-il cependant renoncer à avertir un patient de la disparition d'une personne aimée ? La conversion vers cette phase peut encore être liée à une aggravation de la dépression ou à un accident de santé médical ou chirurgical, à une douleur chronique insuffisamment prise en charge, ou encore à une perte sensorielle.

#### I-5-1. Le fonctionnement de la mémoire

La quasi-absence de communication du malade ne permet guère d'évaluer la mémoire. Il n'exprime aucune trace mnésique et il ne manifeste que peu de choses, voire semble indifférent aux sollicitations externes : visite de membres de sa famille, photos, chants... Il semble s'être absenté du monde et de toute relation interpersonnelle.

#### I-5-2. Le système tensif

Le patient semble absent de tout. Il est sur le plan spatial dans une béance, et sur le plan temporel dans une permanence sans fin. Assis au fauteuil, il ne bouge plus, sauf à se laisser glisser passivement vers le sol.

#### I-5-3. Les formes de vie

La passivité est complète ou le comportement réduit à une opposition aux soins. Aucun désir ne se manifeste. Le patient ne semble plus sensible aux événements extérieurs. La douleur se manifeste chez lui par des cris difficiles à interpréter en raison des stéréotypies verbales. Il semble avoir démissionné de lui-même.

#### I-4-4. Le discours du malade

Le discours du malade n'existe plus. Il reste parfois dans des stéréotypies verbales répétitives comme pour essayer d'attirer un peu l'attention vers lui : « *au secours, au secours, ... maman, maman...* ». D'autres fois, il se manifeste par des gémissements, des cris, très difficiles à contenir et très dérangeants pour les autres résidents en EHPAD. Reste-t-il une attente d'une présence humaine à ses côtés ? Prendre la main du malade, parler, manifester une présence auprès de lui calme parfois momentanément les cris, mais pas toujours, et très rapidement, ils reprennent. L'attente n'est pas celle d'une présence extérieure, mais d'une présence au tréfonds de lui-même.



## II. Evaluation des hypothèses de travail initiales

Quatre hypothèses de travail ont été proposées en introduction de cette thèse. La première concernait les conditions permettant au malade d'inscrire sa présence au monde. La seconde portait sur la réinscription dans une ligne de temps pour le sortir du présentisme. La troisième concernait la réversibilité au moins partielle de certains troubles mnésiques. La dernière posait la question du « petit monde » dans laquelle le patient s'enferme et est enfermé par la maladie ainsi que l'hypothèse d'un élargissement possible de son univers interne.

### II-1. La présence du monde au malade et la présence du malade au monde

La présence du malade au monde est normalement couplé à la réalité au monde (31). L'élan vital émerge de ce couplage dynamique.

#### II-1-1. La présence du monde au malade

La présence du malade au monde renvoie encore au couplage de la présence de soi au monde et du monde à soi. La présence du monde à soi est probablement insuffisamment formulée. Dans les deux premiers stades de la maladie, le malade garde une emprise sur le monde. Il a un contact avec la réalité du quotidien et il se bat un temps pour la maintenir, y compris contre ses aidants. Il est la source d'une autorité sur le monde et le monde est sa cible. Lorsque les troubles cognitifs évoluent et que la fragilité de son autonomie commence à se manifester, la faiblesse du patient conduit à majorer son emprise jusqu'à un autoritarisme qui éloigne ceux qui d'aventure s'approchent de lui, ce qui accentue son isolement. Il s'éloigne de ce qui aurait pu l'aider s'il s'ouvrait au monde et aux autres. Tout n'est pas à mettre sur le compte du malade ou de la maladie, les difficultés d'accès aux ressources extérieures ont leur part : éloignement des commerces, limitation des visites à domicile des médecins, développement des réseaux informatisés inutilisables pour nombre de personnes âgées démentes ou non, etc. Les entraves progressives inhérentes au malade sont en quelque sorte validées et accentuées par l'environnement.

Au stade ultérieur, le monde est trop présent au malade. Le monde est la source, le malade la cible. Se sentant visé par le monde, il n'a guère de choix que dans la fuite ou le repli, la démission de soi. Lorsqu'il est saisi par le monde, il y est piégé (7). La maladie et la dépendance progressive cumulent leurs effets délétères. Le malade a-t-il conscience de la présence du monde à lui ? Pour les quatre premiers stades de la maladie, il est aisé de répondre par l'affirmatif. Au dernier stade terminal, la réponse n'est qu'un peut-être. Une présence du monde à soi peut persister. Comment expliquer sinon

comme une ultime protestation ses cris, son opposition aux soins, son glissement passif vers le sol lorsqu'il est mis au fauteuil ? Le contact empathique avec la réalité perdure chez lui, de plus en plus prégnant au fur et à mesure que la maladie évolue.

## II-1-2. La présence de soi au monde

Sans présence de soi au monde, il n'y a plus d'élan vital. La réalité intentionnelle disparaît, rendant inutilisable en termes d'agir la perception du monde. La volonté n'a plus de points d'appui et les choix ne sont plus possibles. La présence du malade au monde est complexe et a deux origines possibles. La première, qui certes s'effrite lors du premier stade de la maladie, mais qui perdure un temps, est liée à la capacité de construire une signification à partir de la perception de l'environnement pour élaborer une représentation interne intelligible et asseoir une intentionnalité à son propos. L'organisation de la signification à partir de la perception de l'environnement dépend des capacités cognitives et des apprentissages acquis durant l'enfance. Elle dépend encore du style de vie adoptée à l'âge adulte. Les stratégies diffèrent d'un individu à l'autre, certains fonctionnent plutôt sur un registre figuratif et d'autres à partir d'éléments du langage. La présence naît ici de la conscience de la représentation interne qui permet de vivre un sentiment de présence de soi au monde plus ou moins intense. Cette voie malheureusement se rétrécit avec la progression de la démence.

Une autre voie reste praticable, qui échappe aux processus cognitifs, car indépendante de toute synthèse préalable (26): la voie de l'imaginaire. Est-elle accessible à tous ? Tout dépend là encore des compétences acquises et entretenues par le sujet dans sa trajectoire de vie. La porte de l'imaginaire peut être maintenue fermée par des traumatismes mal élaborés ou des successions d'accidents de la vie difficilement traversés et qui ont profondément marqué le sujet, laissant derrière eux un lourd passif de rupture biographique. Trouver la clé de la porte de l'imaginaire ouvre la personne à une présence à soi, et à un nouveau couplage à la réalité en particulier en faisant émerger une représentation interne..

La présence de soi au monde est aussi la présence de soi à autrui. La stigmatisation des personnes âgées démentes, la standardisation des soins, le manque de temps dévolu à la relation dans le soin en EHPAD ne permettent pas la construction d'une relation à autrui. La technique même des soins relationnels peut être en cause. Doit-on s'engager dans une relation personnalisée et singulière, exposant à des risques affectifs, avec un malade ou doit-on garder une distance neutre et bienveillante ? Le sentiment d'engagement d'une personne envers le malade, la perception de sa responsabilité envers lui dans la relation, le désir d'autrui pour sa présence, font renaître un "je" relationnel, là où il tend à s'étioler.

### II-1-3. Formulation de l'hypothèse initiale sur la présence du monde au malade et du malade au monde

L'hypothèse de travail pourrait être formulée comme une persistance ou une réémergence possible chez les malades d'une présence de soi au monde. Le monde est surreprésenté dans la vie psychique du malade qui le subit peu à peu plus qu'il ne l'accepte.

### II-2. Sortir le malade du présentisme

L'hypothèse d'une sortie du malade du présentisme reste valable tant qu'un dialogue est possible. Le vécu du temps est essentiel et il varie selon les stades de la maladie. Dans les premiers stades de la maladie, le malade lutte contre les pertes de mémoire pour se raccrocher aux souvenirs qui tiennent encore mais qui sont de plus en plus difficilement accessibles. Parfois après quelques instants de délai, les souvenirs oubliés reviennent spontanément à la mémoire d'un patient. L'oubli pathologique n'est pas une question de mémoire, mais d'accès aux registres mnésiques. Ici la validation\* émotionnelle qui sous-tend les traces Gist peut être utile. L'utilisation de pense-bêtes et de tout autre moyen mnémotechnique peut être utile, aidant la recatégorisation et la réorganisation du plan de la pensée en fournissant des images palliatives des objets oubliés, complétant ainsi le puzzle épars de la représentation interne. Peut-être certains ont-ils été trop sévères vis-à-vis des « ateliers-mémoire », qualifiés d'inefficaces, car il ne servirait à rien de stimuler un vide mnésique. Le modèle restreint de la maladie d'Alzheimer ne prend pas en compte la psychodynamique de la maladie. Les « ateliers-mémoire » sont certainement efficaces aux stades débutants de la maladie, permettant d'entretenir les processus résiduels de construction de la signification à partir des percepts, d'entretenir les modalités de catégorisation des objets et la structure du langage, et de ré-évoquer des souvenirs s'y rattachant. Les néo-apprentissages sont cependant plus laborieux et leurs résultats aléatoires.

L'anxiété devant le risque d'échouer ne facilite pas le fonctionnement de la mémoire. Rassurer le patient dans sa pratique de recollections de ses souvenirs est une ressource pour lui. Les aides pour se ressouvenir lui permettent de prendre conscience que sa vie n'est pas dominée par l'effacement. La sensorimotricité a ici un rôle important à jouer. La reprise des pratiques gestuelles anciennes, porteuses d'informations couplées avec d'autres registres mnésiques entraîne par contiguïté et analogie des images internalisées. Les épisodes mnésiques peuvent être reconstitués, jusque-là enfouis, que le malade lui-même pensait définitivement avoir oubliés.

Lorsque la voie de la construction de la signification des percepts semble altérée, il reste à la disposition du malade, la construction et les rappels mnésiques à partir des affects et des émotions. Les traces Gist sont résistantes à l'usure du temps et sont reliées à la vie émotionnelle. La présence

conduit à une représentation interne . Celle-ci obtenue sans synthèse n'a pas la continuité de celle obtenue par un travail de synthèse cognitive. Conscientisée, elle propose une présence de soi à un réel intérieur. L'expression de ce contenu par le malade par la voie du discours ou par un moyen artistique, ou par une pratique gestuelle, permet de retrouver quelque cohérence et de poser quelques jalons mnésiques. Des ponts entre les différents objets évoqués sont établis. Bien souvent, la déixis\*, la mémoire de sources est fortement colorée d'émotions. Elle introduit la reconstitution d'un épisode plus ou moins net et met en lumière des épisodes contigus plus ou moins bien reliés entre eux. La mémoire biographique ne sera certainement pas restaurée, mais le malade aura accès à une autre mémoire, sa biomnèse (220). La mémoire émotionnelle, contient suffisamment de points d'appui pour prendre en compte une partie de son passé dans le présent et de se projeter dans un devenir. Le présentisme est contrecarré par une présentification. L'élan vital est de nouveau présent. La biomnèse lui permet à nouveau de penser à autre chose que les limites et les déficits imposés par la maladie qui le révoltent. Elle lui permet de déployer une dynamique psychique et de sortir du présentisme.

L'hypothèse initiale sera maintenue dans sa formulation conforme aux observations et à l'analyse.

### II-3. La réversibilité partielle de l'accès aux empreintes mnésiques

La maladie d'Alzheimer n'efface pas tous les souvenirs. Elle en gomme certains, d'autres sont très longtemps vivaces et parfois sont trop prégnants. Solliciter les souvenirs qui perdurent convoque d'autres souvenirs par analogie et par iconicité. Le corps, les sensations corporelles et la sensorimotricité stimulent des traces mnésiques. Le découplage de la dynamique du Soi-peau avec le Moi peut conduire à des résultats aberrants. Une sensation tactile peut être vécue comme une effraction et susciter un rejet ou des réactions d'hostilité. Les méthodes de « toucher dans le soin » bien conduites peuvent contourner cet obstacle. Le goût, les senteurs, la musique touchent le tréfonds de l'Être et éveillent le Moi, apprivoisant la relation du Soi au monde. Les contacts avec la matière, la reprise d'une pratique gestuelle, par exemple la danse, mobilisent la sensorimotricité et une sensorialité narrative. Elles facilitent le couplage fonctionnel du Moi vers le Soi.

Le malade est anxieux et se sent en échec lorsqu'il ne se souvient pas de quelque chose lors d'une interrogation. L'incitation « *essayez de vous souvenir, faites attention à ce que je vais vous dire* », souvent utilisées dans les tests neuropsychologiques ne sont pas aidants. Le malade doute à juste titre de ses capacités mnésiques et de ses aptitudes attentionnelles. Valider ce dont il se souvient partiellement ouvre par contiguïté à un autre souvenir ou par association analogique à une sensation, ce qui le rassérène et lui donne l'assurance pour une nouvelle expérimentation de sa mémoire.

Certaines personnes âgées vivent leur enfance comme une période d'interdits de vivre leurs désirs propres et peuvent avoir des trajectoires de vie marquée par la soumission à une autorité, par exemple maritale, sans avoir eu l'occasion de faire des choix personnels. La question de la mémoire est souvent posée en termes d'effacement dans la maladie d'Alzheimer. La réémergence de certains souvenirs montre que les registres mnésiques sont parfois présents, mais jusque-là inaccessibles. Ils sont de nouveau accessibles lorsque l'identité est restaurée, que des choix sont à nouveau possibles, que la volonté et qu'une intention peuvent enfin émerger de ce qui fait de nouveau sens. On constate une réminiscence parfois surprenante dans sa netteté émotionnelle qui indique un « défloutage » des traces Gist.

Les blocages remontent ainsi parfois loin dans le temps, avant l'installation de la maladie. Les processus bloquant les registres de la mémoire peuvent se contourner. La maladie d'Alzheimer peut avoir des effets positifs de façon étonnante. Il arrive en psychogériatrie, en interrogeant les personnes, surtout des femmes, à la question « avez-vous pris.e une décision seul.e une fois dans votre vie ? », qu'on s'entende répondre : « jamais ». Le "je" peut être libéré des entraves antérieures, des inhibitions acquises par l'éducation et du respect d'anciennes normes jusque-là respectées durant la vie d'adulte. Un fonctionnement transgressif apparaît, à cause, ou grâce aux troubles cognitifs. La personne jusque-là timide et bien élevée peut avoir maintenant des attitudes choquantes pour son entourage. De façon plus positive au plan social, la parole peut se libérer de façon surprenante, facilitée par l'écoute empathique, et le discours peut reprendre vie et l'énoncé se structurer, ramenant à la pensée des souvenirs depuis longtemps oubliés.

L'hypothèse initiale sera donc maintenue, conforme aux analyses réalisées dans cette thèse..

#### II-4. Le « petit monde » peut être élargi

Le « petit monde » est le repaire rassurant pour le malade et le lieu des repères intérieurs dans lequel le malade se réfugie lorsque les troubles cognitifs s'accroissent. Il représente une citadelle sécuritaire pour lui dans lequel ses agirs résiduels peuvent se déployer, un espace-temps clos qui lui est encore accessible. Il est la zone proximale dans lequel sa pratique peut encore se déployer (451). La zone distale est négligée puis oubliée. La frontière avec les zones proximales et identitaires, l'expectation d'un avenir même vague et irréel semble pour lui verrouillée. L'élan vital ne peut se déployer que sur une petite échelle, avec un horizon qui se rapproche de plus en plus du sujet lui-même. Le « petit monde » marque une rupture biographique et cristallise l'isolement psychosocial. La personne âgée s'isole et se protège, mais en même temps elle s'éloigne du monde quotidien des autres. La citadelle finit par être plantée au milieu du désert dans un repli autistique.

Le « petit monde » est construit dans la tête du malade. Son habitat en est souvent la représentation métaphorique, le stade de la « cabane » pour le Gouès (294). Souvent rien de change avec les années. Le papier au mur vieillit, la poussière s'accumule sur les meubles, les photos jaunissent dans les cadres. La citadelle de son logement est permanence et musée. Il est à l'image de la stabilité fantasmée par l'ainé. Rompre avec le logement pour entrer en EHPAD, c'est sortir de chez soi, parfois depuis des années, pour la première fois. Pour le malade, c'est rompre avec ses repères et les images attachées aux souvenirs qu'il comportait, autant d'indices qui renvoyaient à son histoire de vie. La désorientation se majore souvent à l'entrée en institution. Les troubles cognitifs et la perte progressive de l'accommodation\* par ajustement, supplanté par la programmation, ne permettent plus de s'adapter facilement au changement de lieu de vie. La dépendance s'accroît aussi souvent. En EHPAD, les vieilles habitudes de vie ne sont plus de mise. Elles étaient la dernière marque d'une liberté personnelle par les agirs. Cette liberté était conditionnée, car dépendante de l'éthos, conditionnelle par la sensorimotricité lorsqu'elle est mise en jeu dans le quotidien. Les successions gestuelles ritualisées dans la journée structuraient et soutenaient encore des fragments de personnalité et représentant pour l'ainé des « gestes d'être »: aller au fauteuil à telle heure, déjeuner à midi précise, regarder les « feux de l'amour » à 14h 15 à la télévision... Entré en EHPAD, le malade doit encore gérer la rupture avec les quelques formes de vie résiduelles possibles à domicile, plus souvent réduites à des persistances existentielles qu'à des persévérances. La dépression latente se majore d'autant plus que l'EHPAD porte en elle l'image du dernier domicile possible. Après...

Les lieux d'accueil des personnes âgées dépendantes sont aujourd'hui confortables, le personnel est accueillant, mais certainement pas en nombre suffisant pour toutes les tâches à réaliser et les temps à consacrer aux soins pour la personne sont limités. Les postes du personnel tournent fréquemment. Pour la personne âgée, les têtes changent fréquemment. Quelle relation est possible ? Les protocoles en matière d'hygiène, de sécurité et de repas sont établis et encadrés. Le langage technique et professionnel est de rigueur. La citadelle du domicile de la personne âgée est perdue pour une autre sphère domiciliaire tout aussi fermée sur le monde pour elle, cette fois-ci elle est collective et vécue comme impersonnelle. Le « petit monde » interne de la personne âgée se rétrécit parallèlement au monde extérieur. La personne âgée ne cherche pas toujours à rentrer en relation avec autrui, à se faire de nouveaux amis. Elle subit passivement les contraintes de l'établissement, parfois elle résiste encore un peu avant de baisser les bras. Un observateur extérieur pourrait dire qu'elle s'habitue. Mais peut-être démissionne-t-elle aussi d'elle-même.

À domicile comme en EHPAD, lorsque la démence s'est installée, les questions du « petit monde » dans lequel s'enferment les personnes âgées et de leur « inter-opérabilité » sont posées. Les

murs de la citadelle intérieure sont solides et les portes souvent fermement verrouillées. Comment faire rentrer le soleil de la vie à l'intérieur ? Le sens de la vie n'est pas une donnée collective, générale, applicable à tous, généralisable dans une recette de portée universelle. C'est une donnée **singulière**, spécifiquement attachée à la personnalité de chacun (428). « L'être humain ne cherche pas avant tout le plaisir ni la souffrance, mais plutôt une raison de vivre »<sup>197</sup>. Cette raison n'est pas nécessairement restreinte au plaisir à vivre pour vivre qui appartient seulement aux zones d'agir possibles identitaires et proximales. Le sens de la vie va au-delà de la personne et de son univers directement atteignable, pour s'intéresser au monde extérieur en ce qu'il a d'admirable et aux autres. La souffrance doit être certes accueillie et soulagée. Le manque d'un plaisir à vivre ou un désagrément sous-tendent chez un sujet sans troubles cognitifs des mécanismes de défense et de sublimation, mais ces mécanismes sont déficients dans la démence, remplacés par des processus de résistance, de rejet. La porte de sortie pour aider le malade est à rechercher à l'extérieur au « petit monde », au-delà de celui-ci, plutôt qu'en lui-même, dans la zone distale : le rêve, l'imaginaire, l'irréel et l'intérêt pour les autres, l'ouverture à autrui.

L'Être humain ne se limite pas à sa psyché, il est un être relationnel et responsable devant lui-même. De quoi le malade peut-il être encore responsable, envers quoi et envers qui ? La réponse à cette question est dans son histoire de vie. « L'être humain n'est pas complètement conditionné, il a le choix d'accepter les conditions qui l'entourent ou de s'y opposer. En d'autres termes, il ne fait pas qu'exister, mais il façonne lui-même sa vie à chaque moment »<sup>198</sup>. Le « petit monde » est le monde de la programmation et de la routine. La première condition pour que l'agir puisse reprendre une forme est la **présence de soi au monde**. La présence permet d'exister, de dire "je". Il reste encore un énoncé à formuler par le discours oral, si le malade peut encore s'exprimer, ou par un agir. La sensorimotricité est ici essentielle pour retrouver du plaisir à vivre au-delà de la zone proximale pour retrouver un avenir, pour restaurer un élan vital tourné plus loin que les limites imposées par la maladie à la personne. Agir est essentiel pour ouvrir « le petit monde ». Il ne faut pas enfermer la personne dans une recherche de résultats, en particulier dans les ateliers de stimulation cognitive, mais plutôt préférer la libération des actes sans objectif réaliste posé a priori.

L'hypothèse initiale aurait donc pu être différemment formulée. Sortir le malade de ses agirs préprogrammés est plus englobant que sortir le malade de son « petit monde ». Trois conditions sont ici nécessaires : asseoir la présence du malade au monde, laisser libre cours à son imagination et

---

<sup>197</sup> Victor Frankl. Le sens de la vie. Page 136.

<sup>198</sup> Ibid. Page 152.

l'encourager à faire ce qui compte et fait sens pour lui. Sous ces conditions, l'élan vital peut se déployer et se coupler à une réalité vécue.

### **III. Des pistes nouvelles pour une prise en charge des malades**

Trois directions de recherche ont été proposées pour explorer des champs nouveaux de prise en charge des patients : l'analogon, la prise en compte de la position énonciative du malade, l'accès à l'imagination par l'art thérapie.

#### III-1. L'analogon

L'analogon se réfère à la conscience imageante (219, 323). Il permet d'ouvrir sans synthèse préalable un espace fictif, imaginaire, et d'asseoir une présence de soi au monde, une existence. De la conscience de la présence naît une représentation interne qui n'a cependant pas les qualités discriminatoires de celle issue d'un parcours de la signification. Le "je" s'installe tant dans le discours que dans les agirs. Il libère un champ d'action jusque-là entravé, permettant le déploiement de l'élan vital et de le raccrocher à une réalité certes fictive, proche du jeu donc sans risque potentiel, générant un plaisir à faire. L'action permise par l'analogon est dépourvue de but tangible. Le patient est dispensé d'atteindre un objectif précis et ainsi il évite de se confronter invariablement à l'échec. Il peut s'inscrire dans une durée temporalisante. L'analogon est en lien avec l'histoire du malade et son équilibre interne entre pensée analogique et pensée digitale, entre sensorialité et mémoire narrative. Il permet une présentification en donnant corps à un passé signifiant dans le présent. Il projette un certain avenir dans le vécu du malade. Il est singulier pour chaque patient. Il est le substitut d'un objet inutilisable aujourd'hui par le malade et pour cette raison, il est inutilisé par lui. Il présente des analogies de formes, de taille et surtout de mise en pratique avec cet objet. Il ouvre une brèche dans le présentisme et sort le malade de sa citadelle. Il permet aux malades d'accéder à une présence de soi au monde sans synthèse préalable. L'imaginaire est longtemps accessible au malade dans la démence.

L'analogon s'inscrit dans les pratiques et les formes de vie antérieures du malade. Il appartient à son histoire de vie. La connaissance de celle-ci est une première voie pour trouver un analogon qui lui soit adapté. La seconde voie est l'observation du malade et la quête des gestes pro-mnésiant qui peuvent témoigner de petits restes mnésiques, praxiques, de formes de vie atrophiées, mises en jachère en raison de la maladie ou parfois par la non-validation de ses actes.

#### III-2. La position énonciative



Le discours du malade pour lui-même assied son identité narrative. Il permet de passer ainsi de rituels dépersonnalisés plaqués sur le quotidien aux risques, compte tenu de sa fragilité cognitive croissante, à des prises de positions personnelles pour s'exprimer oralement ou par des gestes. Il facilite de plus ainsi la restauration mnésique. Il permet de rendre cohérentes ses représentations internes et d'établir la connexité des différents objets la composant. Le discours sur soi est en perpétuelle réécriture. Il sert d'assise pour le discours adressé à autrui, pour la communication, et pour la validation\* du "je" en face d'autrui. Il n'est mobilisé sous cette forme que dans les premiers stades évolutifs de la maladie. Dans le courant de son évolution, la fragmentation des représentations internes rend de plus en plus incertains les énoncés et suscite des peurs d'être incompris. Les difficultés à assumer un discours hésitant font que le malade prend progressivement de moins en moins la parole et peu à peu dépersonnalise ce qu'il cherche à dire. Le soutenir dans ce qu'il dit et le valider, faciliter son élocution, être patient et écoutant avec empathie, sont aidants pour lui (422). Le "je" manifeste la présence de soi au monde.

La présence de soi au monde est accessible au malade un temps au terme d'un parcours de la signification permettant l'élaboration d'une représentation interne intelligible et conscientisée. Ce schéma n'est possible que dans les stades débutants de la maladie. Une autre voie sans synthèse reste possible. La présence à soi renvoie à l'existence. Elle est une condition pour que l'élan vital se déploie vers un advenir. L'élan vital ne renvoie pas à l'existence, mais à l'agir relationnel et sur le monde. La validation\* par un tiers extérieur de ce que fait le malade intervient pour consolider ses choix et la direction de ses intentions vers le monde.

La présence de soi au monde et à autrui permet aux malades de prendre conscience que sa vie n'est pas dominée par l'effacement. Elle prévient l'ambiguïté des limites en structurant leurs personnalités par et dans les interactions identitaires (réciprocité). Elle empêche la fracture identitaire, la rupture biographique qui menace le malade. Elle évite l'arrêt brutal de toute motivation par lassitude des échecs répétés de ses tentatives sans lendemain, ce qui conduit à un laisser-aller irréversible dans la régression, la béance temporelle et la permanence temporelle du stade terminal. La présence à soi et au monde a deux origines encore accessibles au patient : la présence sans synthèse et la relation interpersonnelle. La présence de soi au monde, une fois retrouvée, doit être entretenue sous peine de disparaître de nouveau. Toute forme d'expression orale ou artistique peut assurer une pérennité.

Le "je" s'absente lorsque le discours devient ardu à construire et qu'aucun énonciataire n'est là pour l'entendre en profondeur. La relation "je-tu" assied l'identité du malade et permet de

construire la présence à soi face à autrui. La relation "je-tu" est singulière et spécifique à un entre-deux (218).

À l'inverse de la psychose où trouver une assise du "je" peut être délétère pour le patient et délicate à gérer pour lui (18), le malade présentant une maladie d'Alzheimer vit dans la détresse d'un vide existentiel et est en demande d'assise identitaire. Il cherche à retrouver une présence au monde. La relation "je-tu" ne s'établit pas instantanément. Elle demande aux soignants de gagner la confiance du malade. Elle peut demander un temps plus ou moins long pour s'établir, selon les « atomes crochus ». Elle nécessite d'avoir une distance mesurée à soi et à autrui (468) et présente deux risques, la fusion et la fatigue d'empathie. Elle nécessite à la fois une bonne connaissance de soi et d'autre part une supervision.

### III-3. L'approche de l'imaginaire par l'art

Le couplage d'une présence du monde à soi et de soi au monde est une condition nécessaire, mais non suffisante pour que l'imagination puisse se déployer. Dans le cours de leur vie, certaines personnes très rationnelles n'ont pas cultivé cette dimension. D'autres se sont ouverts à l'esthétique, voire ont pratiqué différentes formes artistiques. Refaire des gestes d'autrefois, s'appuyer sur la mémoire procédurale, retrouver des plaisirs esthétiques anciens, donnent de meilleurs résultats que d'essayer des techniques d'art-thérapie toutes faites chez une personne jusque-là peu intéressée.

Outre la question de la présence et de l'ouverture à l'imaginaire et aux agirs motivationnels qu'il autorise, l'art et en particulier la musique, permet l'accès à un vécu temporel particulier, la durée d'un vécu personnel (27). Le malade n'est plus en quête de souvenirs qui lui échappent, et il est d'emblée dans une saisie globale qui ne nécessite pas de synthèse préalable. Au début de sa maladie, le malade fait des efforts pour retrouver les souvenirs stockés dans la mémoire épisodique qui s'absentent de sa conscience. S'ils ne sont plus accessibles par les indices sémantiques, les émotions par iconisation peuvent rafraîchir ou faire émerger des images anciennes oubliées et les réagencer selon la ligne émotionnelle développée dans le courant de l'atelier (469). À travers l'art, le malade accède non à sa mémoire biographique qui est durablement fragilisée, mais à sa mémoire de vie émotionnelle, sa biographie (220). Ne pas pouvoir se souvenir, malgré son vouloir et ses efforts, est anxiogène. La représentation d'un vide existentiel, d'une absence précède ici l'émotion. Dans la pratique artistique, dans l'écoute musicale, les souvenirs se présentent eux-mêmes et sans effort particulier. Il n'y a ni angoisse du risque d'échouer ni anxiété à craindre, car la représentation consciente suit l'émotion et ne la précède pas, elle l'accompagne.

#### **IV. Le sens du symptôme dans la maladie d'Alzheimer**

L'approche sémiotique permet avantagement de comprendre comment le patient dément fonctionne par rapport à son appréhension du réel. Les désordres démentiels ne sont pas seulement dans les déficits et les incapacités qui en résultent. Ils sont encore dans la dynamique des désordres qui s'installent progressivement et qui ont des conséquences tensives et dysphoriques pour le malade. Les troubles du comportement sont une manifestation de la déconnexion de sa présence au monde. L'incompréhension du malade par l'entourage humain a une part dans leur constitution. La restauration de présence du malade à lui-même permet d'améliorer les symptômes. Deux voies sont possibles, la restauration de la présence sans synthèse préalable s'appuyant sur l'imaginaire et la voie relationnelle de l'échange interpersonnel et du don identitaire réciproque. L'une et l'autre permettent au "je" du malade de se positionner, de s'affirmer et d'élaborer une intention pour établir par l'action ou la parole une transformation de son environnement.

Comprendre le sens d'un symptôme en psychiatrie est un enjeu thérapeutique essentiel. Il permet d'atteindre la cause du désordre et les processus complexes qui le sous-tendent. Ce travail est une première esquisse dans ce domaine. Il est limité ici à un désordre organique avec de graves répercussions sur la vie de personnes âgées. D'autres domaines notamment dans les psychoses sont beaucoup plus complexes et nécessitent de futurs travaux approfondis.

### **Points clés du Chapitre 13. Topologie de l'organisation du sens dans la maladie d'Alzheimer**

Nous proposons cinq stades évolutifs selon l'organisation du sens trouvé par le malade, chacun s'installant progressivement, avec des transitions plus ou moins nettes. Nous les associerons avec le schéma de l'histoire naturelle de la maladie et ses niveaux d'altération cognitive évaluée par le score au test de Folstein.

Les topologies sont examinées à travers quatre sous chapitres : les dysfonctionnements de la mémoire, les conséquences tensives pour le malade, l'impact sur ses formes de vie et enfin les difficultés induites par la maladie sur le discours.

Le malade suit un parcours tensif continu quand la maladie s'aggrave puis une rupture catastrophique.

Les énoncés du malade tendent à s'appauvrir progressivement et restent longtemps structurés. Le malade retire peu à peu sa présence de l'instance d'énonciation. Son discours se dépersonnalise.

Le « petit monde » est le monde de la programmation et de la routine. La première condition pour que l'agir puisse reprendre une forme est la présence de soi au monde. La présence peut être restaurée. Elle permet au malade d'exister, de dire "je". Il reste encore un énoncé à formuler dans le discours oral, si le malade peut encore s'exprimer, ou par un agir.

Deux voies sont possibles, pour que le malade restaure sa présence, une approche du réel sans synthèse préalable s'appuyant sur l'imaginaire et la voie relationnelle de l'échange interpersonnel et du don identitaire réciproque.

Le couplage d'une présence du monde à soi et de soi au monde est une condition nécessaire, mais non suffisante pour que l'imagination puisse se déployer. L'attente supprime la perception du temps, le vécu de la durée, le sujet vit dans l'instantanéité.

La voie de l'imaginaire peut être ouverte par l'analogon. Il se réfère à la conscience imageante Il réintroduit le malade dans ses agirs antérieurs, dans sa biognèse.

La biognèse lui permet à nouveau de penser à autre chose que les limites et les déficits imposés par la maladie qui le révoltent. Le présentisme est contrecarré par une présentification. L'élan vital est alors de nouveau présent.

## Conclusions

À l'issue de ce travail, il est bon de rappeler la position philosophique humaniste dans laquelle il s'inscrit. La prise en charge du malade tant par les médecins que par les soignants n'est pas seulement technique mais doit être centrée sur la personne en souffrance. La direction philosophique choisie n'est donc pas celle de la pathologie du psychologique mais la psychologie du pathologique passée au prisme de la science sémiotique. Elle privilégie donc l'approche phénoménologique, l'étude de ce que le malade comprend du sens de sa maladie analysé à travers ses dires et ses actes. Nous avons fait l'hypothèse, étayée par des travaux de la littérature médicale, que le malade était conscient de ses troubles au début de la maladie. Il reste conscient de quelque chose lorsqu'elle évolue, quelque chose ni nécessairement élaboré ni symbolisé, ce d'autant plus qu'il est parfois confronté à un entourage soignant ou familial convaincu du caractère aberrant de ses productions, peu armé qu'il est, pour aider à élaborer et symboliser. À défaut d'être directement conscient de ses déficits cognitifs, il est bien obligé de fréquenter leurs conséquences à l'intime de lui-même. Il est conscient de celles-ci, parfois peu, il est vrai, mais parfois plus, avec de fréquents affects dépressifs réactionnels, et il les exprime à travers des productions non verbales et comportementales d'essence analogique à défaut d'accéder aux raisonnements « digitaux ». Elles se réduisent à la fin de la maladie, confinant le malade à une présentation d'indifférence et ne lui laissant que quelques manifestations archaïques du langage, la fonction phatique persistant, quoique affaiblie.

Dans le parcours imposé par la maladie, sur le plan énonciatif\*, le malade procède à un effort de couplage de plus en plus périlleux entre sa présence au monde qui s'étrique et l'insistance dérangeante de la présence du monde à lui à laquelle il ne sait pas toujours donner une place dans l'organisation du sens de paysage mental, d'où une atmosphère psychique fréquemment marquée d'une perplexité aux contours « confus ». Une tension angoissante voire anxio-traumatique en résulte. Son identité ne s'exprime plus avec une base sécurisée et sécurisante, ce qui ne signifie pas qu'elle est absente de sa conscience mais qu'elle vacille dans sa rencontre avec l'autre, sauf si son interlocuteur le ramène à un territoire familier ou à un ancrage identitaire connu. Le malade, pour se protéger, se retire de l'instance d'énonciation\* en raison des troubles cognitifs dont les conséquences se combinent avec ses interactions dans son environnement matériel devenu trop complexe pour lui. Elles se combinent encore avec ses interactions avec un environnement humain, mal armé pour le soutenir et accueillir sa douleur morale, souvent incapable de valider\*émotionnellement ce qu'il vit. Quelques résultats exposés dans cette thèse illustrent ces propositions conclusives.