



Mélodie d'Alzheimer et palilalie : les enjeux du dévoilement des processus archaïques dans la maladie Alzheimer à un stade avancé

Pauline Deboves

► To cite this version:

Pauline Deboves. Mélodie d'Alzheimer et palilalie : les enjeux du dévoilement des processus archaïques dans la maladie Alzheimer à un stade avancé. Psychologie. Université de Lyon, 2018. Français. NNT : 2018LYSE2149 . tel-02492191

HAL Id: tel-02492191

<https://theses.hal.science/tel-02492191>

Submitted on 26 Feb 2020

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

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



N° d'ordre NNT : 2018LYSE2149

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485

Education Psychologie Information Communication

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le 8 novembre 2018, par :

Pauline DEBOVES

Mélode d'Alzheimer et palilalie :

*les enjeux du dévoilement des processus archaïques
dans la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.*

Devant le jury composé de :

Anne BRUN, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Présidente

Edith LECOURT, Professeure des universités, Université Paris Sorbonne, Rapporteur

Jean-Michel VIVES, Professeur des universités, Université de Nice, Rapporteur

Jean-Marc TALPIN, Professeur des universités, Université Lumière Lyon 2, Directeur de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale – pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

Université Lyon 2
École doctorale 485 EPIC (Éducation – Psychologie - Information et
Communication)

CENTRE DE RECHERCHE EN PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE
(CRPPC - LYON II)

Thèse de Doctorat présentée et soutenue publiquement par
Pauline DEBOVES

Pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université Lyon 2
Discipline : Psychologie

**« *Mélodie d'Alzheimer et palilalie : les enjeux du
dévoilement des processus archaïques dans la maladie
d'Alzheimer à un stade avancé.* »**

Thèse dirigée par le **Pr TALPIN Jean-Marc**

Date de soutenance : 8 Novembre 2018

Membres du Jury :

- **Jean-Michel VIVÈS, Professeur des universités, Nice**
- **Édith LECOURT, Professeur des universités, Paris Descartes**
- **Anne BRUN, Professeur des universités, Lyon 2**
- **Jean-Marc TALPIN, Professeur des universités, Lyon 2**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Professeur Jean-Marc TALPIN pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse avec rigueur et bienveillance. Qu'il soit aussi remercié pour sa gentillesse, sa disponibilité permanente et pour les nombreux encouragements qu'il m'a prodigués. Ce fut un plaisir et un honneur de travailler à ses côtés.

Je remercie également le Professeur Anne BRUN pour avoir entendu mon appel et m'avoir mise en contact avec le Professeur TALPIN ; c'est grâce à cela que cette thèse a pu continuer à exister. Je suis ravie et la remercie d'avoir accepté d'être parmi les membres du jury.

J'adresse tous mes remerciements aux Professeurs Jean-Michel VIVES et Édith Lecourt de l'honneur qu'ils me font en acceptant d'être rapporteurs et membres du jury de cette thèse.

Mes sincères remerciements vont aussi à l'EHPAD Les Pléiades, établissement dans lequel je travaille, notamment à Mme MICHEL Magali (ancienne directrice) et Mr PETIT Wilfrid (Directeur) pour leur souplesse concernant l'organisation de mes jours de travail ; j'ai ainsi pu me rendre à Lyon quand cela était nécessaire, et poursuivre le travail dans de bonnes conditions. Merci également au personnel de l'Atrium à La Seyne sur Mer qui m'a chaleureusement accueillie.

Je n'ai pas assez de mots pour remercier les trois résidentes de cette recherche ainsi que leur famille. Leur rencontre aura marqué ma vie à tout jamais.

Un merci tout particulier à Marie-Pierre ZIELINSKY, ma Professeure d'Anglais du lycée devenue une vraie Amie avec le temps. C'est grâce à elle que j'ai appris ce qu'espoir et combat signifiaient.

Enfin, merci à ma famille et mes amis (Marine, Anita, Nathalie, Marie-Pierre, Michel, et Sophie) pour leur indéfectible soutien ces dernières années.

**À ma Mémé chérie,
Si loin de mes yeux,
Si près de mon cœur...
À chaque instant...**

TABLE DES MATIÈRES

<u>REMERCIEMENTS</u>	<u>2</u>
<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	<u>4</u>
<u>PRÉAMBULE LE CLINICIEN FACE AU SCANDALE DÉMENTIEL</u>	<u>9</u>
<u>INTRODUCTION</u>	<u>16</u>
1. L'INCONSCIENT STRUCTURE COMME UN LANGAGE	17
2. « L'AFFECT INCONSCIENT »	25
3. UN, DEUX, TROIS : « SCATEZ » !	29
<u>PRÉSENTATION DES TRAVAUX DE MASTER</u>	<u>31</u>
1. LE MASTER 1 : LA DECOUVERTE DU SUJET	31
2. LE MASTER 2 : UN TRAVAIL D'ARCHEOLOGUE	31
<u>PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSES, PLAN, MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</u>	<u>36</u>
1. PROBLEMATIQUE	36
2. HYPOTHESES	36
3. PRESENTATION DU PLAN	38
4. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	40
<u>PREMIER AXE : LA MALADIE D'ALZHEIMER AU CARREFOUR DE LA PSYCHANALYSE, DE LA PSYCHIATRIE ET DES SCIENCES COGNITIVES</u>	<u>41</u>

CHAPITRE 1 : DEFINITION DU CHAMP NOTIONNEL : LA MALADIE D'ALZHEIMER	
ET MALADIES APPARENTEES.	42
1. 1. DEMENCE, MALADIE D'ALZHEIMER : ETIOLOGIE ET DEFINITION	42
1. 2. ÉVOLUTION DE LA MAA	46
1. 3. LES « TROUBLES DU COMPORTEMENT » DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER A UN STADE SEVERE	46
CHAPITRE 2 : LES CONCEPTIONS GENERALES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER :	
UNE ORGANISATION PSYCHIQUE BOULEVERSEE.	52
2. 1. MALADIE D'ALZHEIMER ET REGRESSION	52
2. 2. LES ENJEUX DU SOMATIQUE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER	57
CHAPITRE 3 : L'INVOLUTION DU SYSTEME DE REPRESENTATION DU SUJET	
ATTEINT DE DEMENCE A UN STADE SEVERE.	61
3. 1. : LE CONCEPT DE REPRESENTATION EN PSYCHANALYSE	61
3. 2. L'INVOLUTION DU SYSTEME DE REPRESENTATION DANS LA DEMENCE A UN STADE SEVERE	71
<u>DEUXIÈME AXE : LA PALILALIE, TÉMOIN DU DISCOURS « AFFECTÉ »</u>	
<u>DU SUJET ATTEINT DE DÉMENCE A UN STADE SÉVÈRE</u>	81
CHAPITRE 1. DEFINITIONS ET CONCEPTIONS DE L'APHASIE	82
1. 1. DEFINITION	82
1. 2. ÉTIOLOGIES DES APHASIES	83
1. 3. L'APHASIE, DES NEUROSCIENCES COGNITIVES A LA PSYCHANALYSE, EN PASSANT PAR LA LINGUISTIQUE	83
CHAPITRE 2 : L'APHASIE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER	87
2. 1. UNE ETUDE PRINCEPS : LUCE IRIGARAY	87
2. 2. ÉTAT DES LIEUX DES ETUDES REALISEES APRES IRIGARAY	90
CHAPITRE 3 : LA PALILALIE : DEFINITION ET REVUE DE LITTERATURE	92
3. 1. DEFINITIONS	92

3. 2. CAUSES	95
3. 3. FORMES ET PROFILS DE PALILALIE	96
3. 4. CARACTERISTIQUES DE LA PALILALIE	97
3. 5. TRAITEMENTS	98
CHAPITRE 4 : LA PALILALIE : UN ACTE DE LANGAGE	99
4. 1. LE SIGNIFIANT	100
4. 2. « QUAND DIRE C'EST FAIRE »	105
4. 3. DIT ET DIRE EN PSYCHANALYSE	112
CHAPITRE 5 : LA PALILALIE : UN DISCOURS QUI SE REPETE	115
5. 1. LA REPETITION EN PSYCHANALYSE	115
5. 2. LE SINTHOME	126
5. 3. LA REPETITION PALILALIQUE DU SUJET DEMENT	128
<u>TROISIÈME AXE : CLINIQUE</u>	<u>129</u>
CHAPITRE 1 : METHODOLOGIE	130
1. 1. LA POPULATION	130
1. 2. LE CADRE	131
1. 3. LE DISPOSITIF	133
1. 4. ANALYSE DU DISCOURS	138
CHAPITRE 2 : CLINIQUE DE PAULETTE : « UNE RENCONTRE A COUPER LE SOUFFLE »	139
2. 1. LE CHOIX DE LA PRESENTATION DE CE CAS CLINIQUE	139
2. 2. ANAMNESE	139
2. 3. LE RECIT DES RENCONTRES	141
CHAPITRE 3 : LA RENCONTRE AVEC DOLORES, OU LE BOUILLONNEMENT PULSIONNEL	160
3. 1. ANAMNESE	160
3. 2. RECIT DES RENCONTRES	160
CHAPITRE 4 : RENCONTRES ET NON-RENCONTRES AVEC MARGUERITE	163

4. 1. ANAMNESE / EVOLUTION DES TROUBLES	163
4. 2. LE RECIT DES RENCONTRES	164

CHAPITRE 5 : ANALYSE TRANSFERENTIELLE ET CONTRE-TRANSFERENTIELLE

167

**QUATRIÈME AXE : PALILALIE ET PROCESSUS ORIGINAIRES : LES
PROCESSUS PRÉCOCES DE SYMBOLISATION**

179

CHAPITRE 1 : L'ORIGINAIRE ET LES EXPERIENCES SUBJECTIVES PRIMAIRES

181

1. 1. ORIGINAIRE, ARCHAÏQUE	181
1. 2. LES EXPERIENCES SUBJECTIVES PRIMAIRES (ESP)	186
1. 3. LES SIGNIFIANTS ORIGINAIRES	191
1. 4. LES REPRESENTATIONS SEMIOTIQUES	196

CHAPITRE 2 : LES PROCESSUS PRECOCES DE SYMBOLISATION (PPS) : LA

PALILALIE EN ACTION

198

2. 1. LES ENJEUX DE LA PEAU ET DU TOUCHER DANS LA PALILALIE, OU L'ANCRAGE CORPOREL DES PPS	198
2. 2. L'URGENCE DE L'AUTRE : L'ANCRAGE INTERACTIF DES PPS	209
2. 3. LA DOUBLE DYNAMIQUE DE DECENTRATION ET D'INTERIORISATION PROGRESSIVE DU CONTENANT PRIMORDIAL	225

CHAPITRE 3 : LES MODALITES D'UN TRANSFERT ET D'UN CONTRE-TRANSFERT

ORIGINAIRES

230

**CINQUIÈME AXE : MALADIE D'ALZHEIMER ET THÉRAPIE PAR LA
MUSIQUE : LE CHANT DE TOUS LES POSSIBLES ?**

236

CHAPITRE 1 : PROCESSUS DE CREATION ET MEDIATION

238

1. 1. QUELLE PLACE POUR LA CREATION QUAND LE REEL SE DE(SEN)CHAINE ?	238
1. 2. PROCESSUS DE CREATION : L'INTERET DE LA MEDIATION	239

CHAPITRE 2 : L'INTERET DE LA THERAPIE PAR LA MUSIQUE DANS LA MALADIE	
D'ALZHEIMER	248
2. 1. QU'ENTEND-ON PAR « THERAPIE PAR LA MUSIQUE » ?	249
2. 2. POURQUOI OPTER POUR LA MEDIATION PAR LA MUSIQUE ?	251
2. 3. LES ENJEUX DE L'ECOUTE MUSICALE SANS PAROLE CHEZ DOLORES ET MARGUERITE	257
2. 4. L'EXPERIENCE DU GROUPE CHEZ MARGUERITE	258
CHAPITRE 3 : LA PALILALIE : UN AUTO-AGRIPPement PAR LA VOIX ?	260
3. 1. CONSIDERATIONS PSYCHANALYTIQUES DE LA VOIX	262
3. 2. LES ENJEUX DE LA VOIX POUR LE SUJET DEMENT	268
3. 3. LE « SQUIGGLE VOCAL »	273
3. 4. LE <i>CHANT</i> DE TOUS LES POSSIBLES ?	278
<u>DISCUSSION</u>	<u>286</u>
<u>CONCLUSION</u>	<u>308</u>
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>310</u>
<u>INDEX DES AUTEURS</u>	<u>337</u>
<u>INDEX DES MOTS-CLÉS</u>	<u>345</u>

PRÉAMBULE

LE CLINICIEN FACE AU SCANDALE DÉMENTIEL

« Un ailleurs aussi tentant
que condamné... »

Kristeva, 1980¹.

« Mais quelle horreur ». Cette violente remarque faite à moi-même survint dans les couloirs de l'unité sécurisée Alzheimer, lorsque mon regard s'arrêta sur cette résidente atteinte d'une maladie d'Alzheimer, qui déambulait, au loin, la tête haute, le regard fixe et lointain, répétant inlassablement les mêmes syllabes. Sa maigreur extrême me faisait mal, à tel point qu'il m'était pénible de la regarder. Tout se passait comme si elle pouvait, à tout instant, s'écrouler, voilà peut-être pourquoi elle s'accrochait si fermement à son pantalon. J'avais l'impression de voir un funambule qui essayait de maintenir son équilibre en regardant le plus loin possible et en s'accrochant à sa perche, risquant à tout moment de tomber dans le vide. Les quelques résidents qu'elle approchait dans sa déambulation la repoussaient violemment.

C'en était trop. « Trop » à voir, mais j'avais le choix de détourner le regard. « Trop » à entendre, mais là, je n'avais pas vraiment le choix. La répétition vocale, sonore, que je ressentais initialement comme un cri saccadé, comme un appel, m'obligeait à admettre l'insupportable, l'insoutenable, sans pour autant me permettre d'agir spontanément tant ma sidération était grande. J'eus une pensée dans ce moment pour Lacan lorsqu'il disait que « les oreilles sont dans le champ de l'inconscient les seuls orifices qui ne peuvent se fermer² », qu'il n'y a pas d'échappée possible à la voix de l'Autre, si ce n'est de s'éloigner le plus possible – ce que je fis en quittant rapidement l'unité sécurisée.

¹ Kristeva, J. (1980). Approche de l'abjection. *Pouvoir de l'horreur*, Paris : Seuil, p. 9.

² Lacan, J. (1964). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris : Seuil, p. 178.

« Quelque chose » venait de se passer, je ne savais quoi, mais « quelque chose » qui m'affectait au point de repenser sans cesse à cette résidente les jours suivants. L'angoisse de la revoir, et pire, de devoir l'accompagner me hantait.

Stagiaire psychologue à cette époque, je me souviens ne pas avoir osé en parler tout de suite à mon garant de stage, étant persuadée qu'il penserait de moi que je n'avais pas les qualités nécessaires pour devenir une psychologue « suffisamment bonne »... J'avais pourtant déjà accompagné la fin de vie de certains résidents, l'apathie, l'angoisse, ou encore l'agressivité physique, mais jamais encore je n'avais ressenti quelque chose d'aussi violent et déroutant. La culpabilité grandissante d'avoir ces pensées abjectes (au sens de Kristeva) vis-à-vis d'un sujet m'amena finalement à en discuter : « Paulette me fait peur. On dirait un robot. » S'ensuit une question (évidente) de sa part, celle de savoir ce qui me faisait associer Paulette à un robot. Je lui répondais que tout semblait mécanique, ses syllabes, ses pas, ses mouvements, que je la percevais physiquement, que je n'avais d'autre choix que de l'entendre, mais qu'elle me donnait pourtant l'impression de ne plus être là psychiquement. Son visage avide d'expressions m'empêchait d'avoir une idée de son état. Était-elle triste ou gaie, en colère ou apaisée, ressentait-elle douleurs ou souffrances... ? J'étais incapable d'émettre une quelconque hypothèse. Toutes ces raisons me persuadaient que je ne pourrais trouver aucune façon d'entrer en communication avec elle, d'une part car son accès à la parole semblait « trop » altéré, d'autre part car elle me paraissait être dans son monde, sans que personne ne puisse y entrer. Et c'est bien ce qui me rendait si mal, car j'avais passé mes années de master à défendre l'idée de la persistance d'une vie psychique chez le sujet atteint de démence à un stade sévère. À soutenir que les approches non médicamenteuses ont de très bons résultats sur l'apaisement des troubles du comportement. À insister sur les capacités de création du sujet atteint de démence plutôt que de relater ce qui n'est plus. L'observation de cette dame remettait tout en question : et si la maladie pouvait finalement détruire le sujet dans sa globalité ?

La nécessité de comprendre me fit trouver refuge dans la littérature. Cumuler du savoir était ma façon de me rassurer, probablement même de compenser mon incapacité à agir dans la réalité avec cette résidente. Je découvrais alors que Paulette souffrait de palilalie, un trouble neurologique causant la répétition à l'infini de mêmes mots, syllabes

ou sons. La littérature concernant ce trouble est particulièrement riche, probablement du fait qu'elle survient au cours de nombreuses pathologies, parmi lesquelles la maladie de Parkinson, le syndrome de Gille de la Tourette, la maladie de Pick, ou encore l'épilepsie. Mais, nous le verrons, c'est à un champ de recherche désertique que je me suis confrontée en tentant d'explorer ce qu'était la palilalie dans la maladie d'Alzheimer.

Ces premiers éléments d'élaboration, ainsi que mon refus de me résigner finalement à une apparence et des convictions soutenues depuis des années, ont suscité mon désir d'aller rencontrer Paulette, d'observer de plus près le phénomène palilalique dont elle témoigne. Me rendant de nouveau à l'unité sécurisée Alzheimer, j'aperçus de nouveau Paulette qui déambulait dans le couloir. Elle se rapprochait de moi, jusqu'à ce que nos regards se croisent : ce regard vide que j'avais supposé dans un premier temps n'en n'était plus un. Tout en répétant ses syllabes, Paulette s'arrêta devant moi sans cesser de me fixer. Je sentais les battements de mon cœur de plus en plus rapides, nourris d'un sentiment de gêne d'être fixée ainsi, couplé à une volonté de ne surtout rien montrer de cette angoisse qui m'animait. Ne parvenant pas à interpréter les traits de son visage inexpressif, je m'inquiétais de ne pas savoir ce qui allait se passer. Pourquoi restait-elle ainsi à me regarder ? Pourquoi, moi non plus, je ne détournais pas le regard ? Nous ressemblions à deux observatrices sidérées par ce qu'elles voyaient. Je décidais alors de lui adresser ces quelques mots, avec un sourire (pour le moins crispé) : « bonjour Paulette, je suis Pauline. » Le discours toujours ponctué de palilalie, elle s'approcha de ma joue et y déposa une bise, avant de me saisir fermement le bras et de m'emmener dans sa déambulation.

Le point de départ de ce long voyage qu'est le travail de thèse se situe ici.

L'analyse du contre-transfert est une exigence de tous les instants. Le contre-transfert se définit communément comme l'« ensemble des réactions affectives conscientes ou inconscientes du clinicien envers son patient, auquel on a historiquement accordé une place importante dans la cure [...] ³. ». J'ajouterai même, à l'instar de Neyraut, qu'il a une place toute aussi importante avant même le début de la cure, en

³ Chemama, R., & Vandermersch, B. (2009). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Villatuerta : Larousse In Extenso, p. 112.

témoigne le récit que je viens de faire de cet « avant la rencontre » avec Paulette. Neyraut propose en effet une précession du contre-transfert sur le transfert⁴, puisqu'il faut bien un désir initial (d'aide, d'observation, d'exploration d'un phénomène) de la part du clinicien, adressé au sujet, pour qu'une rencontre tente d'avoir lieu. Dès lors, le contre-transfert constitue le point de départ et le transfert le point d'arrivée, d'où la définition du transfert proposée par Neyraut se caractérisant moins par la relation à l'analyste que par la répétition : « l'essence du transfert est dans le mouvement qui transfère et répète un mode de relation, il n'est pas cette relation, il en est le transfert.⁵ »

L'article de Denis, « Incontournable contre-transfert⁶ », recense l'essentiel des travaux menés autour de ce concept qui semble avoir évolué en même temps que la considération portée au rôle et à la responsabilité du clinicien dans l'instauration du transfert. C'est-à-dire qu'il n'est plus, comme le suggérait Freud, une expérience négative⁷, générée par le patient (séduction), que l'analyste se devait de reconnaître et de maîtriser⁸. Ferenczi s'attelle ainsi à redonner à l'analyste un rôle actif dans la situation analytique, allant jusqu'à supputer l'intérêt de révéler au patient les sentiments du clinicien⁹ ; d'autres comme Stern, définissant le contre-transfert comme « le transfert que l'analyste développe sur son patient¹⁰ », supposent que les éléments infantiles du clinicien forment une origine commune du transfert et du contre-transfert.

La thèse d'Heimann¹¹ selon laquelle le contre-transfert, loin d'être un obstacle, constitue un authentique outil au service de la communication, s'impose comme l'un des postulats de base de ma recherche. Heimann soutient que « la réponse émotionnelle du clinicien à son patient dans la situation analytique constitue l'un des outils les plus

⁴ Neyraut, M. (1974). *Le transfert, études psychanalytiques*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Le fil rouge, 2004, 288 p.

⁵ *Ibid*, Neyraut, M., 1974.

⁶ Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70, (2), p. 331-350.

⁷ Freud avait initialement introduit le concept dans une lettre adressée à Jung, qui lui avait confié avoir eu des relations sexuelles avec sa patiente Sabrina Spielrein.

⁸ Freud, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. *La Technique psychanalytique*. Paris : Presses Universitaires de France, 1981.

⁹ Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*. Paris : Payot, 2014.

¹⁰ Stern, A. (1924). On the Counter-Transference in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 11, (2), p. 166-174.

¹¹ Paula Heimann est l'une des premières psychanalystes à proposer une théorie très spécifique du contre-transfert.

importants pour son travail. Le contre-transfert du clinicien est un instrument d'investigation de l'inconscient du patient.¹² » Autrement dit, ma pensée « mais quelle horreur » survenue en observant Paulette, aussi violente soit-elle, a marqué mon engagement initial auprès d'elle, et les prémisses du futur transfert qui tenterait de s'instaurer entre nous deux.

Pour aller un peu plus loin encore, les travaux de Winnicott me paraissent également tout à fait intéressants, dédramatisant les affects puissants comme la haine qui peut survenir comme contre-transfert du clinicien. C'est d'abord à propos des patients psychotiques, puis généralisé à tous les patients, que Winnicott donne un aperçu de l'importance que l'analyste reconnaisse et ne nie pas la haine qu'il peut éprouver : « Quel que soit son amour pour ses malades, il ne peut éviter de les haïr et de les craindre, et mieux il le sait, moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il leur fait.¹³ » Winnicott parle de haine « objective » pour décrire la haine générée et justifiée par le comportement ou l'état du patient, qu'il distingue très nettement d'éventuelles projections du clinicien qui, dans ce cas, pourraient constituer une entrave à la cure. S'appuyant sur les relations mère-bébé, Winnicott ira plus loin encore en supposant une haine préalable au contre-transfert, nécessaire au bon déroulement du transfert.

Le transfert et le contre-transfert, au sens psychanalytique, reposent sur un échange de parole entre les deux acteurs de la rencontre, dans un cadre précis. En somme, tout ce que le champ clinique – de l'urgence, de l'extrême - de la maladie d'Alzheimer ne nous offre pas. Il nous paraît alors absolument nécessaire d'explorer d'autres modalités de transfert et de contre-transfert.

Mon contre transfert fut d'abord teinté par l'abjection, cette réaction propre à l'humain que de se révolter contre ce qui l'effraie et surtout menace son Moi. Kristeva suggère que l'abjection se présente en deux temps : celui de la répulsion donc face à ce qui représente un danger pour le moi, et celui de la fascination lors duquel l'objet d'abord

¹² Heimann, P. (1950). On counter-transference. *Internal Journal of Psycho-Analysis*, 31, p. 81-84.

¹³ Winnicott, DW. (1947). La haine dans le contre-transfert. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1969, p. 73 ; Winnicott, DW. (1949). Hate in the counter-transference. *Internal Journal of Psycho-Analysis*, 30, p. 69-74.

abjecté va être sublimé¹⁴. La vignette clinique que je viens de présenter me semble en être une concrète illustration. Dès lors, la première modalité du contre-transfert se voit mise en scène par l'obscène, puisque c'est bien l'insoutenable que Paulette me donnait à voir et à entendre qui, non loin de ne générer cette abjection, a permis la rencontre. Kristeva dit d'ailleurs à cet effet que lorsqu'un travail d'élaboration se fait autour de ce qui révolte ou répugne, l'abject glisse vers le concept de contre-transfert.

Comment s'imbriquent alors ces termes d'obscène et d'abject ? Obscène vient du latin *obscenus* qui signifie sinistre, de mauvais augure, dégoûtant, indécent, sale, obscène. Cet adjectif est généralement employé pour qualifier quelque chose qui blesse ouvertement, qui heurte la décence, la pudeur, ou le bon goût. Il est également souvent associé à quelque chose qui choque dans le domaine de la sexualité. Ce qui est caractérisé d'obscène est généralement rattaché à une image choquante et violente. Dans sa dimension scopique, il montre ce qui ne devrait pas être vu ; dans sa dimension sonore, il fait entendre ce qui devrait être tût. Il y a ainsi une mise à nu violente de ce qui devrait rester caché, enfoui.

L'obscène vient alors mettre en scène l'abject. Tandis que l'abject met le sujet hors scène et l'enferme dans une image de « déchet », l'obscène, lui, vient créer du scandale. Il apparaît comme une tentative pour le sujet de s'imposer, de reprendre le pouvoir. La mise en scène du corps et de la voix, l'art de les utiliser, pourraient être un moyen d'emmener l'autre où il veut, mais déjà, de l'interpeller : « Il [le sujet] invoque, par le déploiement de sa voix, un Autre, certes absent, mais que la voix du sujet a le pouvoir de convoquer pour lui, mais également pour ceux qui l'entendent.¹⁵ »

Mais alors, si, comme le suggère Marc, fasciner devient « [...] l'essentiel de l'acte obscène » et permet de suggérer un glissement de l'obscénité vers des mécanismes de pouvoir¹⁶, nous avons un bénéfice certain à considérer cette obscénité transmise par l'agir

¹⁴ Kristeva, J., *op. cit.*, p. 11.

¹⁵ Vives, JM. (2012). *La voix sur le divan. Musique sacrée, opéra, techno*, Paris : Aubier Psychanalyse, p. 44.

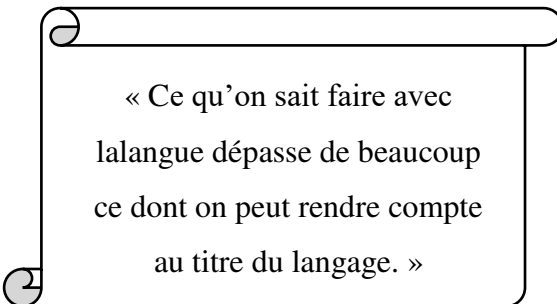
¹⁶ Marc, A. (2000). *Écrire le cri. Sade, Bataille, Maïakovski*. Paris : L'écarlate, p. 76.

vocal et corporel comme une volonté du sujet atteint de démence de dire ce que les mots ne peuvent plus transmettre.

Agir pour dire.

Dire pour exister.

INTRODUCTION



« Ce qu'on sait faire avec
la langue dépasse de beaucoup
ce dont on peut rendre compte
au titre du langage. »

Lacan, 1972¹⁷.

La maladie d'Alzheimer correspond à une atteinte neurodégénérative qui se caractérise par la perte progressive et insidieuse de plusieurs fonctions cognitives. Elle constitue, de nos jours, la démence la plus répandue. Aux stades les plus avancés, le langage en tant que vecteur de communication s'effondre. L'ampleur des perturbations sémantiques au niveau du mot, de la phrase, et du discours, tout comme la présence de troubles morphosyntaxiques, de graves troubles pragmatiques ou encore la présence de troubles majeurs de la compréhension orale et écrite entravent profondément la possibilité de communication verbale. Des comportements d'écholalie ou de palilalie, ainsi que la présence de mutisme peuvent s'ajouter aux difficultés à communiquer.

La palilalie, consiste en la répétition à l'infini de mêmes sons, syllabes, ou mots. La littérature reste imprécise puisqu'elle met en avant deux classifications : certains l'intègrent parmi les « troubles du comportement vocal » (TCV), rassemblant tous types d'affections langagières fréquentes en institution gériatrique, notamment dans le cadre des affections démentielles¹⁸, et ce quelle que soit leur intensité, leur durée, leur répétitivité ou leur signification¹⁹. D'autres la répertorient comme un « comportement verbal répétitif » (Repetitive Verbal Behavior), appellation générant une controverse parmi les chercheurs et l'incertitude des cliniciens. Bien qu'elle soit clairement distincte

¹⁷ Lacan, J. (1972-1973). *Le Séminaire livre XX, Encore*. Paris : Seuil, 1975, p. 127.

¹⁸ Manière, D., Morlet, M., Ploton, L. (2010). Les comportements vocaux perturbateurs. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 8, (2), p. 111-121.

¹⁹ Ryan, D., Tainsh, S., Kollodny, V., Lendrum, B., Fisher, R. (1988). Noise-making amongst the elderly in long term care. *Gerontological Society of America*, 28, (3), p.369-371.

des troubles moteurs de la parole, de la dysarthrie et de l'apraxie du langage²⁰, de même que de la persévération associée à l'aphasie²¹, les critères d'inclusion pour un diagnostic de palilalie demeurent conflictuels. La palilalie semble donc témoigner d'un défaut du registre symbolique. C'est du côté de la psychanalyse que je propose de la saisir.

1. L'inconscient structuré comme un langage

Le sujet de l'inconscient se construit dans le rapport au semblable, dans le rapport à l'autre. Il n'y a pas de sujet de l'inconscient à l'origine, préexistant, ce n'est pas quelque chose qui serait de tout temps. Le sujet est un sujet historique, il est obligatoirement pris dans un temps, une histoire (familiale, sociale, politique, etc.). Ce qui compte, c'est la façon dont il va être parlé, et la façon dont il va pouvoir répondre de cette parole qui le désigne, le nomme. Pour le dire autrement, l'humain est déterminé par un symbolique qui lui vient de l'extérieur, en construction à partir des différents signifiants qui viennent le nommer de l'extérieur. On ne peut percevoir le sujet de l'inconscient que par des effets symboliques et imaginaires, mais c'est ce qu'il y a de plus réel d'un individu.

Le sujet de l'inconscient est à mettre en lien avec le pulsionnel, avec le ça, avec la base de notre satisfaction. Il prend finalement son origine au plus réel de ce que nous sommes, c'est-à-dire de ce qui nous fait survivre, étayé sur nos besoins, notre pulsion, notre désir, c'est-à-dire le ça. L'inconscient n'est pas le ça ; ce qui permet de passer du premier au second, c'est la pulsion.

La pulsion a une source qui est toujours corporelle et un but qui est toujours la satisfaction. C'est une poussée constante, et la seule chose qui change dans la pulsion, c'est l'objet qui est éminemment variable. Les pulsions sont très limitées, puisqu'elles nous permettent de rentrer en contact avec le monde extérieur, c'est-à-dire d'aller saisir à

²⁰ Christman, S.S., Boutsen, F.R., Buckingham, H.W. (2004). Perseveration and other repetitive verbal behaviors: functional dissociations. *Seminars in Speech and Language*, 25, p. 295–307 ; Duffy, JR. (2005). *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management*. United States (2nd edition) : Elsevier Mosby, 578 p.

²¹ Lebrun, Y. (1997). *From the brain to the mouth. Acquired Dysarthria and Dysfluency in Adults*. Boston : Kluwer Academic Publishers, coll. Neuropsychology and cognition, v. 12, 185 p.

l'extériorité ce qui est important à notre survie ; c'est le regard, la voix, la motricité, l'oralité, l'analité, etc. en somme, ce qui permet de maintenir notre corps en survie. Le pulsionnel ne peut s'exprimer qu'à travers des représentations et des affects, c'est ce qui va nous permettre de saisir le sujet de l'inconscient. La pulsion n'est pas inconsciente. Le ça ne l'est pas non plus, il est un réservoir pulsionnel qui prend du registre biologique et qui va s'associer au psychique. La pulsion sort du corps, saisit quelque chose à l'extérieur, avant de ré-entrer dans le corps pour le satisfaire. Ce qui se passe au niveau du biologique n'a rien d'inconscient. Ce n'est pensé comme inconscient qu'à partir du moment où c'est associé à une représentation, qui elle-même sera une représentation refoulée. Ce qui est refoulé dans l'inconscient, ce sont les représentations de l'objet, certainement pas la pulsion qui elle est constante et continue à fonctionner.

La représentation est le lien entre ce qui est psychique et ce qui va satisfaire la pulsion. Il y a une tension générée par un besoin de satisfaction. Cette tension doit s'apaiser par un retour sur le corps. Pour cela, il faut être capable de reconnaître l'objet qui va satisfaire, et pour le reconnaître, il faut faire appel aux représentations de cet objet. Si la représentation est liée à un affect positif, elle sera positive ; si, en revanche, elle est liée à un affect négatif, elle sera négative, donc dépourvue de plaisir, donc une représentation refoulée.

L'objet premier de la pulsion, qui serait soi-disant adéquat, qui n'existe pas, est toujours là. Ce que l'on va voir du sujet, ce sont les ratages de son expression pulsionnelle ainsi que les ratages de sa satisfaction. Apparaîtront ensuite les formations de l'inconscient qui proviennent de ces ratages du sujet dans sa satisfaction.

L'inconscient comporte une partie du moi qui est inconscient, une partie de certaines identifications moïques, ainsi que des productions du ça qui sont inconscientes car elles sont refoulées avant de pouvoir arriver à la conscience, et enfin une partie du surmoi qui est inconscient.

Dès sa leçon V du 9 Février 1972²², Lacan appelle « Nœud Borroméen » le nœud qui tient ensemble les trois registres, à savoir le symbolique, l'imaginaire et le réel. Partant du jeu des trois anneaux (appelé *Boromme*), il propose une interprétation en y substituant trois lettres R.S.I., respectivement pour Réel, Symbolique et Imaginaire. R.S.I. se rapporte à l'acte d'énonciation de la chaîne signifiante. Plus précisément, la variable S correspond au système de la langue intégrée et effective dans chaque sujet entendant ; la variable I correspond à l'ordre du discours. Enfin, la variable R opère un déliage du système et correspond au fonctionnement dia-synchronique de la langue. C'est une véritable architecture de l'activité psychique que propose ici Lacan.

L'imaginaire est la catégorie lacanienne qui procède de la constitution de l'image du corps. Il correspond à la structure la plus fondamentale permettant d'appréhender le monde, en ce sens que l'imaginaire est composé d'images, d'une série de représentations qui donne consistance à l'individu ; quelque chose qui a une consistance est quelque chose que l'on peut saisir, tenir. Cette image consistante est fondamentale pour l'unité psychique, puisque c'est à travers elle que nous nous sentons être, exister. L'imaginaire, qui va comporter aussi bien l'image de soi, l'image du corps, l'image de l'autre, peut être atteint de toute une série de troubles, avec par exemple dans la schizophrénie ou l'anorexie / boulimie une atteinte de l'image du corps. L'imaginaire est d'abord la première identification de l'enfant au phallus (cet objet qui pourrait satisfaire la mère) ; il va se construire ensuite dans le stade du miroir, au moment où va se forger l'image du corps, l'image de soi : l'imaginaire devient le lieu de toutes les identifications du sujet. C'est d'abord et avant tout incorporer, construire à l'intérieur de soi, prendre pour soi, une représentation, une image qui vient de l'extérieur. Par essence, les identifications sont traitées dans le champ de l'imaginaire, même si, rappelons-le, elles bordent ce même champ : les identifications sont soutenues par l'imaginaire, elles sont un phénomène imaginaire de bordage de la réalité.

L'imaginaire vient aussi masquer, dissimuler, et embellir le champ de la réalité. C'est pour cela, par exemple, que quand un enfant accompagne son parent devenu grabataire, qui, atteint d'Alzheimer, ne le / la reconnaît plus, il passe la plupart de son

²² Lacan, J. (1971-1972). *Le Séminaire livre XIX...ou pire*. Paris : Seuil, coll. Champ Freudien, 2011, 264 p.

temps à parler du parent merveilleux de son enfance. C'est bien parce qu'il y a une Représentation imaginaire, fondamentalement plus forte que la réalité, que l'enfant parvient (difficilement) à supporter le vieillissement et ses conséquences. L'imaginaire est donc une façon de faire rempart à la réalité. D'une part, du côté des identifications, mais aussi du côté du rapport à l'objet : c'est ce qui permet que la série des objets soit aussi supportable dans le champ de la réalité humaine.

Mais, s'il n'y avait que l'imaginaire, nous pourrions prendre n'importe quelle identification ou n'importe quel objet pour que cela fonctionne. Il faut donc compenser ce débridage imaginaire, ce tout-pouvoir de l'imaginaire, son action. En temps normal, c'est le symbolique qui s'en charge.

Le symbolique est une fonction complexe et latente comportant une part consciente et une part inconsciente, qui est attachée à la fonction du langage et plus précisément à celle du signifiant. Le symbolique est un ordre, il désigne ce qui est ordonné. Il est une organisation des signifiants entre eux. Dire que le langage est une partie du symbolique ne fonctionne que parce qu'il y a un code, une grammaire. Le symbolique est aussi un ensemble de signes cohérents entre eux (par exemple, un dictionnaire). Donc le symbolique est d'abord un mode d'organisation, un ordre symbolique, indispensable pour pouvoir s'exprimer en tant que langage, en tant que sujet, en même temps que radicalement extérieur au sujet lui-même : le langage préexiste et perdure bien après l'existence subjective. Le sujet doit obligatoirement pouvoir exprimer sa consistance, en passer par un ordre symbolique. Hors de cet ordre symbolique, sa consistance imaginaire est irrecevable par l'autre. Le symbolique a un certain nombre de fonctions fondamentales, notamment celle de mettre de l'ordre. La première façon de mettre de l'ordre c'est la rythmicité, la temporalité, c'est-à-dire la coupure dans une phrase, dans le sens, dans le point d'arrêt, de scansion. Cette organisation rythmique (la respiration, la déambulation...) permet à un moment donné d'arrêter la dérive du sens. Toute la question du sens de l'organisation du monde, c'est la question de la coupure signifiante. Nous verrons dans la suite de ce travail à quel point cette question de rythme est fondamentale dans le trouble de la parole que nous étudions. Pour tout sujet, s'il y a absence d'ordre, de scansion, de coupure temporaire, de coupure signifiante, de coupure dans le rythme, le sujet perd ses repères, il perd l'organisation de sa propre pensée. L'ordre symbolique,

c'est tout ce qui va faire création d'un rythme, temporalité, scansion, coupure et va nous permettre d'organiser notre pensée et nos représentations, notre rapport au monde.

Le symbolique est aussi par essence ce qui exclut une part du sens ; chaque fois que l'on nomme, chaque fois que l'on désigne par les signifiants, il s'agit d'ordonner, de placer le sujet à une place et pas à une autre. Le symbolique c'est donc par essence ce qui va permettre un repérage, une différenciation entre les représentations, une différenciation entre le sujet et l'objet, c'est ce qui va faire coupure. Il existe trois places « idéales » qui sont fondamentalement organisatrice d'une tension, d'un chemin, mais dans le même temps, ce sont des places qui ne sont pas dans la réalité d'existence. Il s'agit (1) de la place M ou place du premier objet (la mère, La Chose, Das Ding ; la première constitution subjective se fait par l'exclusion de l'objet), (2) de la place de l'Idéal du Moi (ce que le sujet devrait être pour être réellement aimé ; l'idéal du moi est le lieu où l'on serait pour avoir l'objet premier), (3) de la fonction tierce, dite du père, ou fonction paternelle (qui décentre de la fusion originaire entre l'idéal du moi et l'objet premier). Le sujet va tendre symboliquement vers ces places qui n'existeront jamais dans la réalité.

Comme l'imaginaire, le symbolique est sur un trépied, mais il a une fonction particulière, c'est que son trépied, expression des manques (manque d'un objet, de l'être idéal ou de l'absolu de l'être, et manque effectivement de la fusion entre les deux), va prendre prééminence comme organisation du trépied de l'imaginaire. Il va venir dominer l'imaginaire, l'organiser, c'est-à-dire qu'il va faire passer l'imaginaire d'un drame à quelque chose du manque, de l'impuissance personnelle à quelque chose d'une organisation du manque. Il est fondamentalement nécessaire d'avoir d'un côté ce pôle organisateur, structurant, et d'un autre côté, ce pôle représentationnel qui donne consistance à l'individu. Toute la réalité psychique, ainsi que la réalité matérielle, sont tendues entre cette consistance et cet organisateur qui rappelle la fonction du manque. Il n'y a de réalité psychique tangible que tendue entre une consistance (qui serait pleine) et un symbolique (qui serait le rappel permanent du manque). Tout cela nous définit ce que l'on appelle la réalité. Et cette réalité vient masquer le réel.

Le réel se définit comme « ce que l'intervention du symbolique pour un sujet expulse de la réalité.²³ » Le réel c'est l'impensable, c'est-à-dire le non représentable, le non symbolisable, et pourtant, comme ce qui revient toujours à la même place. Dans chaque objet existe une part de réel et ce réel, nous n'y avons jamais accès car nous sommes obligés de passer par le langage, la Représentation. Il y a des choses que l'on peut plus ou moins symboliser et qui, en même temps, reviennent répétitivement. Le réel est ce que l'on ne peut pas imaginer et ce qu'on ne peut pas symboliser. Ce réel incontournable, qui revient systématiquement, qu'on ne peut pas éviter, a une fonction fondamentale pour l'être humain c'est d'être ce que l'on ne peut aborder qu'à travers l'imaginisation d'un fantasme. La façon la plus précise de savoir qu'on est au bord du réel, au bord de cette horreur de quelque chose qui est là, que l'on ne peut pas nommer, pas parler, ni se le représenter, c'est l'angoisse. Maîtriser, représenter quelque chose, c'est tenter de vaincre la sensation d'angoisse que nous donne ce réel. L'exemple le plus illustratif vient de Freud avec le jeu de la bobine (Fort/Da) : l'enfant, face au réel de l'absence de la mère, met en place cette activité au cours de laquelle il jette la bobine qui s'éloigne et accompagne le mouvement de rejet d'un « Fort » (loin), et le retour d'un « Da » (voilà). L'enfant expérimente la présence dans l'absence en nommant quelque chose qui n'est pas là. Le but est de reprendre le contrôle du flux, de l'énergie déliée qui effracte l'enfant, le frustre, suite au quantum excitatif lié à l'absence et qui met la pagaille. Un premier repère est donnée au sujet : il y a une signification à la présence / absence de la mère, elle désire ailleurs. C'est le père symbolique, qui prive la mère du phallus et frustre l'enfant de la mère dont il a besoin. Cette frustration aboutit à la création d'une figure idéale, l'idéal du moi, où l'enfant tente de deviner ce qu'il doit être pour plaire à la mère. Il s'identifie alors symboliquement à ce qui serait la figure du père. Si la mère reconnaît ce que dit le père, l'enfant abandonne l'identification phallique. Il peut choisir de ne plus être le phallus, et renoncer à ne plus être l'objet du désir de la mère. Nous passons à avoir ou ne pas avoir le phallus. C'est le complexe de castration, question encore inassumée. L'angoisse, c'est donc, pour tout individu, ce qui témoigne pour lui de la proximité du réel ; c'est massivement le fait qu'un objet surgisse devant moi et me concerne au plus intime de moi-même, il me concerne tellement qu'il a certainement à voir avec un objet de satisfaction pleine et entière. C'est-à-dire que c'est un objet qui viendrait occulter le

²³ Chemama, R., & Vandermersch, B. (2009). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Villatuerta : Larousse In Extenso, p. 490.

manque. L'organisation psychique d'un individu est faite pour essayer de maîtriser ce réel, de pouvoir en faire quelque chose, et de s'en protéger.

Pour Lacan, la subjectivité est un aménagement, une organisation entre le réel, le symbolique et l'imaginaire, c'est la manière dont le sujet construit et articule ces trois dimensions. Le nœud borroméen permet de montrer que ces trois registres sont équivalents dans la construction de la subjectivité, aucun n'est premier, ni ne domine dans l'organisation, il faut que les trois fonctionnent ensemble pour d'une part que l'être humain arrive à avoir une subjectivité, et d'autre part pour que cette subjectivité soit recevable par l'autre. Dans le nœud borroméen, les trois cercles sont liés les uns aux autres ; si un est coupé, les trois sont dénoués. C'est bien ce qu'il semble se passer dans la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.

Dans le champ de la démence, et particulièrement avec la répétition palilalique, le nœud borroméen est mis à mal : entre un réel dé(sen)chaîné et une fonction symbolique inopérante, l'imaginaire est impacté. En effet, en temps normal, ce qui permet de rendre présent un objet absent, c'est le mot. L'incapacité du sujet atteint de démence à évoquer l'objet en son absence tient principalement du fait qu'il ne dispose plus des moyens pour le faire : l'absence de la lexicologie dans le discours remet en question la fonction du fantasme que Freud avait articulé au jeu de la bobine (Fort-Da). Le registre de l'imaginaire se voit ainsi profondément touché dans le processus démentiel, en lien avec une réalité étouffante témoignant d'un imaginaire qui ne remplirait plus son rôle de la mettre à distance pour la rendre supportable. Les sujets déments, présentant des troubles de la parole comme la palilalie, ont un registre symbolique totalement désorganisé, mais, au contraire du délirant, ne trouvent pas refuge dans l'imaginaire, complètement altéré suite à un défaut de représentations.

L'entrecroisement de l'imaginaire, du réel et du symbolique va délimiter un certain nombre de surfaces, d'espaces qui vont être des espaces d'intersection, de désunion ou d'empiètement d'une des dimensions sur l'autre. C'est dans ces espaces que se créent effectivement les différentes jouissances (jouissance du sens ; jouissance phallique). Il y a un point central qui est la réunion de ces trois dimensions et qui correspond à l'objet *a*, c'est-à-dire l'objet du manque, l'objet du désir qui ferait que, s'il était là, il ferait un sujet

plein et entier. L'objet *a* est par excellence absent et en même temps central dans la structure du sujet ; il est à la fois interne et externe au sujet. Interne car c'est autour de lui que se structure toute la dynamique désirante. Externe car il manque au sujet, il fait trou. Par essence, c'est l'objet de l'inconscient, en ce sens que c'est un objet complètement réel, existant, symbolique, imaginaire, et en même temps inexistant comme l'inconscient : l'inconscient ne se voit que par ses effets, il n'est pas saisissable en tant que tel. L'objet *a* est l'objet qui va nous permettre d'entrer en relation avec l'autre, puisque vu qu'il est externe, nous allons avoir tendance à aller le chercher dans l'autre, dans la réalité externe.

Mais fort heureusement la jouissance est ce qui est fait pour rater. Dans sa première topique, Freud parle de principe de plaisir qui s'oppose au principe de réalité. Sa seconde topique est créée à partir de la question de la pulsion de mort et donc de la compulsion de répétition : c'est la capacité d'un sujet de toujours répéter quelque chose qui le met en échec, mais en même temps, le sujet tient plus que tout à l'objet. C'est à ce moment que Freud introduit le terme de jouissance, qui sera repris par Lacan lorsqu'il parle, dans le cadre du nœud borroméen, des différentes jouissances de l'être humain. La jouissance attendue de tout être humain est la jouissance qu'il ne faut pas, car si elle est atteinte, elle mènerait à la mort et à la destruction du sujet. Les symptômes d'un sujet sont alors l'expression d'un compromis entre jouissance et défense. La psychopathologie d'un sujet est la façon dont il va tenter de jouir complètement, totalement.

Dans le Séminaire *Encore*, Lacan revient sur la question du corps comme conséquence de ses élaborations sur le réel et l'articule à celle de la jouissance, introduisant la notion de corps comme « substance jouissante », faisant ainsi allusion au vivant comme condition primaire de la jouissance, et au corps comme son support.²⁴ Cette jouissance est le réel qui se trouve hors symbolique, ex-siste au symbolique, n'est pas absorbée totalement par lui et constitue le « mystère du corps parlant²⁵ ». En conséquence, le sujet, le sujet de l'inconscient, constitué par le signifiant, a laissé la place au *parlêtre*, à l'individu parlant en son être particulier de jouissance, sujet du corps jouissant, ce qui implique le corps dans sa présence, affecté par la jouissance. En 1975, dans *Le Sinthome*,

²⁴ Lacan, J. (1972-1973). *Le Séminaire livre XX, Encore*. Paris : Seuil, 1975, p. 19.

²⁵ *Ibid.*, Lacan, J., 1975, p. 19

Lacan aborde de nouveau le corps, affirmant qu'il est la seule consistance du *parlêtre*²⁶, il le définit comme support de l'imaginaire accentuant la circonstance de sa présence, de sa localisation dans l'espace, comme une des qualités de la consistance « [...] le corps ne s'évapore pas, et dans ce sens est consistant.²⁷ »

Nous allons le voir tout au long de ce travail, il apparaît que, dans la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, le réel est totalement dé(sen)chaîné face à une fonction symbolique inopérante : le registre de l'imaginaire serait le premier touché.

2. « L'affect inconscient »

Voilà déjà plusieurs lignes où j'évoque le terme d'« affect » sans n'avoir pour le moment posé ma façon de l'entrevoir. Et c'est peu dire que dans le champ de la Psychanalyse, les théories de l'affect sont nombreuses.

La théorie de l'affect a connu plusieurs remaniements²⁸ : initialement, dans le champ de l'hystérie, l'affect se rapporte à un événement externe de séduction. Puis, s'apercevant que rien ne pouvait apporter la preuve que la scène originaire se soit effectivement déroulée, Freud met en évidence les enjeux du fantasme (d'une séduction irréaliste) et rattache incontestablement l'affect à la Pulsion : cette dernière se manifeste au niveau de l'affect et de la représentation. Ce qui différencie une pulsion et un affect, c'est que la pulsion a un représentant et un affect, alors que l'affect est seul.

Un changement de perspective opère avec la seconde topique freudienne : Freud parle, dans *Inhibition, symptôme et angoisse*²⁹, d'un « affect d'angoisse », affect qui serait en place d'exception face aux autres états affectifs, né de l'absence de réponse de l'autre. Freud fait de l'angoisse le produit de l'état de détresse psychique du nourrisson corrélatif de son état de détresse biologique.

²⁶ Lacan, J. (1975-1976). *Le Séminaire Livre XXIII, Le Sinthome*. Paris : Seuil, 2005, p. 66.

²⁷ *Ibid.*, Lacan, J., 2005, p. 66.

²⁸ Kaufmann, P. (sous la direction de) (1998). *L'apport freudien – éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Paris : Larousse-Bordas, p. 13-14.

²⁹ Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme, angoisse*. Lonrai : Presses universitaires de France, coll. « Quadrige », 2011, 102 p.

Pour Freud, une excitation immaîtrisable génère une angoisse « réelle » : l'affect est à la fois effet et cause : il est effet d'une rencontre réelle de ladite expérience ; et il est cause du Refoulement qui va générer les symptômes et se répercuter en séquelles d'affects postérieurs. L'angoisse-signal est en même temps un mémorial du premier trauma et l'avertissement d'un danger imminent.

À l'origine, l'affect est effet de la détresse sexuelle, en ce sens que c'est l'angoisse angoisse qui va générer un refoulement et impliquer que l'affect devienne effet du retour du refoulé dans le déplaisir du symptôme.

Lacan opère une rupture importante d'avec Freud car il ne cautionne pas que l'angoisse soit désignée comme l'affect déterminant du trauma. Soler parle d'un « affect d'exception » pour désigner l'angoisse telle que l'entend Lacan, à savoir, « un affect qui ne trompe pas », c'est-à-dire qui est arrimé à ce qui le cause³⁰. Ainsi pour Lacan, l'angoisse est produite par le réel, et le réel est son référent. L'angoisse n'est pas sans objet *a*, elle est d'ailleurs l'index de l'objet *a*. Cet index correspond au signal dont parle Freud ; l'angoisse est l'affect de l'imminence du réel, elle est l'affect ayant le pouvoir de le révéler. Cet affect « d'exception » est capable de manifester ce que le signifiant ne révèle pas, à savoir d'abord cet objet qui fait trou dans l'Autre (objet *a*), et plus largement le réel hors sens sous ses diverses formes.

Pour Winnicott, le terme d'angoisse caractérise l'état de détresse dans lequel est plongé le sujet. Il décrit une sorte de « folie » originelle dont chaque être ferait l'expérience, une hantise de l'anéantissement qui désignerait par une angoisse impensable car elle n'a pas encore de nom. Il nomme cette angoisse *agony*, souvent traduite par « agonie primitive » pour en souligner le caractère dévastateur chez un être dont le moi est encore trop immature pour en faire l'expérience. Se morceler, tomber à jamais, ne plus être lié à son corps ou à l'autre, perdre toute orientation...sont autant de nuances de la crainte d'effondrement (*fear of breakdown*), auxquelles Winnicott a l'idée d'associer les

³⁰ Soler, C. (2011). *Les affects Lacaniens*. Paris : Presses universitaires de France, 192 p.

défenses moiïques pour s'en protéger. Au paroxysme de l'agonie, le sujet serait mené vers une sensation d'interruption de la continuité d'être (*going on being*).

Notre recherche se veut bordée par les apports de Green, qui procède à une relecture de la théorie freudienne qui m'est chère. Pour lui, la clinique freudienne s'est appuyée sur les représentations inconscientes plutôt que sur les affects en centrant la cure surtout sur l'analyse des représentations. Aussi, Freud a maintenu, selon Green, le champ du transfert hors de l'analyse car c'est dans le transfert que réapparaît la primauté de l'affect sur la représentation – si ce n'est dans la démence. La base de la théorie de Green est l'apport de Freud quand il désigne l'affect comme un quantum, une quantité d'excitation. C'est une « affectation énergétique³¹ » dans le sens où la charge d'affect (de la même façon qu'une charge électrique) est répartie sur les traces mnésiques. Mobile, variable, transformable et déchargeable, l'état libre ou lié de cette énergie spécifie des régimes de fonctionnement différents (processus primaires ou secondaires). Deux destins du quantum sont repérables, soit il s'épuise dans la décharge, soit il est soumis à la liaison qui exige le préalable de la réduction quantitative par mesure de conservation du plaisir et de sauvegarde du principe de plaisir.

Green va alors plus loin et précise que l'affect est une décharge en partie orientée vers l'intérieur du corps qui comprend la perception de mouvements internes et les sensations de la gamme plaisir-déplaisir. Ainsi, l'affect apparaît selon un double versant : un versant corporel et un versant psychique qui lui-même est clivé en deux : une activité d'auto-observation du changement corporel, du mouvement, résultat d'une activité spéculaire sur le corps et un aspect qualitatif : le plaisir-déplaisir. L'affect se présente alors comme une expérience corporelle et psychique, dans laquelle la première est la condition de la seconde. L'expérience corporelle se produit à l'occasion de la décharge interne, mouvement qui révèle le sentiment d'existence du corps qui sort alors de son silence, le corps parle. Ce versant de l'affect permet au sujet de prendre conscience de son corps en tant qu'il en est propriétaire, mais aussi en tant qu'il lui échappe, le moi ne peut le contrôler. Il y a tout un processus de psychisation qui s'enrichit de la gamme du plaisir-déplaisir auquel l'affect introduit le corps. L'affect se développe, se transforme,

³¹ Green, A. (1999). Sur la discrimination et l'indiscrimination entre affect et Représentation. *Revue française de psychanalyse*, 63, (1), p. 217-271.

plaisir et déplaisir se confondent, inhibent l'autre, le remplacent, etc., mais cette double polarité toujours présente n'est valable que pour la conscience.

C'est aussi à Green que nous devons d'avoir placé le « représentant-affect » comme le support d'un travail de symbolisation le rendant plus maniable psychiquement. Il constate que si l'affect a une orientation interne, il est aussi orienté vers l'autre, il est à la fois message pour l'interne et message qui peut s'adresser. Green introduit l'affect dans le discours comme un « tenant lieu de représentation », comme un « signifiant » accompagné de son énergétique, énergétique qui conduit aux investissements et lui donne sa vivacité : le discours est « vivant ».

Discours vivant, c'est ainsi que s'intitule son ouvrage sur l'affect. Green donne la parole à l'affect. Si, l'énergétique affective donne la parole au corps, elle nourrit aussi le discours, prend la parole en lui donnant corps. L'affect est selon cette belle formule « chair du signifiant et signifiant de la chair.³² » Tant qu'il apparaît comme élément de discours, l'affect se soumet au discours, tout en se rattachant aux autres éléments qui le composent. Sous l'effet des tensions internes/externes, l'affect joue avec la représentation, la recouvre, l'abolit, en tient lieu.

Poursuivant l'idée de Green, Roussillon propose que ce soit le processus de « représentance » qui guide vers l'affect. Son hypothèse est telle « que c'est l'effet du réseau de réponses somatiques associées, que de produire potentiellement la propriété « message » ou encore « signal-message » pour la psyché, ou, pour reprendre le vocabulaire psychanalytique freudien traditionnel, de produire un « représentant ».³³ » L'affect consiste alors en un emboîtement d'affects élémentaires (représentations de chose, de mot) produisant un ensemble plus complexe et intégrant des réactions somatiques. Cet ensemble plus complexe produit par le versant somatique de l'affect représente en fait un état interne qui ne possède pas, en lui-même, de propriétés conscientes. La représentance de l'affect, qui se construit progressivement, s'insère donc

³² Green, A. (1973). *Le discours vivant : la conception psychanalytique de l'affect*. Paris : Presses universitaires de France, p. 332.

³³ Roussillon, R. (2005). Affect inconscient, affect-passion et affect-signal. *L'affect, monographies de psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, p. 122.

entre le versant somatique de l'affect (envisagé comme un réseau de réponses corporelles et somatiques associées) et son versant représentant psychique. Selon Roussillon, les manifestations somatiques de l'affect et les manifestations psychiques de l'affect peuvent être disjointes ou, à l'inverse, accordées. Il existe alors un processus de production psychique de l'affect somatique, la psyché doit « s'affecter³⁴ » (en somme, s'approprier, intérioriser) d'un affect potentiellement présent dans un ensemble de réactions somatiques.

La théorie de l'affect de Green puis celle de Roussillon seront particulièrement reprises dans le développement de ce travail.

3. Un, deux, trois : « scatez » !

Mais alors, dans ce contexte théorique, que faire de la répétition palilalique du sujet atteint de démence, de cette jaculation de sons, de syllabes ou de mots, qui apparaissent hors-sens pour les équipes soignantes et les familles, et qui génèrent l'agressivité (physique et verbale) des autres résidents ? Il semblerait qu'il y ait un bénéfice certain à nous pencher sur la question du *scat*, qui aurait été inventé par le jazzman américain Louis Armstrong. La légende raconte qu'il laissa tomber la feuille où figuraient les paroles de la chanson et qu'il eût alors à improviser le deuxième chorus. La deuxième syllabe de ce chorus était précisément ce « scat ». Le « scat », est devenu une forme de jazz vocal dans laquelle l'artiste improvise des phrases mélodiques et rythmiques, utilisant plutôt que des paroles des onomatopées. Le « scat », bien qu'il soit véhiculé par un chant articulé, se situe dans le champ du hors-sens, de la défaillance du texte, à tel point qu'il a la réputation de provoquer le rire. Le *Dictionnaire du Jazz* fait à ce sujet une remarque qui, pour paraître anecdotique, se révèle assez troublante : ces onomatopées sont presque toujours génératrices d'humour et d'excès. Pourquoi sortir du sens fait-il rire ? Harari mentionne à ce sujet cette pertinente citation : « Le Réel forclôt le sens, mais pas le son.³⁵ » Le scat forclôt le sens tout en maintenant la possibilité de l'ouïr. Le scat nous rapproche du *Réel langage*, comme le nomme Harari :

³⁴ M^Uzan, M de. (1970). Affect et processus d'affectation. *De l'art à la mort. Itinéraire psychanalytique*. Paris : Gallimard, p. 98-105.

³⁵ Harari, R. (2009). Psychanalyse post-joycienne. Quelques ponctuations. *Cliniques méditerranéennes*, 80, (2), p. 61-80.

« Avant les paires différentielles et contrastantes typiques des phonèmes, ce qui est inhérent au *Réel langage* c'est le renforcement des répétitions des sons, des coïncidences superposées entre eux et de la musicalité de leurs registres. Je fais référence ici à la lallation, au registre de la langue maternelle – celle de la mère s'adressant à *l'Infans* – où les émissions chantonnées – asyntaxiques, asémantiques et apragmatiques – empreignent de leur relief les sons qui vont prévaloir et se répéter chez quiconque, en donnant lieu à ce que Lacan appellera la langue.³⁶ »

Le paradoxe du scat, c'est que tout en étant énonciation dont on ignore l'énoncé, tout en étant hors-sens il n'est pas sans laisser entendre une sorte de « j'ouïs-sens »³⁷.

Si le scat s'autorise à jouer avec le son sans se préoccuper du sens, il semblerait que le « scat démentiel », c'est-à-dire la palilalie du sujet atteint de maladie d'Alzheimer, nous amène, nous aussi, à jouer avec le son, mais en nous préoccupant du sens. À l'écoute du discours, il ne s'agit plus seulement de donner du sens aux sons ou signifiants qui se répètent à l'infini, mais bien de donner du sens à l'acte de langage que pose le sujet atteint de démence. Ce détour est nécessaire pour nous rapprocher ensuite de la création, de la *naissance* du non-sens, ce qui sonne comme une *ne-sens*.

³⁶ Harari, R. (2005). *La Pulsion est turbulente comme le langage : essais de psychanalyse chaotique*. Paris : L'Harmattan, 160 p.

³⁷ Vinot, F. (2014). Scat et psychanalyse. Le son sans le souci du sens. *Topique*, 129, (4), p. 99-105.

PRÉSENTATION DES TRAVAUX DE MASTER

Ce travail de thèse a été initié depuis quelques années à travers les mémoires réalisés en Master 1 et 2. La maladie d'Alzheimer ainsi que les troubles du comportement étaient déjà au centre de la réflexion.

1. Le master 1 : la découverte du sujet

Cette année-là, je décidais de réaliser un mémoire intitulé « La démence de type Alzheimer : les escales d'une bouteille jetée à la mer. » Novice dans le domaine, il était notamment question à l'époque de faire un état de la question sur la maladie d'Alzheimer.

M'appuyant et reprenant les paroles de *Tous les cris les SOS* de Balavoine, je proposais dans un premier temps une réflexion sur la relation « soi-niant / soi-nié », soulevant à quel point la maladie d'Alzheimer entraîne des conséquences chez les deux acteurs de la relation. Par ailleurs, l'étude des différentes théories se rapportant à cette pathologie m'avait conduite à mesurer l'importance de l'environnement pour le sujet atteint de maladie d'Alzheimer ; les travaux de Quaderi notamment avançaient l'hypothèse d'un « individu-environnement », vivant dans l'immédiateté et incapable de se retirer de la scène de l'ici et du maintenant.

2. Le master 2 : un travail d'archéologue

Pour le second mémoire, au commencement était...le cri. Le mémoire de master 2 fut, en effet, pour moi l'occasion de mener une large réflexion sur le cri du sujet atteint de maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Il s'intitulait : « Le cri dans la maladie d'Alzheimer à un stade sévère : une réactivation de l'originaire ? » Tout était parti d'une scène, pour le moins sidérante, que je me propose ici de vous exposer.

Interpellée par des cris longs et perçants retentissants entre les quatre murs d'un EHPAD, j'avais été amenée à assister à une scène virulente entre une patiente, Andrée, et un soignant. Il m'avait fallu un certain temps pour trouver la pièce dans laquelle elle se déroulait, puisqu'il s'agissait d'une salle au fond d'un couloir, dont la porte était entrouverte. J'avais d'emblée remarqué qu'elle était à peine éclairée et ne disposait que d'une étagère vide en son fond. En m'approchant de la porte, j'avais aperçu une femme menue dans un fauteuil roulant. Elle criait et tapait de toutes ses forces des pieds et des poings sur le fauteuil dans lequel elle est. Le soignant qui l'y avait emmenée se tenait debout, juste à côté d'elle, et lui adressait : « tais-toi ! » et « calme-toi sinon je t'attache dans ton lit ! »

Sidérée par ce que je voyais et entendais, je le regardais uniquement, sans rien dire. C'est alors qu'il m'avait lancé : « pourquoi vous me regardez comme ça ? Elle n'a plus rien dans la tête de toute façon. »

Cette scène avait suscité chez moi de nombreux sentiments opposés. D'une part, les cris de la patiente me donnaient envie de m'enfuir aussi loin que possible, car la souffrance qu'ils faisaient résonner en moi était insoutenable. D'autre part, cette dame semblait tellement en détresse et vulnérable face aux propos terrassants du soignant que j'aurais sans doute aimé l'emmener avec moi, au plus loin, et lui offrir un endroit sûr.

Ce contre-transfert fut déjà à ce moment-là le point de départ de la réflexion que je décidais de mener, mêlée à mes questionnements de Master 1 concernant l'individu-environnement. Comment penser ce vécu dans un présent immuable par lequel le sujet atteint de démence se sent persécuté ? De surcroît, la rencontre avec Andrée et ses cris m'amena de nouvelles interrogations. Quels facteurs déclencheurs pouvaient bien en être à l'origine ? Mon intuition fut telle qu'un lien sous-jacent était probablement à faire, c'est pourquoi je proposais la problématique suivante pour fil directeur : comment pouvons-nous penser cette détérioration dans le champ d'une régression à un niveau originaire du système de représentation des sujets atteints de maladie d'Alzheimer à un stade sévère, marquée par les cris, sachant qu'il reste des traces de processus plus élaborés, à savoir, les processus psychiques primaires et secondaires.

Deux des trois hypothèses relatives à cette problématique concernent directement le travail de thèse que je présente ; je propose ainsi de les exposer et d'en donner les conclusions.

L'étude du cri m'a amenée à faire l'hypothèse d'une régression (au sens jacksonien du terme) du système de représentation à un niveau originaire, qui engendrerait l'incapacité d'envisager la présence d'un objet absent : la frustration générée par l'attente de l'objet leur serait devenue intolérable, et déclencherait le cri. Mais si régression vers l'originaire il y a, comment la penser, sachant que des processus plus élaborés ont existé et qu'il en reste des traces ? L'image de la peau de léopard m'avait paru être la plus parlante : avec l'idée de la tâche, je rendais compte qu'il y a encore des îlots imaginaires qui correspondent aux processus primaires et secondaires, sur fond de processus originaires. Le modèle d'Aulagnier sur le pictogramme a été un phare important dans mon développement. Premier mouvement de représentation de l'enfant provenant d'une rencontre originaire entre une zone sensorielle du corps infantile (la bouche) et un objet source d'excitations (le sein), le pictogramme devient un médiateur sensitif et contenant d'un vécu corporel. Oui, mais...il apparaît que cela ne fonctionne plus vraiment dans la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, où même cette capacité d'halluciner l'objet est altérée.

En maintenant mes propos sur le fait que le cri doit d'emblée être traduit en appel, il semblerait, d'après, Aulagnier, que c'est ce qui signe l'échec du pictogramme pour Aulagnier³⁸. L'objet absent semble être réellement absent, en continu, même le pictogramme ne suffirait plus.

Ainsi en venais-je à la conclusion que l'originaire semble ne plus suffire quand le sujet a connu des processus psychiques plus élaborés. Il est désormais devenu impossible de dire quelque chose de l'affect provoqué par la perception, ni par les mots pour en avertir l'autre, ni même pour soi car le représentant est inaccessible ; d'où l'hypothèse sur un « affect avec une trace de représentation », ou celle d'une « violence d'affect avec « plus » de représentation », pour bien noter la différence d'avec la psychose où

³⁸ Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Le fil rouge, 2003, 368 p.

représentation et affect sont radicalement rejetés. Le dénouage entre affect et représentant a de lourdes conséquences sur le sujet, et finalement, sur sa capacité de penser ; sans cette connexion entre les deux, tout laisse imaginer que nous ne savons plus ce que nous pensons...

Une autre hypothèse, non testée sur le terrain, avait été de suggérer que la médiation soit la méthode de soin qui soit la plus adaptée, car, permettant un travail sur l'affect, elle pourrait aider à retrouver quelque chose du représentant. Ou, si nous ne pouvons définitivement plus accéder aux traces déjà-là, pouvons-nous suggérer et espérer que la médiation permette d'en créer de nouvelles, au-dessus, sachant que l'investissement du système préconscient – conscient est altéré ? Seul le terrain et la mise en place de l'atelier nous le dira. Avec le support de la musique, il s'agirait de permettre au sujet atteint de démence de retrouver un environnement exempt de tout danger, au sein duquel il se sentirait contenu et pourrait jouer de / avec sa voix, sans craindre d'être réprimandé et mis à l'écart du reste de l'institution.

Enfin, le mémoire proposait en guise d'ouverture une nouvelle hypothèse, partant d'une position affirmée d'entrevoir le cri d'Andrée comme une jouissance mortifère, qui impliquerait de ne pas chercher à interpréter le cri. Dans la clinique avec les sujets atteints de maladie d'Alzheimer à un stade sévère, privés d'une lexicologie pour s'exprimer, il me paraît essentiel d'être le porte-parole et de devenir le relai de la verbalisation à laquelle il n'a plus accès. La clinique du dément est une clinique de l'instant, de l'urgence même dans le contexte du cri. J'entends alors à travers ce dernier un authentique discours de souffrance que le sujet atteint de démence à un stade sévère génère – comme il peut. Le cri et l'interprétation que nous en faisons sont essentiels, comme était essentielle l'interprétation par la mère des manifestations vocales de son enfant, puisque c'est par ce moyen qu'elle l'introduisait dans le langage³⁹. Donner du sens, c'est aussi permettre au sujet atteint de démence de rester dans le langage.

³⁹ *Ibid.*, Aulagnier, P., 2003.

La question du cri et de la dimension originaire qu'il est possible de lui conférer a été, dans ce mémoire de Master 2, traitée essentiellement du côté de la Représentation, en articulation avec la théorie freudo-lacanienne essentiellement.

C'est cette fois du côté de l'affect (donc de ce que la séparation avec le représentant de la Représentation peut générer) et de l'archaïque que j'oriente ma réflexion.

PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSES, PLAN, MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

À un stade sévère de la maladie d'Alzheimer, le sujet présente de nombreux déficits cognitifs dont, entre autres, de profondes altérations langagières. À cela s'ajoutent généralement différents symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, l'ensemble de ces faits témoignant de l'incapacité du sujet à élaborer ce qui lui arrive. Dès lors, les processus psychiques sont impactés, détériorés.

La palilalie, comportement d'agitation verbale, enferme le sujet dans un discours de souffrance répétitif à l'infini, et provoque souvent l'agitation et l'agressivité des autres sujets qui l'entourent (résidents, personnel soignant, famille).

À partir de ces éléments cliniques, dans quelles mesures le rythme associé à la répétition palilalique constitue-t-il un indicateur du sens d'un discours profondément « affecté » (dominé par les affects) des suites d'une involution du système de représentation vers des processus psychiques originaires?

2. Hypothèses

La première hypothèse concerne la capacité de représentation dans la MAA. Les sujets ayant atteint un stade sévère n'ont plus accès à un discours cohérent utilisant une lexicologie. L'altération progressive des processus secondaires, puis des processus primaires notable dans la maladie d'Alzheimer, nous amène à émettre l'hypothèse d'une involution (à entendre au sens jacksonien du terme) du système de représentation. Si, en temps normal, l'évocation d'une représentation est porteuse d'un certain plaisir, d'une charge libidinale qui reproduit, bien qu'atténuée, une part de l'expérience de satisfaction, il semble que dans les cas de démence sévère, il ne resterait qu'une trace de la représentation avec une violence

d'affect. Nous aurions alors affaire à un « affect avec une trace de représentation », ou à un « affect avec « plus » de représentation » (pour le différencier de la psychose).

En deuxième hypothèse, je pose que la répétition palilalique du sujet atteint de démence pourrait, dès lors, s'entendre comme la mise en acte de cet affect prévalant dans la maladie d'Alzheimer, s'apparentant alors à un *acting out* du sujet atteint de démence. Cette mise en acte de l'affect serait alors le témoin d'une défaillance du dit, conséquence de l'involution du système de représentations. La prévalence des affects qui résulte de cette involution a un impact direct sur l'énonciation du sujet, comme la palilalie en témoigne. Cette dernière serait alors une « construction de représentation », formée par la survenue de traces de représentation, signant l'échec de l'accès au représentant de la représentation. Puisque le manque du mot rend vaine pour lui toute tentative de symboliser ce qui surgit dans le réel et le sidère, la répétition palilalique serait constituée de traces de signifiants maîtres n'étant pas accrochées à une adresse à l'Autre. Dès lors, ce qui génère la répétition, c'est la frustration liée à l'attente de réception de ce discours par l'Autre, plongeant le sujet dans une solitude se situant au-delà de tout symptôme.

Ma troisième hypothèse propose d'entendre la palilalie du sujet atteint de démence non seulement comme le témoin d'un retour à un corps pulsionnel que les signifiants primordiaux maternels avaient érotisés et subjectivés, mais aussi comme le retour à une jouissance de *lalangue*, traduisant alors un problème de séparation d'avec l'Autre maternel dans un contexte d'agitation anxieuse, agressive, ou de retrait. Le rôle du clinicien serait alors de freiner l'ébullition de la jouissance du sujet pour le mettre en position d'énonciation et de demande, c'est-à-dire de perte.

En quatrième hypothèse, j'avance que le rythme, étroitement lié à l'affect, a un enjeu particulier : tout se passe comme si le rythme de la palilalie dépendait de l'intensité de l'affect. Le rythme de la répétition inhérente à la palilalie semble en effet s'accélérer quand l'angoisse augmente, et ralentir voire disparaître lorsque l'angoisse s'apaise. Pour aller plus loin que la seconde hypothèse, « répéter la répétition » sur un rythme différent, la casser, la couper, la scander, semble enrayer

le processus mortifère à l'œuvre, et ainsi nous permettre d'amener d'autres modalités de la rencontre. Ce n'est plus tant la syllabe utilisée que le rythme avec laquelle elle est répétée qui semble avoir des effets sur l'angoisse. En ce sens, nous assisterions à une involution du système de représentation vers un niveau originaire de représentation, qui se rapprocherait du modèle du pictogramme décrit par Aulagnier. La palilalie pourrait alors se présenter comme un signifiant archaïque, ravivant ainsi les processus précoces de symbolisation, et court-circuités par ce qu'il reste des processus secondaires. Il y a ici des éléments pour penser un « transfert originaire » en termes d'échange d'affects, ici via le rythme, où il s'agit de répondre à un affect pénible (marqué, dans la palilalie, par un rythme de répétition rapide) par un affect plus agréable (le clinicien utilisant un rythme plus lent).

Entre un corps débordé par les affects et un discours submergé par les affects, la voix tenterait de venir rétablir l'équilibre. Telle est la cinquième hypothèse. Les effets positifs de la « répétition de la répétition » étant extrêmement éphémères, il semble alors judicieux de mettre en place avec ces sujets une méthode de soin par la médiation. Cette dernière pourrait alors être envisagée sous deux angles possibles. D'une part, elle pourrait constituer un contenant de l'angoisse. D'autre part, elle pourrait faire représentation en lieu de la trace : un travail sur l'affect devrait alors aider à retrouver quelque chose du représentant. Le sujet atteint de démence retrouverait ainsi, le temps de la médiation, une « représentation perceptive de la trace ». Partant de l'enjeu du rythme et de la voix, je suggère alors la mise en place d'ateliers de musicothérapie. La musique, le chant plus particulièrement, devrait avoir des effets sur l'angoisse du sujet atteint de démence à un stade sévère, souffrant de palilalie, et peut-être permettre de trouver une harmonie entre le rythme du sujet et le rythme musical afin de tempérer la violence des affects.

3. Présentation du plan

J'ai choisi pour ce travail de calquer le plan sur la manière dont ma pensée a pu évoluer au fil du temps. La partie clinique a volontairement été mise au centre de la thèse, pour montrer à quel point elle a été un point de bascule entre les connaissances amenées

par la littérature ainsi que les premières hypothèses issues de mes précédents travaux (mémoires de recherche et articles scientifiques), et les nouvelles hypothèses trouvant leur origine dans les rencontres cliniques.

Ainsi, plus spécifiquement, la thèse se divise en six axes de travail.

Le premier axe, « La maladie d'Alzheimer au carrefour de la Psychanalyse, de la neurologie et des sciences cognitives », se constitue essentiellement de définitions (de la maladie d'Alzheimer, des troubles lui étant liés), des différentes conceptions que nous retrouvons dans la littérature et de la mienne qui sera le socle de cette recherche. La première hypothèse sera ici travaillée.

Le deuxième axe, « La palilalie, témoin du discours « affecté » (dominé par les affects) du sujet atteint de démence à un stade sévère », nous fait rentrer dans le vif du sujet. Après une définition de l'aphasie et de la place qu'elle occupe dans la maladie d'Alzheimer, un détour sera fait par les linguistes et leur approche discursive des énoncés. La deuxième hypothèse sera précisément explicitée.

Le troisième axe, le cœur de cette thèse, est la « Clinique ». Après un chapitre consacré à la méthodologie ayant encadré les rencontres cliniques et leurs retranscriptions, un cas princeps y est développé, celui qui a provoqué le désir de faire cette thèse, ainsi que deux autres qui vont amener des éléments nouveaux. L'analyse transférentielle et contre-transférentielle sera rigoureusement développée.

Le quatrième axe, « Palilalie et processus originaires : les processus précoces de symbolisation », s'attachera à interroger l'activité du corps concomitante avec la palilalie. Les troisième et quatrième hypothèses seront ici développées, sur appui de la clinique.

Le cinquième axe, « La palilalie : un auto-agrippement par la voix ? », mettra en avant les enjeux du rythme, de la voix et de la résonance dans l'étude et la prise en charge de la répétition palilalique. Cette partie sera l'occasion de mettre au travail la cinquième hypothèse.

Le sixième axe sera la discussion.

4. Méthodologie de la recherche

Je m'arrête quelques instants sur certains aspects méthodologiques relatifs à l'aspect formel de la thèse.

Le travail est décomposé en six axes majeurs de développement, mais la thèse en elle-même regroupe de nombreuses parties (aux cinq axes s'ajoutent le préambule, l'introduction, la discussion, la conclusion, etc.). Par axe, j'entends donc l'idée d'un développement progressif autour d'un thème qui sert de fil conducteur, qui s'étend sur un grand nombre de pages.

De plus, le lecteur pourra voir qu'à chaque axe est attribué un tableau, une peinture qui vient faire écho à mes propres représentations de l'axe que je suis en train de traiter.

À la suite du tableau, une citation apparaît dans un parchemin, venant illustrer ce qui va être traité dans l'axe en question.

PREMIER AXE : LA MALADIE D'ALZHEIMER AU
CARREFOUR DE LA PSYCHANALYSE, DE LA
PSYCHIATRIE ET DES SCIENCES COGNITIVES



Vincent Van Gogh, *Old man in sorrow*, 1890, huile sur toile, Otterlo, Hollande.⁴⁰

⁴⁰ Voici une toile qui représente bien l'état de détresse et de solitude dans lequel se retrouvent de nombreux sujets atteints de maladie d'Alzheimer. En ligne : <https://tpevieillissement.wordpress.com/2010/02/03/la-peinture-et-la-vieillesse/>

« Mais, quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des choses, seules, plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps, comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer, sur la ruine de tout le reste, à porter sans fléchir, sur leur gouttelette presque impalpable, l'édifice immense du souvenir. »

Proust (1913⁴¹).

Chapitre 1 : Définition du champ notionnel : la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

1. 1. Démence, maladie d'Alzheimer : étiologie et définition

À l'heure actuelle, l'étiologie de la maladie d'Alzheimer (MA) est encore incertaine, mais des facteurs génétiques et non génétiques sont pensés pour prendre part à l'étiopathogénie de la MA. Les recherches épidémiologiques ont révélé que les facteurs génétiques jouent un rôle décisif dans le développement de l'apparition précoce (« Early Onset Alzheimer's Disease ») ou tardive (« Late Onset Alzheimer's Disease ») de la MA, avec notamment le rôle de la mutation de l'APP, protéine membranaire des neurones, même si un nombre croissant de gènes à risque est attesté. Bien que les facteurs génétiques soient héréditaires et fixes, les facteurs non génétiques, comme les expositions professionnelles (exposition aux pesticides, champs électromagnétiques, des solvants organiques et des anesthésiques volatils), les conditions médicales préexistantes (maladies cérébrovasculaires, hypertension, diabète, dyslipidémie, une lésion cérébrale traumatique, la dépression et le cancer) et les facteurs de style de vie (tabagisme, consommation d'alcool et de café, indice de masse corporelle, l'activité physique et de

⁴¹ Proust, M. (1913). *À la recherche du temps perdu, Du côté de chez Swann*. Paris : Gallimard, 1946, p. 68.

l'activité cognitive), sont en partie déterminées par l'environnement⁴². Pour ce qui est des traitements, nous trouvons la pharmacologie avec notamment des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ou des antagonistes du NMDA (récepteurs jouant un rôle important dans le processus de mémorisation).

Le 18 Mai 2013 paraissait la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). C'est avec une pointe d'humour que Georges Lantéri-Laura exprimait, en 1986, son scepticisme quant à la considération et l'usage d'un tel manuel : « Certains l'identifièrent à la Bible, d'autres au protocole des sages de Sion ; il suscita davantage de polémique que d'intérêt rationnel et, si les uns y trouvèrent les débuts de la psychiatrie comme entreprise scientifique, passage probable pour la médecine mentale de l'état métaphysique à l'état positif, d'autres y comptèrent les trente deniers qui vendaient la psychopathologie aux multinationales de l'industrie chimique et à celles des thérapies comportementales. Certains, plus ironiques et peu enclins aux enthousiasmes, le lurent avant de s'échauffer la bile et essayèrent d'en saisir le sens, avant d'en devenir les adversaires ou les champions.⁴³ » L'un de ses souhaits aurait été de voir paraître une classification multiaxiale, en complétant les axes cliniques et lésionnel du DSM par des axes physiopathologique (neurochimie), psychopathologique (inspiré d'Henry Ey) et épidémiologique⁴⁴. Malgré la même réticence que Lantéri-Laura, et les mêmes convictions quant au DSM, nous devons admettre que les éléments pris en compte dans la définition des pathologies semblent de plus en plus nombreux et variés. La définition de la démence a nettement évolué depuis le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* IV (DSM IV) publié par l'*American Psychiatric Association*⁴⁵. D'une part, dans le DSM 5⁴⁶, les troubles de la mémoire ne sont plus essentiels pour arriver à ce

⁴² Jiang, T., Yu, JT., Tian, Y., Tan, L. (2013). Epidemiology and etiology of Alzheimer's disease: from genetic to non-genetic factors. *Current Alzheimer Research* 10, (8), p. 852-867.

⁴³ Lantéri-Laura, G. (1986). L'empirisme et la sémiologie psychiatrique. *La Querelle des diagnostics*. Paris : Navarin, coll. « Cliniques », p. 149-173.

⁴⁴ Lantéri-Laura, G. (1991). Psychiatrie et connaissance. *Essai sur les fondements de la pathologie mentale*. Paris : Sciences en situation, p. 260-261.

⁴⁵ American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV-TR --- Manuel Diagnostique et statistique des troubles Mentaux*. Paris : Masson, 2003, p. 172.

⁴⁶ American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : fifth edition, DSM-5*. United States : American Psychiatric Publishing, fifth edition (DSM-5), 991 p.

diagnostic. En outre apparaît la notion de trouble neurocognitif (TNC), avec une distinction faite entre « trouble neurocognitif léger » (plus sévère que l'oubli normal lié au vieillissement) et « trouble cognitif majeur » (ce dernier incarnant la démence). Dans les deux cas, le déclin cognitif est significatif dans un ou plusieurs domaines cognitifs, comparativement à un niveau de fonctionnement antérieur. Ce déclin doit être suspecté par le patient, un tiers, ou le clinicien. Le critère A du « trouble neurocognitif majeur » indique une atteinte substantielle de la performance cognitive qui doit pouvoir être démontrée par une évaluation neuropsychologique standardisée ou une autre évaluation clinique quantitative, alors que cette atteinte est modeste en ce qui concerne le « trouble neurocognitif mineur ». Les choses se distinguent également quant au critère B : si les déficits cognitifs apparaissant lors d'un TNC majeur empêchent le sujet de réaliser seul les activités quotidiennes, les déficits cognitifs du TNC mineur n'ont quant à eux pas de conséquence significative sur le fonctionnement du sujet. Le critère C est commun aux deux niveaux de TNC et indique que les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement au cours d'un délirium. Enfin, le critère D, également valable pour les deux, annonce que les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (dépression majeure, schizophrénie, et cetera). Les TNC peuvent être dus à la maladie d'Alzheimer, à la maladie de Parkinson, à la maladie de Huntington, à une lésion cérébrale traumatique, à une maladie de prion (Creutzfeld-Jakob), à une infection au HIV, à une autre condition médicale et de multiples étiologies ; d'autres peuvent être induits par une substance ou un médicament ; d'autres encore peuvent être frontotemporaux, avec corps de Lewy, vasculaires ; enfin, d'autres encore restent non spécifiés. Il est important de noter que la section « Troubles neurocognitifs » du DSM 5 traite des affections dont les symptômes centraux sont la cognition, excluant les pathologies présentes depuis l'enfance ainsi que les entités psychiatriques comportant des atteintes cognitives (schizophrénie, bipolarité, et cetera).

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MAA) représentent soixante-dix pourcents des démences. Les critères proposés par le DSM-5 et classés dans la section « Trouble neurocognitif modéré ou majeur lié à la maladie d'Alzheimer⁴⁷ » sont valables

⁴⁷ Traduit par moi-même. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : fifth edition, DSM-5*. United States : American Psychiatric Publishing, fifth edition (DSM-5), p.611-614

pour les stades modérés à sévères (critère A). L'atteinte neurodégénérative en question se caractérise par la perte progressive et insidieuse de plusieurs fonctions cognitives (critère B), et vaut à la fois pour ce qui est désigné de maladie d'Alzheimer « probable » ou « possible » (critère C). Dès lors, avec le TNC majeur, la « probable » maladie d'Alzheimer met en évidence une mutation génétique provenant de l'histoire familiale ou de tests génétiques, ainsi qu'un déclin (progressif, graduel, et sans plateau) de la mémoire, de l'apprentissage, et d'au moins un autre domaine, toute mixité (démences vasculaires) ou autre cause étant exclue. La différence entre « probable » et « possible » intervient avec le TNC modéré et consiste en une division des points qui viennent d'être établis : la « probable » maladie d'Alzheimer met en évidence une mutation génétique provenant de l'histoire familiale ou de tests génétiques, tandis que la « possible » maladie d'Alzheimer met en avant un déclin (progressif, graduel, et sans plateau) de la mémoire, de l'apprentissage, et d'au moins un autre domaine, toute mixité (démences vasculaires) ou autre cause étant exclue. Enfin, le trouble ne doit pas pouvoir s'expliquer par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance, un autre trouble mental, neurologique, ou systémique. Le diagnostic se précise dans tous les cas par la cause ainsi que la présence ou non de « troubles du comportement ».

En somme, le constat est clair : l'apparition de nouvelles entités, puis de nouveaux critères employés dans différentes spécialités (neurologie, gériatrie, etc.), validés par la recherche et surtout en phase avec les connaissances actuelles, permettent de dégager quelque peu l'horizon de la démence qui était devenue un véritable « fourre-tout » des pathologies comportant le trouble mnésique. En revanche, la notion de maladie d'Alzheimer passe, selon moi, à côté d'un point de recherche capital, celui de l'impact que peut avoir l'environnement pour le sujet (e.g. Quaderi⁴⁸ ; Groulx⁴⁹), plus précisément encore l'influence qu'il a dans le déclenchement voire l'augmentation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). J'y reviendrai précisément.

⁴⁸ Quaderi, A. (2013). *Approche non médicamenteuse dans la Maladie d'Alzheimer*. Paris : De Boeck, coll. Oxalis, 88 p.

⁴⁹ Groulx, B. (2004). Screaming and wailing in Dementia patients (part I). *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 6, (2), p. 11-14 ; Groulx, B. (2005). Screaming and wailing in Dementia patients (part II). *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 8, (1), p. 7-11.

1. 2. Évolution de la MAA

Trois stades majeurs⁵⁰ pointant l'évolution de la MAA et l'apparition progressive des SCPD se distinguent.

Le premier, généralement appelé stade « léger », ou encore stade « précoce », dure entre deux et quatre ans. Au cours de celui-ci surviennent divers troubles de la mémoire à court terme, une perte de vocabulaire, des difficultés à reconnaître les visages, les objets et/ou les lieux familiers, une perte des convenances sociales, des troubles de la compréhension du langage, de l'écriture, des problèmes d'orientation dans l'espace, etc.

Le second stade, dit « avancé » ou « modéré », dure quant à lui entre deux et dix ans. Il laisse place à une recrudescence des troubles cités au stade précédent, avec une désorientation temporelle et spatiale de plus en plus marquée. Plusieurs SCPD apparaissent, notamment les troubles du rythme veille – sommeil et l'agitation. Une assistance journalière est indispensable pour le sujet.

Enfin, le troisième stade est couramment qualifié de « sévère », et s'étend en moyenne sur une période allant d'une à trois années. La désorientation temporelle est accentuée, avec une confusion totale entre passé et présent. Le sujet ne reconnaît plus ses proches ou les lieux qui lui étaient pourtant familiers. La capacité de produire un discours cohérent est profondément altérée. De nombreux troubles du comportement (les « Symptômes et Comportements Psychologiques de la Démence », cf. ci-après), comme les hallucinations, ou encore les cris, sont souvent présents.

1. 3. Les « troubles du comportement » dans la maladie d'Alzheimer à un stade sévère

Aux déficits cognitifs cités précédemment s'ajoutent progressivement des « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » (SCPD), que la Haute

⁵⁰ Nous avons cependant tout intérêt à ne nous en servir qu'à titre indicatif, chaque sujet évoluant différemment. En ligne : www.maladiedalzheimer.com/stades-alzheimer.html

Autorité de Santé définit comme un ensemble de « comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées.⁵¹ » (cf. figure 1).

Tableau 1. Types de symptômes	
Opposition	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
Agressivité	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
Comportements moteurs aberrants	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.
Cris	Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.
Idées délirantes	Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.
Hallucinations	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.
Troubles du rythme veille / sommeil	Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

Figure 1 : Catégorisation des SCPD par la HAS

⁵¹ Haute Autorité de Santé (Mai 2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. En ligne : www.has-sante.fr.

Ces symptômes sont fréquents et concerneraient près de 80% des patients au cours de l'évolution de la maladie dans les principales études européennes⁵². De plus, leur prévalence augmente avec la sévérité du déclin cognitif. Certains sont particulièrement gênants en institution : l'agressivité, qui concerne 30 à 55% des patients, est ainsi le symptôme le plus fréquemment cité⁵³. Pour d'autres, les « comportements moteurs aberrants » et la déambulation sont les symptômes les plus « perturbateurs »⁵⁴.

La gestion de ces SCPD peut s'avérer difficile en EHPAD. Si de nombreux établissements ont mis du temps à développer des dispositifs spécifiques Alzheimer⁵⁵, la tendance semble s'être largement inversée dix ans plus tard⁵⁶. Des patients mieux diagnostiqués (accroissement des lieux de diagnostic mémoire), mieux accompagnés (multiplication des lieux d'information ou de coordination gériatrique, mais aussi des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) ou encore des accueils de jour), voient alors plusieurs solutions se présenter à eux, là où les unités spécifiques Alzheimer des EHPAD étaient à l'époque la seule option pour le patient et son aidant... Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) s'inscrivent également dans une démarche de prise en charge spécifique des patients présentant des troubles du comportement non productifs (c'est-à-dire hors agressivité, cris) et mettent en œuvre les thérapies non médicamenteuses, priorisées par la Haute Autorité de Santé avant la médication.

⁵² Inserm (dir.) (2007). *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Rapport. Paris : les éditions Inserm, XV, 654 p.

⁵³ Brodaty, H., Draper, B., Low, L.F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia : strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44, (6), p. 583-590 ; Bullock, R., Hammond, G. (2003). Realistic expectations: the management of severe Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 17, (3), p. 80-85 ; Herrmann, N., Gauthier, S., Lysy, P.G. (2007). Clinical practice guidelines for severe Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 3, (4), p. 385-397 ; Castle, N.G. (2008). Special care units and their influence on nursing occupancy characteristics. *Health Care Management Review*, 33, (1), p. 79-91.

⁵⁴ Lopez, O.L., Becker, J.T., Sweet, R.A., Klunk, W., Kaufer, D.I., Saxton, J., Habeych, M., DeKosky, S.T. (2003). Psychiatric symptoms vary with the severity of dementia in probable Alzheimer's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 15, (3), p. 346-353.

⁵⁵ Fondation Médéric Alzheimer (2008). Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. La lettre de l'Observatoire, n° 7, 8 p. En ligne : https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/lettre_observatoire_n7.pdf

⁵⁶ Fondation Médéric Alzheimer (2018). Une exploitation de l'enquête nationale sur les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. La lettre de l'Observatoire, n° 49-50, 24 p. En ligne :

https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/lettre_fma_4950_web_100718.pdf

Plus précisément, au niveau des établissements d'hébergement, si, en 2008, 60% ne souhaitaient pas accueillir les personnes ayant tendance à « errer ou à fuguer », 56 % ne sont toujours pas prêts à le faire en 2018. Là où, en 2008, 54% refusaient l'accueil des patients avec des troubles du comportement, ce chiffre est abaissé à 41% en 2018. Enfin, 33% des établissements étaient en difficulté pour l'accueil des patients au stade avancé de la maladie en 2008 contre 29 % en 2018. L'on constate alors indéniablement une baisse du refus des établissements d'accueillir des patients présentant des SCPD sévères, mais il semble que l'on est encore loin de proposer une solution à tous les patients. M'appuyant sur ma pratique professionnelle depuis cinq ans, il me semble que les unités d'hébergement renforcé (UHR) et les unités de réhabilitation cognitivo-comportementale (URCC) sont deux outils précieux par lesquels passent les patients témoignant de troubles cognitifs et comportementaux sévères, ce qui leur permet alors d'être stabilisés au préalable avant d'envisager une orientation en EHPAD.

Par ailleurs, les hospitalisations itératives, parfois réalisées en urgence, sont souvent la seule réponse envisagée pour faire face à ces symptômes, mais elles peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patients⁵⁷. Les raisons en sont multiples. Les services d'urgence ne sont en général pas adaptés pour la prise en charge de tels troubles. La iatrogénie et le risque de déclin fonctionnel qui en découlent sont plus fréquents dans cette population ce qui explique aussi, en partie, le coût économique de la maladie⁵⁸. Plusieurs appels à la prudence ont été lancés par les autorités de santé publique concernant la prescription de médicaments, particulièrement de neuroleptiques, (encore trop) souvent prescrits en cas de « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence⁵⁹ » (SCPD). La Food and Drug Administration⁶⁰ (FDA) lança, en 2005, le premier signal d'alerte, suivie par la France avec la Haute Autorité de santé (HAS). Dans son étude sur

⁵⁷ Sampson, EL., Gould, V., Lee, D., Blanchard, MR. (2006). Differences in care received by patients with and without dementia who died during acute hospital admission: a retrospective case note study. *Age and Ageing*, 35, (2), p. 187-189.

⁵⁸ *Ibid.*, Sampson, EL et al. (2006) ; Jönsson, L., Eriksson Jönsson, M., Kilander, L., Soininen, H., Hallikainen, M., Waldemar, G., Nygaard, H., Andreasen, N., Winblad, B., Wimo, A. (2006). Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, (5), p. 449-459.

⁵⁹ Il s'agit d'un ensemble de « comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées ». Haute Autorité de Santé, *op. cit.*, 2009.

⁶⁰ La Food and Drug Administration est un organisme qui a, entre autres, « le mandat d'autoriser la commercialisation des médicaments sur le territoire des États-Unis. »

la prise en charge des troubles du comportement perturbateur, la HAS souligne l'importance d'éviter tant que possible « les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques », et de promouvoir, dans un premier temps, les techniques de soins non médicamenteux⁶¹. Puis elle instaure l'AMI-Alzheimer (Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie), dans un but de limiter tant que possible l'administration des neuroleptiques, semblant être une « mauvaise » réponse à des situations difficiles⁶².

La recherche le montre, les méthodes de soin non médicamenteux, proposant une sensorialisation de l'environnement (musicothérapie, luminothérapie, aromathérapie, massages, ...) diminuent largement l'intensité des SCPD⁶³, notamment à un stade avéré de la maladie⁶⁴. En outre, elles ont un effet positif sur l'état cognitif, ainsi que sur la dépression, l'anxiété⁶⁵ et l'apathie⁶⁶.

⁶¹ Haute Autorité de Santé, *op.cit*, 2009.

⁶² Haute Autorité de Santé (2010). *Programme AMI-Alzheimer. Alerte et maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer*. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/gp_282.pdf

⁶³ Sanchez, A., Millan-Calenti, JC., Lorenzo-Lopez, L., Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28, (1), p. 7-14.

⁶⁴ Quaderi, A., *op. cit*, 2013.

⁶⁵ Ozdemir, L., Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 283, (1-2), p. 211-213.

⁶⁶ Kverno, K., Black, B., Nolan, MT., Rabins, PV. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies 1998-2008. *International Psychogeriatrics*, 21, (5), p. 825-843 ; Ward-Smith, P., Lanque, S., Curran, D. (2009). The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility. *The American Journal of Alzheimer Diseases & Other Dementias*, 24, (6), p. 450-455 ; Gardette, V., Coley, N., Andrieu, S. (2010). Non-pharmacologic Therapies: a different approach to AD. *The Canadian Review of Alzheimer's disease and other dementias*, 13, (3), p. 13-22 ; Curtin, AJ. (2010). Non-pharmacological Approaches To Dementia In the Long Term Care Setting. *Medicine and Health / Rhode Island*, 93, (12), p. 369-371 ; Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y., House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, (7), p. 756-763 ; Goris, ED., Ansel, KN., Schutte, DL. (2016). Quantitative systematic review of the effects of non-pharmacological interventions on reducing apathy in persons with dementia. *Journal of advanced nursing*, 72, (11), p. 2612-2628.

Ainsi, que ce soit la musique⁶⁷, l'aromathérapie⁶⁸, la réflexologie⁶⁹, l'exercice physique⁷⁰, les séances de psychothérapie⁷¹, etc., toutes ces méthodes dites non médicamenteuses ont un bénéfice certain non seulement sur certains SCPD, mais aussi sur l'état cognitif du sujet.

Si le sujet présentant des SCPD doit faire face à de nombreuses difficultés, les soignants, aidant quotidien, viennent fréquemment s'y heurter. Sur ce point, Charazac, note que les conséquences du comportement de certains soignants face au sujet atteint de démence peuvent être désastreuses : « le soignant troublé induit chez le patient un sentiment d'insécurité qui accroît son trouble.⁷² » Il soutient même que les désordres relationnels préexistent au trouble du comportement. Dès lors, une mauvaise relation, voire même une absence de relation, peut déclencher ou aggraver des troubles du comportement du sujet atteint de démence. Cette idée soutient celle de l'importance de soigner l'environnement (architectural, familial, professionnel) du sujet dément pour prévenir ou apaiser les SCPD.

Une partie du champ notionnel étant défini, je propose maintenant d'explorer les différentes conceptions de la maladie d'Alzheimer. Mon choix se porte sur les conceptions touchant de près ou de loin à la psychanalyse, théorie qui m'a toujours paru la plus pertinente pour m'aider à penser les éléments cliniques.

⁶⁷ *Ibid.*, Goris, ED., 2016 ; Van der Steen, JT., Van Soest-Poortvliet, MC., Van der Wouden, JC., Bruinsma, M., Scholten, RJ., Vink, AC. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, (5), CD003477 ; Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 35, p. 1-11.

⁶⁸ Par exemple : Forrester, LT., Maayan, N., Orrell, M., Spector, AE., Buchan, LD., Soares-Weiser, K. (2014). Aromatherapy for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 25, (2), CD003150.

⁶⁹ Par exemple : Ernst, E., Posadzki, P., Lee, MS. (2011). Reflexology : an update of a systematic review of randomised clinical trials. *Maturitas*, 68, (2), p. 116-120.

⁷⁰ Par exemple : Potter, R., Ellard, D., Rees, K., Thorogood, M. (2011). A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, (10), p. 1000-1011.

⁷¹ E.g. Cheston, R., Ivanecka, A. (2017). Individual and group psychotherapy with people diagnosed with dementia: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, (1), p. 3-31.

⁷² Charazac, P. (2009). *Soigner la maladie d'Alzheimer –Guidance des aidants et relation soignante*. Paris : Dunod, 2012, p. 108.

Chapitre 2 : Les conceptions générales de la maladie d'Alzheimer : une organisation psychique bouleversée.

Nombreux sont les auteurs à s'être penchés sur la question des défaillances du fonctionnement psychique du sujet atteint de démence. Deux grands axes semblent se dégager de ces recherches : d'une part, la maladie d'Alzheimer impliquerait une régression (Chevance, Le Gouès et Péruchon, Charazac Quaderi.), qui s'expliquerait en partie par une atteinte de la Représentation (Le Gouès et Péruchon) ; d'autre part, la question du somatique aurait un enjeu particulier dans la maladie d'Alzheimer. (Maisondieu, Messy, Talpin, Villa)

2. 1. Maladie d'Alzheimer et régression

Chemama et Vandermersch définissent la régression comme un « processus de l'organisation libidinale du sujet qui, confronté à des frustrations intolérables, ferait retour, pour s'en protéger, à des stades archaïques de sa vie libidinale et s'y fixerait en vue d'y retrouver une dimension fantasmatique.⁷³ » L'utilisation du terme frustration m'intéresse particulièrement ici puisqu'il est au centre de l'une de mes hypothèses.

La notion de régression a évolué avec le développement de la pensée freudienne où elle apparaît dans différents champs cliniques. Elle peut être un mécanisme de défense en cas de conflit psychique intense, où le retour de la libido à un stade plus précoce va constituer une solution pour résoudre le conflit.

Du point de vue de Lacan, « la régression n'existe-pas⁷⁴ », dira-t-il dans le séminaire sur *Le moi dans la théorie de Freud*, dans le sens où il ne s'agit pas d'une régression réelle où l'adulte redevient enfant, mais d'une régression « sur le plan de la signification.⁷⁵ »

⁷³ Chemama, R. et Vandermersch, B., *op.cit*, 2009, p. 496.

⁷⁴ Lacan, J. (1954-1955). *Le séminaire livre II, Le moi dans la théorie de Freud*. Paris : Seuil, 1978, p. 128.

⁷⁵ *Ibid.*, Lacan, J., 1978, p. 128.

De prime abord, nous pouvons, à partir des études de Freud sur le rêve, définir les trois formes de régression qu'il met au point. Dans son *Interprétation des rêves*, il utilise la régression pour caractériser le retour de la représentation à l'image sensorielle dont elle est censée être issue. Voici ce qu'il dit à propos du rêve : « l'excitation suit une voie rétrograde. Au lieu de se transmettre vers l'extrémité motrice de l'appareil, elle se transmet vers l'extrémité sensorielle et arrive finalement au système des perceptions. [...] Cette régression est certainement une des particularités du rêve ; mais il ne nous faut pas oublier qu'elle n'est pas l'apanage du rêve.⁷⁶ » Ainsi, les pensées qui mènent à la formation du rêve dans le préconscient sont soumises à une régression au système perceptif. Nous avons ici le versant topique de la régression (forme hallucinatoire du désir), où l'appareil psychique est conçu comme une succession de systèmes. Le phénomène onirique conduit à un déplacement de la vie psychique du monde des activités conscientes à un monde imaginaire. Seulement, selon Lacan, Freud se heurte à une impossibilité de l'excitation nerveuse de revenir en arrière, d'où la difficulté à tenir une position où il y aurait régression vers le primitif, où l'excitation nerveuse ne viserait plus la décharge et se trouverait dirigée vers un système antérieur.

L'aspect formel de la régression est à entendre dans un retour vers des conduites plus primitives où les élaborations psychiques sont moindres. Le déplacement, induit par la régression topique, a des conséquences sur la structure des Représentations : une perte de la cohérence temporelle et logique est notable.

La régression temporelle se retrouve lorsqu'est envisagée la reviviscence des scènes infantiles qui, ne pouvant réellement et consciemment se reproduire, s'emparent des pensées du rêve. C'est ce qui fera dire à Freud, dans l'« Homme aux loups », que rêver est aussi un souvenir⁷⁷. À partir de là, le rêve est une parcelle de régression vers des comportements touchant à l'enfance du rêveur et aux motions pulsionnelles qui étaient, à cette période, en place.

⁷⁶ Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : Presses universitaires de France, 1967, p. 461.

⁷⁷ Freud, S. (1918). L'homme aux loups. À partir de l'histoire d'une névrose infantile. *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses universitaires de France, 2008, p. 523.

N'oublions pas cependant qu'avant d'en arriver à définir ces trois types de régression, Freud a réalisé ses essais sur le développement psychosexuel de l'individu. C'est notamment après avoir décrit les stades de développement psychosexuel infantile qui se succèdent dans un ordre bien défini, qu'il instaure l'expression de régression temporelle. Le moi se dresse alors contre les motions pulsionnelles, d'où une régression à des stades antérieurs de la libido, comme l'illustre sa célèbre analyse de l'« Homme aux rats », dans laquelle il avancera trois types de régression pour en expliquer le cas (régression de l'acte de pensée ; du stade phallique au stade anal ; de la relation d'objet à celle du corps propre)⁷⁸.

La démence à un stade sévère semble concernée par les trois aspects régressifs définis par Freud, où un retour vers le système perceptif domine et remet en cause les processus plus élaborés auxquels le sujet atteint de démence a eu accès au cours de sa vie.

Chevance a travaillé cette question de la régression⁷⁹ par le biais de l'« hallucination mnésique » qui correspond, selon lui, à un mécanisme défensif et adaptatif utilisé par les sujets déments Alzheimer. C'est une production psychique en rapport avec la mémoire du sujet, une espèce de mise en scène du passé. Chevance pense qu'au travers de cette hallucination mnésique le sujet atteint de démence peut accéder à des éléments de son identité ; c'est contre la peur et l'angoisse que provoque l'inéluctabilité de la mort que le sujet cherche à se protéger. Par l'hallucination mnésique, les thèmes du passé viendraient occuper l'instant présent et éloigneraient ainsi cette difficile réalité du présent, incarnée par la vieillesse et l'inévitable mort : « L'hallucination permet de maintenir une ligne d'horizon. En retournant en arrière, c'est un nouvel espace-temps à vivre que le sujet Alzheimer se donne, en faisant notamment revivre sous la forme hallucinatoire ceux qu'ils ont aimés et qui ne sont plus.⁸⁰ » Péruchon va dans le même sens que Chevance lorsqu'elle avance une réactualisation du passé dans la maladie d'Alzheimer. Elle y noue le concept

⁷⁸ Freud, S. (1909). L'homme aux rats. Remarques sur un cas de névrose de contrainte. *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses universitaires de France, 2008, p. 374-375.

⁷⁹ Chevance, A. (2008). Regard du psychanalyste sur l'état de conscience du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer pour une prise en charge bientraitante non médicamenteuse. Conférence au Congrès International de la Fédération Européenne de Sophrologie sur le thème « Émotion, corps et conscience ». En ligne : <http://www.sophro.net/congres2008/CHEVANCE.pdf>

⁸⁰ *Ibid.*, Chevance, A. 2008.

d'étayage : les hallucinations mnésiques seraient en lien avec des perceptions renvoyant au passé et désormais actualisées⁸¹.

De la même façon que Charazac⁸², Chevance insiste sur le rôle important des soignants et explique que cette hallucination pourrait être évitée à condition que soignants et aidants considèrent que les comportements du sujet atteint de démence ne sont pas dénués de sens. Mais n'oublions pas que le fait de considérer les comportements comme « insensés » leur confère déjà un sens ; il est alors préférable de parler d'un sens adapté. La simple idée que la façon d'agir du sujet atteint de démence est insensée pousse à avoir une attitude inadaptée, ce qui va créer chez lui de l'angoisse contre laquelle il tentera de se défendre en étant violent, agressif.

Le Gouès propose la notion de « psycholyse⁸³ » pour caractériser la désorganisation progressive de l'appareil psychique, véritable « organisation mentale contre-évolutive » selon lui. C'est un processus de déliaison qui serait à l'origine de la « démentification » affectant directement le lien entre les contenus et contenants de la pensée. L'organisation psychique habituelle s'en retrouve désordonnée, aboutissant à une perte de la représentation de mots (la représentation de chose prenant le pas sur la représentation de mot), de la capacité d'abstraction, ainsi qu'un retour vers le pôle perceptif (le sujet perçoit sans pouvoir associer). Péruchon amène avec Le Gouès l'idée que la régression vers un niveau de pensée primitif, impliquant l'« hallucination primitive », s'effectuerait en conservant l'objet interne (images, fantasmes naissant de la confrontation à un objet externe via le mécanisme d'introjection). En d'autres termes, la représentation d'un objet continuerait de prendre à l'intérieur du sujet la même réalité qu'un objet extérieur. C'est ce qui expliquerait que les représentations de chose gardent un certain pouvoir de liaison⁸⁴.

⁸¹ Péruchon, M. (2011). *La maladie d'Alzheimer. Entre psychosomatique et neuropsychanalyse. Nouvelles perspectives*. Paris : Hermann, 149 p.

⁸² Charazac, P., *op.cit.*, 2012, p. 108.

⁸³ Le Gouès, G. (1991). *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris : Presses universitaires de France, 208 p.

⁸⁴ Le Gouès, G., Péruchon, M. (1992). Ultimes processus de pensée. *Revue française de Psychanalyse*, 56, (1), p. 135-148.

Avec Péruchon, Le Gouès insiste sur cette « fracture de la pensée, où des vides psychiques succèdent à des séquences incohérentes.⁸⁵ ». Ils décrivent quatre étapes caractéristiques correspondant aux différentes modalités de pensée dans le processus démentiel :

1. *La pensée réflexive* : elle repose sur l'abstraction, la symbolisation et les représentations de mots. Les associations de la pensée réflexive sont l'aboutissement d'un processus qui s'est de plus en plus éloigné du pôle perceptif. Or, ce parcours s'inverse pour la pensée du dément : régressant du pôle de l'abstraction au pôle sensoriel, les relations de causalité n'y reposent plus que sur la perception.

2. *La pensée figurative* : elle repose sur le concret, la perception, et les Représentations de choses.

3. *La pensée démembrée* : les idées énoncées n'ont pas de lien entre-elles. C'est une succession de séquences cohérentes et de vides. Nous pouvons comparer cette pensée à un archipel constitué de ses îlots, chacun d'entre eux apportant son idée : figurations oniriques, idées délirantes... formant un incompréhensible amalgame.

4. *La pensée post-figurative* : n'a même plus le statut de pensée car elle se situe désormais au plus près de la pulsion et du corps, au-delà de toute symbolisation.

Le modèle de Le Gouès et Péruchon inscrit ainsi la psyché du dément dans une logique de perte et de régression, engageant un processus inverse du mouvement qui avait intégré « le soma à la pulsion, la pulsion à l'affect, l'affect à la représentation de chose, la représentation de chose à la représentation de mot, la représentation de mot à la pensée réflexive⁸⁶. » La « psycholyse » ne concerne pas seulement le moi conscient mais aussi le Moi inconscient et ses opérations défensives.

En référence au concept de « psycholyse », Charazac précise que cette régression attribuée au psychisme du sujet atteint de démence serait à la fois fonctionnelle, c'est-à-dire que le principe de plaisir dominerait le principe de réalité, et structurelle

⁸⁵ *Ibid.*, Le Gouès, G., Péruchon, M., 1992, p. 140.

⁸⁶ *Ibid.*, Le Gouès, G., Péruchon, M., 1992, p. 136.

(modifications des instances psychiques ; affaiblissement des mécanismes de défenses, etc.⁸⁷)

Enfin, dans son Habilitation à Diriger les Recherches (2010), Quaderi pose l'hypothèse d'une régression infantile à un stade perceptif : « La MAA est une maladie provoquant une régression à un stade perceptif par un déficit du refoulement originaire qui induit l'entrée dans la parole et donc dans le souvenir.⁸⁸ » Les altérations cognitives empêcheraient la formation du souvenir, ce qui imposerait au sujet atteint de démence de rester dans un temps que Quaderi appelle « continu-actuel.⁸⁹ » Il avance que le sujet atteint de démence n'oublie rien et du coup, il ne peut plus se souvenir.

Quaderi associe cette régression à une dépendance absolue à l'environnement, tout stade de la démence confondu. Par conséquent, la position subjective du sujet atteint de démence est paranoïde, il pense que tout lui est adressé, et ainsi cherche constamment à tout interpréter. Chaque mot, chaque geste, chaque stimulus ne sont pas compris. Cette indissociation entre le sujet atteint de MAA et son environnement tient, selon lui, d'une « régression à un Moi-corps⁹⁰, traduisant par la même une régression à un narcissisme primaire.

2. 2. Les enjeux du somatique dans la maladie d'Alzheimer

Proche de la « psycholyse » proposée par Le Gouès, Maisondieu avance le terme de « thanatose », plaçant ainsi la démence à l'acmé de la pulsion de mort⁹¹. La démence correspond, selon lui, à « une affection psychologique » qui « n'invalide pas la dimension somatique. » Le début de la démence viendrait du refus de vieillissement de la personne âgée et trouverait son origine dans « une phobie de l'image spéculaire », l'image de la vieillesse. Cet argument fait écho à Messy qui amène, dix ans plus tard, l'hypothèse selon

⁸⁷ Charazac, P. (2003). Qu'est-ce que la démence ? *Revue thématique, psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 1, (4), p. 223-228.

⁸⁸ Quaderi, A. (2010), Mais un dément, cela n'existe pas. Habilitation à Diriger des Recherches, laboratoire de recherche en psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Provence - Aix-Marseille, p. 37.

⁸⁹ *Ibid.*, Quaderi, A., 2010, p. 50.

⁹⁰ *Ibid.*, Quaderi, A., 2010, p. 178.

⁹¹ Maisondieu, J. (1989). *Le crépuscule de la raison. Comprendre, pour les soigner, les personnes âgées dépendantes*. Paris: Bayard, 1998, 246 p.

laquelle l'entrée dans la démence pourrait être causée par « une perte en trop, celle qui détermine l'entrée en vieillesse », et qui survient lors « de la substitution de l'idéal du moi par la hideur du moi.⁹² » Le stade du miroir brisé serait dès lors déclenché par une tension agressive lors de la rencontre imaginaire et anticipée de la propre vieillesse. C'est ainsi qu'apparaîtrait un désir de mort envers cet autre qui nous aliène. Normalement c'est l'idéal du moi qui devrait réguler cette tension mais les discours de la société influent sur lui et il se sent moins attrayant : c'est ce que Messy appelle hideur du Moi. Une forte tension entre le moi et le moi hideur (qui correspond à l'image anticipée et fugitive du corps morcelé) aurait pour conséquence l'autodestruction du sujet atteint de démence. D'une part, il ne verrait plus son image dans le miroir. D'autre part, le symbolique et l'imaginaire ne s'accrocheraient plus, ce qui pourrait expliquer, selon Messy, la perte des mots.

D'après Maisondieu, le sujet âgé ne supporterait pas son image vieillissante et développerait une solution psychique : devenir dément en se soumettant à un « reniement », se refusant de se voir dans son double spéculaire. La personne âgée substitue à son image ancienne (au lieu d'accepter sa décrépitude) « un suicide en effigie », autre définition de la démence donnée par Maisondieu. La démence deviendrait donc la seule alternative, la seule échappatoire, au suicide face à l'angoisse de mort.

Dans une approche similaire à Maisondieu, Ploton entrevoit la démence sous un angle fonctionnel comme « une réaction d'adaptation (ou de décompensation) de l'organisme sur un mode non spécifique.⁹³ » La désorganisation du système interneuronal impliquerait le passage d'une « émotion vivable » supportée par les représentations psychiques à une incapacité de penser.⁹⁴

Villa, quant à lui, associe la démence à la question de l'envahissement somatique du sujet. Dans son ouvrage sur *La puissance du vieillir*, Villa rappelle que lorsque le somatique gagne en intensité, les zones érogènes excédées ne remplissent plus leur rôle

⁹² Messy, J. (1992). *La personne âgée n'existe pas. Approche psychanalytique de la vieillesse*. Paris : Payot, 2002, p. 20.

⁹³ Ploton, L. (1996). *Maladie Alzheimer : À l'écoute d'un langage*. Lyon : Chronique Sociale, 2004, p. 77.

⁹⁴ *Ibid.*, Ploton, L., 2004, p. 73.

de pare-excitations. Si l'érogénité ne fait plus tampon, on se retrouve à un niveau plus originaire encore où le somatique s'exacerbe. Les zones érogènes se retrouvent saturées par la violence de la pulsionnalité, c'est pourquoi l'excitation envahit le somatique, induisant une perception étrange du corps. C'est ce qui fera dire à Villa que « quand le somatique vient sur le devant de la scène, le corps se défait, se déconstruit, se déforme, il ne parvient plus à faire image, ni schéma (corporel), c'est un moment de défiguration, de perte de forme. À l'extrémité de notre corps, se découvre le monde du somatique qui est resté hors psyché.⁹⁵ » L'être pulsionnel s'évanouit et dévoile l'être somatique, dans un retour à l'informe et l'innommable. Lorsque le retour du refoulé somatique envahit le psychique dans un déferlement excitatoire, il met en danger l'existence même de la vie psychique. À partir de l'émergence de parties refoulées du soma, « l'individu voit l'activité de l'érogénité non seulement reprendre de la vigueur dans certaines de ces zones abandonnées, mais se manifester dans d'autres qu'il ne savait pas pouvoir être le lieu d'un tel dynamisme.⁹⁶ » L'activité démentielle servirait ainsi à lutter contre l'envahissement somatique.

D'un point de vue similaire, Talpin évoque l'envahissement du corps du sujet atteint de démence. Les défaillances somatiques affecteraient le psychisme, avec des origines corporelles qui reviendraient sur le devant de la scène : « Non seulement le corps revient au centre, suscitant un nouvel et exigeant travail de psychisation (d'intégration somato-psychique ou d'habitation, pour le dire avec DW Winnicott) mais encore ce corps, tout un temps approprié par le sujet, lui (re)devient étranger, ainsi que le propose G Gormezano, dès lors qu'il redevient essentiellement organique.⁹⁷ » Fort de constater que la pulsionnalité et le plaisir seraient « chassés », Talpin pose l'hypothèse selon laquelle la pulsion d'autoconservation reprendrait le pas sur la pulsion érotique, en raison d'une mise à mal de « l'assise narcissique sur le corps propre tel que le sujet l'a vécu et tel qu'il a été primairement l'objet des soins maternels.⁹⁸ » Ces hypothèses prennent tout leur sens lorsqu'on les rattache à la conception de la démence que propose Talpin. Selon lui, la

⁹⁵ Villa, F. (2010). *La puissance du vieillir*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Le fil rouge, p. 143.

⁹⁶ *Ibid.*, Villa, F., 2010, p. 236.

⁹⁷ Talpin, JM. (2008). Quand le corps envahit la scène : corps et vieillissement dans *Un Homme* de Philippe Roth. *Champ psychosomatique*, 50, (2), p. 37-50.

⁹⁸ *Ibid.*, Talpin, JM., 2008.

démence engendre une double épreuve narcissique⁹⁹ qui repose sur un paradoxe : « le narcissisme se préserve en se détruisant.¹⁰⁰ » Il propose d'abord un modèle « secondaire », correspondant à l'épreuve réactionnelle liée à l'annonce du diagnostic et aux conséquences qu'elle peut avoir (dénî, dépression, etc.). Le second modèle est dit « primaire », en ce sens que le narcissisme n'est pas seulement touché de manière secondaire par l'annonce du diagnostic. En effet, Talpin suggère que l'inhibition des fonctions cognitives serait une réponse à une souffrance narcissique, liée à la confrontation répétée à la finitude et la désaide et dont l'objet n'aurait pas été suffisamment protecteur.

En somme, l'ensemble de ces travaux met l'accent sur une désorganisation psychique à l'origine de la démence, ayant pour conséquence une régression vers le pôle perceptif et des enjeux somatiques dépassant le sujet atteint de démence. L'excitation interne déborde les capacités du Moi du sujet atteint de démence, qu'elle soit d'origine endogène ou exogène, car elle ne parvient plus à être traitée par le travail psychique dans le jeu pulsionnel. La fragilité, la vulnérabilité de l'appareil psychique ouvre la route à des potentialités traumatiques dont les conséquences peuvent être lourdes concernant l'expression somatique et le fonctionnement psychique (fragilisation du pare-excitation, altération des capacités de Représentations). L'ensemble conduit à une incapacité à réguler les excitations qui restent non liées. Il se crée un cercle vicieux où le quantitatif continue à déborder, accentuant la déliaison pulsionnelle : la démentalisation ouvre à la seule issue de la décharge qu'elle soit dans le corps ou dans le comportement.

Après avoir présenté les travaux qui s'inscrivent pleinement dans le cadre de cette recherche, il est temps de proposer mon point de vue quant à la question de la régression notable chez le sujet dément.

⁹⁹ Talpin, JM. (2013). *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*. Paris : Armand Colin, p. 133-135.

¹⁰⁰ *Ibid.*, Talpin, JM., 2013, p. 135.

Chapitre 3 : L'involution du système de Représentation du sujet atteint de démence à un stade sévère.

Ce troisième chapitre du premier axe est l'occasion d'amener doucement ma première hypothèse concernant l'involution du système de représentation. Pour ce faire, cerner, dans un premier temps, le concept de représentation en psychanalyse, est primordial ; il l'avait déjà été largement dans le mémoire de Master 2.

3. 1. : Le concept de Représentation en Psychanalyse

Le traitement de la représentation se fait en plusieurs temps. Lors du premier, il y a un percept qui s'inscrit et cela fait représentation. Il y a ensuite une inscription en mémoire à court terme, puis une inscription en mémoire à long terme. Dans les deux premiers temps, il existe déjà des représentations, ce qui ne veut pas dire qu'elles seront fixées. Et dans la mémoire à long terme, il y a des représentations que l'on ne peut mettre en mots, telles des perceptions visuelles, olfactives... Des « représentations d'affect », en somme.

3. 1. 1. Les apports de Freud

Bien que le concept de représentation ait été relaté et travaillé dans de nombreux écrits de Freud, je fais le choix de m'appuyer essentiellement sur quatre de ses travaux: *Contributions à la conception des aphasies* (1891), « L'esquisse d'une psychologie scientifique » (1895), *Métopsychoanalyse* (1915), et « La négation » (1925).

Dans son ouvrage de 1891, *Contributions à la conception des aphasies*, Freud, menant sa réflexion sur les aphasies, place au centre de sa théorie un concept métapsychologique fondateur pour la psychanalyse, celui de représentation (*Vorstellung*), et insiste plus particulièrement sur deux modes qui lui sont inhérents, à savoir : la représentation de mot (*Wortvorstellung*) et la représentation d'objet, appelée par la suite représentation de chose (*Dingvorstellung*). Il présente la première comme une «

représentation complexe qui s'avère composée d'éléments acoustiques, visuels, et cinesthésiques¹⁰¹ » et aurait quatre composantes : l'image sonore, l'image visuelle de la lettre, l'image motrice du langage, et l'image motrice de l'écriture.¹⁰² De la seconde, il note : « La représentation d'objet elle-même est par contre un complexe associatif constitué des représentations les plus hétérogènes, visuelles, acoustiques, tactiles, kinesthésiques et autres.¹⁰³ »

L'une des premières différences entre les deux types de représentation réside en ceci que le complexe représentatif formé par la représentation de chose fait appel aux impressions sensorielles passées, mais laisse aussi place à de nouvelles impressions, ce qui n'est pas le cas de la représentation de mot qui constitue un complexe plus figé, « clos », dira Freud. Le mot a besoin de la représentation de chose pour gagner une signification. Seule l'image sonore relie la représentation de mot à la représentation de chose.

À partir de là, Freud redéfinit les aphasies comme étant un trouble de plusieurs voies associatives, selon trois types principaux d'aphasie. La première, l'*aphasie verbale* correspondrait à une perturbation des éléments associatifs de la représentation de mot. La seconde, l'*aphasie asymbolique*, serait une perturbation de la chaîne d'association entre la représentation de mot et la représentation de chose. Enfin, l'*aphasie agnosique* coïnciderait avec une perturbation des éléments associatifs de la représentation de chose (seules les associations de nature tactile sont préservées).

Dans « L'Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895), Freud traite la question des « processus psychiques dits normaux » afin de pouvoir envisager par la suite ces processus sur le versant psychopathologique. Il cherche à représenter les phénomènes psychiques sous la forme de phénomènes neurologiques. Il ne s'agit pas là d'une relation causale, mais bien d'un appui sur la neurologie pour présenter, représenter les processus psychiques. Deux principes de bases vont guider cette tentative de représentation : la quantité, et les particules matérielles que sont les neurones.

¹⁰¹ Freud, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris : Presses universitaires de France, 1983, p. 123.

¹⁰² *Ibid.*, Freud, S., 1983, p. 123.

¹⁰³ *Ibid.*, Freud, S., 1983, p.131.

Dans la partie consacrée aux « Processus primaires et processus secondaires », il expose deux situations lors desquelles le moi se situerait dans une « *impuissance dangereuse*.¹⁰⁴ » Tout d'abord, face à un désir qui se présente au sujet et à l'état de tension qu'il génère pour lui, le moi investit d'anciens souvenirs portant sur un objet qui serait capable d'apporter une satisfaction. Seulement, et c'est bien là que le danger réside, cette satisfaction est impossible puisque l'objet est en réalité absent. Il est essentiel de rappeler que l'un des problèmes majeurs du moi quand à son rapport à la réalité réside en une différenciation : celle entre perception et représentation onirique ou hallucinatoire. Cette discrimination est permise grâce à ce que Freud qualifie d'épreuve de réalité, épreuve lors de laquelle peut opérer une distinction entre excitations externes et excitations internes. La seconde situation relatée concerne l'incapacité du sujet à réinvestir une image (une « image hostile », pour reprendre ses termes) lui permettant de soupçonner le déplaisir et donc de l'éviter.

En temps normal, le sujet perçoit, grâce à l'excitation perceptive annonçant une décharge, un indice (« indice de réalité » nous dira Freud quelques lignes plus loin), un signal qui doit lui faire comprendre la proximité du déplaisir et la nécessité d'investir une autre image que l'image initiale qui s'imposait à lui. Le cas échéant, « le déplaisir sera immense et la défense primaire excessive.¹⁰⁵ » Je reviendrai sur ce point capital dans la démence à un stade sévère.

En 1915, dans sa *Métapsychologie*, Freud va un peu plus loin encore dans l'étude de son concept de représentation. Le concept de pulsion est envisagé comme un « concept limite entre le psychique et le somatique¹⁰⁶ », comme le « représentant psychique des excitations, issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme.¹⁰⁷ » La poussée psychique d'origine somatique cherche alors la satisfaction par l'intermédiaire d'un objet. Ce dernier se fait représenter dans le psychisme par deux représentants : la représentation proprement dite et l'affect. La représentation constitue ainsi l'un des deux modes de représentance pulsionnelle, d'où l'expression « représentant-représentation ». Cependant,

¹⁰⁴ Freud, S. (1895). L'esquisse d'une psychologie scientifique. *La naissance de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1956, p. 342.

¹⁰⁵ *Ibid.*, Freud, S., 1956, p. 343.

¹⁰⁶ Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, 1940, p. 17.

¹⁰⁷ *Ibid.*, Freud, S., 1940, p.17.

elle se distingue nettement de l'affect : alors que l'une réalise une véritable opération d'investissement, de création, l'autre, par la décharge, aboutit à une perte.

La migration du concept de représentation de la neuropathologie vers la métapsychologie va entraîner un remaniement de son appellation. Freud ne parle plus de représentation d'objet mais désormais de représentation de chose. Assoun apportera l'explication suivante : « Le terme Objekt dénotait le pôle objectif, corrélat de l'idée et du mot ; le terme Sache met l'accent sur la « choséité » du processus représentationnel même, conversion exigée, nous allons le voir, par la promotion de l'« inconscient » au statut de « chose interne ». ¹⁰⁸ » Ainsi, la mutation de l'appellation « représentation d'objet » à « représentation de chose » a pour source la rencontre de l'opposition entre conscient et inconscient. La représentation de chose nous amène au plus proche de l'inconscient.

La représentation consciente s'alimente de la représentation de chose plus la représentation de mot connexe. La représentation inconsciente est la représentation de chose, uniquement. La différence est de taille puisque l'une se soucie du temps (la représentation de mot), alors que l'autre l'ignore (la représentation de chose). Le système inconscient serait alors constitué de représentations élémentaires résultant directement de l'investissement des objets originaires :

« Le système inconscient contient les investissements de chose des objets, les premiers et véritables investissements d'objets ; le système préconscient apparaît quand cette Représentation de chose est surinvestie du fait qu'elle est reliée aux Représentations de mot qui lui correspondent. Ce sont, nous pouvons le présumer, ces surinvestissements qui introduisent une organisation psychique plus élevée et qui rendent possible le remplacement du processus primaire par le processus secondaire qui règne dans le préconscient. ¹⁰⁹ »

Si un devenir, un redevenir conscient est envisageable, c'est bien du fait que les représentations de mots sont à entrevoir sous l'angle de restes mnésiques qui « ont été autrefois des perceptions et peuvent, comme tous les restes mnésiques, redevenir conscients. ¹¹⁰ » Ainsi, les restes verbaux sont bien issus pour la grande majorité, de

¹⁰⁸ Assoun, PL. (1992). Représentations de mot et Représentations de chose chez Freud : pour une métapsychologie du langage. *Histoire Épistémologie Langage*, 14, (2), p. 259-279.

¹⁰⁹ Freud, S., *op. cit.*, 1940, p. 116-117.

¹¹⁰ Freud, S. (1923). Le moi et le ça. *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p. 188.

perceptions auditives, et « le mot est bien à proprement parler le reste mnésique du mot entendu¹¹¹ » (sans négliger pour autant l'existence de restes d'ordre visuel). Freud désigne un point irréductible, au niveau inconscient, au-dessous de la verbalisation. Il s'agit de la mémoire, encore caractérisée de stock de traces mnésiques.

Sur ce dernier point, sa « Note sur le « Bloc-notes magique¹¹² » » (1925) précise le fonctionnement de l'appareil perceptif psychique. Le bloc-notes magique, qui correspondrait de nos jours à l'ardoise magique, aurait les caractéristiques principales de l'appareil psychique, à savoir, concilier une capacité indéfinie de recevoir des perceptions toujours nouvelles et la conservation de traces mnésiques durables. Le dispositif se constitue de trois couches que Freud va faire correspondre avec les trois systèmes psychiques :

1. une couche de résine ou de cire brun foncé (traces non utilisées mais bien présentes : inconscient) ;
2. un papier ciré mince et translucide (réception du stimulus ; ne forme pas de trace durables : préconscient) ;
3. une feuille de celluloïd (pare - stimulus : conscient).

En appuyant sur la feuille de celluloïd qui protège le mince papier ciré, celui-ci va coller à la cire sous la pression permettant ainsi de voir les traces. Si l'on décolle le papier ciré de la cire, on ne voit plus la trace, même s'il reste des sillons dans la résine ou la cire.

Le couple qui forme le système Pc - Cs correspond au couple feuille de celluloïd - papier ciré : « il ne me semble pas trop aventureux d'assimiler la feuille recouvrante constituée de celluloïd et de papier ciré au système Pc - Cs avec son pare-stimulus, d'assimiler aussi le tableau de cire à l'inconscient qui se trouve derrière et enfin l'apparition et la disparition de l'écriture à l'allumage et l'extinction de la conscience dans la perception.¹¹³ » Le système Pc - Cs reçoit les perceptions et en transmet l'excitation au système inconscient ; dès que l'investissement du premier système est

¹¹¹ *Ibid.*, Freud, S., 1981, p. 232.

¹¹² Freud, S. (1925). Note sur le « Bloc-notes magique. *Résultats, idées, problèmes II 1921-1938*. Paris : Presses universitaires de France, 1998, p. 119-124.

¹¹³ *Ibid.*, Freud, S., 1998, p.123.

stoppé, c'est tout le fonctionnement du dispositif qui s'arrête. Là encore, il s'agit d'un point crucial pour tenter d'expliquer ce qu'il en est du fonctionnement psychique du sujet atteint de démence. J'y reviendrai.

Pour terminer sur la conception freudienne de la représentation, il reste à regarder de près les éléments fondamentaux amenés par son célèbre texte de 1925, « La (dé)négation ». Freud met tout d'abord en avant une des conditions qui pourrait amener à prendre conscience du refoulé. Le passage par la dénégation pour tenter d'y accéder semble inévitable. Pour rappel, la (dé)négation désigne succinctement un mécanisme de défense récurrent dans la névrose qui implique de la part du sujet l'expression d'un désir, d'un sentiment, ou d'une pensée jusque-là refoulé(e) tout en niant qu'il (elle) lui appartienne. C'est une manière d'avoir accès à une partie de l'élément refoulé, mais le refoulement n'est pas pour autant levé.

Ce qui va particulièrement m'intéresser dans ce texte, c'est l'importance que Freud va accorder à la représentation dans la fonction du jugement d'existence. Après s'être bâti des représentations en fonction de la qualité des objets (introjection des bons objets et rejet des mauvais ; c'est tout l'enjeu du jugement d'attribution), l'enjeu face auquel se trouve le moi dans un second temps consiste en la vérification de l'existence de ces représentations (jugement d'existence). En d'autres termes, le sujet est-il capable d'envisager l'objet, de le retrouver quand il est absent ? Il s'agit ici de l'épreuve de réalité lors de laquelle il s'agit de retrouver l'objet, de se convaincre qu'il est encore présent.

En 1954, Hyppolite commente ce texte de Freud et parle d'un mythe originaire selon lequel « il est égal et neutre de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas.¹¹⁴ » S'il y a : « le sujet reproduit sa représentation des choses de la perception primitive qu'il en a eue. Quand maintenant il dit que cela existe, la question est de savoir non pas si cette représentation conserve encore son état dans la réalité, mais s'il pourra ou ne pourra pas la retrouver.¹¹⁵ » Ainsi, le jugement d'existence consiste en ceci – attribuer au moi une

¹¹⁴ Hyppolite, J. (1954). Commentaire parlé sur la Verneinung de Freud (1925) par Jean Hyppolite. *Ecrits*, Paris : Seuil, 1966, p. 884.

¹¹⁵ *Ibid.*, Hippolyte, J., 1966, p. 884-885.

représentation à laquelle ne correspond plus son objet. Nous avons là la naissance de l'intérieur et de l'extérieur.

La preuve de l'existence de la représentation apportée par Freud réside dans sa source même. Il apporte en effet l'argument que la représentation trouve son origine dans les perceptions ; c'est pour lui un élément qui atteste sans réserve de l'existence d'une représentation. Les représentations sont des répétitions de perceptions, mais jamais à l'identique.

3. 1. 2. L'approche lacanienne de la représentation

Dans *Le désir et son interprétation*, Lacan pose pour équivalent du représentant de la représentation (*Vorstellungsrepräsentanz*) le signifiant¹¹⁶. Puis, dans *L'Éthique de la Psychanalyse*, il pose le signifiant comme équivalent aux représentations de chose¹¹⁷ décrites par Freud. Il revient ensuite longuement sur ces points dans *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*.

Lacan reprend alors le terme du *Vorstellungsrepräsentanz* et le pose non seulement comme équivalent du signifiant, mais aussi comme signifiant présidant à la naissance du sujet entre les deux premiers signifiants S1 et S2. C'est pour Lacan en effet le S2 qui est le *Vorstellungsrepräsentanz* :

« [...] ce *Vorstellungsrepräsentanz* est très précisément ce que nous appellerons, pour la clarté des choses [...] dans le premier couplage signifiant, qui nous permet de concevoir que le sujet apparaît d'abord dans l'Autre en tant que le premier signifiant, le signifiant unaire, surgit au champ de l'Autre et qu'il représente, comme tel, le sujet, pour un autre signifiant. Lequel autre signifiant a pour effet l'aphanisis du sujet, division du sujet pour autant que le sujet apparaisse quelque part, comme sens, ailleurs il se manifeste comme fading, comme disparition. C'est donc, si l'on peut dire, une affaire de vie et de mort, entre le signifiant unaire et ce sujet en tant que signifiant binaire, c'est la cause de sa disparition. Le *Vorstellungsrepräsentanz*, c'est ce signifiant binaire.¹¹⁸ »

¹¹⁶ Lacan, J. (1958-1959). *Le séminaire livre VI, Le désir et son interprétation*. Paris : éditions de la Martinière, 2013, p. 59.

¹¹⁷ Lacan, J. (1959-1960). *Le Séminaire livre VII, L'éthique de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1986, p. 76-77.

¹¹⁸ Lacan J (1964-1965). *Le Séminaire livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1973, p. 257.

Lacan parle ici de la première identification du sujet à l'Autre. Si le signifiant unaire désigne le premier signifiant dans le champ de l'Autre, sa fonction est bien celle de combler la marque invisible que le sujet tient du signifiant, et l'aliène là où l'Autre le voit sous la forme qui lui plaît d'être vu. Le signifiant unaire fait appel dans l'Autre à un second signifiant, le signifiant binaire, qui va représenter le sujet mais en même temps l'occulter, l'aliéner, le diviser et le faire disparaître (*aphanisis*). Le défi pour le sujet sera de pouvoir stopper l'aliénation à ce signifiant binaire, en découvrant le point faible de ce couple primitif de l'articulation signifiante : ce signifiant binaire ne pourra jamais représenter le tout du sujet, car lui-même n'est pas tout ; c'est bien à un Autre barré, castré, manquant que le sujet à affaire. Chez Lacan, le représentant-représentation désigne cette nomination du sujet par l'Autre.

Ce qui marquera véritablement la différence entre conception freudienne et conception lacanienne de la représentation tient de la divergence de leurs conceptions respectives du Moi¹¹⁹. Le refoulement reste cependant déterminant pour les deux théoriciens.

Chez Freud, il semble ne pas y avoir de différence entre le Moi et le sujet. Le Moi se retrouve coincé entre perception et conscience, il se doit de différencier perception et représentation (ce qu'il fera grâce à un indice de réalité), différenciation qui signe l'acte de naissance de la conscience.

Chez Lacan, la différence entre Moi et sujet est nettement posée tout au long de son enseignement. Dans *Les complexes familiaux*¹²⁰, il critiquera radicalement la position freudienne du Moi pris entre perception et conscience.

Par l'introduction du « stade du miroir », Lacan indique que l'enfant s'identifie à un signifiant, celui qui le désigne par son propre nom, et il anticipe son unité corporelle. Le stade du miroir correspond à l'expérience lors de laquelle l'anticipation en tant que telle est biologiquement affirmée, puisque l'enfant qui reconnaît son image dans le miroir la perçoit comme telle en raison des limites que son regard et celui de l'autre, autant que

¹¹⁹ Le Gaufey, G. (1984). Représentation freudienne et signifiant lacanien. *Littoral n° 14. Freud Lacan : quelle articulation ?*, Erès, p. 41-56.

¹²⁰ Lacan, J. (1938). *Les complexes familiaux. Autres écrits*. Paris : Seuil, 2001.

le signifiant auquel il se soumet à ce moment-là, assignent son corps. Lacan insiste sur l'investissement d'une image comme investissement narcissique de départ, image pas totalement investie puisqu'une partie de l'investissement reste de toute façon rattachée au corps propre ; ainsi, il y a un manque dans l'image. Représentation et image traduisent toutes deux un manque, une atténuation, un affaiblissement de la réalité. Pourtant, l'image est fondée par un échange de regards, où l'enfant cherche son représentant dans l'Autre. Ce stade est ainsi la reconnaissance de l'image de l'Autre dans sa propre image vue dans le miroir, c'est une métaphore, il y a substitution de signifiants. L'image du miroir est une image réflexive où on se reconnaît soi-même dans l'Autre. Il s'agit là de la nature spéculaire du moi, qui n'est plus écrasé par la perception-conscience.

Si, chez Freud, le moi distingue la réalité extérieure (perceptions) de lui-même (Représentations), il se découpe, chez Lacan, en une image et un échange de regards. En d'autres termes, on passe d'une juxtaposition entre réalité et représentation à une juxtaposition entre image et regard. Le sujet n'est pas une Représentation puisqu'il cherche et trouve son représentant dans le regard de l'Autre, il est représenté dans la représentation. Avec Lacan, le sujet est donc interne à la représentation, il est représenté par un signifiant pour un autre signifiant¹²¹.

À partir de là ressortent deux axes de fonctionnement de la représentation : un tourné vers la réalité extérieure (Freud), et un autre tourné vers le sujet (Lacan).

3. 1. 3. La représentation chez Aulagnier, Green et Roussillon

D'autres psychanalystes ont tenté d'élargir et compléter le concept de représentation. Je fais le choix de ne parler que d'Aulagnier, Green et Roussillon dont les apports me paraissent pertinents pour ma recherche.

¹²¹ « [...] notre définition du signifiant (il n'y en a pas d'autre) est : un signifiant, c'est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant. ». Lacan J (1960). Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien. *Écrits*. Paris : Seuil, 1966, p. 819.

Aulagnier a théorisé les processus originaires qui correspondent, pour aller vite, aux premières interactions entre le nourrisson et le monde extérieur, et ainsi, aux premières formes de représentation qui s'établissent. Sa notion de « pictogramme » sert ainsi à définir ces premiers mouvements de représentation, issus des premiers ressentis du bébé, et prenant source dans un état d'indissociation entre la bouche (zone érogène) et le sein (objet source d'excitation et de plaisir).

Citons également Green qui, considérant la théorie freudienne de la représentation un peu restreinte, puisque ne prenant en considération que la représentation de chose (processus primaire) et la représentation de mot (processus secondaire), et ayant été confronté aux « états-limites », propose en 1972 un nouveau concept, celui de « processus tertiaires ». Inspiré des processus transitionnels de D.W. Winnicott, il instaure ces processus de relation qui favoriseraient création, invention, et jeu. Pour cela, il faut que le champ de l'illusion fonctionne, garantissant la possibilité de jeu dans l'espace potentiel, où l'on peut faire « comme si ». Pour lui, que la cure n'aie pour objectif que la transformation des processus primaires en processus secondaires (Freud) amène à une impasse clinique, d'où la nécessité d'instaurer un processus « intermédiaire », caractéristique de la mobilité psychique en favorisant un passage aisé de l'un à l'autre : « Par processus tertiaires, j'entends les processus qui mettent en relation les processus primaires et les processus secondaires de telle façon que les processus primaires limitent la saturation des processus secondaires et les processus secondaires celles des processus primaires.¹²² » Il cherche ainsi, par sa proposition de processus tertiaire, à lier primaire et secondaire, ça et moi.

Troisième psychanalyste dont la théorie de la représentation apportera un éclairage certain à cette recherche, Roussillon propose une distinction entre deux modalités du processus de symbolisation – primaire et secondaire, en s'appuyant sur la distinction entre processus primaires et processus secondaires amenée par Freud. Schématiquement, la symbolisation primaire concerne la production des représentations de chose, ou « symboles primaires », à partir d'une première inscription essentiellement perceptive. La symbolisation secondaire relie la représentation de chose et la représentation de mot. Ce

¹²² Green, A. (1972). Note sur les processus tertiaires. *Revue Française de Psychanalyse*, n° 3, p. 408.

modèle s'appuie sur une différenciation entre trois types d'inscriptions psychiques de l'expérience vécue, décrites dans les travaux de Freud: la trace mnésique perceptive, la trace inconsciente (la représentation de chose) et la trace verbale préconsciente (la représentation de mot). Chaque traduction d'un type d'inscription à un autre, chaque modalité de symbolisation, est sujette à des échecs qui vont produire ce que Freud désigne sous le nom de « fueros¹²³», c'est-à-dire des traces non transformées gardant leurs caractéristiques et sans représentation dans le registre plus élaboré suivant. La théorie de Roussillon sera largement développée dans les axes 4 et 5 de ce travail.

Ce repérage théorique m'a paru incontournable avant d'aborder ce qu'il en est de la représentation chez le sujet atteint de démence à un stade sévère. Avant de rentrer dans le détail, en rapport avec le travail qui a été fait jusqu'à maintenant, il semble bien que ces expressions d' « épreuve de réalité », d' « investissement », de « fonction de jugement » prennent un tout autre chemin, dans un contexte où le sujet atteint de MAA ne peut plus se retirer de la scène de l'ici et du maintenant. Le fonctionnement de la représentation se voit altéré, que ce soit par rapport à la réalité extérieure ou au sujet.

3. 2. L'involution du système de Représentation dans la démence à un stade sévère

Forte de constater dans la MAA à un stade avancé, l'altération progressive de processus les plus élaborés (manque du mot) jusqu'aux moins élaborés (halluciner un objet absent), je propose de penser ce constat en appliquant les travaux d'Hughlings Jackson concernant l'évolution inverse du développement du cerveau.

¹²³ Freud, S. (1896). Lettre du 6 décembre 1896. *Naissance de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1986.

3. 2. 1. Le modèle de Jackson : involution plutôt que régression

Sur les traces de Spencer, Hughlings Jackson, neurologue anglais du dix-neuvième siècle, étudie les rapports entre cerveau et pensée. L'épilepsie constitue le thème central de ses recherches ; l'aphasie, l'apraxie, les troubles moteurs, ou encore les troubles psychiques, font également l'objet de divers articles et ouvrages.

Jackson s'intéresse aux problèmes de localisation des centres cérébraux, ainsi qu'aux symptômes produits par l'individu s'ils venaient à être lésés. Pour lui, le système nerveux est un ensemble de circuits sensori-moteurs superposés, chacun spécialisé dans la production de certains types de mouvements et d'actions : les circuits situés aux étages inférieurs du système nerveux (dans la moelle et le tronc cérébral) produisent des mouvements entièrement automatiques, tandis que les circuits les plus élevés (dans le cortex frontal) produisent des mouvements volontaires et peuvent rendre compte d'actions très complexes¹²⁴ comme par exemple la parole. Il reprend alors les concepts d'évolution et de dissolution du système nerveux développés par Spencer : ainsi dit-il en 1889, que « dans la doctrine de l'évolution nous avons des principes qui s'appliquent sans aucun doute à l'ensemble de l'organisme et à chacune de ses affections. C'est d'abord un moyen de classification scientifique et un guide pour découvrir de nouveaux faits. ¹²⁵ »

L'évolution désigne chez Jackson le développement du cerveau, mais pas seulement ; en 1884, il explique qu'« il y a quelque chose de plus : « il y a ce que j'appelle l'évolution interne, un processus qui est le plus actif dans les centres supérieurs... Il y a, sur le versant physique, une organisation de différents arrangements nerveux de nos centres supérieurs, au cours des échanges habituels avec l'environnement.¹²⁶ ». De cette façon, et comme le souligne Spencer dès ses premiers écrits, l'évolution correspond également à un progrès vers une plus grande hétérogénéité.

¹²⁴ Jackson, JH. (1876). Les troubles intellectuels momentanés qui suivent les accès épileptiques. *Revue scientifique de la France et de l'Etranger*, 2nd series, 5th year, n° 34, p. 169-178.

¹²⁵ Jackson, JH. (1889). Address in medicine: On the comparative study of diseases of the nervous system By-line. *British Medical Journal*, 2, (1494), p. 355-362.

¹²⁶ Jackson, JH. (1884). The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system. *British Medical Journal*, 1, (1214), p. 660-663.

Conçue en termes de désintégration par Spencer¹²⁷, la dissolution est définie par Jackson (1876) comme l'inverse de l'évolution¹²⁸. Jackson parvient à démontrer que les troubles moteurs, engendrés par une lésion du système nerveux, consistent en une désorganisation des aspects les plus complexes, les plus volontaires et les plus différenciés de la fonction motrice, qui s'en trouve, par conséquent, immédiatement réduite à ses aspects les plus simples, les plus automatiques et les moins différenciés. Jackson propose, à partir de là, d'appliquer la doctrine évolutionniste aux maladies nerveuses et mentales, entrevues comme des dissolutions, en d'autres termes, comme des régressions de l'évolution. Il ne s'agit évidemment et heureusement jamais d'une inversion exacte de l'évolution, ni jamais d'un processus de dissolution totale, auquel la mort serait inévitable. De surcroît, la régression n'atteint pas les structures les plus organisées, les plus simples, les plus automatiques.

Trois principes fondamentaux reposent à la base de la théorie de Jackson¹²⁹. Le premier principe est celui de la hiérarchie des fonctions nerveuses qu'organise, dans un ordre défini, l'évolution, et que désorganise dans un ordre inverse la dissolution. L'évolution consiste ainsi en un passage du plus organisé au moins organisé ; du plus simple au plus complexe ; et du plus automatique au plus volontaire. La dissolution suit la marche inverse en allant du plus complexe, du plus volontaire et du moins organisé vers le plus simple, le plus automatique, et le mieux organisé.

Le second principe met en opposition les dissolutions générales et les dissolutions locales. Dans la dissolution générale, le système nerveux tout entier est sous la même influence novice, mais les différents centres nerveux ne sont pas également affectés : les centres les plus élevés, moins résistants, cèdent les premiers ; les centres moyens, mieux organisés, résistent plus longtemps ; et les centres inférieurs, les mieux organisés, résistent le plus longtemps. Dans la dissolution locale, la maladie d'une partie du système nerveux n'entraîne qu'une régression locale de l'évolution dans la partie malade.

¹²⁷ Spencer, H. (1862), *First Principles*. London : William and Norgate, 503 p.

¹²⁸ Jackson, HJ., *op. cit.*, 1876.

¹²⁹ Jackson, HJ., *op.cit.*, 1884.

Enfin, le troisième principe relève d'une distinction entre les symptômes positifs et négatifs :

« La symptomatologie des maladies nerveuses a une condition double : dans chaque cas il y a un élément positif et un élément négatif. L'évolution n'étant pas entièrement dissoute, un certain niveau d'évolution persiste. Donc dire « subir la dissolution » équivaut à dire « être réduit à un niveau inférieur de l'évolution. Pour entrer en plus de détails, la perte du moins organisé, du plus complexe et du plus volontaire, implique la rétention du plus organisé, du moins complexe, et du moins volontaire.¹³⁰ »

L'aspect négatif semble porter sur l'affection à proprement parlé, et l'aspect positif serait centré sur la levée de l'inhibition qui était exercée par le niveau supérieur à l'état normal¹³¹.

Sur la lancée de Spencer et Jackson, Ribot se consacre à l'étude de la mémoire et propose une loi dont le principe fondateur est que le nouveau meurt avant l'ancien. Il la formule ainsi :

« La destruction progressive de la mémoire suit donc une marche logique, une loi. Elle descend progressivement de l'instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents qui, mal fixés dans les éléments nerveux, rarement répétés et par conséquent faiblement associés avec les autres, représentent l'organisation à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle, instinctive, qui, fixée dans l'organisme, devenue une partie de lui-même ou plutôt lui-même, représente l'organisation à son degré le plus fort. Du terme initial au terme final, la marche de l'amnésie, réglée par la nature des choses, suit la ligne de la moindre résistance, c'est-à-dire de la moindre organisation. [...] Cette loi, que j'appellerai loi de régression ou de réversion, me paraît ressortir des faits, s'imposer comme une vérité objective.¹³² »

Ribot avance que ce qui disparaît en dernier réapparaîtra en premier, si toutefois cela était possible. La destruction de la mémoire est envisagée sous l'angle jacksonien ; elle consiste en effet en une régression du plus nouveau au plus ancien, du complexe au simple, du volontaire à l'automatique, du moins organisé au plus organisé.

¹³⁰ *Ibid.*, Jackson, HJ., 1884.

¹³¹ À l'état normal, les niveaux supérieurs tiennent les autres sous leur dépendance, en les inhibant.

¹³² Ribot, Th. (1881). *Les maladies de la mémoire*. Paris : Germer Baillière et Cie, p. 94-95.

Ainsi, les apports successifs de Spencer, Jackson, et Ribot ouvrent le champ à de précieuses perspectives nouvelles pour envisager la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Si, à ce stade, le sujet présente de nombreux déficits cognitifs, dont de profondes altérations langagières, auxquels s'ajoutent généralement différents SCPD, il semble bien que cela témoigne de son incapacité à élaborer ce qui lui arrive.

Dès lors, l'enjeu se situe au niveau de l'impact sur les processus psychiques primaires et secondaires, tous deux constitutifs de l'appareil psychique proposé par Freud dès sa première topique.

3. 2. 2. Le modèle Jacksonien, source d'inspiration de Freud

Pour ses études sur l'aphasie, puis plus largement pour sa conception de l'appareil psychique, Freud prend appui sur les travaux de Jackson. Ainsi, dans la première topique freudienne¹³³, l'appareil psychique apparaît comme composé de différents systèmes psychiques (conscient, préconscient, inconscient), dont chacun constitue un lieu psychique. La représentation peut quant à elle être conçue comme le « porte-parole » de cet appareil psychique. Pour qu'il y ait représentation, il faut un représentant (une image, un phonème, ...) de la représentation et un affect¹³⁴ qui lui est lié. Ce qui est dans l'inconscient, c'est le représentant, le trait unaire¹³⁵ dont parle Lacan. L'affect, lui, se situe à la frontière entre psyché et soma. Il fait partie du représentant psychique de la Pulsion. Si le représentant peut être refoulé, forclos, admis ou dénié, l'affect, lui, a d'autres destins : le déplacement, le retournement sur la personne propre, le renversement

¹³³ Freud, S. (1900). Psychologie des processus du rêve. *L'interprétation des rêves*. Paris : Presses universitaires de France, 1967.

¹³⁴ Un affect est « un état affectif, pénible ou agréable, vague ou qualifié, qu'il se présente sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale ». Laplanche, J. et Pontalis, JB. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 5ème édition Quadrige, 2007, p. 12.

¹³⁵ Le concept de trait unaire fut introduit par Lacan, non seulement à partir des travaux de Freud concernant l'identification du sujet à un trait unique de l'objet perdu, mais aussi à partir de ceux de Saussure pour qui les éléments de la langue ne se justifient que par leur différence. Le trait unaire est pour Lacan l'essence élémentaire du signifiant et le premier marquage du sujet. Il « est le signifiant en tant qu'il est une unité et en tant que son inscription réalise une trace, une marque. » Pour lui, la réduction de l'objet perdu à un trait se produit du fait de l'immixtion du signifiant ; c'est ainsi que le trait unaire incarne à la fois ce qui reste de l'objet mais aussi ce qui l'a effacé. Il est l'un des soutiens majeurs de l'identification du sujet. Dans : Chemama, R. et Vandermersch, B., *op. cit.*, 2009, p. 583-584.

dans le contraire, ou encore la sublimation¹³⁶. Quand il y a séparation dans la représentation, l'affect est délié et cela provoque l'angoisse. Pour le dire en termes de système mnémonique, en système de frayage, on a le système neuronal (représentant) et les neurones de l'affect. Quand l'affect est réveillé, les voies neuronales de l'affect s'ouvrent, elles vont appeler la représentation et le retour du représentant. Un travail de symbolisation est alors possible.

Le conscient et le préconscient sont tous deux régis par le processus secondaire, qui se rattache au principe de réalité et tient compte de la réalité extérieure en reportant le moment de la satisfaction. L'énergie psychique est dite liée. Il permet d'élaborer la pensée à un niveau plus élevé (mots articulés entre-eux, etc.).

L'inconscient, système le plus archaïque de l'appareil psychique, est régi par le processus primaire. Il est rattaché au principe de plaisir qui vise à réduire les tensions psychiques, et ainsi obtenir du plaisir. Ce processus est atemporel, il ne tient pas compte de la réalité. L'énergie psychique qui le sous-tend est libre (ou « non liée »), ce qui permet de faciliter le passage d'une représentation à une autre, par déplacement ou condensation.

À la suite de Freud, la hiérarchie des processus psychiques relatifs à l'appareil psychique est telle que l'individu accèderait d'abord aux processus primaires (représentations de chose) avant d'accéder aux processus secondaires (représentations de mot).

Dans la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, tout se passe comme si la perte d'un discours cohérent ponctué d'une lexicologie serait un signe annonciateur d'une détérioration progressive des processus secondaires, dépendant directement du système préconscient-conscient. L'affect déclenché par la perception ne se verrait jamais attribuer le représentant qui lui correspond.

¹³⁶ Freud, S., *op. cit.*, 1940, p. 24.

3. 2. 3. Les apports de Jackson et Freud appliqués à la maladie d'Alzheimer à un stade sévère

Inscrits dans une démarche jacksonienne, je pose une première hypothèse suggérant que les processus secondaires, plus élaborés, en dernier construits, soient les premiers touchés, notamment du fait de l'enjeu du principe de réalité, réalité de laquelle le sujet atteint de démence semble ne plus pouvoir se défaire. En termes de « bloc-notes magiques » freudien, tout se passe comme si, chez le sujet atteint de démence à un stade, la feuille de celluloïd n'adhérerait plus sur la cire : les informations perceptives sont tellement nombreuses qu'elles ne peuvent plus s'inscrire dans le système, ni être métabolisées en des informations homogènes. Les chances d'accéder aux traces sont alors vaines ; celles d'en créer de nouvelles nettement amoindries. L'affect déclenché par la perception ne se verrait jamais attribuer le représentant qui lui correspond...d'où peut-être cette intolérable frustration dans un contexte où tout est ressenti sans ne pouvoir être élaboré. La déliaison de l'affect et du représentant de la représentation semble s'accorder avec une déliaison de la représentation de mot et la représentation de chose qui pourtant, permet le langage parlé.

L'involution vers le pôle perceptif¹³⁷, ainsi que la mise à mal des processus psychiques plongeraient définitivement le moi du sujet atteint de démence dans cette « impuissance dangereuse » dont parle Freud (1895). En effet, dans la partie consacrée aux « Processus primaires et processus secondaires », il expose deux situations lors desquelles le moi se situerait dans cette situation : tout d'abord, face à un désir qui se présente au sujet et à l'état de tension qu'il génère pour lui, le moi investit d'anciens souvenirs portant sur un objet qui serait capable d'apporter une satisfaction. Seulement, et c'est bien là que le danger réside, cette satisfaction est impossible puisque l'objet est en réalité absent. Il est essentiel de rappeler que l'un des problèmes majeurs du Moi quand à son rapport à la réalité réside en une différenciation : celle entre perception et représentation onirique ou hallucinatoire. Cette discrimination est permise grâce à ce que Freud qualifie d'épreuve de réalité¹³⁸, épreuve lors de laquelle peut opérer une distinction

¹³⁷ Quaderi, A., *op. cit.*, 2010.

¹³⁸ Freud, S., *op. cit.*, 2005.

entre excitations externes et excitations internes. La seconde situation relatée concerne l'incapacité du sujet à réinvestir une image (une « image hostile », pour reprendre ses termes) lui permettant de soupçonner le déplaisir et donc de l'éviter. En temps normal donc, le sujet perçoit, grâce à l'excitation perceptive annonçant une décharge, un indice (« indice de réalité » nous dira Freud quelques lignes plus loin), un signal qui doit lui faire comprendre la proximité du déplaisir et la nécessité d'investir une autre image que l'image initiale qui s'imposait à lui. Le cas échéant, « le déplaisir sera immense et la défense primaire excessive.¹³⁹ »

Mais l'omniprésence de la réalité dans la MAA à un stade sévère¹⁴⁰ ne laisserait plus de place à un signal prévoyant le déplaisir, donc plus de signal de danger, ce qui amènerait à un surinvestissement de la réalité. Le vécu systématique dans l'instant présent l'empêche, comme nous le ferions, de faire un tri de toutes les informations sensorielles perçues. Ainsi, utiles ou non, agréables ou pas, le sujet atteint de démence cherche à interpréter tout ce qui arrive jusqu'à sa psyché, convaincu que tout lui est adressé. Pourtant, Freud le notait, certaines informations provoquant un affect pénible ont tout intérêt à être oubliées. Le sujet atteint de MAA à un stade sévère ne peut se défaire de ces affects pénibles. Il ne cesse de vouloir se souvenir, c'est d'ailleurs ce qui faisait dire à Quaderi que « le dément souffre en réalité de son incapacité d'oublier qu'il ne peut plus oublier de se souvenir.¹⁴¹ » Il y a ici un lien à faire avec la fonction habituelle du mot : pour se souvenir, il faut des mots, et l'altération des processus secondaires du sujet atteint de démence freine la possibilité de s'exprimer, de dire, donc de se souvenir et d'oublier...

3. 2. 4. Un « affect avec une trace de Représentation »

Je l'ai suggéré à de nombreuses reprises, le sujet atteint de démence n'aurait plus la possibilité d'halluciner l'objet absent : l'objet absent est réellement absent. En temps normal, ce qui permet de rendre présent un objet absent, c'est le mot. L'incapacité du sujet atteint de démence à évoquer l'objet en son absence tient principalement du fait qu'il

¹³⁹ Freud, S., *op. cit.*, 1956, p. 343

¹⁴⁰ Quaderi, A., *op. cit.*, 2010.

¹⁴¹ Quaderi, A. (2009). Mémoire et souvenir dans la clinique du dément. *Cliniques méditerranéennes*, 79, (1), p. 79-90.

ne dispose plus des moyens pour le faire : l'absence de la lexicologie dans le discours remet en question la fonction du fantasme que Freud avait articulé, nous l'avons souligné ci-avant, au jeu de la bobine (Fort-Da). Andrès le formule ainsi : « « L'impuissance » du présent à tenir la représentation sans cette alternance d'apparition et de disparition de deux corps implique un retour obligé vers les scènes originaires qui, paradoxalement, tiennent lieu d'une présence infaillible.¹⁴² » S'entend ici un appel à cet Autre secourable qui répondait systématiquement aux appels de l'enfant, Autre vers lequel le sujet atteint de démence est incessamment en quête. Andrès ajoute plus loin que « s'il n'y avait alternance, il n'y aurait logiquement que « corps-pensée » soit effraction, traumatisme, sans ouverture à du tiers, à de la représentation précisément¹⁴³ », et donc pas de transfert du somatique au psychique, comme cela semble apparaître dans la démence.

À la question de savoir ce que serait la représentation dans la démence, je dirais qu'il y a une prévalence de l'affect, une violence de l'affect, avec une incapacité à retrouver le représentant psychique correspondant. Le représentant de la représentation fait défaut, et l'affect s'en trouve accentué. Seulement, ce qu'il ne faut surtout pas négliger, c'est que le sujet atteint de démence a connu des processus psychiques plus élaborés, d'où mon hypothèse d'un « affect avec une trace de représentation », ou, pour marquer la différence d'avec la psychose, d'une « violence d'affect avec « plus » de représentation ». Il n'est, en effet, pas exclu que le sujet atteint de démence n'ait à faire qu'à l'excitation de la zone corporelle sans ne jamais pouvoir se représenter l'objet source de satisfaction. Andrès relève à ce sujet que « le représentant comme excitation somatique ne recouvre aucune image ; il est en quelque sorte un appel du corps et il ne prend effet que s'il est articulé à une représentation d'objet¹⁴⁴ », ce qui n'est plus le cas dans la démence.

En somme, l'involution du système de représentation dans la maladie d'Alzheimer est marquée par une rupture entre l'affect et la représentation. Dans ce cas, si l'on suit la théorie de Green¹⁴⁵, l'affect prend alors la place de la représentation, ce qui peut

¹⁴² Kaufmann, P., *op. cit.*, 1998, p. 477.

¹⁴³ *Ibid.*, Kaufmann, P., 1998, p. 477.

¹⁴⁴ *Ibid.*, Kaufmann, P., 1998, p. 478.

¹⁴⁵ Green, A., *op. cit.*, 1999.

désorganiser la parole jusqu'à l'inintelligible, l'indicible du retour au corporel, l'affect se déliant alors de la parole.

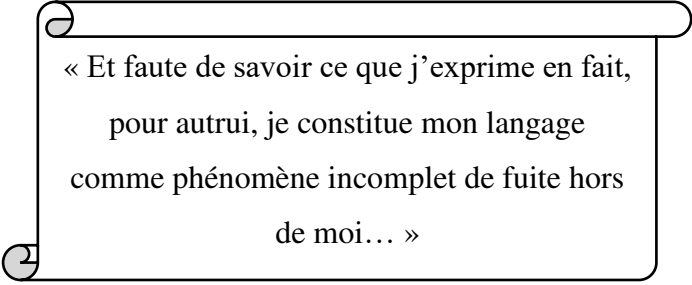
L'axe suivant concernant la palilalie du sujet dément illustrera précisément cette première hypothèse.

**DEUXIÈME AXE : LA PALILALIE, TÉMOIN DU DISCOURS
« AFFECTÉ » DU SUJET ATTEINT DE DÉMENCE A UN
STADE SÉVÈRE**



William Utermohlen, *Self portrait*, 2000¹⁴⁶

¹⁴⁶ Œuvre de William Utermohlen, qui s'est peint lorsqu'il était lui-même atteint de maladie d'Alzheimer.
En ligne : <http://14octobre.org/2012/12/01/william-utermohlen-autoportraits-alzheimer/#>



« Et faute de savoir ce que j'exprime en fait,
pour autrui, je constitue mon langage
comme phénomène incomplet de fuite hors
de moi... »

Sartre, 1943¹⁴⁷

Partant de ma première hypothèse qui propose d'entendre la maladie d'Alzheimer en termes d'involution du système de représentation entraînant une violence de l'affect délié de son représentant de la représentation, ce deuxième axe est l'occasion d'introduire la question de la palilalie. Cette défaillance du dit, de l'énonciation du sujet, conséquence directe de l'involution psychique, pourrait alors s'entendre comme la façon dont le sujet fait face à cet affect prévalent qui le déborde.

Après avoir précisément défini la palilalie, j'amènerai ainsi ma deuxième hypothèse dont je viens de donner les prémisses. Et si la palilalie était en fait la mise en acte de ce puissant affect ?

Chapitre 1. Définitions et conceptions de l'aphasie

1. 1. Définition

Aphasie vient du grec *phasis* qui signifie « parole », lié au préfixe privatif – a. Elle correspond à la perte partielle ou totale de la faculté de s'exprimer et de comprendre le langage qu'il soit parlé ou écrit, malgré l'intégrité anatomique et fonctionnelle des organes de la phonation (langue, larynx), et indépendamment de toute atteinte neurologique d'origine sensorielle (sans difficultés d'audition, ou de vue). Les difficultés résultant de l'aphasie sont nombreuses : manque du mot, réduction de l'expression, logorrhée, dysarthrie, paraphasie, jargonaphasie, stéréotypie, et trouble de compréhension.

¹⁴⁷ Sartre, JP. (1943) *L'être et le néant*. Paris : Gallimard, 2011, p. 404.

1. 2. Étiologies des aphasies

Les causes responsables des aphasies peuvent être classées en quatre groupes, à savoir les maladies vasculaires cérébrales, les traumatismes crâniens, les tumeurs, ainsi que les maladies dégénératives et autres causes.

1. 3. L'aphasie, des neurosciences cognitives à la psychanalyse, en passant par la linguistique

Dans un souci de cohérence et de fidélité au modèle que nous avons présenté à la fin de la première partie, nous choisissons d'explicitier ici les conceptions de Jackson et de Freud pour envisager l'aphasie.

1. 3. 1. John Hughlings Jackson : un précurseur

Je l'ai dit, Jackson a été pour Freud une source d'inspiration dans le développement de ses travaux futurs. Lorsque Jackson décrit l'évolution comme le passage du plus automatique au plus volontaire, il évoque l'exemple de l'aphasie. Jackson avait été influencé par le fait que dans les troubles aphasiques, le langage « volontaire » (la capacité à fabriquer un discours en rapport avec les situations dans lesquelles on se trouve) est atteint, parfois gravement, alors que le langage des gestes et des attitudes est mieux conservé (parce que mieux automatisé). Selon lui, l'évolution se marque alors par le passage à des comportements de plus en plus différenciés, de plus en plus souples, exigeant donc du sujet un contrôle de plus en plus précis.

Jackson décompose l'aphasie en symptômes négatifs – la suspension du langage articulé – et en symptômes positifs – le jargon qui prend sa place et qui marque l'activité de centres inférieurs échappant à un contrôle supérieur. Il inaugure ainsi une neurologie globaliste, où les symptômes ne sont pas que l'effet linéaire d'une lésion, mais où ils représentent un mélange complexe de déficits directement engendrés par la lésion et de réorganisation défensive de l'ensemble des conduites pour s'adapter à cette lésion et la

compenser. Cette théorie a eu une grande influence sur les conceptions de la psychopathologie.

1. 3. 2. Freud

Dans ses *Contributions à la conception des aphasies*, Freud définit l'aphasie comme la « [...] suppression ou la diminution de la capacité d'exprimer ses pensées par des signes conventionnels, ou de comprendre tels signes, en dépit d'un degré suffisant d'intelligence, et malgré l'intégrité des appareils périphériques sensoriels, nerveux et musculaires qui participent à l'expression ou à la compréhension du langage. [...] L'aphasie est une maladie psychique.¹⁴⁸ » Il pose donc l'aphasie comme étant une maladie psychique, il l'envisage sous un angle psychologique en s'appuyant sur les phénomènes pathologiques dits fonctionnels. De ce point de vue, un modèle psychologique du langage, vérifiable par la « décomposition clinique », doit être clairement posé pour prétendre ensuite faire l'anatomie du langage. Cette vision de Freud donne tout son sens à la métaphore du cristal brisé : « Pour la psychologie, le « mot » est l'unité de base de la fonction du langage, qui s'avère être une représentation complexe, composée d'éléments acoustiques, visuels et kinesthésiques. La connaissance de cette composition nous la devons à la pathologie, qui nous montre qu'en cas de lésions organiques dans l'appareil du langage, il se produit une décomposition correspondante du discours suivant cette composition.¹⁴⁹ » C'est donc en partant de la pathologie, de l'aphasie, que Freud va se lancer dans la construction d'une théorie du langage, sans laquelle il est impossible de comprendre le mécanisme de l'aphasie.

Il s'appuie sur les découvertes de Broca et Wernicke (respectivement à l'origine de l'aphasie motrice et de l'aphasie sensorielle) pour remettre en cause la théorie des localisations qui prétendait qu'il existerait un centre pour chaque fonction du langage, et que l'atteinte d'un de ces centres serait à l'origine d'un trouble n'ayant pas de répercussions sur d'autres centres. Les aires de Broca et Wernicke seraient quant à elles

¹⁴⁸ Freud, S., *op. cit.*, 1983, p. 41-42.

¹⁴⁹ *Ibid*, Freud, 1983, p. 123. Cité par De Guibert, C. (2004). Saussure, Freud, l'aphasie : d'un point de rencontre à la linguistique clinique. *Marges Linguistiques*, 7, p. 110-124. En ligne : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00343500>

reliées par une voie permettant d'associer l'image sonore verbale à l'image motrice verbale. L'altération de cette voie d'association serait à l'origine d'une aphasie de conduction appelée paraphasie.

Ainsi, Freud préfère à la théorie des localisations un champ théorique mettant en avant un lien entre une série d'images mnésiques, lien soudé par diverses voies d'association. C'est alors qu'il opère une distinction entre la perte de la représentation de mots (l'aphasie), et la perte de la représentation de choses Freud nomme agnosie.

1. 3. 3. Jakobson et Lacan

En 1963 paraît en français le premier tome des *Essais de linguistique générale*, recueil d'articles de Jakobson. Abordant la pathologie du langage que constitue l'aphasie d'un point de vue linguistique, Jakobson cherche à comprendre quels sont les procédés linguistiques impliqués dans ces pathologies, sans toucher aux fonctionnements psychique et neurologique. À l'instar de Freud, il s'inspire en partie des travaux de Jackson publiés en 1915, à savoir ceux qui mettent en avant le dysfonctionnement de l'axe paradigmatique ou de l'axe syntagmatique comme commun à la diversité des formes d'aphasie : « Parler implique la sélection de certaines entités linguistiques et leur combinaison en unités linguistiques d'un plus haut degré de complexité. Cela apparaît tout de suite au niveau lexical : le locuteur choisit les mots (axe paradigmatique) et les combine en phrases (axe syntagmatique).¹⁵⁰ »

Le premier type d'aphasie correspond à une altération des relations paradigmatiques (choix des mots et des sons) : le patient permute un son et un autre. Le second type d'aphasie relève d'un dérèglement des relations syntagmatiques (combinaison entre les mots ou les sons) : « Les règles syntaxiques qui organisent les mots en unités plus hautes sont perdues ; cette perte appelée « agrammatisme », aboutit à dégrader la phrase en un

¹⁵⁰ Jakobson, R. (1956). Deux aspects du langage et deux types d'aphasie. *Essais de linguistique générale, tome I. Les fondations du langage*. Paris : Éditions de Minuit, coll. Arguments, 1963, p. 45-46.

simple « tas de mots ». ¹⁵¹ » Dans ce second type d'aphasie, le patient inverse des syllabes ou des bouts de phrases.

Jakobson propose de transposer ces deux types d'aphasie à deux figures de rhétorique chères à Lacan : la métaphore et la métonymie : « La métaphore devient impossible dans le trouble de la similarité [paradigme], et la métonymie dans le trouble de la contiguïté [syntagme]. ¹⁵² » En ce sens, dans son séminaire sur les psychoses, Lacan fait de nombreuses références à l'étude sur les aphasies de Jakobson. Il évoque les difficultés d'association entre les éléments du langage (métaphore et métonymie) du sujet psychotique. Lacan opère alors une « opposition entre, d'une part, les rapports de similarité ou de substitution, ou de choix (...) bref de tout ce qui est de l'ordre du synonyme, et d'autre part les rapport de contiguïté, d'alignement, d'articulation signifiante, de coordination syntaxique. Dans cette perspective, l'opposition classique des aphasies sensorielles et des aphasies motrices (...) se coordonne. ¹⁵³ » Il ajoute quelques pages plus loin que « [Dans la première] il y a là un trouble de la similarité - le sujet est incapable de la métaphrase, et ce qu'il a à dire est tout entier dans le domaine de la paraphrase. - [L'autre] commence par les troubles de l'agrammatisme (...) et va jusqu'à une réduction extrême du stock verbal - C'est ici essentiellement l'articulation, la syntaxe du langage, qui, progressivement (...) se dégrade, au point de les rendre incapables d'articuler dans une phrase composée ce qu'ils peuvent pourtant correctement nommer. ¹⁵⁴ » L'impossible accès à la métaphore et à la métonymie dans la psychose laisse place à un trou au niveau du signifiant.

Comme le sujet psychotique, le sujet atteint de démence semble confronté à une désorganisation structurale du langage, mais à l'inverse de lui, il a pu avoir accès auparavant aux opérations fondamentales qui organisent le discours. Partant de cela, nous allons voir, dans la suite de ce travail, comment le sujet dément va chercher une solution

¹⁵¹ *Ibid.*, Jakobson, R., 1963.

¹⁵² *Ibid.*, Jakobson, 1963.

¹⁵³ Lacan, J. (1955-1956). *Le séminaire livre III, Les psychoses*. Paris : Seuil, 1981, p. 249

¹⁵⁴ *Ibid.*, Lacan, J., 1981, p. 255.

« sinthomatique » (au sens du sinthome de Lacan¹⁵⁵) pour contrebalancer le signifiant défaillant.

Chapitre 2 : L'aphasie dans la maladie d'Alzheimer

Dans le champ de la maladie d'Alzheimer, les troubles aphasiques sont extrêmement hétérogènes¹⁵⁶. Premièrement, ils peuvent évoluer différemment d'un individu à l'autre avec la progression de la maladie¹⁵⁷ ; deuxièmement, ils ne sont pas toujours proportionnels aux déficits qui affectent les autres composantes de la cognition. Ainsi, à un stade d'évolution similaire, certains individus avec la maladie d'Alzheimer présenteront plus de troubles du langage que d'autres¹⁵⁸. Et troisièmement, leur ampleur et leur nature peuvent varier dans le temps, ce qui complique sérieusement l'évaluation de ces troubles et l'estimation précise de leur impact sur les activités de la vie quotidienne¹⁵⁹.

2. 1. Une étude princeps : Luce Irigaray

Une étude majeure, incontournable dans notre milieu, a été publiée en 1973 par Irigaray, et s'intitule « Le Langage des déments ». Nous y trouvons le récit d'une étude clinique expérimentale poussée et des résultats largement repris depuis. Irigaray y décrit les troubles du langage du sujet atteint de démence, mais plus encore, elle propose une base de réflexion sur les modalités de fonctionnement du langage dans la démence. Son

¹⁵⁵ Lacan a créé le terme de *sinthome* pour désigner le quatrième rond du nœud borroméen, et pour signifier que le symptôme doit tomber. Le sinthome est ce qui ne chute pas, mais ce qui se modifie, se change pour que restent possible la jouissance, le désir.

¹⁵⁶ Cardebat, D., Aithamon, B., Puel, M. (1995). Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. Dans : Eustache, F., Agniel, A. (1995). *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge*. Marseille : Solal, p. 213-223.

¹⁵⁷ Chassé, V., Joannette, Y., Giroux, F., Ska, B. (2004). Profils d'évolution des atteintes cognitives de patients avec démence de type Alzheimer : une étude longitudinale. *L'année gériatrique*, 18, p. 110-120.

¹⁵⁸ Joannette, Y., Belleville, S., Gely-Nargeot, MC., Ska, B., Valdois, S. (2000). Pluralité des patrons d'atteinte cognitive accompagnant le vieillissement normal et la démence. *Revue Neurologique*, 156, (8-9), p. 759-766.

¹⁵⁹ Cardebat, D., Aithamon, B., Puel, M., *op. cit.*, 1995.

objectif majeur était de découvrir une « grammaire démentielle.¹⁶⁰ », rendant compte de ce qui est opérationnel dans les fonctions langagières.

2. 1. 1. Huit caractères du langage démentiel

Dès 1973 avec Irigaray, qui prend appui sur les études de Seglas (1892), huit caractères principaux viennent définir les troubles du langage.

Le premier caractère du langage démentiel est la *pauvreté du discours*, à laquelle est référée un appauvrissement du stock lexical qui : (1) concerne les noms propres, les dates, les substantifs ; (2) concerne les termes abstraits ; (3) aboutit à la production de termes spécifiques au profit de termes plus génériques (machin, truc, etc.) ; (4) induit des réponses approximatives (paraphrases, procédures de descriptions, références à une situation personnelle). Irigaray ajoute plus loin dans son ouvrage qu'en plus de la réduction lexicale, « on assiste à une indifférenciation progressive des lexèmes » (unité minimale de significations)¹⁶¹. D'ailleurs le sujet dément peut difficilement rapporter un terme à un ensemble paradigmatique et opérer des corrélations adéquates entre ses termes. Il semble par ailleurs que dans l'ambiguïté sémantique et la polysémie échappent au sujet dément. Le mot devient univoque, la polysémie et la capacité du sujet à être dans les effets de parole semblent disparaître dans la démence¹⁶².

Le deuxième caractère du langage démentiel est *l'incohérence des énoncés* à laquelle s'impose la comparaison avec l'incohérence des comportements non verbaux. Elle résulte d'une inadéquation des réponses du sujet aux questions de l'observateur ou du contenu des énoncés démentiels avec la situation en cause. Ainsi les néologismes des psychotiques (néologismes actifs) ne sont pas identiques aux néologismes des déments (néologismes passifs).

Le troisième caractère des troubles du langage consiste en l'existence de *phénomènes persévératifs* qui entraînent une *stéréotypie du discours parlé ou écrit*. Ces

¹⁶⁰ Irigaray, L. (1973). *Le langage des déments*. Paris : Mouton, p 15.

¹⁶¹ *Ibid.*, Irigaray, L., 1973, p. 345.

¹⁶² *Ibid.*, Irigaray, L., 1973, p. 271.

persévérations conduisent le dément à répondre de façon automatique, vide de tout contenu, à son interlocuteur. Nous aurions alors à faire à des paroles sans message.

La quatrième caractéristique du langage démentiel est la fréquence des *digressions* dans les énoncés produits. Ces digressions relèvent d'une approximation des énoncés, avec difficulté importante dans la dénomination des objets. Il en résulterait des réponses approximatives dans lesquelles interfèrent des références à des problèmes personnels, à des néologismes, etc.

La cinquième caractéristique concerne l'*augmentation du désordre de l'énoncé* qui s'accroît au fil de l'avancée de la maladie. Il corrélait avec l'incapacité du sujet atteint de démence à élaborer un discours cohérent.

La sixième caractéristique est l'*absence de contrôle réel sur les émissions* : les déments sont satisfaits de leurs réponses.

La septième caractéristique est associée à l'existence de *difficultés dans la réception et l'interprétation des messages*, ce qui explique l'inadéquation des réponses aux questions de l'observateur.

Enfin, la huitième caractéristique est la *perte de la « pensée catégorielle »*, se manifestant par l'incapacité des déments à énumérer les termes constituant une catégorie donnée, ainsi que par une difficulté voire une impossibilité à reconnaître des mots en fonction des catégories sémantiques.

Ainsi, l'ensemble des troubles relève d'une problématique autour de l'énoncé, et au vu de cette catégorisation sévère faite par Irigaray, il semble bien ne pas rester grand-chose du discours des sujets déments ! Fort heureusement, Irigaray nous explique que « le modèle de la langue » et sa composante phonologique sont intacts chez le dément. L'utilisation de phonèmes, de groupes syllabiques, sont préservés tout comme la

subsistance des patterns syntaxiques¹⁶³. Les schémas phrastiques sont correctement réalisés.

2. 1. 2. La disparition d'une « distance métalinguistique à la langue »

Selon l'auteur, il n'existe plus de ce que l'on pourrait « appeler une distance métalinguistique à la langue.¹⁶⁴ » L'utilisation des schèmes syntaxiques subsiste dans les phrases des sujets déments, mais le système combinatoire des mots entre eux s'avère déficient. Le sujet dément ne sait plus jouer avec les mots, pour les combiner pour s'exprimer. Il n'utilise plus le signifié, même s'il utilise des mots au niveau du lexique. Cela le conduit à « l'incapacité de générer et à assumer de nouveaux messages.¹⁶⁵ ».

2. 2. État des lieux des études réalisées après Irigaray

2. 2. 1. Les stades d'évolution

Trois grands stades d'évolution décriraient les troubles du langage du sujet atteint de maladie d'Alzheimer¹⁶⁶.

Au stade initial de la maladie, le manque du mot (ou du mot juste) (anomie) soulève fréquemment la première inquiétude des patients, à laquelle s'ajoute une augmentation particulièrement importante des intrusions (c'est-à-dire des items produits ne respectant pas le critère d'évocation ou encore des items répétés). Dans les conversations, paraphrasies verbales et circonlocutions¹⁶⁷ sont à noter. Nous retrouvons ici les caractéristiques de pauvreté du discours et d'incohérence des énoncés soulevés par Irigaray. Les altérations concernent aussi l'expression écrite, notable dans le contexte

¹⁶³ *Ibid.*, Irigaray, L., 1973, p. 344.

¹⁶⁴ *Ibid.*, Irigaray, L., 1973, p. 169 et p. 347.

¹⁶⁵ *Ibid.*, Irigaray, L., 1973, p. 348.

¹⁶⁶ Kempler, D. (1991). Language changes in dementia of the Alzheimer type. Dans : Lubinski, RB., Orange, JB, Henderson, D., Stecker, N. (1991). *Dementia and communication*. Philadelphia, PA: Mosby. p. 98-114 ; Cardebat, D., Aithamon, B., Puel, M., *op. cit.*, 1995.

¹⁶⁷ Une circonlocution est un procédé rhétorique par lequel un mot est remplacé par une expression le désignant.

d'actes anodins tels le remplissage d'un chèque¹⁶⁸. À ce stade, la compréhension du langage oral et écrit est généralement bien préservée, bien que l'individu puisse exprimer un certain malaise se traduisant par une modification des habitudes de lecture. La compréhension de l'intention du locuteur peut déjà être affectée à ce stade (difficultés à apprécier les métaphores, le sarcasme). Par contre, les aspects instrumentaux du langage (phonologie, morpho-syntaxe) sont, à ce stade, habituellement préservés. Entre autre, la lecture à voix haute et la répétition sont normalement conservées.

À un stade plus avancé de la maladie, l'anomie est importante, les paraphasies verbales sémantiques et les mots vides sont nombreux et peuvent être accompagnés de néologismes. Des persévérations idéiques viennent perturber un discours qui est en soi déstructuré. Certains aspects morpho-syntaxiques sont atteints, avec par exemple des pronoms qui ne parviennent plus à désigner un même objet dans une phrase. Les habiletés discursives (discours narratif et conversationnel) de même que pragmatiques sont fortement perturbées. Le langage permet alors de moins en moins la communication et déroute de plus en plus l'interlocuteur qui doit constamment chercher des stratégies de réparation, source de fatigue et de frustrations pour le malade comme pour ses aidants. La compréhension du langage oral et écrit est elle aussi fortement perturbée, venant amplifier la situation de handicap communicationnel majeur. Jusque-là, les caractéristiques définies par Irigaray en 1973 se voient confirmées par les présentes études.

En somme, aux stades les plus avancés de la maladie, le langage en tant que vecteur de communication s'effondre. L'ampleur des perturbations sémantiques au niveau du mot, de la phrase, et du discours, la présence de troubles morpho-syntaxiques, de graves troubles pragmatiques et la présence de troubles majeurs de la compréhension orale et écrite altèrent considérablement les possibilités de communiquer par la parole. Des comportements d'écholalie, de palilalie ou de mutisme caractérisent également la difficulté à communiquer. Souvent, les seuls éléments de communication possibles se traduisent par l'expression de sentiments, d'humeur qui passe par certains mots ou groupes de mots dont le contenu émotionnel sera reconnu par un locuteur connaissant

¹⁶⁸ Croisile, B. (2005). Communication, langage écrit, et démence. Dans : Michel, BF., Verdureau, F., Combet, P. (2005). *Communication et démence*. Marseille : Solal, p. 83-103.

bien le patient. Certains automatismes verbaux (par exemple, les formules de politesse) peuvent être notés, mais leur utilisation n'est pas toujours appropriée.

Cet état des lieux précis des troubles aphasiques survenant dans la maladie d'Alzheimer nous emmènent vers un trouble plus précis encore : la palilalie.

Chapitre 3 : la palilalie : définition et revue de littérature

La répétition palilalique est une stéréotypie¹⁶⁹, manifestation de l'aphasie lors de laquelle le sujet atteint de démence produit les mêmes mots ou sons, quelle que soit la situation.

Palilalie a pour étymologie grecque la combinaison de *palin* signifiant « de nouveau » et *lalein* voulant dire « parler ». Le terme « palilalie » apparaît pour la première fois en 1908 chez Souques qui décrit un patient ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ayant eu pour conséquence une hémiplégie gauche. Souques repère alors que le patient répète compulsivement ses réponses aux questions de l'examineur ; il parle alors de palilalie¹⁷⁰. Il observe également ce symptôme chez un patient présentant un syndrome parkinsonien post-encéphalitique¹⁷¹. Cependant, une condition similaire fut repérée en 1899 chez un patient de Brissaud qui évoque un cas d' « auto-écholalie¹⁷² ». Le diagnostic de palilalie semble donc bien flou à cette époque.

3. 1. Définitions

La palilalie est considérée comme une aphasie, un trouble du langage. Elle doit être différenciée du bégaiement, de la logoclonie, et de l'écholalie. Le bégaiement se caractérise par une difficulté à produire le prochain son attendu ; la logoclonie par la

¹⁶⁹ Ces stéréotypies sont associées dans le DSM 5 au « Trouble du Spectre Autistique ». American Psychiatric Association, *op. cit.*, 2003, p. 58.

¹⁷⁰ Souques, AA. (1908). Palilalie. *Revue neurologique*, 116, p. 340–342.

¹⁷¹ Syndrome parkinsonien aigu provoqué par une encéphalite d'origine virale. Fréquent au XX^{ème} siècle.

¹⁷² Critchley, M. (1927). On palilalia. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, 8, (29), p. 23-32.

répétition de la dernière syllabe des mots, et l'écholalie par la répétition automatique des mots adressés aux patients¹⁷³.

En 2014, le dictionnaire médical de l'académie de médecine définit la palilalie comme un « trouble acquis de l'émission du langage, qui réalise une répétition incoercible, parfois itérative, de syllabes, de mots, de courtes phrases, et comporte une tachyphémie avec fréquente aphonie terminale dans sa forme majeure.¹⁷⁴ »

Les définitions de la palilalie varient d'auteurs en auteurs. Souques, l'un des premiers chercheurs sur la palilalie, définit simplement cette condition comme une répétition involontaire et spontanée du même mot ou phrase deux fois ou plus à la suite¹⁷⁵. Boller et *al.* fournissent plus de détails en décrivant la palilalie comme une perturbation du discours et non de la langue, avec aucun défaut de capacité à manipuler les aspects linguistiques et symboliques de la communication¹⁷⁶. Ackermann et *al.* s'accordent sur le fait que les réitérations d'un orateur palilalique sont sémantiquement adéquates¹⁷⁷. Van Borsel et *al.* constatent que les réitérations ne sont pas nécessairement scatologiques comme dans le cas de coprolalie¹⁷⁸ (tendance morbide à employer des termes orduriers et scatologiques). Cependant, Serra-Mestres et *al.* présentent des exceptions dans leur étude de quatre patients souffrant du syndrome de Gille de la Tourette qui produisent ce genre de termes dans le cadre d'une répétition palilalique¹⁷⁹.

In fine, au vu des premières recherches citées, la palilalie relève toujours d'une condition pathologique.

¹⁷³ Yasuda, Y., Akiguchi, I., Ino, M., Nabatabe, H., Kameyama, M. (1990). Paramedian thalamic and midbrain infarcts associated with palilalia. *The Journal of neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 53, p. 797-799.

¹⁷⁴ Dictionnaire médical de l'académie de médecine – version 2018. En ligne : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=palilalie>

¹⁷⁵ Souques, A. (1918-1936). *Exposé des titres et des travaux scientifiques*, Paris : ancienne imprimerie de la cour d'Appel, 1936, 107 p.

¹⁷⁶ Boller, F., Boller, M., Denes, G., Timberlake, WH., Zieper, I., Albert, MS. (1973). Familial palilalia. *Neurology*, 23, p. 1117-1125.

¹⁷⁷ Ackermann, H., Ziegler, W., Oertel, WH. (1989). Palilalia as a symptom of levodopa induced hyperkinesias in Parkinson's disease. *The Journal of neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 52, p. 805-807.

¹⁷⁸ Van Borsel, J., Bontinck, C., Coryn, M., Paemeleire, F., Vandemaele, P. (2007). Acoustic features of palilalia: a case study. *Brain and Language*, 101, (1), p. 90-96.

¹⁷⁹ Serra-Mestres, J., Shapleske, J., Tym, E. (1996). Treatment of Palilalia With Trazodone. *The American Journal of Psychiatry*, 153, (4), p. 180-181.

Horner et Massey précisent que les répétitions de sons ou de syllabes sont caractéristiques de la palilalie mais à un moindre degré que les répétitions de mots ou d'expressions¹⁸⁰. Quelques années plus tard, Ackermann et *al.* ne différencient pas les répétitions de la palilalie et simplifient en incluant la répétition de syllabes, de mots, ou de phrases¹⁸¹. La définition de la palilalie continue par la suite de faire débat, puisque Duffy rapporte que les répétitions de sons et de syllabes sont généralement exclues des définitions de la palilalie, bien qu'elles soient présentes chez les orateurs palilaliques¹⁸², un fait qui fut aussi constaté par Lebrun¹⁸³. Ludlow et *al.* considèrent que les syllabes seules ou partielles, ainsi que les combinaisons de syllabes devraient être incluses dans la définition de la palilalie¹⁸⁴, pendant que Lebrun insiste pour les exclure. Il distingue les itérations, comme les répétitions de sons, de parties de mots ou de mots des palilalies qu'il définit comme des répétitions de mots multisyllabiques, d'expressions et de phrases¹⁸⁵. C'est pour cette raison qu'il considère à la fois les palilalies et les itérations comme étant apparentées à des formes de bégaiement acquis, défini comme des itérations de phonèmes et de syllabes, et la palilalie comme des itérations de mots et de phrases.

Pris dans la confusion de la définition incertaine, plusieurs chercheurs ont utilisés des termes additionnels pour catégoriser les différentes unités de répétition. Comme noté plus haut, Lebrun désigne par le terme « itération » les répétitions involontaires de sons, syllabes, ou mots courts qui se succèdent plusieurs fois¹⁸⁶. Benke et Butterworth nomment quant à eux « syllabes ou fragments de mots » les « itérations monosyllabiques », et les considèrent comme un type de répétition du discours différent de la palilalie¹⁸⁷. Dietl et *al.* spécifient que le terme « logoclonie » est réservé à la répétition compulsive de la dernière syllabe d'un seul mot¹⁸⁸, pendant que Christman et *al.* définissent la logoclonie

¹⁸⁰ Horner, J., Massey, EW. (1983). Progressive dysfluency with right-hemisphere disease. *Brain and Language*, 18, p. 71-85.

¹⁸¹ Ackermann H, Ziegler W, Oertel WH., *op. cit.*, 1989.

¹⁸² Duffy, JR., *op. cit.*, 2012. (1995).

¹⁸³ Lebrun, Y., *op. cit.*, 1997.

¹⁸⁴ Ludlow, CL., Polinsky, RJ., Caine, ED., Bassich, CJ., Ebert, MH. (1982). Language and speech abnormalities in Tourette syndrome. *Advances in Neurology*, 35, p. 351-361.

¹⁸⁵ Lebrun, Y., *op. cit.*, 1997.

¹⁸⁶ *Ibid.*, Lebrun Y., 1997.

¹⁸⁷ Benke, T., Butterworth, B. (2001). Palilalia and repetitive speech: two case studies. *Brain and language*, 78, (1), p. 62-81.

¹⁸⁸ Dietl, T., Auer, DP., Modell, S., Lechner, C., Trenkwalder, C. (2003). Involuntary vocalisations and a complex hyperkinetic movement disorder following left side thalamic haemorrhage. *Behavioural Neurology*, 14, (3-4), p. 99-102.

plus généralement comme la répétition de sons et de syllabes qui contrastent avec les répétitions palilaliques¹⁸⁹.

3. 2. Causes

La cause exacte de la palilalie reste à ce jour inconnue. Wallesch prétend que la palilalie, les itérations, la logoclonie, et les tics, sont tous spécifiques de troubles extrapyramidaux. Cependant, les pathologies associées à la palilalie pointent un dommage cortical, et/ou subcortical, et/ou des ganglions de la base¹⁹⁰. Les maladies neurologiques reliées à la présence de la palilalie sont variées : maladie de Parkinson¹⁹¹, les syndromes de Parkinson qui incluent la paralysie supranucléaire progressive¹⁹², la paralysie pseudobulbaire, le syndrome de Gille de la Tourette, la maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer, l'épilepsie¹⁹³, les dégâts liés aux attaques cérébrales ou à un trauma¹⁹⁴, et la dégénération corticobasale¹⁹⁵. Ces manifestations suggèrent des changements pathologiques dans les ganglions de la base / striatum¹⁹⁶, le thalamus, ou les dégâts des fibres reliant le cortex cérébral avec les structures subcorticales¹⁹⁷. Wallesch met en évidence le rôle des ganglions de la base et du thalamus ventral dans la production du langage, et propose que les comportements de répétition verbale reflètent en général leur perturbation¹⁹⁸. Spécifiquement à la palilalie, Serra-Mestres et *al.* suggèrent une contribution du lobe frontal aux comportements de répétition verbale¹⁹⁹. Les déficits dans les boucles fronto-subcorticales connectant les régions frontales du cerveau avec les ganglions de la base sont impliqués dans les déficiences du contrôle inhibiteur, et

¹⁸⁹ Christman, SS., Boutsen, FR., Buckingham, HW., *op. cit.*, 2004. (2004).

¹⁹⁰ Wallesch, CW. (1990). Repetitive verbal behaviour: Functional and neurological considerations. *Aphasiology*, 4, (2), p. 133-154.

¹⁹¹ Ackermann H, Ziegler W, Oertel WH., *op. cit.*, 1989.

¹⁹² Garratt, H., Bryan, K., Maxim, J. (1999). Palilalia in progressive supranuclear palsy: Failure of the articulatory buffer and subcortical inhibitory systems. Dans : Maassen, B., Groenen, P. (1999). *Pathologies of speech and language: Advances in clinical phonetics and linguistics*. London : Maassen and Groenen, 300 p.

¹⁹³ Van Borsel J, Schelpe L, Santens P, De Vos N, De Vos C., *op. cit.*, 2001 ; Yang-Je, C., Sang-Don, H., Sook Keun, S., Byung In, L., and Kyoung, H. (2009). Palilalia, echolalia, and echopraxia–palipraxia as ictal manifestations in a patient with left frontal lobe epilepsy. *Epilepsia*, 50, (6), p. 1616–1619.

¹⁹⁴ Benke T, Butterworth B., *op. cit.*, 2001.

¹⁹⁵ Blake, ML., Duffy, JR., Tompkins, CA., Myers, PS. (2003). Right hemisphere syndrome is in the eye of the beholder. *Aphasiology*, 17, p. 423-432.

¹⁹⁶ Ackermann H, Ziegler W, Oertel WH., *op. cit.*, 1989.

¹⁹⁷ Lebrun Y., *op. cit.*, 1997.

¹⁹⁸ Wallesch CW., *op. cit.*, 1990.

¹⁹⁹ Serra-Mestres J, Shapleske J, Tym E., *op. cit.*, 1996.

communs aux troubles dégénératifs. Benke et Butterworth spéculent que, si la participation du lobe frontal existe vraiment, la palilalie pourrait également être influencée par la participation du contrôle exécutif²⁰⁰.

Quel que soit le cas de palilalie observé, les auteurs mettent l'accent sur les perturbations cérébrales qui coïncident avec elle.

3. 3. Formes et profils de palilalie

Garratt et *al.* avancent qu'il était admis de supposer que des exigences plus élevées de traitement cognitif seraient repérables chez les sujets palilaliques²⁰¹ : cela se traduirait par un plus grand nombre d'épisodes de palilalie lors de la production propositionnelle²⁰². Seulement, de nombreux travaux de la littérature vont à l'encontre de cette hypothèse.

En effet, Critchley, à l'origine des premières études sur la palilalie, observe les conversations et l'apparition de la palilalie, et note que des répétitions ne semblent pas se produire au cours de tâches non propositionnelles comme la récitation des jours de la semaine, ou lors du comptage²⁰³. Le sujet de Benke et Butterworth présente des quantités similaires de comportements verbaux répétitifs dans la conversation, dans le discours automatique, et la nomination²⁰⁴. L'étude de Kant et *al.* accentue la controverse, car le sujet présente plus de palilalie lors des tâches de répétition orale et les tâches de parole automatique que les discours en ont suscité²⁰⁵. Van Borsel et *al.*²⁰⁶ amènent des résultats en accord avec une précédente étude de LaPointe et Horner²⁰⁷ dans laquelle la palilalie survenait à la fois lors des tâches propositionnelles et des tâches automatiques, mais la plus grande sévérité s'était produite dans les tâches propositionnelles, alors que la parole automatique était touchée à un degré moindre.

²⁰⁰ Benke, T., Butterworth, B., *op. cit.*, 2001.

²⁰¹ Garratt, H., Bryan, K., Maxim, J. *op. cit.*, 1999.

²⁰² La production propositionnelle, les tâches propositionnelles, ont de plus grandes exigences de traitement cognitif que la production non propositionnelle, les tâches non propositionnelles (récitation, comptage...).

²⁰³ Critchley, M., *op. cit.*, 1927.

²⁰⁴ Benke T, Butterworth B., *op. cit.*, 2001.

²⁰⁵ Kant, R., Smith-Seemiller, L., Isaac, G., Duffy, J. (1997). Tc-HMPAO SPECT in persistent post-concussion syndrome after mild head injury: Comparison with MRI/CT. *Brain Injury*, 11, (2), p. 115-124.

²⁰⁶ Van Borsel J, Bontinck C, Coryn M, Paemeleire F, Vandemaele P., *op. cit.*, 2007.

²⁰⁷ LaPointe, LL., Horner, J. (1981). Palilalia: A descriptive study of pathological reiterative utterances. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, p. 34-38.

En 2001, Benke et Butterworth étudient deux sujets avec différents profils de répétition²⁰⁸, respectivement atteints de palilalie de type A puis de type B²⁰⁹ (cf. partie 3.4. « caractéristiques de la palilalie »). Dans les deux cas, les répétitions apparaissent à la fois dans les tâches propositionnelles et non propositionnelles. Le sujet présentant une prévalence de la palilalie de type A présente un plus grand nombre de répétitions durant la nomination, la répétition, et le discours spontané, alors que le sujet atteint de palilalie de type B a une distribution plus uniforme des répétitions face à toutes les autres tâches de parole.

Pour conclure, la relation entre les tâches linguistiques et la gravité de la palilalie reste incertaine. Alors que certains sujets peuvent afficher une capacité normale du langage, des facteurs linguistiques semblent pourtant jouer un rôle dans la palilalie chez d'autres.

3. 4. Caractéristiques de la palilalie

Mary et Levy sont les premiers à décrire les trois caractéristiques imputables à la palilalie : (1) répétition compulsive de plusieurs phrases courtes ou de mots à plus de deux occasions ; (2) discours monotone et tendance aux phrases courtes ; (3) discours explosif initial au cours duquel la vitesse augmente graduellement puis devient plus calme²¹⁰.

La palilalie n'est pas seulement un trouble uniforme, elle peut se manifester sous différentes formes ; le nœud du problème de la palilalie n'est pas seulement une question d'inhibition de la parole, mais aussi de l'initiation des mots et de la progression du discours²¹¹. Les répétitions palilaliques sont souvent décrites dans un contexte

²⁰⁸ Benke T, Butterworth B., *op. cit.*, 2001.

²⁰⁹ Sterling, W. (1924). Palilalie et le symptôme « linguosalivaire » dans le parkinsonisme encéphalique. *Revue neurologique*, 32, p. 205-220.

²¹⁰ Mary, P., Levy, G. Palilalie et syndrome parkinsonien par encéphalite épidémique. *Revue Neurologique*, 29, p. 6-80.

²¹¹ Van Borsel, J., Schelpe, L., Santens, P., De Vos, N., De Vos, C. (2001). Linguistic features in palilalia : two case studies. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 15, (8), p. 663-677.

d'augmentation de leur taux²¹² et une diminution de l'intensité²¹³. Je l'évoquais ci-dessus, Sterling proposait deux sous-types de palilalie: le type A de Sterling (également appelée palilalie spasmodique, palilalie hétérolalique, ou palilalie aphone) se caractérise par des répétitions de plus en plus rapides et une diminution de l'intensité vocale ; le type B de Sterling (également désignée de palilalie atonique ou homolalique) a la particularité d'avoir un taux constant de réitérations entrecoupées par des périodes de silence²¹⁴.

3. 5. Traitements

Certaines interventions médicales sous formes pharmaceutiques et chirurgicales ont exacerbé ou réduit l'occurrence de la palilalie.

En 1975, Boller et *al.* présentent un cas où une réduction de la palilalie fut notée chez un sujet présentant des mouvements choréiques quand de la Chlorpromazine, un médicament anti-psychotique, lui fut administré²¹⁵. Serra-Mestres et *al.* rapportent quant à eux un cas de palilalie en association avec une démence vasculaire où une amélioration fut notée en réponse à l'administration de l'antidépresseur Trazadone²¹⁶.

Les médicaments utilisés pour traiter la maladie de Parkinson peuvent aboutir à des fluctuations dans la gravité ou dans la survenue au cours du cycle de médicaments. Ackermann et *al.* reportent un cas unique de palilalie se manifestant lors de l'administration de Levodopa, habituellement utilisé pour traiter des hyperkinésies chez des patients atteints de maladie de Parkinson²¹⁷. D'un point de vue pathophysiologique, ils suggèrent que la palilalie, reliée au parkinsonisme, pourrait être reliée à l'hyperkinésie, et non être une part du syndrome akinétique-rigide. La stimulation électrique ou

²¹² Critchley M., *op. cit.*, 1927 ; Boller F, Boller M, Denes G, Timberlake WH, Zieper I., Albert, MS., *op. cit.*, 1973; Boller, F., Albert, M., Denes, F. (1975). Palilalia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 10, (2), p. 92-97.

²¹³ Boller F, Boller M, Denes G, Timberlake WH, Zieper I, Albert MS., *op.cit.*, 1973 ; LaPointe, LL., Horner, J., *op. cit.*, 1981 ; Singh, S., Kent, R. (1999). *Illustrated dictionary of speech-language pathology*. San Diego, CA : Singular Thompson Learning, 2000, 287 p. ; Yamadori, A. (1985). *Introduction to Neuropsychology*. Tokyo : Igakusyoin Medical Publisher.

²¹⁴ Sterling, W., *op. cit.*, 1924.

²¹⁵ Boller, F., Albert, M., Denes, F., *op. cit.*, 1975.

²¹⁶ Serra-Mestres, J., Shapleske, J., Tym, E., *op. cit.*, 1996.

²¹⁷ Ackermann, H., Ziegler, W., Oertel, WH., *op. cit.*, 1989.

mécanique des structures subcorticales pendant la chirurgie stéréotaxique peut induire la répétition involontaire d'un son, d'une partie d'un mot et de mots.

La chirurgie produite sur les noyaux subcorticaux a suscité des itérations involontaires²¹⁸.

Les troubles de la parole sont nombreux et variés, c'est indéniable. Mais il me semble que les études que je viens de relater, certes nécessaires pour traiter pleinement le sujet, soulèvent une confusion entre les capacités de compréhension et d'énonciation (les énoncés, la parole) et le langage dans sa dimension discursive, qui m'intéresse plus particulièrement pour appréhender la palilalie.

Chapitre 4 : la palilalie : un acte de langage

Le rapport entre la linguistique et la psychanalyse est des plus complexes. Si, dans un premier temps, la linguistique a eu à se dissocier de toute « influence psychologisante » pour se constituer en science (aujourd'hui la psycholinguistique témoigne de l'autonomie actuelle de la linguistique à l'égard de la psychologie), la problématique de l'inconscient réactualise pour la linguistique la question du sujet dans le langage, à partir d'une nouvelle expérience, le transfert, et d'un nouveau cadre épistémologique, la dualité conscient / inconscient. Cependant, le problème de l'influence de la psychanalyse sur la linguistique est rarement évoqué par les linguistes. Cela ne doit pas nous étonner car le sujet épistémologique de la théorie linguistique (ainsi que son « objet d'étude ») se trouve menacé par une telle « influence » ; d'une part, la psychanalyse met en cause la constitution historique et logique de la science moderne, et, en conséquence, la linguistique, dans sa prétention à la scientificité s'en trouve affectée ; d'autre part, la psychanalyse rend impossible l'habitude de la linguistique actuelle de considérer le langage en dehors de sa réalisation dans le discours d'un sujet doté

²¹⁸ Gentil, M., Tournier, CL., Pollak, P., Benabid, AL. (1999). Effect of bilateral subthalamic nucleus stimulation and dopatherapy on oral control in Parkinson's disease. *European Neurology*, 42, (3), p. 136-140.

d'inconscient, en considérant ce sujet comme implicite, égal à lui-même, unité fixe qui coïncide avec son discours. Ce postulat cartésien, qui sous-tend la linguistique moderne et que Chomsky a mis au jour, est ébranlé par la découverte freudienne de l'inconscient et de sa logique. Alors qu'il est difficile de parler d'une « influence directe » de la théorie psychanalytique sur la linguistique, on doit tenir compte de nombreuses recherches transversales à la linguistique (stylistique, sémiotique, phonétique, critique et théorie littéraire, etc.) qui ont réussi à intégrer dans leur théorie du langage la référence à la psychanalyse. L'une des manières pour la linguistique de s'ouvrir au subjectif a été mise en évidence par des théories de l'énonciation. Grâce à l'énonciation, ce qui était considéré comme appartenant au domaine de la sémantique ou de la pragmatique a été réintroduit à l'intérieur de la formalité de la théorie linguistique. De Jakobson, Benveniste à Lacan, entre autres, l'étude de l'énonciation reste aujourd'hui le domaine privilégié de rencontres entre la linguistique, les théories du langage et la psychanalyse.

Il me semble que ce terme d'énonciation a toute son importance pour envisager la répétition palilalique du sujet dément non comme seulement déficitaire (Irigaray), mais surtout comme une lutte pour maintenir sa subjectivité qui, de par le processus démentiel, se trouve incontestablement en danger.

Si je devais traduire la définition « médicale » de la palilalie amenée dans les divers travaux présentés, en termes psychanalytiques, je dirais, à ce stade du travail, qu'il y a un Signifiant, ou un ensemble de Signifiants, qui se répète(nt) à l'infini. La prochaine étape est donc de définir précisément ce concept de Signifiant ayant traversé des siècles de réflexion.

4. 1. Le signifiant

Dans le champ psychanalytique, Freud et Lacan notamment ont examiné les différentes caractéristiques du langage. Ainsi, dans la *Psychopathologie de la vie quotidienne*, *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, et *L'interprétation des rêves*, Freud décrit les mécanismes par lesquels le désir inconscient peut se dire en rasant avec la censure, mécanismes dont les plus connus sont la condensation et le déplacement. Elles incluent déjà une réflexion sur l'importance de la polysémie par laquelle un même

énoncé peut avoir à la fois un sens manifeste et un sens latent – voire condenser une pluralité de significations différentes.

Du côté de Lacan, les *Propos sur la causalité psychique* comportent une définition du « mot » comme « nœud de significations » et reprend la question de la polysémie²¹⁹. C'est aussi dans ce texte qu'apparaît le terme de signifiant, que Lacan emprunte à la linguistique et qu'il pose ainsi : « Notre définition du signifiant (il n'y en a pas d'autre) est : un signifiant, c'est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant.²²⁰ »

Dans son célèbre *Cours de linguistique générale*, Saussure propose de définir le signe linguistique comme la combinaison (obligatoire) d'un concept (le signifié) et d'une image acoustique (le signifiant) : « le signe linguistique unit non une chose et un nom, mais un concept et une image acoustique²²¹ ». L'image acoustique²²² correspond à « l'empreinte psychique de ce son [matériel], la représentation que nous en donne le témoignage de nos sens ; elle est sensorielle [...].²²³ » Elle constitue cette représentation naturelle du mot sans passer par la parole. Le terme « phonème » est en revanche utilisé uniquement pour traduire une action vocale. Saussure établira deux principes fondamentaux :

1. « Le lien unissant le signifiant au signifié est arbitraire, ou encore, puisque nous entendons par signe le total résultant de l'association d'un signifiant à un signifié, nous pouvons dire plus simplement : le signe linguistique est arbitraire.²²⁴ »
2. « Le signifiant, étant de nature auditive, se déroule dans le temps seul et a les caractères qu'il emprunte au temps : a) il représente une étendue, et b) cette étendue est mesurable dans une seule dimension : c'est une ligne.²²⁵ »

Un autre grand nom de la linguistique, Benveniste, va apporter un élément majeur à la définition saussurienne du signe qui va me permettre d'avancer un peu plus dans ma

²¹⁹ Lacan, J. (1946). *Propos sur causalité psychique*. *Écrits, Tome I*. Paris : Seuil, 1966, p. 166.

²²⁰ Lacan, J. (1958). *Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien*. *Écrits, Tome I*. Paris : Seuil, 1966, p. 819

²²¹ De Saussure, F. (1916). *Cours de linguistique générale*. Paris : Grande bibliothèque Payot, 1998, p. 98.

²²² Le terme « acoustique » est employé pour traduire le fait qu'il implique la possibilité de se parler à soi sans bouger la langue ou les lèvres.

²²³ De Saussure, F., *op. cit.*, 1998, p. 98.

²²⁴ *Ibid.*, De Saussure, F., 1998, p. 100.

²²⁵ *Ibid.*, De Saussure, F., 1998, p. 103.

réflexion sur la palilalie. Dans son ouvrage *Problème de linguistique générale*²²⁶, Benveniste insiste sur un oubli fondamental de Saussure : le référent, autrement dit, **la réalité extérieure au langage**. Pour Benveniste, l'arbitraire concerne le lien entre le signe linguistique et l'objet qu'il désigne, et non celui unissant signifiant et signifié. L'articulation entre signifiant et signifié n'est pas arbitraire mais nécessaire. L'arbitraire du signe s'illustre alors dans le lien que le signe entretient avec la réalité extérieure : ce qui est arbitraire, c'est que tel signe, et non tel autre, soit appliqué à tel élément de la réalité et non à tel autre.²²⁷ La chaîne signifiante, c'est l'articulation temporelle d'un signe sur l'axe des oppositions (axe syntagmatique). Dans un syntagme, un signe n'acquiert sa valeur que parce qu'il est opposé à ce qui précède ou ce qui suit.

Une différence des plus importantes séparera la vision saussurienne et la vision lacanienne du signe linguistique : si pour Saussure, le signifié prévaut sur le signifiant, il y a disparition de l'ellipse qui rassemble le signifiant et le signifié dans l'unité du signe, accentuation corrélatrice de la barre qui les sépare, faisant dominer le signifiant sur le signifié :

« Le premier réseau du signifiant est la structure synchronique du matériel du langage en tant que chaque élément y prend son emploi exact d'être différent des autres ; tel est le principe de répartition qui règle seul la fonction des éléments de la langue à ses différents niveaux, depuis le couple d'opposition phonématique jusqu'aux locutions composées dont c'est la tâche de la plus moderne recherche que de dégager les formes stables.²²⁸ »

Pour Lacan, l'articulation d'un signifiant à un autre signifiant dans la chaîne signifiante est la présence même du désir. En effet, le principe de la métaphore paternelle implique que le signifiant représente le sujet pour un autre signifiant : un signifiant S2 en lieu et place d'un signifiant S1 refoulé fait advenir le sujet parlant, autrement dit S2 représente le sujet pour le signifiant S1. Au fil de la chaîne signifiante, ce mouvement se

²²⁶ Benveniste, E. (1966). *Problème de linguistique générale*, 1. Paris : Gallimard, 1976, 356 p.

²²⁷ *Ibid.*, Benveniste, E., 1976, p. 50.

²²⁸ Lacan, J. (1955). La Chose freudienne ou sens du retour à Freud en Psychanalyse. *Écrits, Tome I*. Paris : Seuil, 1966.

renouvelle constamment puisque, comme l'a défini Saussure pour le signe, le sens d'un signifiant ressort des autres signifiants qui le suivent ou le précèdent. Pour Lacan, dans le signifiant, ce qui a un sens est le désirable : le signifiant lui-même est le désirable. S1 apparaît comme le désirable uniquement à partir du signifiant S2. La chaîne signifiante est donc marquée par une négativité radicale : l'objet absolu manque, mais, de son côté, le manque n'est pas absolu puisque le désir fait contrepoids. C'est cette distinction qui va conduire Lacan à distinguer l'imaginaire, le réel et le symbolique (cf. introduction).

Si le signifiant occasionne le désir dans le symbolique, le manque de l'objet dans le réel va l'amener à être posé dans l'imaginaire. Le signifiant qui apparaît à la place de l'objet manquant et le symbolise du même coup explique la maintenance du désir dans le registre du symbolique. En d'autres termes, l'imaginaire recouvre le signifiant pris tout seul à l'instar du symbolique où il fonctionne, nécessairement articulé et opposé aux autres signifiants : « C'est dans la chaîne du signifiant que le sens insiste, mais aucun des éléments de la chaîne ne consiste dans la signification dont il est capable au moment même.²²⁹ » Le réel serait « l'entre-deux signifiants » où « le signifiant est aboli de n'être plus qu'un signifiant ». À mesure de sa réflexion, Lacan définira le système des signifiants comme constituant l'inconscient, et à partir de là, le déplacement et la condensation avancés par Freud sont réinterprétés dans l'œuvre de Lacan en termes de métonymie et de métaphore.

Grâce au jeu de la chaîne signifiante (S1, S2, ... Sn) présente dans l'inconscient, le grand Autre, lieu d'opération du langage, fait supposer le sujet. Lors de ses premiers séminaires, Lacan fait intervenir l'Autre au niveau de la parole, et le présente comme tout à fait indispensable pour comprendre le fonctionnement du discours. L'Autre permettait d'établir certaines strates dans ce discours puisque, suivant le circuit de ce discours, il y aurait ou non passage par cet Autre. L'Autre se profile ou non derrière une parole – fondatrice, pleine. Cette parole fondatrice est structurée grammaticalement comme un message venant de l'Autre, sous une forme inversée. En effet, quand le bébé commence à articuler quelques sons, il emprunte des signifiants qui viennent de l'Autre, en articulant sa demande et en répétant cette demande, qui, étant donc d'emblée du symbolique rate

²²⁹ Lacan, J. (1957). Insistance de la lettre dans l'inconscient. *Écrits, Tome I*. Paris : Seuil, 1966, p. 502.

forcément l'objet, puisque il y a l'impossibilité totale d'adéquation entre le symbolique dans lequel cette demande est articulée et le réel qui est visé.

Cette demande, dans sa répétition, vient faire trou dans l'Autre, qui est incarné par un grand Autre réel qui est la mère, et, puisque, comme le dit Lacan, le message revient de l'Autre sous une forme inversée, forcément cette demande articulée correspond en sens inverse pourrait-on dire à une demande du grand Autre et un désir énigmatiques. C'est le fameux jeu entre : « Che voï ? », « Que me veux-tu ? », qui est la demande de l'Autre qui se transforme pour le sujet en « que me veut-il ? » il suffit d'articuler les premiers signifiants venant de l'Autre pour mettre en route ce système de places, de positions... pour faire face à ça, à une demande et un désir énigmatiques chez le grand Autre.

La nature du signifiant semble moins importante que sa fonction et le rapport des signifiants entre eux. Avec son graphe du désir, Lacan représente bien que le signifiant (image acoustique) et le signifié (représentation mentale) ne sont pas liés. Par conséquent, le sens d'un mot reste ouvert tant que la fin de la phrase n'est pas dite. Le sens est toujours donné par l'écoute d'un Autre (qui ne se confond pas avec l'allocutaire).

Le rapport signifiant / signifié ne se fixe qu'à partir de l'Autre. Sans Autre, le signifiant ne leste pas le signifié de sens, alors le signifiant peut défiler ou sauter au profit d'un autre signifiant.

Pour Lacan, le signifiant doit d'abord être conçu dans son autonomie par rapport à la signification. Cette autonomie fut clairement abordée dans les textes freudiens, notamment dans *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, où Freud démontre l'importance du jeu de l'enfant avec les phonèmes, hors de tout souci de signification. Il y a ainsi du non-sens irréductible à toute intention de signifier. La dimension asémantique du signifiant est accentuée par Lacan à l'occasion du séminaire sur les psychoses : « tout vrai signifiant, en tant que tel, est un signifiant qui ne signifie rien.²³⁰ » C'est la psychose en effet qui permet de saisir de la façon la plus directe comment un signifiant peut se manifester dans un sujet sans que sa signification puisse à proprement parler se constituer,

²³⁰ Lacan, J., *op. cit.*, 1981, p. 185.

en tant qu'elle ne renvoie pas à une autre signification. Pour Lacan, un signifiant considéré isolément ne signifie rien, il ne prend sens que de son rapport avec un autre signifiant, la chaîne toute entière ne se comprenant qu'à partir de son dernier terme (Lacan appelle « axiome de spécification » le fait qu'un signifiant ne saurait se signifier lui-même). Ainsi, cette structure de chaîne qui est celle par quoi le sujet peut être représenté, est-elle en même temps ce qui produit des effets de signifié, les deux fonctions venant à s'articuler au point que l'on peut identifier ici effet de signifié et effet de sujet. Reste qu'il faut distinguer, de la phrase effectivement dite, ou dicible, cette autre chaîne où le désir inconscient insiste. Ici, la question du signifiant renvoie à celle de la répétition : retour réglé d'expressions, de séquences phonétiques, de simples lettres qui scandent la vie du sujet, quitte à changer de sens à chacune de leurs occurrences, qui insistent donc en dehors de toute signification définie.

Ce que je retiens surtout de cette sous-partie est l'importance capitale de l'Autre pour conférer au signifié un sens. Si le sujet dément est en permanence tourné vers cet Autre, l'incapacité des autres à réceptionner son discours palilalique souvent considéré comme insensé pose la question de la manière de l'entendre... Prêter attention au dire plutôt qu'au dit est alors crucial.

4. 2. « Quand dire c'est faire »

Les travaux psychanalytiques cités précédemment ont permis une avancée dans ce travail en liant le signifiant à l'Autre ; voyons maintenant les approches psychanalytiques, pragmatiques, et sémiotiques concernant le dit et le dire. Toutes trois sont nécessaires pour approcher la palilalie du sujet atteint de démence.

4. 2. 1. La pragmatique

Le langage est un ensemble complexe qui inclut la phonologie, la syntaxe ou encore la sémantique. Cependant l'utilisation du langage ne peut pas être réduite à la maîtrise du vocabulaire ou d'une grammaire. En 1965, Chomsky procède à une réinterprétation de l'opposition saussurienne de la langue et de la parole à travers la différenciation des

notions de compétence et de performance langagières. La première correspond à une connaissance implicite de la langue et de ses usages, tandis que la seconde a trait à l'utilisation réelle que le sujet en fait, en fonction du contexte et des caractéristiques qui lui sont propres.

J'ai insisté sur le fait que l'étude d'Irigaray est une vision formelle du langage qui n'est pas suffisante pour appréhender une utilisation sociale du langage – encore moins dans le champ de la démence. Il faut y intégrer une fonction de communication. Cette fonction, c'est la pragmatique du langage. Dans un numéro spécial de la revue *Brain and Language*, Chomsky soutient d'ailleurs que toute théorie du langage qui se veut complète passe obligatoirement par la pragmatique²³¹, communément définie comme l'étude des signes dans leur rapport avec leurs utilisateurs.

La linguistique vise à décrire et à formaliser des structures récurrentes, susceptibles d'être utilisées dans des contextes différents ; « la linguistique ne s'intéresse pas à la communication.²³² » La pragmatique s'intéresse quant à elle au langage en contexte ; elle a pour objet ce qui relève de l'utilisation du langage : « Les notions d'utilisation, d'usage, d'acte ou d'action et de contexte constituent le dénominateur commun à toutes les approches pragmatiques des phénomènes langagiers.²³³ » Les habiletés pragmatiques permettent au locuteur d'utiliser le langage en situation de communication, en tenant compte de celui qui parle, de l'interlocuteur, et du contexte de cette interaction. La mise en œuvre des habiletés pragmatiques est donc indispensable pour toutes les situations dans lesquelles l'interprétation d'un énoncé va dépendre du contexte.

Le terme pragmatique vient du grec *pragmatikos*, « qui concerne l'action ». La pragmatique s'est d'abord construite en contre-pied de la linguistique issue du *Cours de Linguistique Générale* de Saussure (1976), qui visait principalement à une description de l'usage linguistique. Elle s'en distingue car elle construit des modèles qui exercent une prise directe sur l'usage du langage. La pragmatique s'inscrit dans un vaste champ

²³¹ Stemmer, B. (1999). An On-Line Interview with Noam Chomsky: On the nature of pragmatics and related issues. *Brain and Language*, 68, (3), p. 393-401.

²³² Nespoulous, J.L. (1986). Les domaines de la pragmatique. *Rééducation Orthophonique*, 146, p. 127-136.

²³³ Hupet, M. (2006). Le bilan pragmatique. Dans : Estienne, F. & Piérart, B. (2006). *Les bilans de langage et de voix : Fondements théoriques et pratiques*. Paris: Masson, p. 81.

d'étude, celui de la communication humaine, intéressant diverses disciplines telles que la psychologie clinique, la sociologie, la neuropsychologie et la linguistique. Hupet décrit la compétence pragmatique comme une compétence communicative différenciée de la compétence linguistique, qui est davantage assimilée à la maîtrise du code et à l'ensemble de ses paramètres phonologiques, sémantiques, lexicaux, et syntaxiques qui concernent un cadre d'analyse nettement plus normé et structuré.²³⁴

Les études sur l'énonciation effectuent le lien avec la pragmatique. Plusieurs niveaux de linguistique pragmatique se distinguent : 1) les déictiques (ou symboles indexicaux -selon les terminologies); 2) le sens littéral et non-littéral (en particulier les présupposés et les implicatures) ; et 3) les **actes de langage**.

L'acte de communication met en jeu au moins deux individus : un locuteur et un interlocuteur. Le locuteur (émetteur) utilise un système de codes linguistiques, gestuels et sociaux, pour produire un message destiné à un interlocuteur (récepteur). Le message véhicule d'une part un contenu sémantique et d'autre part un contenu relationnel, et évolue en fonction des signaux verbaux et non verbaux en fonction de l'interlocuteur. La situation de communication nécessite un contexte qui lui confère un sens. Selon Bateson, l'expérience est une image générée par le biais d'organes sensoriels particuliers et de voies nerveuses ; elle relève donc de la perception. Communiquer, c'est donc, dans un premier temps, coder l'information qui arrive à la psyché. Dans un deuxième sens, le récepteur doit la décoder pour lui conférer un sens. Il s'agit bien là de la rétroaction (*feedback*) : « la cause produit un effet, qui à son tour agit sur la cause (qui devient donc effet de la cause qui était précédemment l'effet, etc., dans une logique causale circulaire).²³⁵ »

²³⁴ Hupet, M. (1996). Troubles de la compétence pragmatique : troubles spécifiques ou dérivés ? Dans : De Weck, G. (1996). *Troubles du développement du langage. Perspectives pragmatiques et discursives*. Lausanne-Paris : Delachaux & Niestlé, p. 89-112.

²³⁵ Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit* (traduit de l'Anglais par Drisso, P., Lot, L. et Simion, E.). Paris : Seuil, 339 p.

La pragmatique a pour objectif de réinsérer l'énoncé produit dans l'acte de communication, c'est-à-dire de décrire les relations entre l'énoncé, les interlocuteurs et la situation de communication²³⁶.

En somme, s'intéresser à la palilalie demande de porter une attention particulière aux conditions dans lesquelles elle apparaît. Si le discours en lui-même est difficilement accessible, c'est en observant précisément les caractéristiques qui le concernent (c'est-à-dire le lieu dans lequel il est prononcé, en présence de qui, à quel moment, etc.) que d'autres modalités d'écoute se dessineront, rendant possible l'émergence d'un sens initialement caché.

4. 2. 2. Les actes de langage

L'acte de langage est une notion introduite par Austin²³⁷ et Searles²³⁸, philosophes pour lesquels le langage est avant tout un moyen d'action sur le monde (dire c'est faire). Unité de base de la conversation, l'acte de langage renvoie à l'acte social posé intentionnellement par le locuteur lors de la production d'un énoncé.

L'expression *speech acts*, traduite en français par « actes de langage », « actes de discours », « actes de parole », ou encore « actes de communication », désigne tout acte réalisé au moyen du langage, qu'il soit d'ordre verbal ou non. Les unités linguistiques du discours mais aussi les paramètres non proprement linguistiques (contexte d'utilisation, processus inférentiels, aspects non-verbaux) constituent dans leur globalité un acte de langage. Ainsi convient-il de considérer que la parole elle-même est une forme d'action. En communiquant, les individus interagissent et exercent tout au long de la communication des influences mutuelles ; c'est ce qui fera dire à Kerbrat-Orecchioni que « parler, c'est échanger, et c'est changer en échangeant.²³⁹ » Deux axes majeurs définissent la théorie de l'acte de langage. Le premier axe est le fruit des recherches

²³⁶ Kerbrat-Orecchioni, C. (1980). *De la subjectivité dans le langage*. Paris : Armand Colin, 272 p.

²³⁷ Austin, J.L. (1970). *Quand dire, c'est faire*. Paris : Seuil, 1991, 202 p.

²³⁸ Searles, J.R. (1972). *Les actes de langage : essai de philosophie du langage*. Paris : Hermann, coll. « Savoir Lettres », 2009, 262 p.

²³⁹ Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales : Tome 1, Approche interactionnelle et structure des conversations*. Paris : Armand Colin, p. 17.

effectuées par Austin et Searles, il repose sur l'idée d'une communication humaine intentionnelle et non exclusivement explicite. L'idée d'un langage verbal véhiculant un message transparent laisse place à une dimension plus complexe où l'essentiel du « dit » se trouve en réalité du côté de la contextualisation et de l'analyse des signes non-verbaux. Le second axe renvoie au modèle interactionniste pour lequel l'acte de langage s'inscrit dans le cadre d'une co-construction dialogale entre les deux acteurs de l'échange. Une conception du sujet se dégage alors de ce modèle, celle selon laquelle le sujet est capable d'agir sur l'autre autant qu'il peut être agi au cours d'un échange. Ce modèle, initié par Kerbrat-Orecchioni, propose que la langue soit envisagée comme un outil d'intercommunication et d'influence réciproque, tandis que l'énonciation constitue un espace co-interlocutoire permettant de repérer les différents types de relation que les sujets entretiennent entre eux.

Austin met en avant l'idée que le langage est vecteur d'actions dans la mesure où il configure nos rapports à autrui, ce que résume Armengaud : « Le langage ne sert pas seulement, ni d'abord, ni surtout, à représenter le monde, mais il sert à accomplir des actions. Parler, c'est agir.²⁴⁰ » A l'instar d'Irigaray, Austin veut lui aussi déterminer une règle grammaticale dans les lois les plus générales du langage. Se concentrant sur l'étude des caractéristiques des actes de langage qui font une chose en la disant, il expose en 1962²⁴¹ sa théorie qui rend compte de la non correspondance stricte entre la forme de l'énoncé et sa signification : il distingue les énoncés « constatatifs », qui décrivent la réalité telle qu'elle est, et les énoncés « performatifs » qui, en étant énoncés, permettent d'accomplir une action (idée qui transparaîtrait déjà dans l'étymologie du terme « interagir »). Dans son ouvrage « Quand dire c'est faire » qui se présente sous forme de douze séminaires, cinq d'entre-eux sont consacrés à la recherche des performatifs dans le lexique. Lors du cinquième séminaire, Austin se rend compte que performatif et constatatif ne se distinguent pas²⁴². Il détermine, à partir de là, une loi du langage qui dépasse la grammaire et le lexique. L'acte de parler se caractérise dès lors par trois actes :

1. **L'acte phonétique** : production de sons

²⁴⁰ Armengaud, F. (2007). Introduction. *La pragmatique*. Paris : Presses Universitaires de France, p. 3-14.

²⁴¹ Pour la version anglaise ; la version française est parue en 1970.

²⁴² Austin, J.L., *op. cit.*, 1991, p. 79-88.

2. **L'acte phatique** (c'est-à-dire de produire un phème) : production de vocables ou de mots
3. **L'acte rhétique** (c'est-à-dire de produire un rhème) : emploi d'un phème dans un sens avec une référence.

Au sein des énoncés performatifs, Austin propose trois niveaux des actes de langage : **acte locutoire**, **acte illocutoire**, et **acte perlocutoire**. L'acte locutoire est le fait matériel de l'énonciation, c'est-à-dire qu'il regroupe toutes les composantes de la construction d'une phrase : phonique, morphologique, sémantique et syntaxique. L'acte illocutoire est la manière d'utiliser l'acte locutoire. Tout acte illocutoire est fondé sur un acte locutoire, mais il ne décrit pas ce que nous disons, mais ce que nous faisons en parlant. L'acte perlocutoire décrit les conséquences ou effets qu'un acte illocutoire peut avoir sur l'interlocuteur auquel s'adresse le message ; c'est l'acte que nous accomplissons par le fait de dire une chose.

Ainsi, selon la théorie des actes de langage, tout énoncé possède à la fois une valeur locutoire (informative) qui correspond à ce qui est dit linguistiquement, et une valeur illocutoire, à savoir l'acte social sous-tendu par l'énoncé et renvoyant à l'intention du locuteur. La valeur perlocutoire de l'énoncé est l'effet réellement produit, qui peut coïncider ou non avec l'intention initiale du locuteur.

Bien que ces trois niveaux soient présentés de manière séparée, en situation ordinaire, ils sont présents simultanément dans un même énoncé. En effet, il arrive que le contenu informatif de l'énoncé et son but illocutoire se recouvrent parfaitement. C'est le cas des actes de langage directs, qui sont totalement explicites et permettent une lecture directe de l'intention du locuteur. Mais le plus souvent, le sens littéral de l'énoncé ne correspond pas exactement (parfois même pas du tout) au sens réellement communiqué. On parle alors d'acte de langage indirect. Pour accéder au sens implicite de l'énoncé, l'interlocuteur va devoir produire des inférences.

Jakobson a sensiblement les mêmes idées qu'Austin. En effet, selon lui, tout acte verbal est orienté vers un but dont les objectifs varient, c'est pourquoi, à chacun des six éléments qu'il cite, il attribue une fonction tout en considérant d'ailleurs que « ces

fonctions ne s'excluent pas les unes les autres, mais que souvent elles se superposent²⁴³ » :

1. **La fonction référentielle (ou dénotative)** : le message est centré sur le référent, le sujet même du message. Le langage décrit le monde ; il s'agit bien souvent de la fonction primordiale du langage.

2. **La fonction expressive (ou émotive)** : le message est centré sur l'émetteur. Elle permet au locuteur d'exprimer ses sentiments, son attitude vis-à-vis de ce dont il parle. La fonction émotive colore nos propos en faisant appel, notamment, à des traits non linguistiques (débit, geste, mimique, intonation...).

3. **La fonction conative** : le message est centré sur le destinataire. Il peut s'agir d'un message performatif : le message peut faire naître un certain comportement chez l'interlocuteur. Elle est utilisée par l'émetteur pour faire réagir et influencer le récepteur.

4. **La fonction métalinguistique** : le message est centré sur le langage. Le langage sert à parler de lui-même.

5. **La fonction phatique** : le message cherche à établir, maintenir ou interrompre le contact. Elle permet aussi de vérifier le passage physique du message.

6. **La fonction poétique** : le message est centré sur lui-même, sur sa forme esthétique. Le langage joue sur son propre code. Cette fonction englobe toutes les productions verbales dans lesquelles l'agencement du son et du sens est destiné à attirer l'attention sur la forme du message, quels que soient le contenu et la visée informative.

Pour Austin comme pour Jakobson, dire devient faire. En somme, parler d'actes de langage c'est envisager :

- **L'acte** : parler c'est agir.
- **Le contexte** : la communication doit s'ancrer dans un contexte pour que les propos d'autrui puissent être compris.
- **La performance** : c'est le fait d'accomplir l'acte en contexte.

Il me semble que faire un détour par ces théories ouvre le champ des possibles sur ce que pourrait représenter la palilalie du sujet dément. Cette dernière pourrait alors peut-

²⁴³ Jakobson, R. (1963). *Essai de linguistique générale - I. Les fondations du langage*. Paris : Éditions de Minuit, coll. « Arguments », p. 214.

être s'entendre comme un acte phonatique ou phatique où l'énoncé performatif (parler devenant agir) a une fonction conative, c'est-à-dire qu'il réintroduit de l'autre en le faisant (ré)agir. Face au dit souvent décrit comme insensé par l'entourage soignant et familial, le dire serait alors ce qui viendrait faire sens.

4. 3. Dit et dire en psychanalyse

La conception lacanienne du signifiant que nous avons exposée au début de ce chapitre prend en compte la dimension d'acte qu'il y a dans le langage. C'est cette dimension que je propose de développer pour que le discours du sujet atteint de palilalie ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd, une fois de plus.

Lacan pose le dire comme acte princeps dès les années 70. Le nœud borroméen est la topologisation d'un dire, il se situe non sur le versant d'un énoncé, mais sur celui d'une énonciation qui implique que quelque chose du désir soit là. Il s'agit bien là d'un dire qui fait nœud. Le dire de Lacan, c'est le Réel comme *ex-sistance*, impensable, impossible à dire, qui échappe toujours. Un Réel qui se situe ailleurs, qui ex-siste car chacune des catégories ex-siste par rapport aux autres. L'ex-sistance vient faire trou dans la consistance (relève de l'imaginaire), car pour que quelque chose ex-siste, il faut un trou (relève du symbolique) : c'est bien parce que nous ne sommes pas des êtres totaux, troués par le langage, que nous ex-sistons en tant que sujet. En somme, pour en faire Un, il en faut trois. Il en déduira le Sinthome comme manière singulière de répondre au « il n'y a pas.. » grâce au « Ya d'l'Un », un en plus qui noue les trois.

Dans l'*Étourdit*, Lacan affirme : « Qu'on dise reste oublié derrière ce qui se dit, dans ce qui s'entend.²⁴⁴ » Les deux premières pages de l'*Étourdit* analysent le dire en prenant appui sur une théorie du discours : « [...] ce n'est pas de ce seul discours, écrit Lacan, mais de la place où font tour d'autres (d'autres discours) [...] qu'un dire prend son sens.²⁴⁵ »

²⁴⁴ Lacan, J. (1972). *L'Étourdit. Autres écrits*. Paris : Seuil, 2001, p. 449.

²⁴⁵ *Ibid.*, Lacan, J., 2001, p. 451.

La compréhension du dire lacanien présuppose aussi celle de la théorie des discours (de l'hystérique, du maître, de l'université, et du clinicien). Ces quatre discours ne sont pas à envisager sous l'angle de l'énoncé et ne sont pas catégorisables. Pour exemple, le discours de l'hystérique ne détaille pas ce que disent les hystériques, il cherche à envisager comment se réalise le sujet présentant une hystérie pathologique, en fonction de certaines circonstances ou thématiques particulières qui ne le définissent pas.

Les mathèmes des discours sont bâtis à partir d'éléments apparus dans les recherches de Lacan pendant plusieurs années, celles consacrées à l'étude des effets de l'ordre symbolique sur l'Homme, jusqu'à la butée de plus en plus insistante sur le réel. On y trouve donc les différents « S » qui évoquent des signifiants particuliers, le \$ (« S barré ») qui représente le sujet marqué du manque et le « petit *a* » qui représente non pas un signifiant mais un objet (objet cause du désir). Ainsi les quatre éléments constitutifs de tout discours sont :

1. **S1**, le signifiant maître désigne les lettres, ces petites vocalisations, très légèrement marquées de sens, qui guident le sujet. Il dit ce dont il s'agit, détermine, nomme et dirige au nom d'un ordre dans lequel lui-même s'inscrit. Le signifiant maître représente le sujet pour tous les autres signifiants (trait unaire²⁴⁶), il vient faire butée au défilement infini des signifiants. Ce qui se répète va à l'encontre de la vie.

2. **S2**, le signifiant du savoir, de ce que l'on sait, des échanges sensés entre parlêtres. Il est ce qui vient donner du sens au S1 dans l'après-coup et qui sert de moyen dans la jouissance (« J'ouïe-sens », le besoin de sens).

3. \$, sujet barré car aliéné par ses signifiants maîtres qui le représentent et proviennent de l'Autre.

4. **L'objet *a***, objet cause du désir et du plus-de-jouir qui représente l'objet perdu, le manque, le reste, le souvenir

Le signifiant est une trace sonore qui s'enregistre. Dans l'*Étourdit*, Lacan déclare que le couple S1-S2 établit un rapport de signification (il parle de « miettes » du discours analytique²⁴⁷). Il peut porter sur un rapport homophonique (c'est-à-dire sur des mots ayant la même prononciation mais pas le même sens) et concerner des unités plus petites que la

²⁴⁶ Cf. introduction

²⁴⁷ Lacan, J., *op. cit.*, 2001, p. 449.

phrase. Ce couple S1-S2 peut également avoir trait à un rapport grammatical ou à un rapport logique. Lacan précisera que l'écriture permet de comprendre le jeu de la ressemblance homophonique, tout comme celui de la grammaire ou de la logique : la grammaire des discours s'appuie donc sur l'élément littéral du langage.

Les « miettes » du discours sont les termes, c'est-à-dire les éléments détachables de la totalité du discours. Les « miettes » ne peuvent être des signifiants puisque ces derniers ne sont que des différences sans positivité ; le fait est qu'un signifiant occupe une place différentielle dans un système, s'il est déplacé, il est supprimé. Mais S1 et S2 ont une identité déterminée, ainsi ne sont-ils pas seulement des signifiants : ils sont des catégories de signifiants pouvant être mises en rapport, manipulées tels des éléments indépendants. Ces catégories de signifiants ne sont pas les seules à être mises en rapport dans le discours, il y a également les catégories du sujet (barré) et de l'objet (*a*).

En raison de leur caractère littéral commun et de l'aspect objectal de la lettre, ces catégories du discours sont dites littérales : S1, S2, S barré, « a ».

In fine, avec Austin et Searles, Lacan alimente l'idée que le discours ne se limite pas aux énoncés, ce qui est un point essentiel dans l'approche de la palilalie du sujet dément. J'avance un peu plus dans ma deuxième hypothèse : l'involution du système de représentations, plus précisément encore le sort de l'affect qui en résulte, a clairement impacté l'énonciation qui nécessite d'être remise dans son contexte pour être considérée. La palilalie serait alors non seulement un acte de langage, mais plus encore une mise en acte de cet affect seul, qui ne dispose désormais que de traces des représentations. Ces dernières forment alors une « construction de représentation » qui malheureusement ne permet pas de retrouver le représentant de la représentation. Des traces de signifiants maîtres se répéteraient à l'infini, dans un contexte où ils ne parviennent plus à s'accrocher à l'Autre et donc à canaliser la jouissance qui devient en excès. Cette corruption du lien du sujet aux signifiants maîtres met à mal l'identification du sujet. Répéter ces signifiants, ce serait alors une façon d'appeler cet Autre qui ne répond pas et génère un état de frustration sans précédent.

Chapitre 5 : La palilalie : un discours qui se répète

L'une des caractéristiques majeures du discours palilalique est qu'il se répète à l'infini. Il est maintenant temps de se pencher sur ce concept cher à la psychanalyse.

5. 1. La répétition en psychanalyse²⁴⁸

Répéter, du latin *repetere*, c'est regagner un lieu. Il prend plus généralement le sens de réclamer, redemander.

La répétition (*Wiederholungszwang*) est à l'origine même de ce qui constitue le sujet de l'inconscient. Déjà pour Freud, elle est plus qu'un concept. Elle définit et circonscrit un point crucial dans la cure.

5. 1. 1. La répétition dans les travaux de Freud

Entre 1892 et 1895, dans son travail avec Breuer à propos de l'hystérie, Freud s'aperçoit déjà que ses patientes souffrent de réminiscences²⁴⁹. Dès cette époque, il repère que « l'être humain trouve dans le langage un équivalent de l'acte, équivalent grâce auquel l'affect peut être « abrégé » à peu près de la même façon.²⁵⁰ »

Freud parle d'une « netteté hallucinatoire²⁵¹ », d'une « exactitude impeccable²⁵² » de la réitération d'événements, réapparaissant dans une « surprenante intégralité et toute leur force sensorielle, déployant, lors de leur retour, toute la puissance affective propre aux événements nouveaux.²⁵³ ». Freud associe ces réitérations à des traumatismes n'ayant

²⁴⁸ L'article de Denise Lachaud, « La répétition », publié en ligne en 2014 m'a été d'une grande aide pour retracer l'histoire du concept de répétition en psychanalyse. En ligne : <https://www.freud-lacan.com/getpagedocument/9795>

²⁴⁹ Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Vendôme : Presses universitaires de France, 6^{ème} édition, 1978.

²⁵⁰ *Ibid.*, Freud, S. & Breuer, J., 1978, p. 5-6.

²⁵¹ *Ibid.*, Freud, S. & Breuer, J., 1978, p. 6.

²⁵² *Ibid.*, Freud, S. & Breuer, J., 1978, p. 6.

²⁵³ *Ibid.*, Freud, S. & Breuer, J., 1978, p. 7.

pas été suffisamment abrégis ; par conséquent, les représentations désormais pathogènes se manifestent de manière inchangée avec leur charge émotionnelle.

Cinq ans plus tard, c'est dans le chapitre VII de l'Interprétation des rêves que Freud présente son schéma de l'appareil psychique, qui servira de support à l'explication du rêve, et donc aux productions psychiques²⁵⁴. La perception (le vu, l'entendu, etc.) laisse des traces et se transfère progressivement vers la motricité. Entre perception et conscience, le refoulé, retenu, tend alors à la décharge puis cherche à faire retour.

C'est en 1914, dans son texte « Remémoration, répétition et élaboration » que Freud développe la compulsion de répétition (*Wiederholungszwang*²⁵⁵). Le terme allemand se décompose en *wiederholen*, qui signifie aller rechercher, reprendre, répéter, et *zwängen*, faire sortir de force. Il y a bien, dans le même terme, l'idée qu'une compulsion désigne quelque qui pousse mais dans le sens d'une contrainte, d'une nécessité. Il semble y avoir le retour à quelque chose qui est à reprendre, à faire passer de force ; en d'autres termes, une poussée qui pousse à dire quelque chose, à faire quelque chose, à penser quelque chose. Le sujet se trouve confronté à des pensées qui s'imposent et contre lesquelles il ne peut rien. Il s'agit donc d'un irrépressible reconnu et qui ne peut être empêché quelle que soit la manière dont il survienne.

La même année, toujours dans *La technique psychanalytique*, Freud insère pour la première fois le concept de répétition dans le cadre de la cure. Répéter, c'est se souvenir. Pour interpréter cette répétition, il faut repérer ce qui vient se répéter en elle. Mais dans la cure, elle passe souvent inaperçue pour le sujet puisqu'il ne se souvient pas. La répétition correspond à une mise en acte qui, sous transfert, est mise en mots. La répétition se relie donc au transfert.

En somme, la compulsion de répétition nécessite une interprétation indiquant que la répétition est en fait une façon de se souvenir de quelque chose non plus oublié, mais refoulé. Tant que le refoulement n'est pas levé, le refoulé fait retour. Dès que le souvenir

²⁵⁴ Freud, S., *op.cit*, 1967.

²⁵⁵ Freud, S. (1914). Remémoration, répétition et perlaboration. *La Technique psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France, 1981, p. 131-140.

émerge enfin jusqu'à la conscience, le sujet cesse de répéter, puisqu'il est souvent impossible de répéter et de se souvenir en même temps. C'est grâce au travail de perlaboration que le souvenir vient remplacer la répétition. Sauf que... le patient peut résister, l'enjeu du clinicien étant de diminuer cette résistance, véritable obstacle au travail clinique²⁵⁶, que Freud associe à la jouissance. C'est alors que la cause de la résistance devient la cause de la répétition : plus elle est grande, plus la mise en acte, et donc la répétition remplace le souvenir. Dès lors, ce qu'il faut interpréter dans la cure, c'est cet effet de résistance (répétition) entravant le processus de remémoration.

Jusqu'en 1920, la répétition se situe au niveau du processus primaire puisqu'elle est décrite par Freud comme la mise en acte d'une compulsion faisant barrage à la pulsion, sur fond des principes de plaisir et de réalité qui donneront d'ailleurs naissance à l'*Au-delà du principe de plaisir*²⁵⁷. Si avant 1920, pour Freud, ce sont des souvenirs qui se répètent, la conception évolue, l'amenant à admettre qu'« il existe effectivement dans la vie psychique une compulsion de répétition qui se place au-dessus du principe de plaisir²⁵⁸ », alors qu'il avait jusque-là admis une domination du principe de plaisir dans la vie psychique. Seulement, ce n'est pas l'inconscient qui résiste à l'analyse, bien au contraire, il insiste.

Si la répétition est au fondement du pulsionnel, Freud explique que tout ce qui n'est pas lié se répète. L'automatisme de répétition concerne donc le quantum d'excitations non liées. La répétition amène Freud à redéfinir la pulsion comme élément conservateur de l'humain.

La compulsion de répétition est la manifestation du processus de liaison lui-même, mais la fonction de liaison des représentations pulsionnelles refoulées peut échouer et donc faire échouer en même temps le principe de plaisir. Il y a au-delà du principe de plaisir, mais en relation avec lui, une compulsion de répétition non régulée que Freud associe à la pulsion de mort. Car en effet, si la poussée pulsionnelle vise à rétablir un état

²⁵⁶ Freud, S. *op. cit.*, 2011, p. 71-72.

²⁵⁷ Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p. 47-128.

²⁵⁸ *Ibid.*, Freud, S., 1981, p.69.

antérieur de la vie organique, il s'agit bien là de la mort. Pulsion de vie et pulsion de mort sont liées bien qu'opposées, et présentes dès l'origine. Freud place ce système fondateur de la structure psychique antérieurement au développement psychique de l'enfant et le complexe d'Œdipe.

Pour Freud la pulsion de vie correspond aux pulsions sexuelles qui traduisent l'élan de vie qui lance l'individu dans la visée de la reproduction. C'est *Éros* qui pousse à la réunification (des pulsions partielles, mais c'est déjà là dans la physiologie des cellules) pour la survie de l'espèce. Mais l'individu lui est destiné à mourir. C'est le corrélatif d'Éros et le lien de la sexualité à la mort, et ce d'emblée dans la succession des générations. La compulsion de répétition est l'expression de la pulsion de mort. Et Freud va même dire que puisque le principe de plaisir vise le retour à un état antérieur de moindre excitation, le principe de plaisir semble finalement être aussi au service de la pulsion de mort aussi.

À travers ses textes, Freud montre que l'échec de l'analyse est le point de départ de l'automatisme de répétition. La répétition devient finalement ce qui vient faire échec à l'idéal optimiste de la cure : ce qui n'était qu'obstacle dans la cure est élevé à un échec fondamental tissé à la théorie.

5. 1. 2. Le concept de répétition chez Lacan

Lacan avance que l'objet de la compulsion de répétition est ce qui demande à advenir. Ce qui se répète serait ce qui insiste, c'est-à-dire du symbolique puisqu'il est question du refoulé. En 1953, Dans *Les écrits techniques de Freud*, Lacan pose la répétition comme indissociable de la pulsion de mort et comme la condition même du transfert : «... de même que l'automatisme de répétition qu'on méconnaît tout autant à vouloir en diviser les termes, ne vise rien d'autre que la temporalité historisante de l'expérience du transfert, de même l'instinct de mort exprime essentiellement la limite de la fonction historique du sujet.²⁵⁹ » Cet instinct de mort n'est autre « [...] que le masque

²⁵⁹ Lacan, J. (1953). Fonction et champ de la parole et du langage. *Écrits*. Paris : Seuil, 1966, p. 318.

de l'ordre symbolique [...] en tant qu'il est muet.²⁶⁰ » À cette date donc, c'est le passé réel (non symbolisé) qui se manifeste au travers de l'instinct de mort et la répétition. Le passé réel s'oppose donc au passé symbolisé : « En effet, cette limite [la mort] est à chaque instant présente en ce que cette histoire a d'achevé. Elle représente le passé sous sa forme absolument réelle, c'est-à-dire non pas le passé physique dont l'existence est abolie, ni le passé épique tel qu'il s'est parfait dans l'œuvre de mémoire, ni le passé historique où l'homme trouve le garant de son avenir, mais le passé qui se manifeste renversé dans la répétition.²⁶¹ »

Dans ce rapport entre le symbolisme et le refoulé, le rapport du non-être à l'être et de l'absence à la présence sont deux idées majeures de Lacan. Le non-être qui demande à être, c'est du refoulé qui insiste et se répète. L'instinct de mort, inéliminable quant à la répétition, n'est que l'insistance de ce refoulé et son retour jusqu'à ce qu'il ait pu s'exprimer, être. Non pas être au sens où il serait, avant, dans le néant, mais au sens où il est un non-être de refoulé. Ce n'est donc pas rien puisque la répétition révèle un savoir : de ce qui ne se savait pas.

Si Freud a eu accès au non symbolisé par la « voie royale », c'est-à-dire par le rêve, les formations de l'inconscient ont d'autres voies. Afin d'avancer un peu plus sur la question de la répétition, Lacan reprend le jeu du Fort/Da, marquant l'inscription de l'enfant dans le langage. Lacan ne découvre rien d'autre, dans ce jeu, que le procès d'une symbolisation. L'instinct de mort freudien et la pulsion de mort deviennent la scansion et l'opération de la répétition, et à travers ce jeu répétitif, « [...] la subjectivité foment tout ensemble la maîtrise de sa déréliction (de l'enfant) et la naissance du symbole.²⁶² » L'enfant aliéné à sa mère répète donc dans une tentative de maîtriser l'état d'abandon dans lequel il est. Plus encore, dans le jeu du Fort/Da, « [...] le sujet n'y maîtrise pas seulement sa privation, ... mais y élève son désir à une puissance seconde.²⁶³ » C'est bien la privation réelle de la mère qui pousse le sujet à désirer l'Autre. Dans un double procès

²⁶⁰ Lacan, J., *op. cit.*, 1978, p. 375.

²⁶¹ Lacan, J., *op. cit.*, 1966, p. 318.

²⁶² *Ibid.*, Lacan, J., 1966, p. 319.

²⁶³ *Ibid.*, Lacan, J., 1966, p. 319.

identificatoire, la répétition, qui est repérée comme répétition du départ de la mère, cause une *Spaltung* dans le sujet. Pour Lacan,

« La *Spaltung* est, sans équivoque, le caractère le plus inaugural qui définit la subjectivité, puisqu'elle est, précisément, ce par quoi le sujet advient ; ce par quoi le sujet se structure sur un certain mode psychique en advenant. [...] elle peut être posée comme division inaugurale du sujet, qui procède de l'assujettissement du sujet lui-même à un ordre tiers qui est l'ordre symbolique, plus exactement qui est l'ordre qui va médiatiser le rapport du sujet au Réel, en nouant, pour le sujet, l'Imaginaire et le Réel.²⁶⁴ »

Le jeu du Fort/Da amorce la répétition qui vient marquer l'entrée de l'*infans* dans l'ordre symbolique, l'ordre de la signifiante. La *Spaltung*, c'est-à-dire le clivage, marque alors la division du sujet qui entre dans le langage.

L'ensemble de l'activité symbolise la répétition qui n'est définie que dans son rapport à l'objet. La bobine, où se projette le sujet qui a subi l'opération du signifiant en se constituant comme reste, choisit. Elle ne réduit pas la mère à un bout de fil mais à « un petit quelque chose du sujet qui se détache, tout en étant encore bien à lui, encore retenu.²⁶⁵

La trace de la situation première de l'opération du langage aura pour référent quelque chose de perdu : l'objet *a*. « Cette fois-là » va présentifier cette perte en tant que perte et en tant qu'absence. Si elle vient à se répéter, c'est parce que cette trace renvoie à quelque chose de perdu lors de son inscription, du fait même de l'inscrire, donc de la répéter.

Ce que Lacan repère donc dans ce jeu qui incarne le représentant de la représentation, c'est aussi le surgissement du trait. C'est le langage qui engage cet acte rythmique de balancement de la bobine qui tend à occlure une béance introduite par une absence, absence qui assujettit au symbole. Ce dernier marque la nature même du signifiant en introduisant le petit d'homme « au meurtre de la Chose. » Dans ce premier sacrifice symbolique de lui-même, dans cette toute aussi première rencontre avec la mort,

²⁶⁴ Dor, J. (1985). *Introduction à la lecture de Lacan, I. L'inconscient structuré comme un langage*. Paris : Denoël/L'espace analytique, p. 131.

²⁶⁵ Lacan, J., *op. cit.*, 1973, p. 60.

le sujet reste privé de quelque chose de lui-même qui prend valeur du signifiant de son aliénation : « C'est l'assomption de la castration qui crée le manque dont s'institue le désir.²⁶⁶ » Dans cet acte inaugural s'institue le rapport toujours répété du sujet à l'objet perdu où son désir s'aliène. La singularité de la place de la répétition se met donc en jeu dans le *ou (vel)* aliénant du fantasme où le sujet se trouve pris ; un « ou-bien/ou-bien » qui introduit la fonction de la coupure par l'intermédiaire de laquelle le sujet est confronté à l'objet perdu. Et ceci grâce à cette identification au trait (*einzigster Zug*) qui se trouve soutenir la répétition. Seul l'Autre sera garant de la fonction du trait en tant qu'absent ou présent.

L'absence de la Chose est marquée par ce premier Un supposé, « concept du manque » qui révèle la place de l'objet chu. À la demande du sujet clivé, il se répète dans son rapport à l'objet : « Le désir s'y présentifie de la perte, imaginée au point le plus cruel, de l'objet.²⁶⁷ » Le sujet recherche son unicité signifiante, le poussant à répéter sans le savoir : « Il n'est pas moins vrai que le fait de la répétition est enraciné sur cet unaire originel, que comme tel cet unaire est étroitement accolé et coextensif à la structure même du sujet en tant qu'il est pensé comme répétant au sens freudien.²⁶⁸ » Répéter aura alors pour but de « faire resurgir cet unaire primitif²⁶⁹ », proposition lacanienne s'inscrivant pleinement dans celle de Freud pour qui le sujet se voit obligé de répéter le refoulé.

Aliéné à ce qui cause son désir, happé par le signifiant qui vient de l'Autre, le sujet est condamné à l'errance autour d'un vide qui nécessite de se tourner vers l'Autre : « Le signifiant exige un autre lieu - le lieu de l'Autre... - pour que la parole qu'il supporte... puisse se poser comme vérité. Ainsi c'est d'ailleurs que de la réalité qu'elle concerne que la vérité tire sa garantie : c'est de la parole. Comme c'est d'elle qu'elle reçoit cette marque qui l'institue dans une structure de fiction.²⁷⁰ » Chaque Un, chaque trait, est assurément différent du premier ou de celui qui précède. Le sujet reste cependant aveuglé par sa recherche de l'« identiquement identique », donc de ce qui manquera toujours, de ce qui

²⁶⁶ Lacan, J. (1964). Du « Trieb » de Freud et du désir du psychanalyste. *Écrits*. Paris : Seuil, 1966, p. 851.

²⁶⁷ Lacan, J., *op. cit.* 1973, p. 58.

²⁶⁸ Lacan, J. (1961-1962). Leçon inédite du 7 mars 1962. *Le Séminaire livre IX, L'identification*. Non publié. Lien direct : <http://staferla.free.fr/S9/S9%20L'IDENTIFICATION.pdf>

²⁶⁹ *Ibid.*, Lacan, J., 1962.

²⁷⁰ Lacan, J., *op. cit.*, 1966, p. 819.

est à l'origine de l'intraduisible (l'*Urverdrängt*), ne sachant pas que cet « identiquement identique », cette fusion, n'existe pas : « le signifiant étant différent de lui-même, rien du sujet ne saurait s'y identifier sans s'en exclure.²⁷¹ »

La répétition entraîne un décalage, un écart entre ce que le sujet cherche et ce sur quoi cette recherche tombe et s'arrête. Cet intervalle génère structure la chaîne signifiante ; la répétition de la demande est source de désir. La répétition provoque autant de différent que de même, puisqu'à chaque répétition est véhiculé du réel face auquel le sujet échoue. Ce ratage, cette rencontre manquée, cause de la course désirante du sujet, est la garantie du réel à s'inscrire : « Le réel est [...] ce qui revient toujours à la même place, à cette place où le sujet, en tant qu'il cogite... ne le rencontre pas.²⁷² » C'est bien à partir du trou dans l'Autre que la répétition est générée pour tenter de combler le manque, tentative ratée puisqu'aucun signifiant ne pourra jamais combler ce vide.

Lacan reprend la question de la répétition dans son séminaire sur « La Lettre volée » (1955), qui démarre immédiatement avec la question de la répétition : « Notre recherche nous a mené à ce point de reconnaître que l'automatisme de répétition (*Wiederholungszwang*) prend son principe dans ce que nous avons appelé l'insistance de la chaîne signifiante²⁷³. » Par des déplacements du signifiant, la chaîne signifiante a pour objectif premier d'atteindre la lettre oubliée, masquée, qui manque sans cesse à sa place dans le symbolique et dont la trace dans le réel sera conservée dans l'inconscient, sans que rien ni personne ne puisse l'atteindre.

Faisant de la répétition l'un des quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, il emprunte deux concepts d'Aristote pour avancer les deux versants de la répétition : l'*automaton* et la *tuchê*²⁷⁴. La *tuchê*, se situe sur le versant du réel, du non symbolique. La répétition est alors à placer du côté de la jouissance, dont l'accès ne se fait que sous forme traumatique. L'*automaton* se situe quant à lui sur le versant symbolique, il ressort de la logique du signifiant, il est le support de la parole et du discours. Cette fois, la

²⁷¹ Lacan, J., *op. cit.*, 1962.

²⁷² Lacan, J., *op. cit.*, 1973, p. 48.

²⁷³ Lacan, J. (1955). Le Séminaire sur « La lettre volée » d'Edgar Allan Poe (1865). *Écrits*. Paris : Seuil, 1966, p. 11.

²⁷⁴ Lacan, J., *op. cit.*, 1973.

répétition réside du côté de la perte de la jouissance, de ce qui vient faire obstacle à la jouissance pouvant amener à la mort.

La *tuchê* serait l'origine de la répétition, elle déclencherait l'*automaton*. Il s'agit de la rencontre avec quelque chose d'insupportable, d'inévitable pour le sujet. Autrement dit, la *tuchê* concrétise la rencontre avec le réel et génère la répétition.

La répétition implique un savoir que le sujet va chercher dans un Autre lieu, un savoir qui motive la quête et dont seul l'Autre peut jouir. À chaque répétition, il y a constat que ce dont le sujet a cru pouvoir jouir, il jouit à chaque fois un peu moins. Ce savoir, qui abrite le trait, raconte la coupure, prouve l'existence du sujet, est un élément clé de l'analyse, puisque c'est bien grâce à lui qu'il y a recherche de jouissance par la répétition. Pour le sujet, « ce qui est essentiel, c'est qu'il voie, au-delà de cette signification, à quel signifiant - non-sens, irréductible, traumatique - il est, comme sujet, assujetti.²⁷⁵ » L'au-delà de la signification, c'est l'interprétation de la répétition puisque ce qui insiste, ce qui se répète relève de la jouissance. Trouver le sens de ce qui se répète est le chemin qui mène à la pulsion.

Le sujet répète pour tenter de retrouver l'objet perdu qui l'a fondé. La façon dont le signifiant surgit laisse entendre quelque chose de l'ordre du mode d'advenue du sujet – et donc du trait - selon la formule freudienne : *wo Es war, soll Ich werden* (là où ça était, Je doit advenir), qui est devenue chez Lacan : *wo Es war, da durch das Eins werde Ich* (là où ça était, par le Un adviendrai-Je).

En somme, la répétition peut s'entendre sur deux niveaux : soit le sujet répète pour tenter de symboliser ce qui peut l'être ; soit il répète dans le but d'atteindre une satisfaction. Qualitativement parlant, ce n'est pas la même répétition. Il y a, d'un côté, une répétition sur le versant du désir : le sujet essaie d'atteindre l'objet de la satisfaction, et heureusement cela rate, il n'y a qu'une satisfaction partielle, donc il réitère dans l'espoir de l'atteindre un jour. C'est bien ici du moteur de la course désirante dont il est question, de la Pulsion de vie (Eros ; activité de liaison des pulsions). D'un autre côté, il s'agit

²⁷⁵ *Ibid.*, Lacan, J. 1973, p. 226.

d'une répétition sur le versant de la jouissance, c'est-à-dire une répétition pleine, qui ne rate pas, dans le sens où c'est l'excès d'excitation, de tension, qui s'impose au sujet. C'est ici du côté de la pulsion de mort (Thanatos ; désintringement des Pulsions), et dans le champ du trauma que se situe la répétition.

5. 1. 2. La répétition chez Roussillon et Green

Je fais le choix de m'arrêter sur les conceptions de Roussillon et de Green, tous deux connus pour reprendre et prolonger les travaux de Freud d'une manière tout à fait intéressante. Tous deux traitent la question de la répétition du côté des conditions d'émergence de la pulsion et du fantasme (notamment dans leur rapport au traumatique), de l'activité de représentation et de symbolisation ; Green parle alors de « sémiotique », de « symbolisation primaire », et Roussillon, de « fonction symbolisante ».

Roussillon, confronté à des sujets présentant des souffrances narcissiques identitaires, propose de nouvelles conceptions théoriques. C'est notamment au travers de *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*²⁷⁶, dans « La métapsychologie des processus et la transitionnalité²⁷⁷ » et dans *Agonie clivage et symbolisation*²⁷⁸ qu'il développe ses théories des traumas primaire et secondaire, l'amenant par la suite à considérer la question de la symbolisation primaire et de la symbolisation secondaire. D'après lui, des circonvolutions psychiques récurrentes témoignent d'un non-symbolisé qui se répète, d'événements traumatiques n'ayant pas trouvé de sens dans la psyché du sujet à un moment de son histoire ce qui provoque une incessante réactualisation dans le présent. En somme, la compulsion de répétition va ramener à la surface du psychisme des événements qui ne comportent pas de satisfaction pulsionnelle, et permettre une quête représentative de la psyché. Cette quête de la psyché ne porte que sur des éléments incompréhensibles, illisibles, qui vont enfin pouvoir s'inscrire dans la chaîne

²⁷⁶ Roussillon, R. (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France, 2007, 256 p.

²⁷⁷ Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité ; pour une métapsychologie de l'écoute psychanalytique. *Bulletin de la Société Française de Psychanalyse*, n°35, Paris, 160 p.

²⁷⁸ Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses universitaires de France, 2008, 245 p.

représentative. Les « traces mnésiques représentatives » se différencient des « traces mnésiques perceptives », en carence de représentations. L'accès à la représentation est une condition pour le sujet puisse s'affranchir de la contrainte de répétition. Sans celles-ci, la condamnation à un processus spiralé incessant est inéluctable.

En outre, la clinique des souffrances narcissiques identitaires, des défenses primitives permet à Roussillon de constater que la répétition s'effectue à travers des actes, des hallucinations sensorielles et certains types de transfert comme le transfert par retournement. Dès lors, au transfert « par déplacement » qui caractérise les formes habituelles de la névrose de transfert, se substitue ici une forme de transfert « par retournement », dans lequel le sujet vient faire vivre, ressentir et représenter à l'analyste ce qu'il n'a pu vivre de son histoire et qui est resté clivé de ses possibilités d'intégration. L'on retrouve ici l'importance de s'attacher à comprendre la situation contre-transférentielle - où l'on est amené à exister comme objet réel qui remplit une fonction symbolisante - à la fois pour apporter au patient une interprétation et surtout, plus encore, une position relationnelle, une forme de présence qui lui permettra de reprendre en lui ce qu'il devait « expulser ».

Roussillon attribue une valeur messagère à la pulsion et son actualisation. En effet, il avance que c'est bien parce qu'un objet peut percevoir, recevoir et répondre adéquatement à la pulsionnalité de l'enfant que la pulsion devient un message pour l'autre et pour soi, et qu'elle devient aussi une recherche d'objet et non une pure décharge visant le plaisir. Il s'agit ici de la réponse de l'objet, de son rôle miroir ou réflexif, de ses fonctions symbolisantes qui vont imprimer au psychisme de l'enfant l'orientation objectale de la pulsion ou au contraire ne la permettront pas dans certains cas malheureux. Si aucun objet ne peut reconnaître le message potentiel, ou transformer la recherche de satisfaction en recherche d'objet, la symbolisation ne peut se mettre en place ou dégénère. Roussillon affirme que le rôle de l'objet n'est pas que de détoxifier les expériences angoissantes, mais que c'est le défaut de l'objet va qui va rendre toxiques les contenus psychiques et donc les rendre impropres à la symbolisation. Ces contenus seront pris dans la spirale de la répétition non symbolisée²⁷⁹.

²⁷⁹ Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition. Théorie du processus psychique*. Paris : Dunod, 232 p.

Tout comme Roussillon, la compulsion de répétition signe, selon Green, l'échec de la réalisation d'un but pulsionnel, l'ultime forme de liaison devant le risque de désorganisation et une forme primitive de narcissisme, mais elle vise aussi à se réapproprier ce qui a été manqué. L'analyste peut ainsi être amené à donner au patient les réponses qu'enfant, il n'a pas obtenu de l'objet historique²⁸⁰. En lien avec cette question, une déclaration de Roussillon parue un an plus tôt la complète : « [...] il est en plus nécessaire de reconstruire ce que fut la réponse de l'objet et les incidences de celle-ci sur la structuration du sujet.²⁸¹ »

5. 2. Le sinthome

Lacan a désigné un circuit de répétition, un cycle de savoir-jouissance qui se déclenche à partir d'un événement de corps, c'est-à-dire par la rencontre matérielle d'un signifiant et du corps. Il s'agit du *sinthome*, qui devient le quatrième rond du nœud borroméen, pour signifier que le symptôme doit tomber. Le sinthome est ce qui ne chute pas, mais ce qui se modifie, se change pour que restent possible la jouissance, le désir.

Dans ses *Écrits*, Lacan associe le discours et la lettre : « Nous désignons par lettre ce support matériel que le discours concret emprunte au langage.²⁸² » Le discours est ainsi associé à la marque écrite, à la lettre, entre le langage et la parole. Le sinthome est une construction qui s'étale dans le langage, par le langage. Il est fait de la même « étoffe » que le discours.

Cette façon d'aborder le sinthome, permet de mettre en évidence la notion de jouissance ou d'angoisse existentielle et d'introduire la notion de réel dans le symptôme. À la fin de son enseignement, Lacan modifie le statut du symptôme, il passe du symptôme comme métaphore au symptôme comme lettre. La fonction du symptôme devient « ce qui de l'inconscient peut se traduire par une lettre, en tant que seulement dans la lettre,

²⁸⁰ Green, A. (2000). La répétition, causes, caractéristiques. *Le temps éclaté*. Paris : éditions de Minuit, coll. « Critiques », p. 96.

²⁸¹ Roussillon, R., *op. cit.*, 2008, p. 185.

²⁸² Lacan, J., *op. cit.*, 1966, p. 495.

l'identité de soi à soi est isolée de toute qualité.²⁸³ » Dans « La troisième », il affirme que l'accès au réel se fait par l'une des propriétés de la lettre, l'identité de soi²⁸⁴. L'enjeu est bien d'extraire le sujet de son manque-à-être et lui accorder la seule identité possible, non pas en déchiffrant la lettre elle-même qui ne fait pas sens, mais en déchiffrant le signifiant détaché de sa valeur de signification, détaché du signifié.

L'analyse s'intéresse à la jouissance inscrite dans la lettre, aux causes du symptôme bien plus qu'à son sens. Elle se résume à une mobilisation de ce qui fait chiffre pour en faire un sinthome, si possible. Ce chiffrage, qui « ne cesse pas de s'écrire du réel.²⁸⁵ » c'est la répétition de la lettre qui enferme l'angoisse (stéréotypie). L'objectif de l'analyse est l'apaisement de la souffrance (jouissance) associée à cette répétition, jusqu'au point où le langage puisse faire équivoque, jeu de mots ou question.

Le dispositif le plus proche de l'équivoque est peut-être plutôt une sorte de sécession temporaire, d'une sorte d'objet qui peut devenir sinthome créé par un nouage du signifiant avec un signifié qui ne fait pas forcément sens pour nous. La scansion, la rupture, l'arrêt des séances par l'analyste à un moment propice peut participer à la réduction de la jouissance dans ces phénomènes de répétition et faire apparaître ces sinthomes en devenir mais sous une forme négativée (telle une question, ou une sorte de métaphorisation, à cet endroit). Puisqu'elle réduit la jouissance, la scansion peut être considérée comme une forme d'interprétation. Ainsi, le moment propice n'est pas choisi par hasard. Le thérapeute attend un effet. Lorsqu'elle est opérante, la scansion produit une dévalorisation immédiate de la jouissance. Comme pour le mot d'esprit, s'il n'y a pas d'effet immédiat, il n'y a pas d'effet du tout.

²⁸³ Lacan, J. (1974-1975). Leçon du 21 janvier 1975. *Le Séminaire Livre XXII, R.S.I.* séminaire inédit. En ligne : <http://staferla.free.fr/S22/S22%20R.S.I..pdf>

²⁸⁴ Lacan, J. (1974). La Troisième. En ligne : http://staferla.free.fr/Lacan/La_Troisieme.pdf

²⁸⁵ *Ibid.*, Lacan, J., 1974.

5. 3. La répétition palilalique du sujet dément

Dans un contexte d'altération de la parole imputable à la maladie d'Alzheimer, de déliaison du représentant et de l'affect, certains sujets passent leur temps à répéter à l'infini des mots, syllabes ou sons. Sur appui des travaux psychanalytiques et linguistiques, j'ai pu mettre l'accent sur l'intérêt de prendre en considération l'acte de langage du sujet dément, donc le dire plutôt que le dit qui apparaît insensé. Cette verbalisation excessive, je la considère, à ce stade du travail, de plusieurs façons. Tout d'abord, la répétition infinie s'entendrait comme une tentative de symbolisation ratée ; face à un réel dé(sen)chaîné et un imaginaire inaccessible, le registre du symbolique est inopérant, insuffisant. Le sujet répèterait ainsi des restes de parole, composés de traces de signifiants maîtres, jusqu'à ce qu'ils puissent s'accrocher à l'Autre. C'est en ces termes que je propose ensuite de parler d'*acting out*, sorte de provocation du sujet pour attirer l'attention de l'Autre.

Prendre en compte la façon de dire du sujet dément, c'est écouter le son du langage. Et nous allons voir qu'à travers lui, le sujet dément a bien plus de choses à transmettre qu'il n'y paraît.

TROISIÈME AXE : CLINIQUE



Batoni Pompeo Girolamo. *Le temps ordonne à la vieillesse de détruire la beauté*. Huile sur toile, 18^{ème} siècle.²⁸⁶

²⁸⁶ Pompeo Batoni, G. En ligne : <http://andreetgyps.centerblog.net/6605-0015e-le-temps-ordonne-a-la-vieillesse>

« En outre, l'analyste n'entend pas seulement avec son oreille - fût-ce la troisième - mais avec son corps tout entier. Il est sensible non seulement aux paroles mais aussi aux intonations de la voix, aux suspensions du récit, aux silences et à toute l'expression émotionnelle du patient. Sans la dimension de l'affect, l'analyse est une entreprise vaine et stérile. Sans le partage avec les émotions du patient, l'analyste n'est qu'un robot-interprète qui ferait mieux de changer de métier avant qu'il ne soit trop tard. »

Green, 1992²⁸⁷

Chapitre 1 : Méthodologie

Il convient à présent de préciser les outils méthodologiques propres à soutenir mes investigations. Ces éléments inhérents au cadre et au dispositif mis en place ont été choisis et adaptés en fonction de la pathologie à laquelle j'étais confrontée. À ce propos, Chouvier²⁸⁸ parle d'une co-construction du dispositif qui s'ajuste aux psychés, s'adapte à la singularité groupale, aux locaux, au matériel, etc. Cette re-crédation permanente du cadre en fonction de ces paramètres nécessite une accommodation du clinicien à la pathologie, ainsi qu'une certaine créativité.

1. 1. La population

1. 1. 1. Critères d'inclusion

Cette recherche s'intéresse à des sujets souffrant de maladie d'Alzheimer à un stade avancé, présentant une répétition palilalique.

²⁸⁷ Green, A. (1992). *La déliaison, Psychanalyse, anthropologie et littérature*, Paris : Les belles lettres, coll. « Confluents psychanalytiques », p. 46.

²⁸⁸ Chouvier, B. (2010). La médiation dans le champ psychopathologique. *Le Carnet PSY*, 141, (1), p. 32-35.

1. 1. 2. Les difficultés

La première difficulté est en lien avec l'appellation « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées », véritable fourre-tout, qui se retrouve dans la majorité des dossiers inscrits dans le logiciel de soins des établissements, sans la moindre précision. Il a donc fallu décortiquer de près les rapports des neurologues (lorsqu'ils existaient), les bilans des examens radiographiques de type scanner et IRM, et surtout, s'appuyer sur les observations cliniques quotidiennes. L'objectif étant de vérifier qu'il s'agit bien d'une maladie d'Alzheimer et non, par exemple, de démences frontales qui auraient clairement modifié mon regard ainsi que l'interprétation des symptômes.

La seconde difficulté se réfère au terme de « palilalie », généralement inconnu ou mal employé. J'ai ainsi été contactée à différents endroits, me disant qu'il y avait des cas de palilalie. En arrivant, il s'agissait en fait de cris, ou d'écholalie. Ou pire : la résidente en question ne présentait aucune maladie d'Alzheimer !

1. 2. Le cadre

1. 2. 1. Le cadre institutionnel

Deux des trois résidentes, Paulette et Marguerite, dont les accompagnements vont être présentés ci-après, se situent sur mon lieu de travail à Toulon. L'EHPAD dans lequel j'exerce depuis cinq ans dispose de cent vingt-huit lits. Il appartient à un groupe privé, dont le projet est globalement de faire de ses établissements de véritables lieux de vie, avec au centre, un quotidien rythmé par les animations et les activités thérapeutiques. L'approche non médicamenteuse y est clairement défendue, et la lutte contre les contentions et neuroleptiques largement débattue lors des staffs médicaux et des commissions gériatriques organisées par l'établissement. Cette résidence médicalisée accueille des personnes valides, semi-valides, en perte d'autonomie, touchées par la maladie d'Alzheimer ou par des troubles apparentés. La durée du séjour peut être permanente ou temporaire en fonction des besoins de chacun. Les six unités de vie,

d'environ vingt chambres, sont dirigées par les « maîtresses de maison²⁸⁹ », qui veillent à mettre en œuvre le projet personnalisé réalisé pour chacun des résidents en équipe pluridisciplinaire. Sur les six unités, quatre unités sont dites « secteurs ouverts », et les deux autres unités sont dénommées « unités de vie sécurisée ». Les unités de vie sécurisées accueillent une vingtaine de résidents, principalement atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant des troubles du comportement.

En général, une animation de groupe a lieu au rez-de-chaussée avec un grand nombre de résidents (une trentaine) ; celle-ci est essentiellement dispensée par l'animatrice (ateliers manuels, chant, revue de presse, loto...), par des intervenants extérieurs (un entraîneur qui fait la gymnastique douce, une sophrologue, des fleuristes qui permettent aux résidents de réaliser des compositions, des chanteurs divers, des musiciens, une réflexologue plantaire...), ou par les soignants (ateliers de cuisine, lecture de contes et de poèmes, jeux de mémoire, balnéothérapie...). Pour les résidents qui ne peuvent ou veulent se rendre à l'activité, un autre atelier est proposé dans le salon de l'unité, ou certains soignants proposent une activité individuelle à un résident. Des résidents des unités sécurisées peuvent participer, à condition qu'un soignant reste à leurs côtés.

Des ateliers thérapeutiques et animations se déroulent spécifiquement dans ces unités : atelier théâtre et photolangage avec la psychologue, musicothérapie, art-thérapie, psychomotricité, « lamathérapie »...

Afin de maintenir le lien avec le monde extérieur, des sorties sont très souvent organisées avec des résidents des six unités ; il peut s'agir de sorties à la mer, au restaurant, dans les musées, ou de plus gros projets comme une croisière ou un voyage en Corse par exemple.

L'établissement dispose depuis février 2018 d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), accueillant entre 7 et 14 résidents présentant des troubles cognitifs du lundi au vendredi de 10h à 16h. Un assistant de soins en gérontologie (ASG) est présent

²⁸⁹ Dans le groupe LNA Santé, les maîtresses de maison sont les chefs de service d'une unité. Elles managent les aides-soignants.

toute la journée avec les résidents auxquels il propose tout un tas d'activités allant de la pâtisserie aux exercices physiques. Les thérapeutes (psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute...) y ont une place importante.

Dolorès, la troisième résidente que j'ai pu accompagner durant quelques semaines, réside à La Seyne Sur Mer, dans une maison de retraite médicalisée d'un grand groupe privé. Cette résidence accueille jusqu'à quatre-vingt-quatre personnes âgées autonomes, semi-valides et dépendantes. Un accueil de jour disposant de six places est en place.

1. 2. 2. Le cadre des rencontres et de l'accompagnement des résidents

Une convention tripartite a été signée avec les EHPAD et l'université avant de débiter les rencontres. J'ai pris le soin d'appeler chaque responsable légal, voire même de les rencontrer pour leur expliquer ma démarche et avoir leur autorisation pour enregistrer les entretiens.

1. 3. Le dispositif

1. 3. 1. L'attention

La lecture de l'article de Ciccone²⁹⁰ m'a permis de me rendre compte que j'avais procédé, sans le savoir, de la manière dont Esther Bick procède avec les bébés. Elle a en fait élaboré un dispositif et une méthodologie, qui sont maintenant connus et de plus en plus utilisés, concernant l'observation de bébés. Globalement, il est question d'une observation attentive d'un bébé, dans sa famille, une heure par semaine pendant deux ans, des notes étant prises après chaque observation et discutées dans un séminaire. Dans ce dispositif et dans cette méthodologie, le terme le plus important n'est pas « observation » mais « attention ». L'observation, selon la méthode d'Esther Bick, est au service de

²⁹⁰ Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, (2), p. 81-102.

l'attention - attention portée à la vie émotionnelle. Dès lors, l'attention et l'observation sont le cœur du travail clinique. L'observation attentive va déterminer l'interprétation.

Dans la pratique quotidienne, cette position d'observation attentive permet d'améliorer les situations complexes rencontrées. Il est indéniable de dire à quel point il est précieux de mettre momentanément en suspens sa pratique pour se mettre en position d'observation chaque fois qu'une situation complexe nous plonge dans la confusion ou nous donne le sentiment d'être dépassé, impuissant, dans une voie sans issue. Prendre le temps du recul, de l'observation attentive de la situation vécue comme incompréhensible, traumatique, aliénante, améliore la situation. Cela à condition qu'un travail suffisant d'élaboration accompagne l'observation.

Le dispositif d'observation systématisé, à l'image de celui d'Esther Bick et de Martha Harris, optimise non seulement les effets de l'observation clinique, mais aussi le travail de pensée. Ce dispositif, permettant alors de développer les capacités d'attention et de contenance, se présente de la même façon que l'observation des bébés, dont les séquences sont premièrement l'observation, deuxièmement la notation, troisièmement le séminaire, et quatrièmement le retour dans la situation.

1. 3. 2. Les quatre temps du dispositif

Le premier temps est celui de l'**observation** proprement dite. Le clinicien doit se laisser imprégner par la situation, par la teneur émotionnelle de la situation observée. Il doit être à l'écoute de ce qui est implicite et métaphorique dans la situation, afin d'être réceptif aux aspects les moins conscients des communications.

Le deuxième temps est celui de la **notation**. Le clinicien-observateur s'isole pour donner forme aux traces laissées par l'impact de la situation. Il est invité à noter tous les détails dont il se souvient, dans un langage simple, et sans codification théorique ou interprétative. N'oublions pas qu'une théorisation trop précoce est une défense contre la souffrance due à l'expérience émotionnelle ou à l'état d'ignorance, et non une véritable compréhension. Théoriser sans comprendre n'est ainsi pas rare. L'écrit est alors rédigé dans un vocabulaire courant, non théorique, sans idées préconçues. Rustin l'affirme, « il

faut qu'il y ait un espace mental dans lequel les phénomènes observés puissent s'inscrire dans toute leur complexité avant toute tentative de les coder en termes théoriques.²⁹¹ »

Le troisième temps est celui du *séminaire*, c'est-à-dire d'élaboration groupale : le groupe se met au service de l'observation et du clinicien-observateur pour développer une compréhension de la situation observée, et de l'impact de la situation sur le clinicien. Les hypothèses soulevées, mises à l'épreuve de la clinique, vont laisser émerger un sens potentiel, aidant ainsi le clinicien à contenir les questionnements, les doutes, etc. Elles permettront également de garder une attitude attentive afin de contourner les pièges tendus par les projections dont il est inévitablement la cible.

Le quatrième temps est donc celui du *retour dans la situation*, auprès du patient, de la famille, du groupe de sujets observés. L'ensemble du travail précédent aura généré chez le clinicien une transformation qui impactera quelque peu et progressivement la situation. L'élaboration des effets de la situation observée, le développement et la confirmation des capacités psychiques du clinicien à recevoir et à contenir la situation, lui donneront un appui pour soutenir son implication dans sa pratique.

Cette position observante apparaît alors comme potentiellement créatrice, contenante et vectrice de transformation d'une situation difficile. Cette méthode de travail privilégie l'observation des détails, l'observation des aspects non verbaux. Elle cherche à développer la réceptivité, l'attention aux expériences émotionnelles. L'attention essaie toujours d'être portée à tous les éléments d'une situation, en dépit des situations parfois stressantes et éreintantes ; il est parfois difficile pour un clinicien de maintenir le degré d'attention nécessaire à tous les membres de la famille.

Ce dispositif et cette méthode qui soutiennent l'observation attentive cherchent toujours à développer l'implication du clinicien. C'est d'abord l'implication qui est recherchée, par opposition à l'explication. L'explication ne permet pas de comprendre. L'explication dit toujours vrai : « le sujet est dément ; la famille est dans le déni ; etc. » Mais l'approche objective et explicative n'apporte pas une compréhension. Expliquer

²⁹¹ Miller, L., Rustin, Mi, Rustin, Ma, Shuttleworth, J., Houzel, D. (1989). *L'Observation attentive des bébés*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, 1997, 247 p.

c'est laisser fermé le livre qu'est un sujet fermé à son développement ; c'est même contribuer à l'y enclorre. Seule l'implication permet de comprendre, et un sujet qui ne se sent pas compris d'un autre ne peut pas en apprendre quelque chose. On ne peut rien apprendre de quelqu'un qui ne nous comprend pas, même s'il sait très bien tout nous expliquer. Une des particularités du dispositif et de la méthodologie ici employée est l'écrit. Outre le rassemblement des éléments de la situation que permet la notation, outre le premier travail de pré-élaboration qu'elle réalise, on peut dire de l'écriture qu'elle libère la mémoire et rend ainsi la pensée disponible pour la rêverie, pour les associations. C'est en effet ce que l'écriture exhaustive du journal clinique ci-après m'aura permis.

1. 3. 3. Prise en charge individuelle et groupale

J'ai décidé d'observer le comportement des trois résidentes seules dans leur chambre, mais aussi en groupe, lors des repas ou des activités. J'ai également testé la méthode de soins que je proposais soit avec la résidente seule, soit de nouveau en groupe. L'objectif étant de proposer une méthode de soins dont les soignants pourraient se servir en toutes circonstances. J'ai ainsi choisi d'observer les effets de la thérapie par la musique ; les titres choisis relèvent en général de la musique classique, qui, d'après les cours de master, semble fonctionner pour apaiser les troubles du comportement.

1. 3. 4. Durée

J'ai passé beaucoup plus de temps avec Paulette, qui, nous allons le voir, est en fait le cas princeps de cette thèse. La raison essentielle est que j'ai découvert, observé, étudié avec elle le phénomène palilalique depuis mon rapport de stage de master 2. De plus, je n'avais pas, à l'époque, un travail à temps complet, ce qui me permettait de me détacher plus facilement pour la rencontrer.

Avec les deux autres résidentes, il m'a fallu instaurer un rythme moins conséquent, faute de temps, puisque depuis 2015 j'exerce mon emploi à temps plein. J'aspirais à les rencontrer une fois par semaine, durant huit semaines, entre une demi-heure et une heure, en fonction de leur état physique (fatigue, infections...). Nous verrons à ce sujet que des

séances ont complètement été annulées en raison de l'évolution de leur état général, et que je n'ai parfois pas pu aller au bout de ce que je souhaitais observer.

1. 3. 5. Les modalités du journal clinique

Le journal clinique présente un bénéfice certain, celui de rendre compte, le plus exhaustivement possible, de ce qui se passe durant l'accompagnement des résidentes. Il m'a paru indispensable de m'engager dans une observation et une analyse minutieuse de ce qui se passait autour du sujet atteint de démence lors du phénomène palilalique. Mon attention a également été portée sur les manifestations corporelles qui peuvent nous guider vers ce qui approcherait la demande – non formulé par un discours cohérent correctement construit – des résidentes.

Pourquoi écrire ? Dans un livre posthume intitulé *Pensée sauvage, pensée apprivoisée*, Bion montre comment l'activité de pensée suppose d'apprivoiser des pensées sauvages²⁹². Se laisser aller à ses « pensées sauvages », à son imagination, jouer avec le matériel observé, mettre ses propres mots sur une expérience, est nécessaire pour saisir une situation et bâtir progressivement une pensée cohérente, pertinente, scientifique. Bion, cité par Ciccone, rappelle que la « spéculation imaginative » ne peut suffire à construire une pensée concrète²⁹³.

Le détour par l'écrit est en effet très important, il libère et permet d'avoir accès à l'imagination, et permet de mettre en parallèle ce qui est rêvé et ce qui a été observé. Selon Cadoux²⁹⁴, la haine ne pouvant s'exprimer dans la relation, l'écriture pourrait permettre d'exprimer de manière tolérable l'amour et la haine que suscite le patient, de leur donner une forme présentable en les nouant l'un à l'autre. C'est d'ailleurs probablement ce qui a eu lieu lors du passage de « l'horreur » à l'admiration de la résidente décrite en préambule de ce travail. De ce point de vue, écrire serait une mise en sens de l'hostile que l'autre fait naître à l'intérieur de soi, comme marque de l'intrusion,

²⁹² Bion, WR. (1998). *Pensée sauvage, Pensée apprivoisée*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, 80 p.

²⁹³ Ciccone, A. (2011). L'observation dans les pratiques. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 2^{ème} édition, p. 43-57.

²⁹⁴ Cadoux, B. (1999). *Écritures de la psychose. Folie d'écrire et atelier d'écriture*. Paris : La rumeur libre, coll. « La bibliothèque », 2013, 288 p.

de l'inquiétante étrangeté peut-être, soit ce qui échappe aux conditions habituelles d'une rencontre. En écrivant ce qu'il observe de la rencontre, le clinicien accueille l'étranger en l'autre et se met en position d'interprète d'un sujet ayant tant de mal à symboliser sa vie pulsionnelle. Écrire c'est donner une forme à ce qui n'est pas élaboré, c'est aussi écouter, rendre pensable l'impensable, sinon l'impensé. La confrontation devient rencontre grâce à la magie des mots.

1. 4. Analyse du discours

L'analyse interprétative des données, en référence au modèle psychanalytique, n'a pas été effectuée selon une méthode systématisée. J'ai entrepris une analyse clinique pour tenter d'accéder à deux éléments : (1) la singularité des processus et modes de fonctionnement psychique ainsi que (2) les aspects manifeste et latent des manifestations verbales des sujets déments, du discours des soignants ou encore des familles. Comme objets d'analyse ont été étudiés, de manière exhaustive, les énoncés significatifs et répétitifs, le rapport du sujet à ses énoncés (énonciation) et les mécanismes de défense mis en place.

La décision d'enregistrer les échanges avec les sujets fut motivée par mon désir de tenir un journal clinique qui soit le plus élaboré possible, et surtout de me risquer à l'inclure entièrement dans ce présent travail de recherche. Parce que je visais (ambitueusement) de fournir une « clinique maximale » (Le Gaufey, cité par Diener²⁹⁵) et non pas seulement les éléments qui soutiendraient mes hypothèses. De plus, les enregistrements m'aidaient tant bien que mal à avoir un recul sur la rencontre, à saisir d'autres éléments auxquels je n'avais pas fait attention, et surtout de retranscrire les syllabes et les sons, tâche qui fut particulièrement laborieuse ; effectivement, ma façon d'écrire ces sons m'appartient mais les possibilités d'écritures restent nombreuses. Ainsi, je livre ma version écrite des sons transmis par les sujets, puisque ma manière de les écrire fait partie de mon contre-transfert.

²⁹⁵ Diener, Y. (2007). L'RSI de cas contre les vignettes cliniques À propos du livre de Guy Le Gaufey, Le pastout de Lacan : consistance logique, conséquences cliniques. *Essaim*, 2, (19), p. 249-254.

Chapitre 2 : Clinique de Paulette : « une rencontre à couper le souffle »

2. 1. Le choix de la présentation de ce cas clinique

J'en ai longuement discuté avec vous dans le préambule de ce travail de recherche, plusieurs raisons ont dirigé mon choix d'étudier le cas de Paulette. D'une part, c'était pour moi la première fois que j'approchais de si près autant de troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer chez un même sujet, et avec ces troubles, il a fallu composer pour parvenir malgré tout à un accompagnement qui lui soit le plus adapté. D'autre part, les rencontres avec elle m'amenaient chaque fois à entreprendre un travail d'élaboration passionnant même si coûteux, les éléments transférentiels et contre-transférentiels étant massifs. Je pose clairement le cas clinique de Paulette comme le cas princeps de cette recherche.

2. 2. Anamnèse

Paulette habite une petite maison dans la région du Var. D'abord travailleur indépendant, puis diététicienne dans un hôpital, elle est décrite comme une femme dynamique et dévouée pour les personnes qui l'entourent. Elle a plusieurs passions qu'elle partage avec son mari, comme les randonnées, les voyages en Corse, la pêche, ou encore le jardinage. Le couple ne peut avoir d'enfant pour des raisons médicales : plus jeune, Paulette avait subi une opération liée à une tuberculose intestinale, à la suite de laquelle les chances de pouvoir un jour mettre au monde un enfant étaient vaines.

Nous sommes en été 1983. Paulette part en cuisine chercher le plat principal qu'elle a concocté pour ses proches. Elle revient quelques instants plus tard, chargée de nourriture, « avec deux fois plus qu'il n'en faut », selon son neveu. La famille pense immédiatement à un accident vasculaire cérébral, et l'emmène en urgence à l'hôpital. Paulette ne comprend pas l'inquiétude des siens. Le bilan neurologique est clair : Paulette est précocement atteinte d'une maladie d'Alzheimer.

Les années qui suivent sont marquées par une évolution progressive de la pathologie. Jusqu'en 2003, son mari l'accompagne autant qu'il peut, mais une maladie l'emporte en quelques mois. Ce sont alors son neveu, sa nièce, et sa sœur qui vont essayer de lui apporter quotidiennement aide et soutien, d'abord en demi-journée (2004), puis en journée complète (2005), et dès 2006, de jour comme de nuit. Jusque-là, Paulette apprécie colorier ou encore faire des mots fléchés. Mais le décès de son mari la perturbe beaucoup et « la rend ingérable ». Paulette oublie souvent de s'alimenter. De plus, la conscience de ses troubles (« je suis en train de devenir folle et je ne peux rien faire ») la plonge dans une profonde dépression (surtout de 2007 à 2009), à laquelle s'ajoutent de violents épisodes de plongeon rétrograde dans lesquels elle revit bombardements et autres atrocités de la guerre. À partir de 2010, la communication par la parole devient difficile ; le manque du mot s'accroît, et la palilalie apparaît : la famille décide alors d'orienter Paulette en EHPAD. Son neveu, très proche d'elle depuis toujours, demande alors la responsabilité légale et s'occupe de vendre tous ses biens, afin de financer la maison de retraite.

Âgée de 88 ans, Paulette pèse à peine quarante kilos et passe le plus clair de son temps à sillonner inlassablement les couloirs de l'unité de vie sécurisée, singulière dans son genre : droite, la tête haute, regardant devant elle, expirant très fort, et, les bras collés au corps, tenant fermement le pantalon ou la jupe qui la vêtit... C'est ainsi sans relâche qu'elle parcourt chaque jour des kilomètres. Elle répète à l'infini les mêmes syllabes : « colo colo colo... », avec parfois quelques variantes « cola cola cola... », ou encore « couyon couyon couyon... », ce qui énerve parfois tellement certains résidents qu'ils en viennent à la frapper. À ces coups, Paulette répond simplement « aïe » (pas toujours), mais ne leur témoigne aucune marque d'agressivité en retour.

Ses pathologies sont les suivantes : une démence de la maladie d'Alzheimer, une hypothyroïdie, un diabète de type 2, et une hypertension artérielle. Son traitement se compose ainsi d'un médicament contre la MAA (Ebixa), d'un antidépresseur ISRS (Paroxétine), d'un antihypertenseur (Enalapril), d'hormones thyroïdiennes (Levothyrox), d'insuline (Novomix), et d'un laxatif (Macrogol).

Paulette présente plusieurs SCPD, notamment des « comportements moteurs aberrants ». La déambulation diurne (uniquement) est quotidienne et continue ; de plus, elle agrippe les personnes qui prennent le temps de venir s'adresser à elle. La palilalie est devenue incessante depuis quelques semaines, même parfois lors des temps de repos. Enfin, des stéréotypies motrices et gestuelles peuvent apparaître en cas d'arrêt de la déambulation (nous allons y revenir).

2. 3. Le récit des rencontres

Ma première rencontre avec Paulette fut, dans tous les sens du terme, à couper le souffle. M'approchant d'elle, et captant son regard, je la salue : « Bonjour Paulette. Je suis Pauline. » Elle me regarde fixement une poignée de secondes durant, garde ma main fermement, m'embrasse sur la joue, et me tire avec elle pour que nous marchions. Nous déambulons ensemble, la palilalie se fait présente quelques minutes (« colo colo colo », « co co co co co co... »), puis disparaît. Nos pas sont rythmés par ses expirations. Systématiquement, deux pas, une expiration. Rapidement, ce n'est plus ma main, mais mon bras qu'elle agrippe et enroule autour de sa taille. Nous sommes désormais corps à corps, notre rythme de marche est le même, nos pas sont synchronisés. Ma respiration se cale progressivement sur la sienne. Je me sens étouffée.

Appelée à un autre entretien, je dois, vingt minutes plus tard, quitter l'unité. Paulette et moi sommes toujours « accrochées », J'arrive difficilement à m'éloigner suffisamment d'elle pour capter son regard et lui expliquer que je dois y aller. Y parvenant malgré tout, je poursuis en disant « Paulette, j'ai été heureuse de passer ce moment avec vous, je repasserai vous voir demain. » Elle me rattrape le bras fermement, répète « coyo coyo coyo... », et me tire avec elle de nouveau pour déambuler. Je marche de nouveau avec elle cinq minutes, puis tente à nouveau de lui expliquer : « Paulette, je sens bien que vous avez besoin que quelqu'un soit près de vous, je vais aller chercher un soignant » (une terrible maladresse de ma part puisqu'au fond de moi je sais qu'elle ne peut plus anticiper ; le soignant, il le lui faut maintenant). Une fois de plus, ma tentative est vaine car elle m'agrippe de nouveau le bras et cette fois me regarde et dit « pense pense pense... ». Puis reprend « colo colo colo... » (en se touchant le ventre). J'essaie, en vain, de chercher à quoi pourrait bien correspondre les verbalisations qu'elle produit.

Sa demande excessive déclenche chez moi un agacement certain, bien vite dépassé par mon désir, à ce moment-là, de la serrer dans mes bras, ce que je fais. Nous restons ainsi quelques secondes, puis elle m'entraîne de nouveau dans sa déambulation, que je me vois obligée de stopper brutalement, en déliant clairement nos bras et mains, et empruntant la porte de sortie rapidement. Elle tente d'ouvrir la porte, puis je l'entends repartir, la palilalie reprend. Après cette violente séparation, et pendant une quinzaine de minutes encore après cet accompagnement, j'éprouve une difficulté certaine à respirer normalement, venant de passer une trentaine de minutes calée sur le rythme de Paulette.

Face aux difficultés soulevées lors du premier entretien, je décide de prendre un temps pour observer, « à distance », les comportements qu'elle manifeste. J'observe ainsi, une autre fois, le temps du repas, avant, pendant, et après. Avant le repas, Paulette déambule dans le couloir, la palilalie accompagnant la déambulation. Une soignante vient ensuite la chercher pour l'accompagner en salle à manger. Paulette ne se lève pas pendant le repas. Elle a les genoux croisés, une jambe balance sans arrêt de manière circulaire. Elle mange avec les doigts les aliments solides (il lui arrive d'ailleurs de garder des morceaux d'aliments qu'elle tourne ensuite sans cesse dans la bouche), mais aussi les aliments liquides. Elle semble avoir quelques difficultés pour mâcher (il ne lui reste que deux incisives supérieures) et déglutir. La palilalie reste, depuis quelques semaines, même lors du repas, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le repas terminé, Paulette repart sillonner le couloir de l'unité quelques minutes, avant la sieste.

Lors d'une autre visite, Paulette est endormie dans un fauteuil se situant dans le couloir. Les genoux croisés une fois de plus, avec des mouvements circulaires de la jambe droite. Ce n'est pas tout. Elle s'enroule autour de la main droite une mèche de cheveux, qu'elle tourne en continu. De l'autre main, elle touche son visage, ou ses vêtements. Que ce soit pour les cheveux, la peau, ou les vêtements, le toucher est toujours prononcé.

Je retourne voir Paulette, quelques temps plus tard, après avoir pris en compte les observations de mes deux dernières visites, mais aussi après avoir réfléchi à ce qui avait pu se jouer lors du premier entretien. À mon arrivée, elle attrape ma main. Je décide de la tenir fermement (ayant remarqué qu'elle semblait avoir besoin de cela lorsqu'elle se touchait les cheveux ou le visage). Nous déambulons, je desserre ma main à un moment

donné, elle m'agrippe alors le bras et verbalise « coyo coyo coyo ». Je reprends alors sa main plus fermement. Cette fois, au lieu de chercher à interpréter ce qu'elle dit, je répète ; ainsi, je lui dis : « coyo coyo coyo Paulette, est-ce bien cela ? » Elle se tourne alors vers moi et répond un long « oui », à la suite duquel elle me fait une bise sur la joue. À un autre moment, je lui dis « je ne sais pas ce qu'est ou qui est ce coyo coyo Paulette, mais j'entends bien qu'il a de l'importance pour vous », ce à quoi elle ajoute « coyo il est pas venu. » D'autres verbalisations apparaissent tout au long de l'accompagnement, « coyé coyé coyé », « coto coto coto », chaque fois que je les répète avec elle sa réaction est la même : elle lance un long « oui » et m'embrasse sur la joue.

Je lui propose que nous nous asseyions à trois reprises. En m'asseyant, je pose ma main sur mes genoux et lance un « ah ça fait du bien de s'asseoir un peu », Paulette adopte le même comportement et formulera également le « ah ». Ce que j'observe c'est qu'à chaque fois qu'elle s'assoit, elle croise les jambes qu'elle bouge sans cesse ; elle se frotte, en appuyant très fort, le visage et les cheveux. Je lui prends la main, et commence à la lui masser ainsi que l'avant-bras. Rien ne se passe dans un premier temps, puis quand j'appuie un peu plus fort, elle arrête de bouger les jambes, et nous nous regardons, uniquement.

La palilalie agace les autres résidents qui tentent parfois de cogner Paulette. Mon premier réflexe est de l'entourer de mes bras pour lui éviter les coups.

Le moment de la séparation est de nouveau difficile : j'annonce à Paulette que je vais devoir partir mais que je reviendrai la voir. Elle me fait une bise et m'attrape le bras pour repartir avec elle...ce que je fais. Elle a son bras autour de ma taille et tient mon autre main. Ma seconde tentative échoue encore, donc je me dois une fois de plus de nous séparer et de la laisser devant la porte...avec le lot de culpabilité que cette situation génère.

Lors de la rencontre suivante, Paulette est très angoissée. Forte palilalie, fortes expirations, puis le fait de lui tenir la main fermement ne suffit pas, elle me serre très fort autour de la taille. Je la prends dans mes bras et lui dis que je la sens angoissée aujourd'hui et que je vais rester près d'elle. Nous déambulons, je lui masse la main que je tiens, mais

encore une fois, il me faut insister sur les gestes pour qu'elle les ressente. La respiration devient plus calme. Je répète tout ce qu'elle dit, « coyo coyo coyo », « coyé coyé coyé », je capte son regard et lui dit à chaque fois « coyo coyo Paulete ? », elle me regarde, sourit, et dit « oui ». Parfois, lorsque nous marchons, j'alterne les moments où je serre et desserre sa main, ce qui semble l'amuser car elle me regarde et sourit en faisant la même chose. Je l'emmène boire un verre d'eau, elle me fait une bise et me tire pour que nous continuions à marcher. Je continue de la masser. La palilalie se fait plus rare. Nous marchons toujours. D'un coup, elle s'arrête, place une main sur sa poitrine et me dit « air air air ». Je l'emmène alors dans le jardin quelques minutes, il y a malheureusement beaucoup de mistral ce jour-là. Je lui dis « j'espère que vous aurez autant d'air que vous souhaitez ici », elle me sourit et m'embrasse de nouveau.

Nous rentrons, je lui propose que nous nous asseyions quelques instants. Comme les fois précédentes, dès qu'elle s'assoit, elle se frotte le visage très fort, et balance ses jambes. Je lui masse alors le visage, elle lève les yeux au plafond et descend ma main sur sa gorge puis sur son torse, et dit « oui oui oui ». Je lui masse les avant-bras et les mains, le battement de jambes s'arrête. Pendant quelques secondes, elle demeure très calme, nous nous regardons, puis elle se lève et me tire afin que nous marchions de nouveau. Elle m'emmène vers la salle à manger où a lieu un atelier lecture de contes. Elle me donne une chaise pour que je m'asseye. Je lui prends une main, elle me donne l'autre, et commence à serrer et desserrer les mains en me regardant et souriant, ce à quoi je réponds. Cela déclenche chez elle un véritable fou rire...et la colère des autres résidents qui lui lancent : « mais qui c'est cette folle ? », « allez sors oust ! » L'aide-soignante qui anime l'atelier rigole beaucoup aussi de la situation. Je sors avec Paulette, elle marche vite, un peu comme si les menaces des deux résidentes l'obligeaient à fuir. Je lui propose de nous asseoir de nouveau, je recommence le massage, toujours en lui expliquant ce que je fais. Elle m'embrasse et se lève pour repartir marcher.

L'heure a tourné et je dois partir. Je le lui explique, elle me prend complètement dans ses bras en me serrant très fort, et m'entraîne à nouveau pour marcher. Je refais un aller puis pars, avec moins de difficulté que lors des autres entretiens.

L'entretien suivant ressemble un peu au précédent. Comme d'habitude, le degré d'agrippement de Paulette dépend de la force avec laquelle je la tiens : si c'est assez fort, elle accepte de ne prendre que ma main, si je desserre elle me passe le bras autour de la taille. Je continue de répéter ce qu'elle dit : « j'entends bien Paulette, « coyo coyo coyo », c'est bien cela ? ». Elle me répond systématiquement « oui » et me fait une bise. De plus, il arrive qu'à la suite de cela, elle me montre une partie de son corps (par exemple, lorsque je répète « colé colé », Paulette ? », elle se frotte le bas du ventre (à un moment, elle utilise aussi ma main pour le faire). Au « coyé coyé », elle me montre ses oreilles.

Je retourne une autre fois encore voir Paulette au moment du goûter. Elle vient de renverser le yaourt sur la table et le mange maintenant avec les doigts de la main gauche ; elle tient la cuillère dans la main droite. En même temps, elle verbalise « colé colé colé... ». Elle ne cesse de se frotter le visage et les cheveux. Puis elle se lève et m'entraîne avec elle, nous déambulons. Je lui nettoie les mains et le visage, elle me fait une bise sur la joue. Le pantalon qu'elle porte est trop grand, elle doit le remonter à chaque fois. La palilalie reste très forte, « coyo coyo coyo », avec ses variantes « coyé coyé coyé » et « cola cola cola ». Je répète chaque fois ce qu'elle dit, « coyo coyo Paulette, je vous entends ». J'essaie parfois quelques interprétations, par exemple, quand elle me dit « colé colé colé... » ou même « colo colo colo » et qu'elle se frotte le ventre en même temps, je lui demande si son ventre est douloureux, elle me dit oui ; si sa protection la gêne, elle me dit oui, puis enchaîne en disant « laver laver laver » (attention quand même car Paulette répond oui à chaque question que nous lui posons ; le lecteur notera certainement, quand même, la cohérence de la situation). Je transmets l'information à une soignante sur une possible protection souillée et les vêtements trop grands, mais elle n'a pas le temps pour le moment. Paulette me dit ensuite « air air air », je lui propose alors d'aller chercher une veste dans sa chambre, pour l'emmener ensuite dans le jardin. Nous n'y restons pas car il y a, une fois de plus, beaucoup de vent. Elle marque un temps d'arrêt, rit, et pose sa tête sur mon épaule. En rentrant du jardin, nous nous asseyons, elle se frotte visage et cheveux, je la masse sur le visage, les avant-bras et les mains. Elle semble s'apaiser, me fait une bise. Elle se relève et m'entraîne avec elle, nous déambulons encore un peu, la palilalie étant toujours là. À un moment, je lui dis « ce coyo coyo semble vraiment important pour vous », ce à quoi elle réagit de suite « oui il est bien ».

Une autre résidente, Andrée, se dirige vers moi, angoissée, en me disant qu'elle n'a pas pu passer à la Sorbonne et qu'elle voudrait me parler. La situation est assez délicate pour moi, car Paulette me tient fermement le bras. Ayant déjà passé un certain moment avec elle, je lui explique que je vais maintenant rester un peu avec Andrée, mais que je reviendrai la voir tout à l'heure. Ce à la suite de quoi elle me tient encore plus fort. Je déambule un moment avec elles deux, Andrée me demande de lâcher Paulette en disant « c'est toujours pour elle », une réalité qu'elle me renvoie brutalement et qui n'arrange pas ma culpabilité. Je leur propose de nous asseoir, Paulette réagit comme à son habitude avec ses frottements intenses sur le visage et les cheveux. L'autre résidente me prend la main, et me demande « comment on va faire ? ». Paulette se lève et me tire, je me lève juste pour lui redire que je vais m'occuper un peu d'Andrée et que je retournerai la voir ensuite. Elle reste quelques secondes à me regarder, répète « coyo coyo coyo... », puis part déambuler. Pendant ce temps, je reste avec Andrée pour échanger. Nous sommes interrompues quelques secondes plus tard par une giflette d'une autre résidente adressée à Paulette, expliquant « elle m'énerve avec son coyo ». Paulette crie « aïe », je me lève immédiatement pour la prendre dans mes bras et la rassurer. Elle me fait une bise et m'entoure de ses bras pour repartir dans la déambulation. Je m'adresse, dans le même temps, à la résidente qui vient de gifler Paulette, en lui expliquant de ne pas s'inquiéter, que je suis là. Mais je dois redescendre. La séparation se fait au bout de la deuxième explication ; Paulette essaiera d'ouvrir la porte après mon départ.

Lors d'un autre entretien, je déambule avec Paulette qui me prend par la taille, me caresse le côté, pose à deux reprises sa tête sur mon épaule. Elle descend sa main jusqu'à ma fesse, je l'enlève et lui prend la main un peu plus fort en lui disant que je suis près d'elle. Elle se touche beaucoup le ventre et les parties intimes. Elle me fait de nombreuses bises sur la joue. Quand nous nous asseyons, comme d'habitude, les mouvements de jambe reprennent et elle se frotte très fort le visage.

Je souhaite, un autre jour encore, emmener Paulette se balader hors de l'unité de vie sécurisée afin qu'elle puisse voir autre chose. Je profite ainsi d'une sortie organisée par la psychomotricienne avec d'autres résidents de l'unité pour le faire.

En attendant la psychomotricienne en train de préparer les résidents, je commence à sortir sur la passerelle avec Paulette. Dans l'ascenseur, Paulette se regarde longuement dans le miroir. Je lui lance : « Regardez, il y a vous, Paulette, et il y a moi, Pauline ». Elle me répond, quand je la désigne « belle belle belle ». Le phénomène de palilalie est extrêmement présent ce jour-là, « coyo coyo... », « cola cola... », « colo colo »... Nous passons devant un petit arbuste ; Paulette, passionnée de jardinage, lance « il est joli il est beau beau beau... » Elle me tient fortement, parfois par la taille.

Seulement, la psychomotricienne ne pourra emmener les résidents avec qui elle avait prévu de sortir ce jour pour aller boire un verre dans un petit bar non loin de l'EHPAD. Je pense – intérieurement – que ce n'est pas la meilleure idée pour Paulette qui ressent en général le besoin de se déplacer, que rester assise trop longtemps l'angoisse, et que justement c'est l'occasion pour elle de pouvoir se balader au grand air loin des couloirs qu'elle voit chaque jour. Mais je n'en fais pas part à la psychomotricienne, me disant qu'elle connaît également le dossier de Paulette et qu'il doit y avoir une pertinence à opter pour cette idée de se poser dans un café.

À peine sommes-nous sorties que la psychomotricienne m'explique comment tenir Paulette. Elle me fait la remarque que c'est une erreur de ma part que de lui tenir la main aussi fermement, car c'est à elle de s'appuyer sur moi si elle en ressent le besoin, et que je lui laisserais bien plus d'autonomie en agissant comme cela. Oui, mais... Sur un plan moteur, elle a sûrement raison. Seulement, j'essaie à mon tour de lui expliquer que notre façon de nous tenir a un sens pour Paulette, que cela la soutient et diminue son angoisse, que la palilalie se fait moins présente, mais la psychomotricienne me dit que l'important c'est qu'elle puisse encore marcher seule. Là encore, je ne dis rien de plus. Je desserre la main de Paulette qui, en réponse, m'agrippe le bras, puis la taille... La psychomotricienne semble profiter de ce temps pour parler de l'institution ; elle déclare que le psychologue prend beaucoup de place dans l'institution. Je lui demande ce qui lui fait dire cela, elle m'explique que l'autre fois elle lui a soumis son projet de faire une formation sur les troubles du comportement dans la MAA, et le psychologue lui aurait répondu qu'il serait bien qu'ils en discutent. Elle me dit qu'elle en a marre de toujours devoir discuter, qu'« à force de discuter on ne fait rien », et qu'elle ne voit pas pourquoi il faudrait en discuter avec lui. Je l'amène sur l'idée d'une complémentarité des approches psychomotricienne

/ psychologue clinicien, mais elle ne veut pas l'entendre (« attends ça c'est mon domaine quand même qui mieux que moi pourra expliquer ce qu'il faut faire dans ces cas-là ? »). Elle affirme qu'elle n'a pas à passer par qui que ce soit pour mettre quelque chose en place, et que dans l'établissement où elle était avant, elle faisait ce qu'elle voulait.

J'essaie de recentrer mon attention sur Paulette, ce temps lui étant de base réservé. La psychomotricienne l'imité mais j'ai l'impression qu'elle se moque d'elle, « ouais colo colo ouais » lui lance-t-elle en riant. Agacée et révoltée de ce constat, je prends Paulette par les épaules, la regarde et lui sourit, et je répète « colo colo colo Paulette., c'est bien cela ? ». Paulette me sourit, me dit un long « oui », et me fait une bise. Je regarde la psychomotricienne qui me demande « Ah elle dit autre chose que colo colo ? » Je lui réponds que si nous prenons la peine d'accorder un peu de sens à son discours, oui, Paulette verbalise autre chose.

La psychomotricienne me pose ensuite de nombreuses questions sur mon parcours universitaire, sur mon approche, et ce que je fais en ce moment. Elle me dit : « moi je n'étais pas juste stagiaire je devais travailler aussi donc je n'ai pas pu faire un mémoire recherche comme toi. » Je lui rappelle que je fais exactement le même travail que le psychologue au sein de l'institution, aussi bien auprès des résidents, des familles ou du personnel, pas autant c'est vrai puisque je suis en formation. Je me recentre sur Paulette en lui montrant un arbre fleuri, elle me dit « oh beau beau beau... ». La psychomotricienne me lance ensuite « la psychanalyse c'est bien mais ça a ses limites ». Je lui dis que j'accepte son avis mais que cela reste mon objet de recherche et qu'il me passionne. Je lui demande alors ce qu'est pour elle la Psychanalyse... ce à quoi elle répondra « c'est une méthode pour tout interpréter non ? ». Je lui dis que nous pourrions en discuter une autre fois car je dois m'occuper de Paulette, mais que ce n'est pas l'objectif de la Psychanalyse de tout interpréter.

En attendant je ne consacre pas assez de temps à Paulette et cela me met intérieurement dans un état de rage avancé. Je voudrais que la psychomotricienne se taise et me laisse accorder toute mon attention à cette résidente que je trouve bien angoissée. La palilalie attire le regard des gens sur elle ; dès qu'un regard me paraît malveillant ou moqueur, je la prends dans mes bras.

Comme prévu, Paulette est très angoissée de devoir rester assise à une table pour boire un verre, elle se lève plusieurs fois et me tire avec elle pour que nous marchions, et j'ai chaque fois le sentiment de l'emprisonner en l'amenant à se rasseoir. La psychomotricienne continue toujours à me questionner. Je masse autant que possible Paulette sur les avant-bras, le visage, et le dos, mais les effets sont éphémères. Quelques minutes plus tard (une vingtaine), je demande à ce que nous partions car je sens que qu'elle ne passe pas un bon moment. La psychomotricienne me dit « déjà ? » Elle part payer et je commence, quant à moi, à marcher avec Paulette.

La psychomotricienne me raconte, en rigolant, que le serveur lui a demandé, en plaisantant, « c'est qui ce Goliath ? » (il a cru que c'est ce que disait Paulette quand elle verbalise « colo colo colo »). Le terme de rage n'est désormais plus assez fort pour décrire ce que je ressens face à tant de moqueries.

Nous rentrons à l'EHPAD, Paulette me tient toujours fermement le bras et la palilalie est incessante. La psychomotricienne poursuit avec des questions sur mon avis quant au Snoezelen. Je reviens extrêmement déçue de cette sortie, et je m'en veux de n'avoir pas été plus présente pour Paulette.

Quelques jours avant la fin du stage, je décide de rencontrer sa famille. Je regarde dans le dossier si des coordonnées apparaissent ; seules celles de son neveu (et tuteur) figurent. Ce dernier accepte très volontiers que nous nous rencontrions. Le psychologue et la maîtresse de maison de l'unité sécurisée sont assez surpris que je le rencontre car il semblerait qu'il ne soit pas venu depuis un long moment voir Paulette. Ce sont surtout la sœur et la nièce qui viennent. Nous espérons ainsi qu'il n'y a pas de différends familiaux et que cette rencontre ne sera pas source de malentendu pour la famille.

Les éléments de vie de Paulette fournis par son neveu sont précis, parfois bouleversants... Il raconte qu'il était très proche de sa tante car ils avaient un jardin commun là où ils habitaient, donc il a grandi près d'elle. L'entretien se passe très bien malgré une grande émotion chez lui. Il me parlait de Paulette avec un amour certain, mais un amour au passé car son discours laissait entendre que pour lui, c'était comme si elle était déjà décédée.

Mais Paulette est toujours là. Elle est bien là. Je ne pus alors m'empêcher de lui raconter, à plusieurs reprises, les moments partagés avec elle (le fou rire lors de l'atelier lecture, la sortie...) pour le lui rappeler. Il me dit à un moment donné qu'« elle est devenue incapable de communiquer car elle ne parle plus », je lui donne alors des exemples de mots qu'elle prononce encore, et la complicité que nous avons pu avoir en serrant / desserrant nos mains. Non Paulette n'est pas décédée. Elle rit encore. Elle parle encore. Elle marche encore. Elle s'alimente encore. Difficilement, c'est incontestable. Et en tant que porte-parole, je tenais à ce que son neveu, tellement paralysé par la souffrance que lui inspire l'état de Paulette, le sache.

L'entretien se termine par un aveu du neveu : « je n'attends qu'une chose c'est qu'elle parte, car elle est devenue l'antithèse même de ce qu'elle était. Vous devez trouver cela inhumain. » Je lui réponds que je respecte son ressenti et que je ne suis certainement pas là pour le juger. Il ajoute « c'est terrible comme elle est maintenant », quitte très vite le bureau en me disant « merci pour tout ce que vous avez fait pour elle et bonne continuation dans votre carrière », et part aussi vite de l'établissement...

L'entretien avec le neveu de Paulette fut un moment émouvant pour lui, bouleversant pour moi... Ce discours de souffrance, à respecter, fut difficile à accueillir car il était parfois en décalage avec la réalité, et surtout, il venait rappeler cette mort qui sera de toute façon inéluctable, malgré tous les espoirs que je pourrais mettre en elle. Des « espoirs non réalistes », disait Searles²⁹⁶...

Quelques minutes plus tard, le psychologue me prévient que la sœur de Paulette vient d'arriver. Je décide d'aller la saluer et lui explique que je viens de rencontrer le neveu de Paulette. Elle me dit « ah bon il est venu, et est-ce qu'il est allé la voir ? », ce à quoi je réponds non. Elle enchaîne en me disant que si je le souhaite, elle aussi peut me parler de Paulette, et que je peux monter avec elle la voir, comme cela je rencontrerai sa nièce.

²⁹⁶ « Autrement dit, tout espoir réaliste – par opposition à l'espoir non réaliste, fondé sur un déni inconscient – doit s'appuyer sur une capacité d'éprouver la perte ». Plus loin ajoute-t-il : « Il sait aussi que les changements espérés apportés par l'avenir, si « favorables » ou « sains » s'avèrent-ils [...], s'accompagneront inévitablement de sentiments de perte à certains égards. Dans : Searles, H. (1981). Le développement de l'espoir. *Le contre-transfert*, Paris : Gallimard, coll. « Folio essais », 2008, p. 284.

Seulement, la nièce de Paulette est très énervée lorsque nous arrivons. Nous l'entendons dire « mais allez lève-toi c'est pas bon de rester dans le noir comme ça »... Je me dirige vers elle pour lui serrer la main et me présenter, elle me demande « ah c'est vous qui avez vu Daniel [le neveu] ? », ce à quoi je réponds oui. Je regarde ensuite Paulette, et lui adresse calmement « Bonjour Paulette, je suis Pauline. » Elle s'assied et me fait une bise. La nièce se lève et me lance « moi j'essaie de la lever depuis tout à l'heure et je n'y arrive pas, bref. » Elle ouvre le volet et exprime son impression que Paulette a encore maigri depuis quinze jours. Elle me regarde et me demande sur un ton agressif « c'est normal ça ? » Je lui explique alors que si elle constate quoi que ce soit, elle ne doit pas hésiter à le transmettre à l'équipe. Elle me répond toute aussi agressive « qu'elle maigrisse c'est pas d'aujourd'hui il serait peut-être temps de lui faire une prise de sang non ? » La sœur de Paulette, gênée, dit à sa nièce « mais attends ne t'énerv pas sur elle, elle est juste là pour qu'on parle un peu de Paulette. » De plus, la sœur et la nièce sont en désaccord quant au programme de l'après-midi : tandis que la nièce tente de mettre le manteau à Paulette pour aller se promener, la sœur pense que ce n'est pas une bonne idée car il fait froid. L'environnement immédiat est alors extrêmement angoissant pour Paulette qui s'agite sur le lit et ne cesse de prononcer « colo colo colo. »

Sentant que ma présence agace la nièce, je leur propose de les laisser passer ce moment tranquillement avec Paulette, mais que si elles le souhaitent, nous pourrions nous revoir une autre fois. La sœur me dit que c'est vraiment dommage car elles ne viennent en général que le lundi ou le mardi, mais qu'elle aurait vraiment aimé qu'on puisse parler. Elle me demande si nous pouvons nous revoir plus tard dans l'après-midi, mais malheureusement je ne peux pas. La nièce me dit « oui c'est ça allez-y de toute façon vu son état y'a pas grand-chose à dire. »

Le lendemain matin, je repasse voir Paulette, qui, à mon grand étonnement, est de nouveau dans sa chambre. Elle est recroquevillée dans son lit, les deux bras croisés sous la tête, les jambes également croisées, et un pied qui frotte (mouvements circulaires) la cheville de l'autre jambe. Elle dit à voix basse (chuchote même parfois) « colo colo colo ». Ses yeux sont fermés, je ne sais pas si elle dort. Je lui dis bonjour, me présente, et lui demande d'ouvrir les yeux, ce qu'elle fait. Elle les referme et d'un coup se tire les cheveux. La palilalie continue. Tout est en rythme, elle se roule une mèche de cheveux

autour de chaque index, effectue des mouvements circulaires, et en même temps pied et cheville.

Je demande à la maîtresse de maison pourquoi Paulette est autant en chambre ces derniers temps. Elle m'explique que la palilalie énerve beaucoup les résidents et que Paulette se fait de plus en plus frapper et insulter. Bien que comprenant qu'il faille la protéger, je lui fais part de ce que je constate, à savoir qu'elle est moins réactive et plus renfermée depuis deux jours, et que nous devrions en parler en équipe. Je lui soumet également les remarques de la nièce quant à une éventuelle perte de poids.

Le staff du lendemain ne donnera guère de solution pour éviter l'agacement des autres résidents, enfin, si, « une sucette comme pour les enfants » suggérée par un membre du personnel présent... qui me révolte immédiatement et me fait intervenir en disant « que cela lui empêcherait de verbaliser les quelques syllabes, voire des mots, qui lui restent. »

Paulette se porte mieux les jours suivants. Nous déambulons quinze minutes dans le couloir. Elle prononce : « colo colo colo » ; « cola cola cola » ; « couyon couyon couyon » ; « lecon lecon lecon » ; « colon colon colon » ; « ala ala ala » ; comme les fois précédentes, je répète ce qu'elle dit. J'ai le sentiment que le fait de répéter les syllabes qu'elle utilise ne fonctionne plus comme avant, où ce fonctionnement atténuait quelques temps la palilalie. J'essaie alors de changer le rythme des syllabes répétées : par exemple, à « coyo coyo coyo », je poursuis en disant « co-----yo, co-----yo, co-----yo ». Cela lui permet de passer à d'autres syllabes mais ne baisse pas l'intensité de la palilalie. En même temps, je serre et desserre ma main, elle prend un fou rire et m'embrasse sur la joue. Nous sommes interrompues par une autre résidente, Ginette, qui tente de la frapper et me dit « je vais la tuer. » Je décide alors d'emmener Paulette marcher dans le jardin, je préviens l'équipe. Nous nous promenons une demie heure dans le jardin, Paulette s'arrête parfois devant les arbres : « c'est beau beau beau » ; « c'est joli joli joli », et continue de produire les verbalisations habituelles. Elle me prend dans ses bras à deux reprises.

Nous rentrons, cette fois c'est Claudine qui a envie de la frapper : « mais faites la taire bon sang. » Je déambule encore une quinzaine de minutes avec Paulette, le temps de

m'assurer que l'environnement dans lequel je vais la laisser soit plus calme. Ses bras entourent ma taille. J'agis avec elle comme lors des précédents accompagnements.

La rencontre suivante avec Paulette est assez brève. Je déambule avec elle une dizaine de minutes. Elle me tient toujours très fort. Elle verbalise « ion ion ion » Je l'emmène dans sa chambre et, comme je termine mon stage de professionnalisation, je lui adresse : « Paulette, je vous remercie. Je ne vous oublierai pas. » Elle me regarde, prononce un « colo colo », et me prend dans ses bras. Elle m'entraîne pour repartir, ce que je ne ferai pas cette fois, la laissant, une fois de plus, sur le pas de la porte, entendant ses essais de l'ouvrir après mon départ.

Je revois finalement Paulette neuf mois plus tard, lors de ma prise de poste en tant que psychologue titulaire. Je la trouve dans sa chambre à la fin de son petit déjeuner. La palilalie est toujours de rigueur, elle s'accompagne désormais de bruits de bouche, amenant à la répétition de « a a a a ayon rrrrr a a a a ayon rrrrr... ». Les stéréotypies gestuelles persistent : ses jambes sont croisées, l'une bouge sans arrêt d'avant en arrière, et Paulette se frotte toujours très fort le visage. Je constate, lors de cet accompagnement, une difficulté que je n'avais pas encore rencontrée ; il m'est bien plus difficile, neuf mois plus tard, de répéter les syllabes prononcées par Paulette, car celles-ci sont moins audibles, moins distinctes qu'auparavant, et les bruits de bouche ajoutent une espèce de brouhaha rendant difficile l'écoute. Pendant une quinzaine de minutes, Paulette est assise, elle me tient très fort les mains. Lorsque je parviens (péniblement) à la capter dans les yeux et à répéter avec elle, elle me verbalise en me souriant « oui oui oui oui oui », cela entraînant une agitation de tout le corps, qu'il lui semble difficile de canaliser. Elle finit par m'embrasser sur la joue, reprenant le « a a a a ayon rrrrr aaaaa ayon rrrrr... » initial. Je l'installe ensuite confortablement dans un fauteuil, m'installe face à elle, lui tenant les mains, et attends enfin que nous nous fixions dans les yeux pour lui passer de la musique. Je commence par de la musique classique avec un morceau de Debussy (*Canon in D*), je ne note aucun effet ni au niveau de la palilalie, ni au niveau de l'agitation des jambes. Je passe ensuite une balade africaine, d'abord avec voix, puis sans voix je ne note, là encore, aucun effet. Paulette se lève ensuite pour que nous marchions, elle me donne le bras et me serre la main. La palilalie est toujours très importante. Je me mets ensuite plutôt face à elle, la prenant par les deux mains, et nous continuons à déambuler dans le couloir.

J'essaie tant bien que mal de répéter avec elle, le rythme de la palilalie baisse un peu mais elle perdure tout de même.

Je retente alors, comme il y a plusieurs mois auparavant, le jeu des mains serrées / desserrées, et surprise, son fou rire revient. Je l'emmène ensuite vers sa chambre pour que nous soyons plus au calme. Elle s'assied, puis souhaite s'allonger. La palilalie est toujours très présente, Paulette se tire les cheveux en les enroulant autour de son doigt, croise les jambes et en bouge une d'avant en arrière. Je retente alors la musique classique (*Air de Bach* cette fois) mais toujours pas d'effet. Je répète avec elle ce qu'elle dit, le rythme ralentit un peu, mais la palilalie ne s'estompe pas. Je me mets alors à pousser des notes, tout en lui tenant la main et en lui caressant le visage : je remarque qu'avec une note courte (5 secondes environ) et continue (ex : a---yon), la palilalie cesse quelques instants (environ 5 minutes) ; avec une note plus longue (ex : a-----yon), la palilalie cesse, Paulette arrête de se tirer les cheveux, de bouger les jambes et cela pendant 15 minutes (peut-être cela aurait-il pu durer plus longtemps mais une soignante est arrivée pour les soins d'hygiène, et la palilalie a aussitôt repris.).

A priori, je ne note pas, ce jour, de différence entre les notes graves ou aiguës. En revanche, plus le son est fort, plus le phénomène s'atténue rapidement. Je me demande alors si lorsque j'ai passé la musique, le son était assez fort. Pour m'en assurer, je retente l'expérience un peu plus tard, avec Debussy, Bach, et une balade africaine, mais, de nouveau, je ne note aucun effet.

La rencontre suivante a lieu dans la chambre de Paulette, un peu avant midi. Elle dort, et ne semble pas vouloir se réveiller. Les soignants m'expliquent qu'ils la recouchent après les soins d'hygiène pour éviter déambulation et palilalie, et ainsi de générer l'agitation des autres résidents. Ils me demandent d'essayer de venir plutôt lors du repas de midi, car pour eux c'est « ingérable », la palilalie incessante énerve les autres résidents.

Sur la demande des soignants, je projette d'observer Paulette lors de la prise des repas. Je décide de commencer par l'observer lorsqu'elle mange seule dans sa chambre, ayant pour idée que le bruit de la salle à manger où déjeunent les vingt résidents de l'unité pourrait être un facteur aggravant d'agitation et donc d'aggravation de la palilalie. À mon

arrivée, Paulette dort recroquevillée dans son lit, du côté de la barrière ; je parviens difficilement à percevoir une palilalie très faible. Pendant ce temps, je décide de changer la disposition de la chambre, sinon Paulette mangera face au mur, ce que je ne souhaite pas. J'installe alors la table face à la fenêtre. Paulette se réveille, mais je ne parviens pas à la lever, elle résiste, et une palilalie très forte se déclenche. Je ne souhaite pas la forcer. Je demande à une soignante comment elle procède en temps normal, elle me montre alors qu'elle doit la « forcer » à se lever pour manger mais « une fois qu'elle est debout ça va mieux. » La palilalie est très forte. La soignante m'explique qu'il ne faut pas laisser le plateau près d'elle car elle prend tout avec ses mains (c'est ce qui se passe car je ne savais pas). La soignante part. Pour la première fois, il m'est impossible de capter le regard de Paulette, elle le fuit. Répéter avec elle ne l'apaise pas. Chanter pour elle non plus²⁹⁷. Le repas se passe évidemment mal, Paulette ne mange presque rien. Je décide de passer le relai à une soignante qui parvient, à sa façon, à lui donner son repas. J'émetts l'hypothèse que je n'aurais pas dû rester dans la chambre, près du lit, et donc près du lieu où l'angoisse s'est déclenchée.

Pour la rencontre suivante, je décide de faire déjeuner Paulette au salon, en projetant un documentaire sur la nature. À mon arrivée dans sa chambre, Paulette est assise sur une chaise, silencieuse. Je me dirige vers elle et me présente, elle me sourit, m'embrasse à plusieurs reprises. Je lui tiens les mains, la capte dans les yeux, et lui explique que je vais rester près d'elle pour le repas. La palilalie se déclenche mais je ne la ressens pas comme la marque d'une angoisse, plutôt comme une volonté de communiquer avec moi. Dès que je parviens à la capter et à lui dire que j'entends ce qu'elle me dit, elle s'arrête. Je lui propose de l'emmener au salon, elle se lève alors et la palilalie recommence. Nous marchons un peu, elle me tient le bras. Je lui prends les deux mains et me mets face à elle, tout en lui expliquant où nous allons. La palilalie s'arrête.

J'installe Paulette confortablement sur une chaise, et je mets en route le film sur la migration des oiseaux (un écran géant est installé dans la pièce, ainsi qu'un amplificateur de son et de la luminothérapie au plafond). Je m'installe face à elle, lui massant les deux mains. Je note l'absence de palilalie durant de nombreuses minutes. Lorsque j'explique

²⁹⁷ Ici, il semble que nous ayons directement à faire au transfert au sens freudien du terme : je deviens la source de l'angoisse déclenchée initialement par la soignante qui l'a levée.

à Paulette ce que nous faisons, elle me répond « oui ». Une aide-soignante arrive et me dit « je vais la faire manger », un peu fort. J'explique discrètement à la soignante de parler moins fort, et que je viens le mercredi exprès pour le repas (elle semblait avoir oublié). Elle se dirige vers Paulette et l'embrasse. Paulette lui sourit. À son départ, la palilalie reprend. Je capte Paulette et lui dit « je sens que vous avez été heureuse de voir Caroline », elle me dit un long « ouiiiiii » et la palilalie s'arrête. En attendant le plateau, Paulette commence à s'endormir (le film ? Mes massages sur les mains ? Le silence ?).

Le plateau arrive. J'ai demandé à ce que l'on remette le *manger-main*²⁹⁸ qui avait fonctionné bien longtemps mais avait été arrêté il y a quelques semaines car il avait été dit que cela faisait pâteux dans la bouche de Paulette. Le problème est que les soignants la faisaient manger seule et qu'elle n'a pas le réflexe de boire. Elle ne se représente d'ailleurs plus ce que c'est (à ma question vous voulez un peu d'eau, elle me dit : « je sais pas »). Au début, Paulette ne souhaite pas participer au repas, je lui donne ainsi à manger. Puis elle souhaite manger seule (d'où l'intérêt du *manger-main*), elle saisit alors elle-même les petites madeleines confectionnées avec le repas du jour. Le repas se passe très bien, entrecoupé de gorgées d'eau. L'absence de palilalie est surprenante. Paulette somnole parfois un peu lors du repas. Ce dernier terminé, je la ramène en chambre. La palilalie reprend dès qu'elle se lève et ce jusqu'à sa chambre. Nous nous asseyons sur le lit, la palilalie est là. Je me mets spontanément à chanter une chanson apprise à l'école primaire, je ne sais pourquoi. Les paroles sont celles-ci :

*« Viens je t'emmène sur l'océan,
Viens je t'emmène au gré du vent,
Vers la lumière du soleil levant,
Viens je t'emmène sur mon bateau blanc.*

²⁹⁸ De l'anglais « finger food », le *manger-main* est une technique de confection alimentaire qui a pour objectif de lutter contre la dénutrition du sujet âgé. La confection du finger-food passe par l'utilisation de matériel de cuisine, avec notamment des moules, des robots, mixers, et blinders. Pour ce qui est du collage, base du manger-main, trois ingrédients majeurs sont concernés : le agar-agar (produit gélifiant originaire du Japon ; dix grammes utilisés pour un kilo de préparation), la feuille de gélatine (vingt grammes pour un kilo), et le blanc d'œuf en poudre (quarante grammes pour un kilo). L'apport de liquide et / ou sauce est incontournable dans la préparation. Dans un souci de prise en compte des troubles de la mastication et de la déglutition, le finger-food prend différentes formes. Il pourra ainsi être « normal » si aucun de ses troubles n'existe (pizzas, fruits, tomates cerises...), « mixé » (aliments reconstitués), haché (boulettes de viandes, pommes duchesses...)

*La vie est belle profitions-en
Plus de querelle, plus de tourment
Prends-moi la main,
Prends-moi le cœur,
Nous n'attendrons pas demain
Pour le bonheur... »*

Nous nous fixons. La palilalie cesse de nouveau. À la fin de la chanson, Paulette me sourit et me fait une bise sur la joue. Je remarque l'absence de palilalie jusqu'à mon départ quinze minutes plus tard...

La séance suivante, je cherche à observer le comportement de Paulette dans la salle à manger. À mon arrivée, elle est assise dans le fauteuil de sa chambre, extrêmement angoissée (forte palilalie et mouvements de jambe). Je l'emmène vers la salle à manger qui est extrêmement bruyante, avec les chaises qui traînent, le bruit des couverts, etc. Pendant le repas, la palilalie ne s'arrête pas. Cela génère de l'angoisse chez une résidente qui vient me trouver en me disputant, en me demandant de la faire taire sinon elle va la frapper²⁹⁹. Le *Manger-main* échoue ce jour-là, la nourriture étant particulièrement compacte. Paulette a du mal à déglutir, elle s'étrangle à plusieurs reprises en avalant, ce génère chez moi une panique que je tente de camoufler. Je demande à la maîtresse de maison de rester dans les environs pour intervenir au cas où Paulette venait à faire une fausse route. Je remarque en effet que depuis que je viens voir Paulette au moment des repas, j'angoisse à l'idée que Paulette s'étouffe et meurt durant l'une de nos séances (je crains depuis toujours de devoir affronter une fausse route, n'ayant jamais pratiqué la méthode d'Heimlich).

Lors de ce repas, il m'est impossible d'arrêter la palilalie, ni avant le repas, ni pendant. Après le repas, nous retournons en chambre. Paulette s'allonge, la palilalie semble moins forte, mais les mouvements de jambe reprennent. Sa position ne me permet pas de la caper dans les yeux. J'essaie de chanter la chanson de la séance précédente, pour

²⁹⁹ La Maîtresse de maison me dira le lendemain que cette résidente est restée ensuite très angoissée et qu'elle a « plié les serviettes des placards tout l'après-midi » (c'est ce qu'elle fait quand elle est énervée).

l'apaiser, mais cela ne marche pas cette fois. Je répète avec elle le « ayon ayon », la palilalie ralentit, puis je mets en chanson le « ayon ayon », c'est alors que la palilalie s'arrête. Paulette ferme les yeux et finit par s'endormir. Je continue de l'observer pendant son sommeil, je note qu'elle a parfois des tremblements que je n'avais encore jamais constatés, et qui pourraient correspondre à des myoclonies d'endormissement.

Avant de partir, je fais le point avec l'équipe, je les remercie pour leur aide. Nous sommes d'accord sur les difficultés liées au *manger-main* et l'angoisse que génère la palilalie de Paulette chez les autres résidents.

Ayant été autorisée à travailler une nuit par mois dans l'EHPAD afin d'observer les troubles du comportement la nuit, je m'aperçois rapidement que Paulette verbalise également le « ayon ayon » la nuit, sur un rythme très lent. Elle semble pourtant totalement endormie lorsqu'elle le prononce, mais bouge pourtant ses jambes de la même façon qu'elle le fait lorsqu'elle est réveillée. Je reste, cette-nuit-là, une heure auprès d'elle, et pendant une heure, Paulette répète incessamment « ayon ayon... », la voix complètement épuisée et éraillée.

La semaine suivante, j'organise une sortie à la plage et je décide d'emmener Paulette, ce qui ravit la famille. Mes collègues et moi emmenons trois résidents présentant une maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement, prévoyant un accompagnateur pour un résident. Concernant Paulette, la palilalie est présente, elle a un rythme lent et une faible tonalité. Le trajet jusqu'à la plage se passe bien. Je reste près d'elle à chaque instant de cette sortie. Avec l'aide d'une soignante, et tout en expliquant à Paulette mes gestes, je la mets en maillot de bain et l'informe que je vais l'emmener tremper les pieds dans l'eau. Elle s'accroche fermement à moi quand nous marchons dans le sable, la palilalie est un peu plus rapide et forte, et lorsque nous mettons les pieds dans l'eau, Paulette émet un « c'est froid froid froid froid froid froid... », puis souhaite spontanément s'y asseoir. Paulette semble paisible, la palilalie cesse d'ailleurs. Nous restons un petit moment assises dans l'eau, je contemple avec elle le paysage, tout en lui décrivant ce que nous regardons. C'est au moment de la relever pour repartir que la palilalie reprend, un peu forte et rapide. Paulette nous fait corporellement sentir qu'elle n'a absolument pas envie de sortir de l'eau, elle se raidit. Une fois debout, elle se blottit

dans mes bras et se calme progressivement. Nous partons ensuite boire un verre en terrasse. La palilalie, lente et faible, restera jusqu'à notre retour à l'EHPAD.

Je mets un terme aux séances d'observation avec Paulette dans le cadre de la thèse, chose que j'ai eu extrêmement de mal à faire. Mais il fallait que je puisse me consacrer à d'autres résidentes afin de voir si les observations relevées chez Paulette seraient identiques chez d'autres résidents.

Quelques mois plus tard, je prends des nouvelles de Paulette auprès des équipes. Une soignante me dit qu'ils appliquent avec elle ce que je leur ai suggéré, à savoir qu'il faut préserver Paulette du bruit pour pouvoir gérer la palilalie. Et cela fonctionne puisqu'il arrive maintenant très souvent que la palilalie disparaisse. La soignante m'explique que Paulette n'émet désormais que des sons répétitifs, qu'elle se racle toujours la gorge, et qu'elle « tête ». J'essaie d'en savoir un peu plus sur cette dernière déclaration, il semblerait que Paulette porte tout à sa bouche, que ce soit ses doigts, la main des autres, leur visage, ou encore des objets (couverts, serviette...), et que « cela donne l'impression qu'elle fait comme le bébé qui cherche à téter. »

Finalement arrive le moment que j'avais tant redouté, la fin de vie de Paulette. Je suis désormais très proche de sa famille, qui a été très touchée que j'accompagne autant leur proche et que j'en écrive une thèse. Ils me répètent souvent « qu'elle n'aura pas souffert pour rien », « que ça aidera peut-être les autres ». Voilà une semaine que l'état de Paulette se dégrade, une semaine que je vais la voir chaque jour. Très faible, Paulette trouve encore la force d'émettre quelques sons répétitifs. Je m'aperçois que pendant presque deux ans, j'ai tenté de trouver une méthode pour calmer sa palilalie car celle-ci générerait trop de sentiments négatifs de la part des soignants et des autres résidents. Désormais, je sais que les sons qu'elle émet sont les derniers, et je sais que pour rien au monde, je n'aurais envie de les faire taire.

Paulette décède quelques jours plus tard.

Je mettrais, pour ma part, de longs mois avant de parvenir à retravailler la partie que vous venez de lire.

Chapitre 3 : la rencontre avec Dolorès, ou le bouillonnement pulsionnel

3. 1. Anamnèse

Dolorès est âgée de quatre-vingt-quatorze ans et a rejoint un EHPAD quatre ans plus tôt. Avant cela, ses trois enfants s'organisaient à son domicile pour assurer un relai vingt-quatre heures sur vingt-quatre, mais la situation ne pouvait durer au vu de l'épuisement des enfants et de la prise en charge nécessaire ne cessant de s'accroître. Dolorès est dans un état de grande dépendance physique (GIR à 1) et une dénutrition importante.

Elle présente un trouble anxio-dépressif mixte, ainsi qu'une pathologie démentielle de type Alzheimer à un stade avancé (à son entrée en 2011, le MMS était de 9/30). Cette dernière s'accompagne notamment de troubles du comportement vocal. Son traitement médicamenteux est lourd puisqu'il comporte un neuroleptique (15 gouttes de Tiapridal 5mg à 8h puis à 19h), un antidépresseur (Seroplex 10mg), un anxyolitique (Seresta 10 mg, trois fois par jour) et un hypnotique (Imovane 7,5 mg). Elle a également des laxatifs et des compléments alimentaires.

3. 2. Récit des rencontres

Je rencontre pour la première fois Dolorès dans le salon de son unité. J'aperçois alors une dame en fauteuil roulant, dont le corps semble figé. Sa tête est légèrement relevée en arrière, ses yeux semi-ouverts, elle crie un long « ohhhh ». À mon arrivée près d'elle, Dolorès plonge d'emblée son regard dans le mien, ouvre grands les yeux et m'attrape la main, ce qui génère un sursaut de ma part. Je me présente, et elle relève alors la tête pour s'approcher de moi, formulant un « bon.... », avec une voix qui change de tonalité. Je l'emmène ensuite dans sa chambre, car nous sommes, elle comme moi, très mal installés dans le salon (résidents en surnombre, pas de place). Dolorès approche souvent son visage pour que je l'embrasse, tout en formulant cette fois un « bi... » qui, comme le « bon... » est caractérisé par une voix qui change de tonalité (le « bi... » est-ce le début de « bisou » et le « bon... » celui de bonjour ?). D'elle-même, elle amène

souvent sa main jusqu'à mon visage et le caresse. À un moment, je me lève pour positionner correctement la caméra et quand je reviens vers elle, je me penche pour m'asseoir, elle me happe les cheveux qu'elle refuse fermement de lâcher. L'expérience est assez douloureuse car elle tire sérieusement pour me ramener vers elle. Cinq bonnes minutes vont passer avant que je parvienne à la faire lâcher, en lui caressant la main, en lui disant que je suis là, qu'elle n'a pas à s'inquiéter.

Ses interventions syllabiques sont parfois alternées avec des cris intenses, lors desquels le visage se crispe, où une douleur semble l'accabler. Je relève ainsi deux dimensions lors de cette première séance :

- Quand elle essaie de communiquer, elle ouvre grand les yeux avec un petit sursaut et répète soit « bon... » ou « bi... » puis un son grave, une espèce de râle même, saccadé, durant environ trois secondes.

- Des cris de douleurs intenses (avec expression du visage crispée et bouche ouverte, tête en arrière). Dans ce cas, le son est continu. Les douleurs surviennent environ toutes les cinq minutes.

Ayant quitté la pièce, je prends la décision d'aller consulter le dossier médical, et à ma grande surprise, il n'y a aucune prescription de traitement analgésique... Je trouve par contre différentes pathologies : fécalomes fréquents ; prothèse de hanche, prolapsus génital (descente d'organe), escarre talon. Y-aurait-il ici un lien avec les cris de douleurs ? Avant de partir, je rencontre la psychologue du service et lui parle de mes observations, afin qu'elle puisse voir avec le médecin si un traitement antalgique peut-être prescrit. La psychologue m'explique que les soignants sont eux aussi en difficulté avec la palilalie, qui énerve les autres résidents.

Lors de la seconde rencontre, je trouve Dolorès dans sa chambre, dans le fauteuil roulant. Un traitement antalgique a été prescrit, et les cris de douleur semblent moins fréquents. Comme la séance précédente, Dolorès continue de s'adresser à moi avec des « bi... » et « bon... », très fréquents, me caressant le visage, me tenant la main... Je note quand même moins de férocité dans son regard, plus de douceur que les fois précédentes. En retour, je lui caresse également le visage et lui tiens la main. Je tente, comme je l'avais fait avec Paulette, de répéter avec Dolorès ses syllabes, mais cela ne provoque aucun effet.

Je valide malgré tout les syllabes qu'elle verbalise, lui disant que je les entends et suis là pour elle. Dolorès finira par s'endormir peu de temps après mon arrivée.

La troisième rencontre va être pour moi la plus surprenante. Comme les fois précédentes, elle verbalise un « bon.... » lorsque je me présente, avec toujours une oscillation de la voix, très caractéristique. Je lui prends la main, lui caresse le visage. Elle se met alors à verbaliser « vous êtes gentille ». J'essaie alors de discuter avec elle, lui demandant comment elle se sent. Elle enchaîne alors plusieurs « bon.... » oscillants. Je répète avec elle le « bon... » mais rien ne se passe. Nous sommes toujours à nous regarder droit dans les yeux, une de ses mains sur mon visage, la mienne sur le sien. Je lui dis « vos mains sont froides, je vais vous couvrir ». À cela, elle me répond : « donnez-moi votre cœur ». Sentant que cette séance était particulièrement surprenante, et Dolorès très présente, je décide de passer quelques morceaux de musique.

Je lui passe d'abord le *Canon in D* de Pachelbell, je ne note aucun effet. Puis je repasse le morceau en le fredonnant près d'elle, elle réagit alors en déclarant que « c'est une belle chose. » Je mets ensuite le morceau *Air* de Bach, il s'ensuit chez Dolorès un long « J'ai.....me », avec une voix oscillante de nouveau. Tout le corps s'agite, elle donne l'impression de vouloir toujours être plus près de moi. Elle se met à me serrer la main plus fort. Dans cet engouement, elle enchaîne avec « bon... » (voix oscillante). Je fredonne l'*Air* de Bach, en même temps que la musique, Dolorès me demande « une bise », enchaîne avec « je veux que tu m' » (ne finit pas sa phrase). Je lui demande alors ce qu'elle veut, elle ajoute « fais-moi plaisir », puis « donne-moi », puis « encore ». Je lui explique que j'entends bien ce qu'elle me dit, que je suis heureuse que nous puissions parler. Elle me répond par un enchaînement de plusieurs « bon.... » (voix oscillante). Notre dialogue est interrompu par un long cri de douleur (ah...). Je lui dis alors que je sens qu'elle souffre et que j'aimerais pouvoir l'aider. Elle hurle « Aie mon pied » (très fort, le « aie » est long). J'essaie de nouveau de capter son regard et son attention. Je lui explique que je vais devoir partir et que je vais aller voir l'infirmier pour lui dire qu'elle souffre beaucoup. Dolorès me lance un « non... », la voix oscillante mais calme. Je lui explique que j'ai été heureuse de la revoir, de passer ce petit temps avec elle. Elle réagit en m'adressant un « tu m'aimeras toujours ? », je lui réponds que je ne l'oublierai pas. Elle ajoute alors « c'est marqué ? » puis enchaîne avec de nombreux « bon... », y compris

après mon départ. L'entretien se termine alors, il m'est pour le moment difficile de savoir ce qui a pu autant modifier le comportement verbal de Dolorès.

À la quatrième séance, Dolorès est dans sa chambre, au fauteuil. La porte étant ouverte, j'observe son comportement quelques instants. Je ne l'entends pas verbaliser quoi que ce soit. Je m'aperçois par contre qu'elle a les bras un peu levés, comme si elle cherchait à attraper quelque chose. Les premiers « bon.... » et « bi... », avec la voix oscillante, se font entendre dès que nos regards se croisent. Elle s'agite dans le fauteuil jusqu'à ce que ma main vienne rencontrer la sienne. Dolorès ne verbalise ni mot ni phrase lors de cette séance, ni avec la musique, ni avec mes fredonnements, mais une succession de « bon... » et de « bi... ». Elle s'assoupit à de nombreuses reprises.

Je revois Dolorès deux semaines plus tard, après mes vacances. Je la trouve dans son lit, endormie. Le médecin coordonnateur m'explique qu'elle a été hospitalisée pour des problèmes pulmonaires, et qu'elle est désormais sous morphine. Il m'annonce que Dolorès est en fin de vie. Nous préférons alors stopper mes séances d'observation, par respect pour Dolorès et sa famille.

Chapitre 4 : rencontres et non-rencontres avec Marguerite

4. 1. Anamnèse / évolution des troubles

Marguerite a quatre-vingt-seize ans ; elle est en EHPAD depuis bientôt deux ans. Elle a travaillé avec son mari à la comptabilité et l'administratif de son cabinet d'assurance. Ils ont beaucoup voyagé à l'étranger. Son mari est décédé neuf ans et demi plus tôt. Ne supportant pas la solitude, Marguerite a depuis une auxiliaire de vie, puis trois qui se relaient jour et nuit.

Marguerite est diagnostiquée « maladie d'Alzheimer et autres démences ». Il y a une douzaine d'années, Marguerite a commencé à avoir des comportements étranges, comme par exemple se cacher derrière les plantes. C'est d'ailleurs vers cette période que des troubles mnésiques sont apparus, ainsi qu'une tendance à vouloir partir de chez elle.

Depuis quatre ans, le discours cohérent a laissé place à la répétition incessante de « la palasse », puis « la pala », et « alabala ». Le « pala » ou le « alabala » semblent aussi bien s'adresser à la télévision qu'aux personnes qui lui parlent. Il s'accompagne généralement de mimiques et de mouvements du corps. Quand elle se met en colère, il lui arrive de prononcer quelques jurons.

Lors d'un entretien, l'auxiliaire de vie me raconte le petit jeu qui s'est installé entre les deux personnes ces derniers mois. Marguerite donne l'impression de dormir, mais elle ouvre un œil pour vérifier s'il y a quelqu'un. L'auxiliaire de vie lui répond généralement que ce n'est pas parce qu'elle ferme les yeux qu'on ne la voit plus ! Les deux s'en amusent beaucoup.

Le traitement de base de Marguerite se constitue d'un laxatif (Movicol), d'un anxiolytique (Alprazolam) (le soir), et d'un anti-parkinsonien (Modopar) (le matin et le midi). Elle nécessite une aide complète pour les soins d'hygiène, les transferts, et les repas. Marguerite est en dénutrition sévère (IMC à 13), c'est pourquoi elle bénéficie d'un régime hyper protéiné, en texture mixée. Il est à noter que Marguerite a un cancer de la face (carcinome au niveau de la joue déborde sur le nez), qu'elle gratte beaucoup. La famille a fait le choix de ne pas le traiter vu son âge avancé.

4. 2. Le récit des rencontres

J'aperçois Marguerite pour la première fois en salle à manger. Le « coyo coyo... » de Paulette a laissé place à la répétition du « ala/bala » de Marguerite, qui a malheureusement le même effet, celui d'agacer les résidents qui sont attablés près d'elle, et qui la prennent pour une « folle ». Je retrouve Marguerite dans sa chambre, après la sieste. J'essaie de la capter dans les yeux pour m'adresser à elle mais je n'y parviens pas. Je me présente malgré tout, et lui prends la main, ce qu'elle rejette. Elle répète « ala/bala », le regard dans le vide, inexpressif. Elle se gratte intensément le visage, plus particulièrement le nez où elle a une croûte importante³⁰⁰. Je n'insiste pas ce jour-là. En sortant de la chambre, une soignante m'interpelle, m'expliquant que Marguerite « hurle

³⁰⁰ Il s'agit en fait du carcinome.

pendant les soins ». Je lui demande si c'est le « ala/bala » qu'elle interprète comme un cri, elle me dit que non, qu'il s'agit véritablement d'un cri. Il semblerait que Marguerite ne supporte pas d'être touchée, qu'elle a peur.

La fois suivante, je convie Marguerite à mon atelier réminiscence par l'écoute musicale, son auxiliaire de vie m'ayant informée qu'elle aime cela. Les résidents étant particulièrement agités ce jour-là, je diffuse de la musique classique : le Canon in D (Debussy) et l'Air de Bach. Au début de l'atelier, avant de mettre la musique, Marguerite est éveillée, elle prononce de nouveau le « ala/bala », un peu plus rapidement et plus fort que lorsqu'elle était dans sa chambre. Sa jambe bouge sans cesse, elle va d'avant en arrière. Elle se gratte toujours le nez, et se touche le visage sans arrêt. Le bruit et l'agitation semblent bien agir sur la palilalie. Si les autres résidents ont le regard fixé sur moi qui tente de les apaiser, je ne parviens pas, une fois de plus, à capter Marguerite. Une vingtaine de minutes plus tard, alors que le calme règne, Marguerite cesse sa répétition et s'endort. Les mouvements du corps cessent également, les bras deviennent ballants. Son éternuement réenclenche un seul « ala/bala », mais elle se rendort et ne verbalise plus. À la fin de la séance et donc de la musique, la palilalie reprend, jusqu'à l'arrivée de son auxiliaire de vie qui vient la chercher pour manger et lui demande de se taire (ce qu'elle fait). Arrivées à la salle à manger, nous entendons le « ayon ayon... » de Paulette, qui redéclenche alors le « ala/bala » de Marguerite, telle une discussion entre les deux.

La troisième rencontre se passe d'abord dans la chambre de Marguerite, avant l'atelier d'écoute musicale. Je peine une fois de plus à la capter dans les yeux avant de lui parler. Je me présente, le « ala/bala » est déjà là avant mon arrivée et il perdure. J'essaie de répéter le « ala/bala » mais rien ne se passe. J'essaie ensuite de chanter le « ala/bala », d'y mettre une mélodie, et à ce moment, Marguerite me regarde (enfin) et la palilalie cesse. Nous devons ensuite partir vers l'atelier. Le changement d'environnement semble avoir perturbé Marguerite, qui agite de nouveau sa jambe, se touche le visage et émet une palilalie plus intense. Les résidents étant assez calmes, je passe des chansons françaises, que les résidents fredonnent volontiers, et qui nous font danser. Marguerite garde les yeux fermés, la palilalie a de nouveau disparu, tout comme les mouvements de jambe.

Je croise, le lendemain, le musicothérapeute qui me confirme avoir fait les mêmes observations que moi : la musique semble apaiser Marguerite. Il me raconte qu'il la convie à ses ateliers et qu'il n'entend jamais de palilalie durant. Il évoque un visage détendu, un corps relâché. Nous projetons de mettre en place un atelier de musicothérapie individualisé pour Marguerite, afin de creuser nos observations. En attendant, je reste à son atelier afin d'observer le comportement de Marguerite. Il anime un atelier avec un groupe d'une dizaine de personnes souffrant de MAA. La séance dure trente minutes. Il chante en regardant les résidents un à un, en leur prenant la main. Marguerite y réagit très bien, le visage détendu, et un regard beaucoup plus vif que je ne l'ai vu jusqu'alors. Serait-ce la voix masculine qui aurait un effet différent ?

Notre quatrième rencontre confirmera mes premières observations. Je la vois dans sa chambre, au fauteuil, calme. Je reste incapable d'établir un contact visuel avec Marguerite. Je ne réitère pas le fait de lui prendre la main, car elle semble avoir une problématique autour du toucher. Je me présente, cela déclenche un seul « ala/bala » de la part de Marguerite. Je lui parle un peu (du temps qu'il fait dehors), mais elle s'endort.

À la cinquième rencontre, Marguerite est dans le salon de l'unité où un documentaire est diffusé. La calme plane dans la pièce, mais Marguerite semble agitée : les jambes bougent de nouveau d'avant en arrière, les mains continuent de toucher et gratter la plaie ensanglantée. Au moment du goûter, la soignante l'emmène dans la salle à manger, c'est alors que la palilalie reprend intensément, tout comme la gestuelle du corps. Je m'installe près de Marguerite, j'ai le réflexe de lui prendre la main pour essayer de l'apaiser, mais elle la repousse violemment une fois de plus. Je propose aux équipes de mettre un peu de musique dans la salle à manger, ce qui permet, en une quinzaine de minutes à peine, de calmer Marguerite.

Je ne revois Marguerite que six mois plus tard environ. Le temps est venu de mettre en place l'atelier individualisé avec le musicothérapeute. Seulement, l'état de Marguerite s'est nettement dégradé. Je vais alors la rencontrer dans sa chambre, elle est alitée, a les yeux fermés. Ses bras sont repliés, croisés sur son torse. Elle ne cesse de remuer et de bouger les jambes. Elle émet quelques sons que je ne parviens pas à distinguer, si ce n'est le « a » qui revient souvent. Elle semble souffrir d'une plaie qu'elle s'est faite récemment

en tombant de son fauteuil roulant. Elle se frappe le visage, puis le cou, puis le nez. Je suis un peu choquée de la voir agir ainsi. Tout en gardant les yeux fermés, elle exerce quelques pressions sur son corps (sur les bras, le ventre). La sentant très agitée et douloureuse, je tente de lui caresser la joue. Cette fois, elle ne me rejette pas, et lors des caresses, les jambes arrêtent de bouger. Elle continue en revanche de se mettre des coups de poings dans la tête. Je me dis à cet instant qu'elle doit souffrir intensément. En sortant, je vais voir le médecin pour lui demander d'augmenter le traitement antalgique.

Je revois Marguerite le lendemain, au fauteuil cette fois, avec une contention pelvienne pour éviter une nouvelle chute. Elle semble moins douloureuse (le visage est moins crispé). Toujours très agitée, les jambes balancent intensément (elle a d'ailleurs de nombreux scalps). Elle ne parvient plus à lever les bras jusqu'à son visage. Elle trouve encore un peu de force pour émettre quelques sons quasi inaudibles.

Marguerite décède quelques jours plus tard. Encore une fois, il me faudra un certain temps avant que je puisse me replonger dans la thèse et rédiger la clinique en rapport avec nos rencontres.

Chapitre 5 : analyse transférentielle et contre-transférentielle

Pour ne pas ajouter de répétitivité à cette thèse qui traite suffisamment le sujet de la répétition palilalique, je fais le choix d'instaurer ce chapitre après la présentation des trois cas cliniques. Mon idée initiale était pourtant de faire une analyse transférentielle et contre-transférentielle pour chaque résidente, mais je me suis vite aperçue que de nombreux points communs revenaient. Cette partie va ainsi souligner les éléments transférentiels et contre-transférentiels identiques pour certains ou tous les cas, mais s'attachera aussi, de manière exhaustive, à extraire ce qui a été différent.

Un jour, je fis un petit exercice avec mon garant de stage qui m'apporta enfin une définition précise de ce qu'est le transfert. Il s'agit de l'exercice du bâton : un conduit, l'autre suit, jusqu'à ce moment, jusqu'à ce point où l'on ne sait plus qui conduit : c'est peut-être cela l'histoire commune, l'émergence du sujet, la rencontre. Il arrive même que

le bâton tombe, choit. Suivre et conduire, dans le transfert, par quoi cela se traduit ? Tout d'abord, par accueillir une parole, celle de l'autre ; par un accompagnement, un parcours, une expérience commune, vécue ensemble ; enfin, peut-être aussi par une validation (en reformulant par exemple), qui vient pointer à l'autre que l'on perçoit ce qu'il vit.

5.1. Analyse transférentielle

De manière générale, le transfert est défini en Psychanalyse comme le processus constitutif de la cure analytique, par lequel les désirs inconscients de l'analysant concernant les objets extérieurs viennent se répéter dans le cadre de la relation analytique, sur la personne du clinicien, mis en position de ces divers objets. Dans le transfert, il ne s'agit pas de la personne du clinicien, quand bien même il la prête comme support au phénomène de transfert, mais de sa place, et de sa fonction. C'est la place de l'Autre comme adresse du destinataire à qui parle le sujet. C'est l'appel du sujet au savoir de l'Autre qui inaugure le transfert (ici l'Autre, lieu du trésor des signifiants). Ce que l'analyste répond est moins important que la place d'où il répond. C'est le sujet, dans son discours, qui détermine les places donc aussi la place du clinicien. C'est de ce lieu, l'Autre, que l'analyste parle.

Comme je l'ai notifié, la MAA touche les trois acceptions de l'Autre définies par Hassoun³⁰¹ : l'Autre comme lieu du Refoulement originaire, l'Autre comme trésor de signifiant, et l'Autre maternant. Notre objectif premier dans la clinique du sujet atteint de démence est de les restaurer. Mais si le transfert semble d'emblée avoir été instauré avec Paulette et Dolorès, je n'en dirais pas autant avec Marguerite.

Restaurer l'Autre comme lieu du refoulement originaire chez un sujet atteint de MAA à un stade sévère passe, selon moi, par une volonté de réduire autant que possible la frustration générée par l'attente, et donc par la favorisation d'un environnement qui tente de répondre au plus vite aux appels du sujet. Souvenons-nous, le refoulement originaire survenait quand la réponse de l'autre (la mère, en général) n'était plus immédiate, frustration à laquelle le sujet répondait par la représentation. J'ai suggéré que

³⁰¹ Hassoun, J. (1989). *Les passions intraitables*. Paris : Flammarion, coll. « Champs », 142 p.

le sujet atteint de démence au stade sévère n'ait plus le pouvoir le faire. Ainsi, par exemple, quand Paulette me demande « air air air », je m'empresse de lui enfiler une veste pour sortir avec elle dans le jardin, ce qui l'apaise immédiatement.

Ensuite, restaurer l'Autre comme lieu des signifiants m'a amenée, dans les trois cas, à accorder une attention particulière au phénomène de palilalie, très présent. J'ai agi de deux façons : d'une part, en me faisant porte-parole, c'est-à-dire non seulement en tentant de verbaliser leur souffrance, mais aussi, plus généralement encore, en expliquant tout ce qui se produit dans l'environnement qui les entoure, le moindre geste qui s'adresse à elles, etc. Ainsi, en ce qui concerne la palilalie de Paulette, mes différentes tentatives d'attribution de sens restèrent finalement vaines, mais ce qui fonctionna, ce fut de répéter les syllabes qu'elle prononçait, ou en tout cas d'en changer le rythme, afin d'enrayer cette répétition extrêmement mortifère et lui permettre d'en produire d'autres. En somme, même si cela a pu surprendre de nombreuses personnes, ma méthode a été de faire parler Paulette. Nous avons pu, de cette façon, discuter de longues heures si nous comptabilisons les entretiens, sans que je puisse un jour avoir une idée de ce qui était en train de se dire. Ce que j'ai pu voir uniquement, c'est que le fait de valider les syllabes qu'elle prononçait l'apaisait (elle souriait, m'embrassait). Cette démarche fait écho à la méthode de la validation de Naomi Feil³⁰², qui apparaît pour beaucoup simpliste, mais est en fait très peu appliquée. Dès lors, par exemple, lorsqu'un sujet atteint de démence nous dit qu'il doit partir rapidement pour aller chercher ses enfants et leur préparer le repas (plongeon rétrograde), il n'est surtout pas question de l'en dissuader et de le ramener à la réalité ; de la même manière, je m'appuyais sur les verbalisations de Paulette qu'elle répète à l'infini, je les lui répétais à mon tour pour lui noter que je les ai bien entendues. J'ai procédé de la même manière avec Dolorès et Marguerite mais les effets de cette validation n'ont pas été aussi évidents. Avec Dolorès, je n'ai pas noté d'effets quelconques de la validation, et avec Marguerite, elle a généré une seule fois l'arrêt de la palilalie.

Enfin, le grand Autre maternel est également absent chez le sujet atteint de démence qui perçoit incessamment l'institution comme un Autre malveillant. Les conduites d'agrippement de Paulette et Dolorès en sont un indicateur. En général, dès que

³⁰² Feil, N. (2005). *Validation, la méthode de Naomi Feil: Pour une vieillesse pleine de sagesse. Aider et accompagner les grands vieillards désorientés*. Paris : Lamarre, 2018, 186 p.

nous nous trouvons dans une situation d'angoisse, nous faisons appel au lien avec cet Autre. Le sujet atteint de démence n'y parvient pas. Mon objectif fut donc de restaurer cet Autre maternant, en leur vouant une « préoccupation clinique primitive³⁰³ ». Cela est passé par plusieurs choses : veiller à ce qu'elles soient dans un environnement exempt de tout danger, les emmener loin des résidents qui devenaient agressifs à cause de la palilalie, mais aussi, accorder un sens le plus adapté possible à leurs comportements et verbalisations. Les enjeux du regard et du toucher sont tout aussi grands. J'utilise souvent dans les récits des rencontres l'expression « capter par le regard », qui est une condition *sine qua non* dans la clinique du sujet atteint de MAA. Le toucher apparaît également comme une condition au transfert dans de nombreux cas. Avec Paulette, j'ai pu remarquer que sans ce regard ou ce toucher, il m'était beaucoup plus difficile, si ce n'est impossible d'établir un lien avec elle. Pour Dolorès, les choses sont assez différentes puisqu'elle plongeait spontanément son regard dans le mien, sans que je n'aie à le chercher ; de même, elle me touchait systématiquement les mains et le visage. Enfin pour Marguerite, la relation transférentielle a été la plus difficile à mettre en place puisqu'elle ne supportait pas d'être touchée et je ne suis que très rarement parvenue à la capter par le regard. Je ne développe pas plus ces questions du regard et du toucher ici puisqu'un chapitre entier leur sera consacré lors du quatrième axe de ce travail.

Enfin, l'un des signes de la restauration de cet Autre maternant est aussi, selon moi, les nombreux agissements en miroir. Chez Lacan, ce concept de miroir avait un rôle prépondérant, notamment le stade du miroir puisque formateur de la fonction du Je. Un Autre, en général la mère, vient nommer l'enfant qui se contemple dans le miroir. C'est ainsi dans le dire de l'Autre et la contemplation de sa propre image que l'enfant pourra vérifier son unité. Nous le retrouvons également chez Winnicott où le visage de la mère apparaît comme le premier miroir de l'enfant : « Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit.³⁰⁴ » Cet effet miroir a eu lieu avec Paulette et Dolorès. En revanche, je n'ai rien noté de tel chez Marguerite.

³⁰³ Quaderi, A., *op. cit.*, 2010.

³⁰⁴ Winnicott, DW. (1975). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. *Jeu et Réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, p. 156.

5. 2. Analyse contre-transférentielle

Dans son Séminaire sur *Le Transfert*, Lacan dit à propos du contre-transfert qu'il est fait « des sentiments éprouvés par l'analyste dans l'analyse, déterminés à chaque instant par ses relations à l'analysé. ³⁰⁵» Le transfère précède le contre-transfert (Heimann, Neyraut³⁰⁶).

Que ce soit dans le cas de Paulette, de Dolorès, ou de Marguerite, j'ai eu beaucoup de mal à accepter les premiers sentiments que j'ai pu éprouver vis-à-vis d'elles, ces sentiments violents de peur et d'impuissance face à leur état physique et psychique. Je l'évoquais dans le préambule pour Paulette mais cela vaut pour Dolorès et Marguerite, leur cachexie, leurs yeux fixes, leurs verbalisations si rythmées, parfois sur leurs mouvements, me renvoyaient l'image de machines programmées, de robots, pour lesquels il me faudrait lire des milliers de fois la notice pour essayer de comprendre leur fonctionnement. J'ai souvent ressenti beaucoup de honte et de haine vis-à-vis de moi de pouvoir penser d'une telle façon.

Si rester enfermée dans cette culpabilité ne m'aurait rien apporté, c'est dans la réflexion et les lectures que j'ai pu trouver refuge pour tenter de l'élaborer. Comme pour beaucoup (et être psychologue formée en gériatrie ne nous permet pas d'y échapper !), la réalité de la démence provoque un effroi et par conséquent, la désillusion de l'infinitude du moi, laissant planer une angoisse. Ces termes d'effroi et d'angoisse sont à entendre au sens freudien du terme, le premier correspondant à un « état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé ; il met l'accent sur le facteur surprise³⁰⁷ » et le second caractérisant un « état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu.³⁰⁸ » Le moi voit alors sa part de finitude alors qu'il s'illusionnait jusqu'alors de son infinitude. Le sujet atteint de démence me renvoie à une part de moi-même, me voyant « vieille », « malade », « frappée » par la

³⁰⁵ Lacan, J. (1960-1961). Leçon du 8 mars 1961. *Le Séminaire livre LVIII, Le transfert*. En ligne : http://www.gnopl.fr/Recherche_Lacan/2013/09/09/lviii-le-transfert-1960-1961-lecon-du-8-mars-1961/

³⁰⁶ Cf. préambule, p. 13-14.

³⁰⁷ Freud, S., *op. cit.*, 1981, p. 56.

³⁰⁸ *Ibid.*, Freud, S., 1981, p. 56.

déchéance (c'est le moi hideux de Messy³⁰⁹), c'est pourquoi il est envahi par une peur irrationnelle de mourir :

« [...] mais comment rester au monde d'aujourd'hui dès lors que les objets investis sont principalement ceux du souvenir ? Et que le Moi ploie sous la menace de l'aliénation ? Et que le corps porte témoignage de l'amointrissement des ressources, la volonté ne suffit pas à commander au désir, l'usure grippe la merveilleuse machine qui avait pour coutume d'être fiable. La chair pèse [...], elle évoque la menace d'une échéance. Quoiqu'irreprésentable, celle-ci évoque la finalité de l'existence [...]. Ainsi le sujet ne cesse-t-il de buter sur ce qui ne cesse de lui rappeler sa détresse et son impuissance, c'est-à-dire sa castration.³¹⁰ »

La proximité d'avec la déchéance physique et psychique résonne comme la matérialisation du réel de la mort. Ainsi, le sujet dans le besoin, qui nécessite de l'aide, incarne la dépendance, la maladie, la mort à venir, relève de l'horreur. Cela génère un conflit entre ce que j'ai été, ce que je voudrais être et ce que je vois dans le sujet atteint de démence. En termes psychanalytiques, il s'agit ici d'un conflit qui oppose l'idéal du moi et le moi hideur ; un conflit entre cet idéal qui appelle à la vigueur du corps et de l'esprit, à l'autonomie, l'activité, contre le « vieux » dépendant, sénile et grabataire. Il s'agit d'une véritable attaque narcissique. Le « modèle » social (capacités intellectuelles, apparence physique...) auquel il s'agit en temps normal de s'assujettir est remis en cause face à la démence, douloureuse épreuve de réalité qui vient souligner l'inéluctabilité de la finitude et ses prémisses que sont le déclin physique et/ou cognitif.

De cette abjection première est ensuite née l'idéalisation qui a finalement suscité le désir d'en faire un travail de recherche.

Dans les trois cas également, je note la difficulté à terminer les séances, et la culpabilité d'abandonner les résidentes, seules dans leur chambre. Searles traduit parfaitement ces sentiments :

« Nos réactions coupables les plus troublantes sont liées au fait que, dans notre relation avec le patient [...], nous avons régressé vers une relation défensivement symbiotique avec lui, dans laquelle nous avons une image omnipotente de nous-même et du monde. Lorsque nous

³⁰⁹ Messy, J., *op. cit.*, 2002, p. 20.

³¹⁰ Herfray, C. (2001). De quoi parle la vieillesse ? *La vieillesse en analyse*. Toulouse: Erès, 2007, p. 31-87.

sommes dans cet état d'omnipotence subjective, nous sommes totalement responsables de ce qui se passe dans l'analyse car il n'y a pas de monde extérieur à nous ; il n'y a pas d'autre personne réelle, de chair et de sang³¹¹ ».

Au moment du départ, je procédais chaque fois de la même façon : je tentais de capter leur regard afin d'expliquer que je devais partir. Mon erreur (reproduite dans les trois cas !) a probablement été d'oublier que le sujet atteint de démence à un stade sévère n'a plus la capacité d'anticiper. Ainsi, quand je leur disais que j'allais partir, il aurait fallu que je parte sur le moment et non que je retourne déambuler Paulette, que je reprenne les mains de Dolorès, auquel cas elles ne se souviendraient probablement pas que je leur avais dit que je devais partir. Puis l'agrippement physique était difficile à gérer, surtout avec Paulette, car elle s'accrochait de toutes ses forces. Clore un entretien avec un sujet qui ne s'arrête pas de parler est une chose, mais clore un entretien avec un sujet qui se lie à vous, physiquement, en est encore une autre. La fin des premiers entretiens avec Paulette et Dolorès entraînaient de violents sentiments de culpabilité, liés au fait d'une part de les laisser seules, alors qu'elles demandaient tant d'attention. Difficile, sur le moment, d'avoir en tête et d'accepter que l'affection adressée correspondait à de l'amour de transfert, et qu'ainsi, il ne s'adressait pas vraiment à moi. Freud le disait : « Ce dernier ne revêt pas un seul trait nouveau provenant de la situation présente, mais se compose entièrement de répétitions et de décalques de réactions antérieures.³¹² » De plus, leur pathologie démentielle faisait que je n'étais qu'un insu pour elles, oublié dès mon départ car manquant dans leur environnement. Et moi, je quittais un objet imaginaire, car d'elles, je n'en savais que la souffrance que j'éprouvais.

Ce sentiment de culpabilité a également été intense lors de la sortie avec la psychomotricienne, puisque j'avais cette horrible impression de délaisser Paulette. Je culpabilisais de ne pas la sentir bien, même très angoissée lorsque nous prenons le verre. Tout se passe comme si le mal être de Paulette était ma faute. Et pourtant, une autre personne réelle, il y avait. Que la psychomotricienne m'inondait de ses questions était bien une réalité. Qu'elle ait décidé d'emmener Paulette boire un verre alors qu'il lui est

³¹¹ Searles, H. (1966). Sentiments de culpabilité chez le psychanalyste. *Le contre-transfert*. Paris : Gallimard, coll. « Folio essais », 2008, p. 272.

³¹² Freud, S., *op. cit.*, 1981, p. 151-152.

difficile de rester assise était aussi une autre réalité, un choix, qui ne m'appartenait pas, mais auquel j'aurais certainement pu réagir d'une autre manière que de laisser dire.

Le contre-transfert avec Paulette fut massif, en atteste la première rencontre de laquelle j'étais sortie étouffée. Son agrippement de la main, puis du bras, puis de la taille, ce corps à corps qui en résultait, les pas synchronisés, et surtout, ses fortes expirations, me donnaient l'impression de ne faire qu'un corps. Mc Dougall parle à ce sujet de « fusion mortifère », en référence au transfert originaire, « fondamental », où le patient traite l'analyste comme une partie de lui-même, comme si la frontière Moi - non Moi n'était plus établie³¹³. Le rythme de respiration de Paulette (deux pas, une forte expiration) me renvoyait brutalement, je ne sais pourquoi, à ma plus jeune enfance au cours de laquelle je vivais de fortes crises d'asthme et pendant lesquelles j'étais dans un état de détresse respiratoire si grand que je peinais ensuite à retrouver une respiration normale. Cela me donnait l'envie de fuir aussi loin que possible de cette unité. J'en voulais à Paulette de me faire revivre ces scènes. Mais je m'étais engagée auprès d'elle. La palilalie était moins présente depuis que nous marchions ensemble. Alors je devais encore rester un peu, pour elle. Cette façon de me laisser guider par elle, et dans la déambulation, et dans la respiration, cette façon de se servir de moi comme un prolongement d'elle, fit naître chez moi un constat à ce moment-là : c'est comme si je devais en passer par me faire objet pour re-subjectiver Paulette.

Car en effet, vouloir restaurer l'Autre maternant, c'est aussi prendre le risque de répondre – maladroitement – à la demande de fusion du sujet. J'ai pu vivre une autre expérience avec Dolorès lorsqu'elle m'a happé les cheveux pour me ramener à elle. Plus aguerrie puisque je l'avais vécu sous d'autres modalités avec Paulette, je ne ressentis pas cette fois de colère envers elle, mais au contraire, je savais que la rassurer la ferait me lâcher à un moment donné. Ceci est peut-être à mettre en lien avec l'idée de « symbiose thérapeutique³¹⁴ » dont parle Searles pour expliquer cet état du transfert à un moment de la cure qui fait que l'analyste se sente coupable de tout ce qui arrive au patient. Acceptée

³¹³ McDougall, J. (1978). Le contre-transfert et la communication primitive. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissances de l'inconscient », 1981, p. 117-138.

³¹⁴ Searles, H. (1973). À propos de la symbiose thérapeutique : le patient comme thérapeute symbiotique, la phase de symbiose ambivalente, et le rôle de la jalousie dans le Moi fragmenté. *Le contre-transfert*. Paris : Gallimard, coll. « Folio essais », 2008, p. 15-40.

par le clinicien, elle représente un mode de relation soignant / soigné qui crée une « dépendance symbiotique réciproque. » La relation symbiotique, lieu d'un mélange inextricable d'amour méconnu, de haine, d'emprise, d'omnipotence et de tyrannie, emprunte des modalités d'expression explosive ou silencieuse. Elle est liée à un conglomerat d'identifications et d'introjections partielles à une mère ambivalente, persuadée de sa profonde nocivité et du caractère destructeur de son amour, vivant dans l'alternance angoissante de sentiments extrêmes à l'égard de l'enfant. La symbiose a pour fonction de défendre le sujet contre sa forte ambivalence à l'égard de sa mère en maintenant avec elle un sentiment d'omnipotence fantasmatique. La symbiose n'est pas un état heureux. C'est un état qui reflète un besoin absolu de non-différenciation, de non-séparation psychique pour l'enfant et pour sa mère. L'enjeu est bien de tenter de recréer le Moi fragmenté du sujet en partant de l'origine de sa formation, c'est-à-dire la symbiose mère-enfant.

Dès lors, le fait de tenir plus fort Paulette permis d'éviter tant que possible la « fusion mortifère » évoquée plus haut, et de marquer une limite claire entre nos deux corps. Avec Dolorès, je faisais désormais en sorte de maintenir la sollicitude à son égard mais de ne plus trop approcher mon corps.

Ce qui a été le plus difficile avec Marguerite fut son rejet lorsque j'essayais de lui prendre la main ou de l'approcher. Ce moment est plus difficile à gérer car plus irritant, plus éprouvant pour le moi, parce que j'avais le sentiment d'être mise en cause, non seulement dans mon état, mais aussi dans ma fonction de clinicienne. J'ai initialement considéré ce rejet comme un obstacle au transfert, pour finalement me questionner sur la possibilité qu'il constitue la conséquence de l'absence de transfert. Comme je l'ai noté précédemment, l'établissement du transfert avec Marguerite a été complexe, notamment du fait de mon impossibilité à capter son regard et de son intolérance au toucher.

Je terminerai cette partie avec la place du tiers dans la relation entre la résidente et moi. L'entretien avec la sœur et la nièce de Paulette m'a renvoyé à quel point le fait que l'institution vienne faire tiers entre le résident accueilli et la famille pouvait être difficile

à vivre pour cette dernière³¹⁵. Nous le retrouvons notamment au moment où je me présente à Paulette, et qu'à la suite de cela, elle s'assied et m'embrasse. La réflexion de la nièce « moi j'essaie de la lever depuis tout à l'heure et je n'y arrive pas, bref » vient souligner son impuissance que j'ai pu, maladroitement, lui renvoyer en parvenant à capter l'attention de Paulette qui, dans le même élan, m'adresse une marque d'affection qu'elle ne lui avait pas adressée, à elle. Freud parlait de ce genre de situation et introduisait la notion de jalousie : « La jalousie se compose essentiellement du deuil, de la douleur causée par l'objet d'amour que l'on croit avoir perdu, et de l'humiliation narcissique [...] elle comprend encore des sentiments hostiles dirigés contre le rival qui a été préféré, et un apport plus ou moins grand d'autocritique qui veut rendre responsable le propre de la perte d'amour.³¹⁶ » Une situation extrêmement gênante pour le tiers en question, ici moi, qui peut entendre sa colère et sa révolte, mais qui dans le même temps lui en veut profondément de créer cet environnement autour de Paulette, instantanément source d'angoisse.

Sa colère est accentuée par un réel, celui de la maladie, ici un état de maigreur grandissant, qu'elle me reproche, tout en sachant qu'il ne m'est pas spécifiquement adressé à moi, Pauline, mais plus généralement aux soignants et à l'institution qui accueillent sa tante, qui prennent sa place, qui reçoivent l'affection « à sa place »... mais qui ne savent pas bien s'en occuper puisqu'ils la voient maigrir et ils ne font rien. Accueillir son discours de souffrance, l'inciter à en faire part aussi aux équipes, lui rappeler la dure réalité d'une déambulation quotidienne et incessante qui influence grandement cette perte de poids n'a pas suffi à apaiser la nièce, et encore une fois, cela s'entend, et se respecte.

Ces trois résidentes sont aujourd'hui décédées. J'ai pu accompagner Paulette jusqu'à son dernier souffle, j'ai pu lui dire à quel point sa rencontre m'a appris et combien je la remercie. Cette situation a généré de nombreux sentiments de tristesse et d'abandon, puis de culpabilité : réunis auprès d'elle après son décès, j'ai eu, l'espace d'un instant, le sentiment de faire partie de sa famille. Ai-je été trop loin dans l'accompagnement de

³¹⁵ Quaderi, A., *op. cit.*, 2013.

³¹⁶ Freud, F. (1922). Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité. *Névrose, psychose et perversion*. Paris : Presses universitaires de France, 1999, p. 271.

Paulette et de sa famille, ai-je outrepassé ma fonction de clinicienne ? Comme un surmoi féroce, une petite voix freudienne me murmurait à l'oreille de ne pas « accepter la tendresse qui lui est offerte ou y répondre.³¹⁷ » Or, dans la clinique des sujets déments à un stade sévère, il semble bien que cette affection devienne l'un des moteurs des séances et de la relation transféro-contre-transférentielle. Restaurer l'Autre maternant, en passe, selon moi, par un accueil de ces demandes d'amour qui nous sont adressées, dans le transfert, à un moment donné. Cela ne signifie pas que le clinicien adresse des marques d'affection spontanément, plutôt qu'il ne rejette pas celles qui lui sont adressées. Prenons l'exemple des bises que Paulette me faisait : elles intervenaient en général quand je répétais ses verbalisations, et lui demandais si c'était bien ce qu'elle voulait dire. Elles intervenaient quand elle me demandait de l'air et que je l'emmenais dans le jardin. Elles intervenaient quand je lui donnais de l'eau. Ils venaient symboliser qu'à cet instant, quelque chose du lien archaïque à la mère, protecteur et rassurant, se jouait sûrement.

Les proches de Paulette m'ont remercié des dizaines de fois de m'être occupée d'elle durant ces nombreux mois, et m'ont adressé cette phrase que je n'oublierai jamais : « grâce à vous, [Paulette] vivra pour toujours. »

Ayant passé moins de temps avec Marguerite et Dolorès, leur décès ne généra pas de sentiments aussi extrêmes. Égoïstement, je ressentis surtout une déception, celle d'un travail inachevé car j'avais avec elles deux le projet de poursuivre les investigations avec les ateliers de musicothérapie.

Dans les trois cas, je restais incapable de travailler ma thèse pendant plusieurs mois. Je craignais que Paulette ait emporté avec elle l'enthousiasme et la passion que j'avais mis dans ce travail... Le départ de Marguerite et Dolorès avaient quant à lui laissé place à une frustration certaine de n'avoir pu aller plus loin... J'avais cette impression que sans elles, je ne pourrais jamais venir à bout de cette thèse.

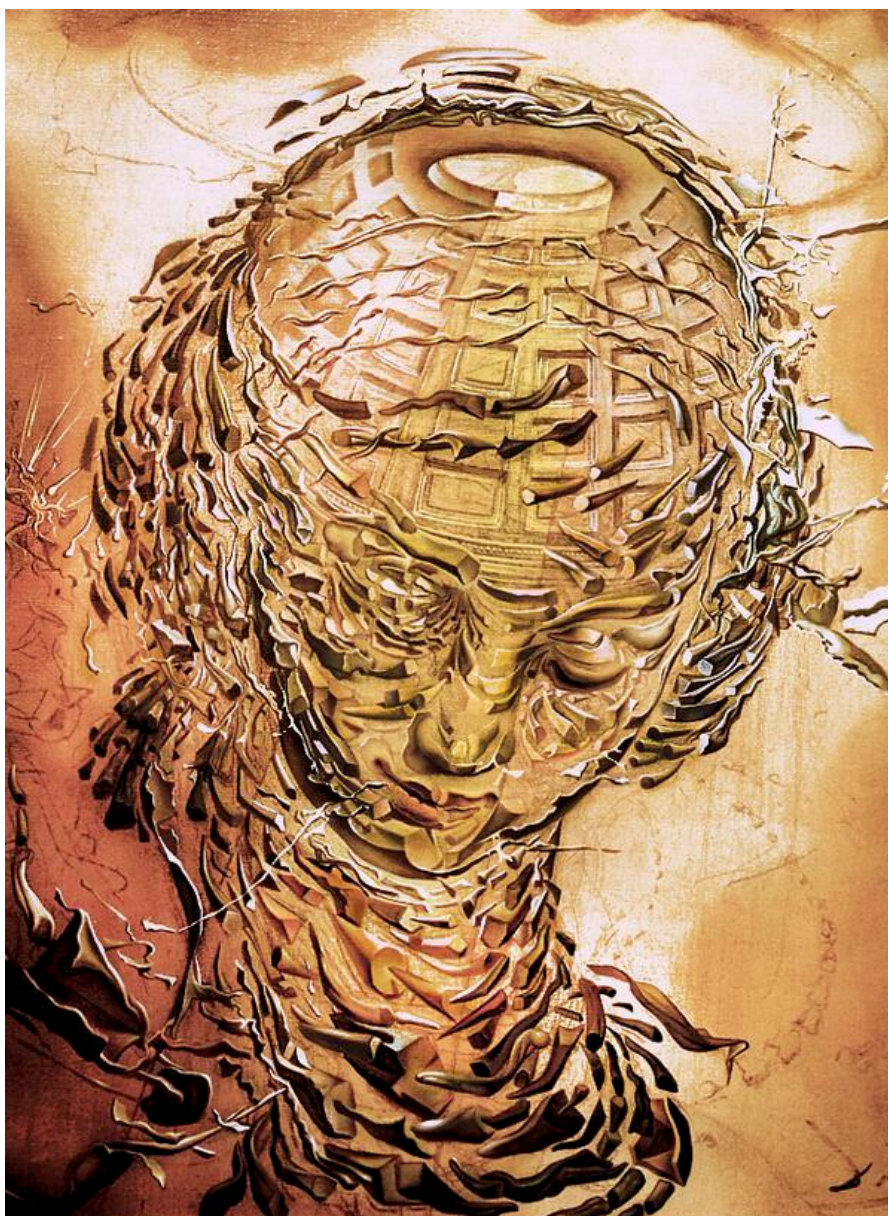
J'ai finalement réalisé à quel point l'objectif de ce travail de recherche et les rencontres qu'il a engendrées ont changé la première idée que je m'étais faite d'elles : il m'a semblé

³¹⁷ Freud, S., *op. cit.*, 1981, p. 147.

si merveilleux d'avoir complètement omis que ces trois résidentes étaient en fin de vie, et qu'elles pouvaient mourir à tout instant.

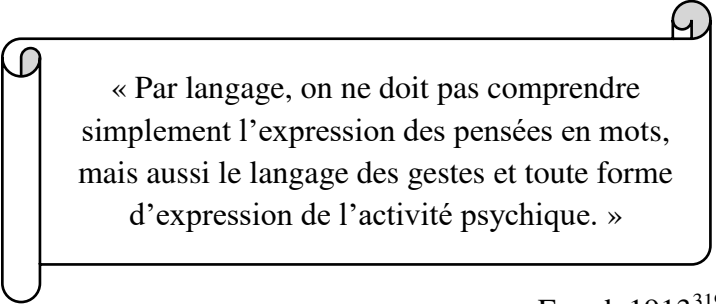
Si au premier regard elles m'étaient apparues comme happées par la pulsion de mort et la solitude, je comprends désormais le courageux combat qu'elles ont mené pour (sur)vivre.

QUATRIÈME AXE : PALILALIE ET PROCESSUS
ORIGINAIRES : LES PROCESSUS PRÉCOCES DE
SYMBOLISATION



Raphaélesque Tête l'explosion. Salvador Dali - huile sur toile - 43 x 33 cm - 1951³¹⁸

³¹⁸ Ma représentation du déferlement pulsionnel chez le sujet atteint de maladie d'Alzheimer. En ligne : <https://fr.artsdot.com/@/8XYVCV-Salvador-Dali-Rapha%C3%A9lesque-T%C3%AAtel-explosion->



« Par langage, on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mots, mais aussi le langage des gestes et toute forme d'expression de l'activité psychique. »

Freud, 1913³¹⁹

Après une longue exploration de la palilalie dans la littérature, et après avoir tenté de me la représenter avec la théorie psychanalytique, je pose la palilalie comme le témoin de l'involution du système de représentations. Plus précisément encore, la palilalie viendrait mettre en acte l'affect, détaché de son représentant, laissant alors place à un « affect avec une trace de représentation ».

Authentique « acte de langage » selon moi, la palilalie apparaît également, et malgré tout, comme une tentative de symbolisation « avec les moyens du bord » ; si le ravage démentiel a commencé son processus de dé-symbolisation, la palilalie est pourtant bien la preuve de la lutte du sujet pour mettre en mots / en sons ce qui parvient à sa psyché. Elle se constituerait alors de traces de signifiants maîtres n'étant plus accrochées à une adresse à l'autre, rendant le discours inintelligible, incompréhensible. La répétition palilalique serait alors générée par la frustration liée à l'attente de réception de ce discours. Mes trois rencontres cliniques montrent d'ailleurs à quel point l'intérêt porté aux sujets et à leur discours peut être source de relance (vitale ? Cognitive ? Symbolique ?)

J'ai maintenant les moyens de préciser ma première hypothèse selon laquelle la maladie d'Alzheimer pourrait s'entendre comme une involution du système de représentations, marquée par la prévalence de l'affect, celui-ci étant détaché du représentant. Les apports de la clinique – formes rythmiques (parole, corps), mouvements du corps, agrippement, dépendance à l'Autre, etc., tous associés à la palilalie – me laissent penser que nous assisterions à un retour vers une période où le langage verbal n'était pas encore en mesure de donner forme à l'expérience subjective, forme aussi originaire,

³¹⁹ Freud, S. (1913). L'intérêt de la Psychanalyse. *Résultats, idées, problèmes I*, trad. Paul Laurent Assoun. Paris : Presses universitaires de France, 1984, p. 187-213.

archaïque que l'expérience elle-même. Il s'agirait en quelque sorte du langage des bébés et des tous petits-enfants, donc essentiellement d'un langage corporel, d'un langage de l'acte, venant traduire les affects non symbolisables.

Chapitre 1 : L'originare et les expériences subjectives primaires

1. 1. Originare, archaïque

Qu'est-ce que l'originare ? Ce n'est pas ce qui est au début. Ce n'est pas non plus ce qui est à l'origine. Il semblerait que ce soit quelque chose qui se situe encore avant cela.

Pour Laplanche, l'originare est « quelque chose qui transcende le temps mais qui reste en même temps lié au temps.³²⁰ » Un temps avant le temps, donc. C'est le fondement de tous les autres événements qui surgiront dans la vie du sujet. À la suite de Laplanche, Scarfone³²¹ utilise le terme fort de « transcendance » pour décrire ce qui est au-delà des événements, mais nécessaire.

Pour Freud, l'appareil psychique est un lieu d'inscription de traces et de transformations. Les traces les plus anciennes sont les mieux conservées. Il appelle traces « mnémoniques » celles qui émanent des expériences sensori-motrices primaires d'avant le langage et qui correspondent au processus primaire. Elles sont souvent dites archaïques et traumatiques, alors que les traces « mnésiques » correspondent au processus secondaires (au souvenir). Dans l'une de ses lettres à Fliess³²², il décrit les enregistrements successifs des matériaux perceptifs. Les traces qui m'intéressent particulièrement dans le cadre de cette recherche sont les premières traces mnémoniques tonico-sensori-motrices. Les matériaux de ces traces s'expriment dans le langage du corps. Ils sont l'expression de

³²⁰ Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Bibliothèque de psychanalyse », 163 p.

³²¹ Scarfone, D. (1997). *Jean Laplanche*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Psychanalystes d'aujourd'hui », 128 p.

³²² Freud, S. (1986). Lettre 52 du 6 Décembre 1896. *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*, Edition complète sur la base de l'édition anglaise établie par Jeffrey Moussaieff Masson. Paris : Presses universitaires de France, 2006.

l'originnaire et sont en lien avec les sentiments, les expressions, les sensations, les émotions... Ces traces sensori-motrices et perceptives se retrouvent dans le mécanisme originnaire du fonctionnement psychique duquel va naître le Moi corporel.

Freud associe l'originnaire au mythe. Les faits sont imaginés, ils se situent hors de toute réalité et hors de toute chronologie. Avec ses études sur l'hystérie, il s'est aperçu que les Représentations relatives aux événements traumatiques n'étaient jamais définitivement supprimées, et qu'elles faisaient retour dans la vie psychique sous formes de symptômes. C'est à partir de là que Freud met en avant l'originnaire, pour qualifier cette Représentation du premier événement traumatique qui ne quitte pas le sujet. Il prend plusieurs sens : originnaire pour décrire le fait que la Représentation se situe à la source du déclenchement de la pathologie ; mais aussi une Représentation à l'origine d'une répétition, amenant la formation de symptômes. L'originnaire devient un « point de butée auquel le sujet fait retour compulsivement, non pas malgré le fait qu'il ait été refoulé, mais parce qu'il a été refoulé.³²³ » Il instaure, par la suite, sa notion d' « après-coup » qui sous-entend que l'événement originnaire se réalise en deux temps.

La remise en question de sa neurotica, où la scène originnaire aurait été marquée de faits réels de séduction d'un enfant par un adulte, ne remet pas pour autant en question l'existence d'une scène originnaire. Scène originnaire il y a eu, non dans le registre du réel, mais bien dans le registre du fantasme de l'enfant. Freud ne s'arrête pas là, il postule que cette scène originnaire fantasmée par l'enfant est-elle-même déjà la répétition d'une scène vécue réellement encore avant, dans la horde primitive. L'accès à cette réalité ne pourra se faire que par le récit imaginé, fantasmé de l'analysant. Si l'originnaire prend le caractère d'un mythe pour Freud, c'est bien parce que la réalité ne pourra jamais attester précisément de ce qui est avancé.

Pour Laplanche, la « séduction originnaire » est cette situation à l'origine de la vie somato-psychique. Les signifiants reçoivent une première inscription « passive » : « le signe de perception, cette première inscription dans l'appareil psychique nous

³²³ Binzoni, ML. (2006).. *L'originnaire en psychanalyste*. Colloque pluridisciplinaire « La Vie et le Temps ». Université de Strasbourg, France. En ligne : <http://www.senspublic.org/spip.php?article513>

l'assimilons exactement au signifiant énigmatique³²⁴, tel qu'il se dépose avant toute activité de traduction.³²⁵ » Le travail de symbolisation, de traduction laisse des restes inconscients qui constitueront le refoulé originaire. Ces représentations-choses originaires sont, ce que nomme Laplanche, des « objet-sources » de la Pulsion. Ce sont des « corps intimement étrangers » qui serviront d'attracteurs au travail de l'activité « théorisante » aboutissant aux « théories sexuelles infantiles ». L'auteur présente ainsi un modèle de pensée pour la compréhension du traumatisant, à partir du registre de la séduction, parce que ce « quelque chose » énigmatique qui ne pourra jamais être maîtrisé reste à l'état sauvage³²⁶. D'autre part l'origine des Pulsions sexuelles est vouée à ce reliquat originaire.

Pour Aulagnier, l'originaire crée « un fond représentatif qui accompagne l'éprouvé et l'expérience du Je.³²⁷ » Au cours de l'originaire, l'expérience se différencie entre plaisir et déplaisir, entre vide et plein, entre dedans et dehors, entre satisfaction et insatisfaction... expérience à laquelle l'activité psychique va répondre soit par l'acceptation (prendre) soit par le refus (rejeter). Son hypothèse de base est que l'activité psychique comprend trois processus de métabolisation qui apparaissent dès que la psyché du sujet est confrontée à des informations lui étant étrangères, afin de les intégrer dans une Représentation. Le passage à un niveau supérieur de processus n'annule pas pour autant le fonctionnement du précédent.

Le premier serait le processus originaire, où opérerait la représentation pictographique (pictogrammes) ; le second serait constitué par le processus primaire, marqué par la représentation phantasmatique (phantasmes) ; enfin, le troisième serait celui des représentations idéiques (énoncés). Le déclenchement des processus primaires et secondaires s'impose lors de la découverte d'autres propriétés imputables à l'objet, à savoir, l'existence du monde extérieur (« extra-territorialité », prise en charge par le processus primaire), et le sens qui peut lui être attribué (Aulagnier parle de « propriété de signifier », travail du processus secondaire).

³²⁴ Laplanche, J., *op. cit.*, 1987, p. 129.

³²⁵ *Ibid.*, Laplanche, J., 1987, p. 129

³²⁶ *Ibid.*, Laplanche, J., 1987, p. 125-126.

³²⁷ Aulagnier, P., *op. cit.*, 2003, p. 78.

Son postulat s'appuie sur trois caractéristiques majeures correspondant respectivement aux trois processus de métabolisation. L'originare repose sur l'auto-engendrement, le primaire sur la puissance du désir de l'Autre, et le secondaire sur la transmission du savoir par le discours. Mais arrêtons-nous plus précisément sur ce qui est au centre de notre réflexion, à savoir l'originare. C'est à partir de sa relation avec le monde qui l'entoure que le nourrisson va progressivement imaginer ses premiers ressentis perceptifs. Le modèle paradigmatique de ce temps originare repose sur une rencontre, celle entre une zone sensorielle du corps infantile (bouche) et un objet source d'excitations (sein). Le pictogramme constitue dès lors le premier mouvement de représentation de l'enfant, lors duquel il va mettre en forme l'image objet et la zone complémentaire. Il se construit uniquement à partir d'une information sensorielle (le vu, l'entendu, le goûté...), il est le médiateur sensitif et contenant d'un vécu corporel. Aulagnier le définit, rappelons-le comme « la représentation que la psyché se donne d'elle-même comme activité représentante, elle se re-présente comme source engendrant le plaisir érogène des zones corporelles, elle contemple sa propre image et son propre pouvoir dans son engendré, soit dans ce vu, cet entendu, ce perçu, qui se représente comme auto-engendré par son activité. » Dire que l'originare repose sur l'auto-engendrement, c'est bien avancer que la psyché effectue elle-même son propre travail de représentation, ce qui n'empêche pas la rencontre avec le monde extérieur. Plus précisément, c'est le pictogramme qui se donne au psychisme comme le résultat de ce travail. Ainsi, dans l'originare, la représentation de l'activité psychique et celle du monde sont une seule et même chose : le pictogramme est à la fois le représenté (l'objet métabolisé en un symbole correspondant) et le représentant (la fonction qui permet l'activité de représentation). En raison de son pouvoir d'auto-engendrement, la production pictographique se soutient d'un phénomène de spécularisation par lequel l'*Infans* aborde le monde et les objets qui le composent comme les reflets de lui-même : la relation psyché-corps de même que celle reliant le soi au monde extérieur se trouvent marquées d'un principe d'identité réciproque.

Le pictogramme constitue ainsi la forme la plus originare de la représentation, il serait ces traces au plus proche du corps. Il permet, à partir d'un éprouvé corporel, d'halluciner l'objet absent. Ce qui le caractérise, c'est la fusion – confusion de la zone – objet complémentaire qui correspond à « la représentation primordiale par laquelle la

psyché met en scène toute expérience de rencontre entre elle et le monde³²⁸ » La zone-objet complémentaire, non séparée du sujet, créé ainsi quelque chose pour venir satisfaire ce qui est nécessaire à un moment précis, le pictogramme étant déclenché directement par l'orifice. Dès lors, le pictogramme incarne cette « première représentation que se donne d'elle-même l'activité psychique par sa mise-en-forme de l'objet zone complémentaire et par le schéma relationnel qu'elle impose à ces deux entités.³²⁹ »

En fonction de la « prime de plaisir » procurée par la relation objet-zone complémentaire, l'activité pictographique se voit indissociablement couplée d'un affect apparaissant au psychisme comme par lui-même auto-crée. Aussi, si l'expérience sensorielle se donne à la psyché infantile comme étant génératrice de plaisir, se produit un pictogramme de jonction permettant l'auto-intégration représentative à la fois de l'objet cause d'excitations ainsi que de la zone corporelle correspondante. À ce processus de « prendre-en-soi », Aulagnier oppose un mouvement de « rejeter-hors-soi » lorsque, au contraire, l'entité formée par l'objet-zone complémentaire devient vecteur de déplaisir. Dans ce cas s'élabore un pictogramme de rejet par lequel le psychisme s'automutile simultanément de l'objet extérieur et de la fonction sensorielle qui lui est associée. Ces pictogrammes constituent ce que l'auteur appelle, je le disais plus haut, « le fond représentatif » de la psyché. Ils continuent d'être actifs dans le psychisme du sujet, coexistant avec les deux autres niveaux de l'activité représentative mis en évidence par Aulagnier.

Winnicott parlera, quant à lui, du « primitif », temps où le sujet est dans une dépendance extrême à la mère.

L'archaïque concerne le commencement, le début, l'origine, le primaire... On peut penser que les expériences archaïques laissent des traces, sous forme d'angoisses, de modes de défense, de types de relations au monde, même si le développement, dans les situations ordinaires modifie sans doute et recouvre, efface, transforme considérablement ces éprouvés premiers qui deviennent perdus³³⁰.

³²⁸ *Ibid.*, Aulagnier, P., 2003, p. 62.

³²⁹ *Ibid.*, Aulagnier, P., 2003, p. 67.

³³⁰ Ciccone, A. (2008). L'archaïque et l'infantile. *Spirale*, vol. 45, (1), p. 133-147.

L'archaïque est ce qui précède l'infantile. Ce dernier représente une expérience subjective, ou une zone de la subjectivité qui déborde l'archaïque. Cette expérience est toujours d'actualité, toujours vivante, plus ou moins discrète ou à l'avant de la scène subjective. L'archaïque constitue ce qui ne parvient pas à être transformé par la symbolisation, autrement dit, les « restes » non symbolisés. Pour Green, le vécu archaïque n'est traité psychiquement que dans l'après-coup³³¹.

L'archaïque suppose un ensemble spécifique de représentations et de processus, dont on peut définir certaines caractéristiques. La première est l'antériorité génétique, les « premiers âges » de l'activité psychique. Et dans ces premiers âges, tout comme pour ceux de la vie sur la planète, s'opèrent des mouvements massifs, globaux. Immaturité, détresse, traumatisme, angoisse, défense, voilà quelques-unes des figures de l'archaïque, qui continuent d'handicaper le fonctionnement psychique de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, du mourant.

Partant de cela, la maladie d'Alzheimer pourrait s'entendre comme une involution du système de représentations du sujet dément qui permettrait d'avoir accès à des éléments - primitifs, archaïques, originaires - qui l'ont toujours constitué, mais qui étaient jusque-là voilés par des processus plus élaborés. Cette question du « voilé » permet ici de dire qu'il y a toujours du reste à élaborer mais que celui-ci peut-être contenu ; cela n'empêche pas forcément qu'il puisse être source de souffrance, ce qui explique son retour à des fins de symbolisation.

1. 2. Les expériences subjectives primaires (ESP)

Les expériences subjectives primaires, survenant avant l'apparition de l'appareil de langage, s'expriment par l'acte à travers l'expression somatique et toutes les formes de l'affect, aux différents âges de la vie. Elles cherchent à être communiquées³³²,

³³¹ Green, A. (2000). La diachronie en Psychanalyse. Paris : Les éditions de Minuit, coll. « Critiques », 304

p.

³³² Mc Dougall, J. (1982), *Théâtre du Je*. Paris, Gallimard, nouvelle édition, 1997.

reconnues³³³, et partagées³³⁴ par les personnes significatives de l'entourage premier du bébé. Mais ces trois caractéristiques posent problème car elles sont chargées d'ambiguïtés : d'une part, car elles s'expriment dans des langages peu digitalisés, qui restent marqués par l'analogie et des modèles en représentation-chose. Il s'agit du langage de l'affect, de celui du registre mimo-gestuo-postural, de celui de l'agir - autant de caractéristiques qui ne pourraient mieux décrire la palilalie. D'autre part, car une partie de leur sens est inachevé et dépend de la manière dont l'autre sujet l'interprète. Ce dernier point rejoint ma seconde hypothèse, lors de laquelle je supposais que la répétition palilalique serait constituée de traces de signifiants maîtres n'étant pas accrochées à une adresse à l'autre. À partir de là, ce qui générerait la répétition serait bien la frustration liée à l'attente de réception de ce discours par l'Autre, plongeant le sujet dans une solitude au-delà de tout symptôme. Ignorer ce message et le sens qu'il peut avoir, c'est lui ôter toute sa valeur signifiante au profit d'une évacuation insignifiante, c'est annuler sa valeur expressive et proto-narrative, c'est annuler l'existence même du sujet. Nous avons pu voir par exemple que lorsque je répétais la répétition de Paulette, en même temps qu'elle, cela lui permettait de passer à d'autres syllabes. Citons encore le fait qu'elle touche certaines parties de son corps en répétant certaines syllabes.

Les ESP s'articulent aux états du corps et aux sensations issues de celui-ci. C'est bien une caractéristique majeure de la palilalie qui ressort des cliniques de Paulette, Dolorès, et Marguerite (j'y reviendrai longuement par la suite). La sensation corporelle s'accompagne de mouvements moteurs (processus sensori-moteurs). Ces expériences peuvent être de nature érotique car elles sont subordonnées au principe organisé par le couple plaisir / déplaisir.

Ces expériences sont vécues hors du temps chronologique, donc n'ont ni début ni fin, surtout en cas de déplaisir. Lorsqu'elles sont chargées de plaisir, elles tendent à s'inscrire dans des « formes rythmiques élémentaires³³⁵ » qui les organisent dans des

³³³ Dornes, M. (2002). *Psychanalyse et psychologie du premier âge*. Paris : Presses universitaires de France, 345 p.

³³⁴ Parat, C. (1995). *L'Affect partagé*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fait psychanalytique », 400 p.

³³⁵ Chouvier, B. & Roussillon, R. (2008). *Corps, acte et symbolisation : Psychanalyse aux frontières*. Bruxelles : De Boeck, 184 p.

formes élémentaires de temporalité. Nous savons à quel point la question du temps chronologique est problématique dans la MAA, entre un passé perdant de sa consistance car de moins en moins soutenu par une remémoration partagée dans la parole, un présent chaotique que le sujet atteint de démence ne peut habiter, et un futur impossible. La pensée, les paroles et les actes sont encore référés à un temps investi et chargé de souvenirs, qui vient masquer ou envahir le présent. Dans la MAA, nous sommes dans les limbes d'un autre temps, plutôt du côté d'un temps intime et subjectif, un temps psychique donc, échappant totalement au temps chronologique. Paulette, Dolorès et Marguerite répètent, ce qui peut indiquer, si l'on suit Freud, que leur mémoire est bloquée et que se produit chez eux une « scission du moi » (*Ich*) entre Les pulsions du ça (*Es*) et les exigences du surmoi (*Überich*). Le moi est ainsi déchiré entre deux nouvelles temporalités très différentes, celle, interne, du corps et de la nature (temps inconscient) et celle, externe, du monde, de l'Autre (temps conscient). Ainsi le moi de la seconde topique freudienne est-il clivé entre ces deux temps hétérogènes qui ne peuvent s'articuler et qui provoquent un éclatement des temporalités vécues devenues hétérochrones³³⁶. Et si la palilalie de nos trois sujets était une façon de lutter contre l'assujettissement à la temporalité de l'autre, à son rythme contraignant, à son arbitraire, à son fantasme ? N'oublions pas que le langage est ce qui sert normalement de médiation entre les temporalités, il est une « interface entre monde interne et monde externe qui, en situation analytique, s'adresse à l'analyste mais aussi à soi-même.³³⁷ » L'articulation des temporalités peut se faire par cette médiation de la relation entre le temps vécu inconscient et le temps vécu conscient. En effet, contrairement à la temporalité inconsciente, subie et intrapsychique, l'autre temporalité vécue, consciente n'est plus intrapsychique mais intersubjective³³⁸. Elle est faite non de frustration, de décharge et d'immédiateté mais de conflits, d'attentes et d'endurances. Elle repose sur l'établissement de rapports sociaux et de relations à l'Autre (*interactions*) qui peuvent être conflictuels, compétitifs ou coopératifs mais impliquent la prise en compte de décisions personnelles et d'actions communes. Cette prise en compte de l'action fait entrer la temporalité vécue dans la sphère de l'action consciente et volontaire, comme « initiative avec Autrui³³⁹ »,

³³⁶ Terme formé des mots grecs *heteros* et *chronos*, qui signifie littéralement « un autre temps ».

³³⁷ Green, A., *op. cit.*, 2000, p. 74.

³³⁸ *Ibid.*, Green, A., 2000, p. 142

³³⁹ Ricoeur, P. (1986). *Du texte à l'action. Essai d'herméneutique II*. Paris : Seuil, coll. « Esprit », 416 p.

impliquant alors une possible transformation. Ce temps de l'action signifiante, c'est le temps de la vie et c'est le temps de l'Autre, c'est le temps incertain et événementiel. Dès lors, j'en reviens à l'importance de la validation (au sens de Naomi Feil) du discours du sujet atteint de démence par l'Autre, à l'importance de devenir parfois le porte-parole du sujet là où son dit échoue, pour espérer articuler ces deux temporalités et ainsi passer de la répétition à l'inscription dans une histoire commune avec l'analyste.

Les ESP sont de « tout temps », elles tendent à traverser le temps, c'est pourquoi elles peuvent être réactivées et réactualisées sur un mode hallucinatoire, se présenter comme « actuelles ». Quand elles sont réactivées, ce n'est pas une re-présentation à la subjectivité, mais une présentation (*Darstellung*) et ceci même si elles tentent de se « raconter » par cette réactivation, donc comme toujours présentes. Il est très difficile de les repérer car elles se mêlent aux perceptions actuelles.

Par la suite, ces expériences vont normalement être reprises dans l'univers langagier par (1) liaison des traces mnésiques, (2) par la prosodie, et (3) par transfert dans la pragmatique.

Tout d'abord, que l'expérience soit reprise par liaison des traces mnésiques, puis par les représentations de chose et de mots signifie que l'expérience subjective est nommée dans l'après-coup, tout comme les sensations et affects qui sont analysés et réfléchis. Ainsi, il y a une mutation dans le rapport que le sujet entretient avec ses affects, sa mimique, sa gestuelle, ses postures, actes... Cette liaison verbale a la fonction de contenir et de transformer les réseaux affectifs et ceux des représentations de chose, ce qui impactera directement la chaîne associative. Les expressions mimo-gesto posturales accompagnent alors les narrations verbales pour donner corps et expressivité là où le sujet craint qu'elles soient insuffisantes, ou que le mot ne transmette pas tout.

Ensuite, l'enjeu de la prosodie est conséquent : la voix dit par son rythme d'énonciation, par son intensité, ce qu'il en est des variations de l'intensité de l'éprouvé. Ce dernier, en se transférant dans l'appareil langagier, l'affecte dans les aspects les plus économiques de son fonctionnement.

Enfin, ces ESP sont transférées dans la pragmatique, l'agencement même des mots permettant de communiquer une parties de leurs éléments (hors langage non verbal).

Quand ces trois registres de l'appareil de langage se conjuguent, c'est-à-dire quand la reprise intégrative est suffisante, cela permet de donner un certain statut représentatif pour symboliser secondairement l'expérience primitive. Mais, lorsque l'affect rompt avec la représentation et prend sa place, il se transforme en un torrent qui rompt les digues du refoulement, submerge les capacités de liaison et de maîtrise du moi, à l'image de la palilalie dans la maladie d'Alzheimer.

Dès lors, je suppose que la liaison avec les traces mnésiques ne pourra être que partielle, l'altération progressive des processus psychiques secondaires puis primaires la rendant ardue. Voilà peut-être pourquoi les expressions mimo-gestuo-posturales accompagnent autant l'acte palilalique, le mot échouant à transmettre le dit. Il me vient, par exemple, Paulette qui me répète rapidement « air air air » en touchant sa poitrine.

La prosodie du discours devient un outil précieux pour entrevoir l'intensité des affects qui anime le sujet à un moment précis. L'aspect répétitif de la palilalie questionne, plus précisément encore le rythme de cette répétition qui semble se moduler en fonction de la situation (par exemple, tachyphémie au moment de la séparation chez Paulette, ou encore dans les environnements bruyants chez Paulette et Marguerite, ou lors d'une douleur lancinante chez Dolorès). Il faut noter le caractère souvent impressionnant de la concordance entre le rythme de la palilalie et celui du corps (déambulation, mouvements, respiration, notamment chez Paulette et Marguerite). Sans enlever le caractère neurologique indéniable de la palilalie, il nous apparaît que cette dernière se voit également parfois déclenchée, ou aggravée, dans un contexte d'angoisse : tout se passe comme si le rythme de la palilalie dépendait de l'intensité de l'affect. Le rythme de la répétition inhérente à la palilalie semble en effet s'accélérer quand l'angoisse augmente, et ralentir voire disparaître lorsque l'angoisse s'apaise. À l'inverse, un environnement plus calme, sécurisant, a permis une nette diminution voire disparition de la palilalie, signifiant alors l'apaisement du sujet. L'angoisse n'est cependant pas le dénominateur commun de la tachyphémie ou au contraire de la diminution / l'arrêt de la palilalie. En effet, j'ai pu constater, chez Dolorès notamment, que la palilalie peut plus simplement

survenir lorsqu'elle souhaite me dire quelque chose, ou encore lors d'un moment d'enthousiasme (je pense notamment au moment où je lui passe la musique classique). Tout ceci amène à penser qu'angoisse et enthousiasme se situent du côté de l'excès d'affect, laissant alors supposer deux modèles : la palilalie par excès d'affect, ou la palilalie comme s'inscrivant dans les traces mnésiques de la parole liée.

Concernant le transfert dans la pragmatique, j'ai fait le choix de privilégier la théorie des actes de langage dont j'ai longuement parlé et qui fera l'objet d'un développement supplémentaire lors du point 2. 2. 1. de cet axe.

Ma façon d'entrevoir la palilalie, et plus largement la maladie d'Alzheimer, s'est précisée depuis la clinique. Au vu de tout ce que je viens d'exposer dans ce premier chapitre, j'émets maintenant l'hypothèse que la palilalie pourrait alors se présenter comme un signifiant archaïque, ravivant ainsi les processus précoces de symbolisation, et court-circuités par ce qu'il reste des processus primaires et secondaires.

1. 3. Les signifiants originaires

Le récit des manifestations associées à la palilalie m'amène donc à reconsidérer le signifiant que nous lui avons associé, avant la clinique. Les signifiants dont il serait plutôt question auraient des enjeux dans la construction des enveloppes psychiques. Ces signifiants constitueraient une première ébauche de Représentation des expériences initiales du bébé, ancrées dans le corps et les sensations, nous parlant des expériences de transformation spatiale et temporelle, de liaisons et de déliaisons.

Ces signifiants ont largement été travaillés dans la littérature, sous des appellations différentes : « idéogrammes » chez Bion, « signifiants formels » chez Anzieu, « Représentations de transformation » chez , « signifiants de démarcation » chez Rosaloto, « pictogramme » chez Aulagnier, « Représentations sémiotiques » chez Kristeva, « signifiants énigmatiques » chez Laplanche, « identifications intracorporelles » chez Haag, etc. J'en oublie certainement. Je ne les développerai pas tous, mais m'appuierai sur certains d'entre-eux qui me paraissent essentiels dans cette

recherche. Ce qui est sûr, c'est que tous ces auteurs cherchent à décrire les premières mises en forme de la vie psychique, les premières formes de représentations du sujet, et les caractéristiques des traitements qui opèrent dans la psyché. Ils vont m'être d'un grand secours pour tenter d'envisager à quoi pourrait bien ressembler un système de représentations qui, après avoir connu des processus élaborés, involue et laisse de nouveau émerger des processus caractéristiques de l'originale.

Proche du modèle d'Aulagnier, je propose d'aborder les signifiants formels proposés par Anzieu. Ceux-ci sont en lien avec les modifications de l'espace et ont une fonction importante dans l'instauration et l'organisation des enveloppes psychiques. Ils se constituent d'images tactiles, proprioceptives, coenesthésiques, kinesthésiques, posturales, ou encore d'équilibration. Il s'agit d'une transformation, d'une caractéristique d'un corps, ou d'une portion de l'espace. Cette transformation se déroule sans spectateur témoin. Elle est même souvent ressentie par le patient comme étrangère à lui-même. L'espace du signifiant formel n'est plus un espace tridimensionnel mais bidimensionnel.

Les transformations qui arrivent aux signifiants formels relèvent des types de confusion essentiellement dedans/dehors, alors que les actions qui figurent dans les scénarios fantasmatiques relèvent de la confusion imaginaire / réel. Ces signifiants formels sont monotones, répétitifs, identiques, ne suscitent pas les variantes. Ils sont porteurs de transformations et concernent notamment le rétrécissement, la courbure, l'aplatissement, l'ondulation, l'aspiration, le tourbillon, la chute, le vidage, l'arrachage, le transperçement, l'explosion, à quoi il convient d'ajouter des mécanismes de défense psychotiques actifs contre les contenants autant que les contenus : la fragmentation, la déchirure, la pulvérisation...

À côté de ces transformations pathologiques, il y a des représentants de transformations plus généraux et plus normaux qui vont jouer un rôle dans le développement du moi et des enveloppes psychiques : les deux plus importants sont la transformation symétrique en trois plans de l'espace vertical, horizontal et sagittal et la transformation par réflexivité (tactile, olfactive, visuelle, auditive et intellectuelle). Citons également la superposition, l'emboîtement, le décollement, le dédoublement, l'inversion de sens, la trace, le jeu ouverture / fermeture, la convergence, la perspective, l'écart...

Ces signifiants formels semblent pertinents pour décrire la construction du Moi. Ils sont aisément métaphorisables. Ils permettent un repérage des enveloppes psychiques et de leurs altérations. Ils semblent investis, ce qui est important à dire dans le cadre de la série sur l'attachement, par la pulsion d'attachement et par la pulsion d'auto-destruction (pulsion de mort), et leur identification par l'analyste paraît nécessaire avant l'interprétation de la pulsion à l'œuvre et des fonctions du moi altérées³⁴⁰ ».

Ils sont également le point de départ pour les représentations mentales futures : ils ont valeur de proto-représentations³⁴¹, c'est-à-dire de fragments d'espace, de segments du corps, et de jonctions. Comme dans la théorie d'Aulagnier, ces proto-représentations impliquent aussitôt une dimension réflexive, c'est-à-dire que la psyché a d'emblée pour tâche de se donner à elle-même une représentation de son propre fonctionnement (fonction auto-théorisante de la psyché).

Pour Danon-Boileau³⁴², les signifiants formels constituent une figuration de sensations corporelles dépourvues de lien avec les perceptions externes, mais pourtant susceptibles de traduire quelque chose des premiers éprouvés de l'enfant dans sa relation avec sa mère, figuration à la fois incommunicable en tant que témoin direct d'une sensation interne, mais pourtant susceptible de se mettre en mots. Bion nomme « proto-pensées » les pensées associées à ces impressions sensorielles et aux expériences émotionnelles.

Il faut souvent des années de travail pour que la formulation en termes de signifiants formels puisse se faire ensuite en termes de processus secondaires, mais il faut aussi tout le travail du psychisme de l'autre pour que la formulation intermédiaire en termes de fantasmes ne soit pas court-circuitée. Quelques auteurs insistent sur ce travail psychique, parmi lesquels Green avec les concepts de « fonction objectalisante et

³⁴⁰ Anzieu, D. (ouvrage collectif) (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, 2^{ème} édition, 2003, p. 19-41.

³⁴¹ Une proto-Représentation est un état neuronal qui, à la fois, sait lire une modification donnée du monde extérieur et agit en fonction de cette information acquise. On peut résumer cet état par la création d'un couple : je perçois, donc j'agis.

³⁴² Danon-Boileau L., *De l'éprouvé interne au langage – Comment les éprouvés internes deviennent-ils communicables ?*, Communication non publiée. Cité par Golse, B. (2010). *Les destins du développement chez l'enfant : Avenir d'enfance*. Toulouse : Erès, coll. « Vie de l'enfant », 288 p.

désobjectalisante »³⁴³, Haag quand elle évoque la fonction d'interprétation parentale, ou encore Aulagnier quand elle parle de violence de l'interprétation³⁴⁴. La fonction d'interprétation du clinicien va alors permettre d'accorder aux identifications intra-corporelles³⁴⁵ la valeur et la fonction de représentations de jonctions entre le bébé et les adultes qui en prennent soin.

Les signifiants formels ont plusieurs destins. Premièrement, ils peuvent, eux aussi, faire l'objet d'une primarisation et d'une secondarisation ultérieures (on retrouve là la piste du matériau-socle). Deuxièmement, ils peuvent par ailleurs s'organiser en enclaves non entravantes pour la croissance et la maturation psychiques du sujet, voire être verbalisés dans le cadre de la cure, via des courts-circuits entre processus originaires et secondaires ayant déjà valeur d'après-coup linguistique (on retrouve là la piste du matériau-réactivable). Troisièmement, ils peuvent enfin s'organiser en enclaves entravantes (« cryptes » ?), légitimant alors la pratique des petits groupes thérapeutiques tels que les a proposés Haag, soit des groupes réunissant des enfants autistes et des enfants non autistes, mais aux prises avec un originaire ou des signifiants formels cassés ou cachés qui n'ont pas pu être contenus, repris et transformés par le travail psychique de l'autre et qui, de ce fait, viennent bloquer la suite de l'ontogenèse psychique de l'enfant.

Enfin, Golse indique que les signifiants formels « valent certes comme contenus primitifs de pensée (vie fantasmatique et symbolique), mais ils ont aussi valeur de contenant primordiaux et de proto-représentations de liens³⁴⁶ ».

³⁴³ Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, Paris : Presses universitaires de France, 400 p.

³⁴⁴ Aulagnier, P., *op. cit.*, 2003, p. 150-157.

³⁴⁵ Haag appelle mécanismes d'identification intracorporelle, les différentes manières dont l'enfant va utiliser son corps comme théâtre, dans lequel il met en scène progressivement son système relationnel identificatoire avec le monde. Par exemple, les signifiants primordiaux pour le nourrissage, c'est un cadre : la bouche, et un contenu : le lait, qui descend dans la bouche. Pour l'enfant, cela va constituer un premier théâtre dans lequel se joue sa vie relationnelle et qui va servir ultérieurement de matrice. Ces fameuses matrices que les enfants explorent tout le temps, sont soit des contenant, soit des contenues, qu'ils vont très rapidement reprendre avec leurs mains. Voir : Haag, G. (2006). Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. *Le Carnet PSY*, 112, (8), p. 40-42.

³⁴⁶ Golse B. (2007). Les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été. *Le Carnet PSY*, vol. 117, (4), p. 39-47.

Dans la lignée des systémiciens tels que Bateson et Watzlawick, Rosolato distingue quant à lui deux systèmes de signifiants, *digital* et *analogique*. Le langage, sous toutes ses formes, peut être considéré comme un système digital, constitué de signes qui se combinent grâce à la double articulation. À côté du langage, il existe un mode non verbal de communication qui soit vient le doubler pour le souligner ou le compléter et lui donner son aspect affectif, soit se suffit à lui-même tout en restant en marge du langage. Ce mode analogique de communication ou d'expression se fonde sur des variations continues de forme, d'intensité, de rythme, sur des nuances plutôt que sur des oppositions distinctives. Les formes de représentation qu'elle utilise sont assimilables aux représentations de chose définies par Freud, c'est-à-dire aux représentations inconscientes. Ces représentations analogiques peuvent être décomposées en éléments constitutifs que Rosolato nomme « signifiants de démarcation » en ce sens qu'ils se « démarquent » des signifiants linguistiques digitaux³⁴⁷.

Mais il fait un pas de plus en dotant ces signifiants analogiques ou de démarcation de certains traits qui les rapprochent des signifiants verbaux. Ils sont componentiels, transformables et permutable à l'intérieur d'une même représentation et d'une représentation à une autre. Le signifiant de démarcation doit être considéré aussi dans son rapport avec le référent d'une part, avec le signifiant verbal d'autre part. Le sens, le signifié, ne peut venir en effet que de la relation et de la circulation qui s'établissent entre ces trois éléments fondateurs de la représentation et de la communication : le signifiant de démarcation, le signifiant verbal et le référent, qui figure à la fois ce qui est représenté et ce dont on parle. Pris isolément en tant qu'image, séparé du mot et de la chose, le signifiant de démarcation demeure énigmatique, en attente d'un sens inconnu que l'action anticipative de la mère, par exemple, donnera par sa réponse aux besoins de l'enfant, ou que le travail de liaison et d'interprétation de l'analyse révélera dans les images apparues au cours d'un rêve.

³⁴⁷ Rosolato, G. (1985). *Éléments de l'interprétation*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 352 p.

1. 4. Les Représentations sémiotiques

Dans son projet d'étudier la pluralité des pratiques signifiantes, d'explorer la production du sens et la topologie du sujet telle que nous la révèle l'analyse freudienne, la sémanalyse s'avère capable d'intégrer la démarche linguistique (dans sa capacité à produire des descriptions formelles des énoncés) en même temps qu'elle constitue une critique radicale. En effet, dire la pluralité présuppose que chaque pratique signifiante (science, mythe, texte) soit étudiée comme configuration spécifique du sens et du sujet dans son historicité spécifique sans être réglée d'emblée par une totalité systématique.

Plus qu'une « sémiologie » ou « sémiotique », la sémanalyse se construit comme une critique du sens, de ses éléments et de ses lois. L'examen analytique de la notion de signe sur lequel elle repose implique qu'elle se retourne incessamment sur ses propres fondements, les pense, et les transforme. Aux côtés d'une linéarité historique se profile dès lors une dialectique, une histoire stratifiée des signifiances dont le langage communicatif proprement linguistique et son idéologie sous-jacente ne représentent que la facette superficielle.

Si l'on s'accorde généralement pour noter dans l'œuvre de Kristeva une évolution importante entre ses recherches linguistiques et rhétoriques de *Séméiotikè : recherches pour une sémanalyse* et les textes les plus récents fondés sur la clinique psychanalytique (*Pouvoirs de l'horreur*, *Soleil noir*, les *Nouvelles Maladies de l'âme*), il est nécessaire d'insister sur la continuité qui accompagne cette évolution. Tout au long de ce parcours, la réflexion porte sur le sens compris comme une « dynamique » (procès de la signifiance) et sur des « modalités de sens hétérogènes ». Pour cerner cette hétérogénéité du processus signifiant (qui reprend et développe la distinction freudienne en « processus primaires » et « processus secondaires »), Kristeva tente d'adresser une série de situations-limite où le langage n'existe pas encore (l'acquisition du langage par l'enfant), où il s'effondre (le discours psychotique, de même que, différemment, la mélancolie), où, transformé à travers la pratique littéraire, il touche aux limites de la subjectivité et aux états de régression extrêmement profonds (ici, la maladie d'Alzheimer), mais néanmoins communicables.

Convaincue qu'il n'est pas de place hors langage à partir de laquelle celui-ci pourrait être observé objectivement, Kristeva propose une théorie du « sujet en procès » qui échange aux frontières du sujet cartésien et à l'idéologie du signe, et qui est élaborée en étroite relation avec les théories de l'inconscient de Freud et de Lacan. Afin de pouvoir penser le sens et tous ses corrélats (le signe, le système, le sujet) comme productibles, engendrables, résultant d'un procès, Kristeva propose de tenir compte de deux modalités et conditions de la signification : le *sémiotique* et le *symbolique*. Il s'agit en fait de deux modalités du procès de la signifiante dont la dialectique définit les types de discours (narration, métalangue, théorie, poésie, etc.), certains systèmes non verbaux étant construits exclusivement de sémiotique (la musique, par exemple), et d'autres (les langages artificiels) appartenant exclusivement au symbolique.

L'œuvre de Kristeva se démarque ici de l'hypothèse du « signifiant » par Lacan, par une exploration de la modalité sémiotique, qui, d'un point de vue chronologique, peut être référée à la période des écholalies avant le stade du miroir. Une partie importante de sa recherche sera consacrée en effet à l'investigation des différenciations et stratifications pré- ou trans-linguistiques, où le langage n'est pas encore, ou n'est plus posé par le sujet parlant dans une chaîne communicative, grammaticalement structurée en désignation d'un objet référent. Kristeva va tenter de retrouver des régulateurs de l'énonciation antérieurs à l'acquisition de la maîtrise syntaxique : les premières compétences holophrasiques apparaissent autour du dix-huitième mois et coïncident avec le stade dit du miroir, tandis que les patterns rythmiques et intonationnels règlent les émissions très tôt et avant ce moment. Elle montre comment le rythme et l'intonation, porteurs d'une pulsionnalité – d'une négativité – qui n'a pas été saisie par la symbolisation (par l'acquisition de la maîtrise syntaxique), font retour dans la prédication ; plus que simples « figures stylistiques », allitérations ou « mots-valises », ces effets sémiotiques transforment la fonction prédictive en réintroduisant dans la modalité symbolique elle-même le continent pré-oedipien et pré-symbolique de la *chora* sémiotique. Le sémiotique s'avère être une composante que certaines pratiques discursives ou structures psychiques mettent en valeur plus que ne le font d'autres. Permettant de tenir compte du fonctionnement du discours en association libre qui désarticule le signe saussurien et brise la solidarité de ses deux faces, tout en articulant le pouvoir thérapeutique de la parole

interprétative avec d'autres fonctions du langage, la théorie sémanalytique de Kristeva fait avancer la rencontre des sciences du langage et de la théorie de l'inconscient, et surtout ici cette recherche sur la palilalie, puisqu'elle montre bien que le discours ne se limite pas seulement à une parole correctement articulée.

Voyons désormais en détails les manifestations de ces premières formes de représentation revenues sur le devant la scène du sujet dément.

Chapitre 2 : Les processus précoces de symbolisation (PPS) : la palilalie en action

2. 1. Les enjeux de la peau et du toucher dans la palilalie, où l'ancrage corporel des PPS

2. 1. 1. L'involution dans le Moi : quand le moi-peau reprend le pouvoir

J'ouvre cette partie avec les interrogations d'Assoun concernant la régression corporelle dans et par le corps : « [...] comment s'opère ce retour à un mode d'expression antérieur, voire archaïque ? Qu'est-ce que ce langage que l'on parle ou qui du moins s'écrit quand on ne peut plus, au sens propre, parler ?³⁴⁸ »

La notion d'ancrage corporel fait incontestablement écho au moi-corps de Freud ou encore au moi-peau d'Anzieu, et l'on sait désormais à quel point le moi du sujet atteint de démence est en danger. Puisque j'évoquais ci-avant une involution vers l'originaire, je vais tenter de détailler ce que cela implique au niveau du langage verbal et corporel, ainsi qu'au niveau de la relation aux autres et à l'Autre.

Dans sa seconde topique, Freud amène le moi comme étant une modification du ça au contact de la réalité extérieure. Il agit avec les forces du ça mais doit les adapter à cette

³⁴⁸ Assoun PL. (1997). *Leçons psychanalytiques sur Corps et Symptôme - Tome 1 - Clinique du corps*. Paris : Economica, coll. « Psychanalyse poche », p. 66.

réalité extérieure. Le moi est issu de l'activité entravée des pulsions, sa source est corporelle, mais il est bien une instance psychique dans la mesure où il est la projection mentale d'une différenciation : « le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface. »³⁴⁹ [...] Le moi est alors décrit comme une enveloppe psychique, une enveloppe contenant, lieu de mise en contact du psychisme avec le monde extérieur. Il précise que cette enveloppe dérive, par étayage, de l'enveloppe corporelle. « [...] il [le moi conscient] est avant tout un moi-corps. »³⁵⁰

Dans les temps immémoriaux, Freud admet l'existence d'un « homme originel »³⁵¹ (*Unmensch*) dont les limites ne seraient pas encore forgées, et qui prenait donc connaissance de l'environnement extérieur par le biais de ses propres sensations endogènes (intéroceptives et proprioceptives). Puis les frontières du corps se construiraient graduellement, résultant d'un apprentissage qui se révélerait décisif quant à la capacité d'établir un schéma cohérent entre soi et le reste du monde. En temps normal, la construction des limites coïncide plus ou moins avec les frontières réelles du corps, mais ce qui se révèle comme une évidence pour chacun d'entre nous peut se révéler caduque lorsqu'un doute s'installe à ce propos et que le moi révèle sa précarité, ce qui est le cas dans notre clinique. Lors de l'axe 1 de ce travail de recherche, j'évoquais, en exposant ma première hypothèse sur l'involution du système de Représentations du sujet atteint de démence, une involution vers un « moi-individu ». Cette notion, introduite par Winnicott en 1952 lorsqu'il tentait de comprendre et d'expliquer certaines psychoses infantiles³⁵², me permet d'insister sur la dépendance du sujet atteint de démence à son environnement. J'ai pu le notifier à de nombreuses reprises lors du récit de mes rencontres cliniques, un environnement, agité impacte fortement le sujet atteint de démence qui met alors en place de nombreux actes (les SCPD) permettant de montrer le vécu subjectif à défaut de pouvoir le formuler en un dit intelligible. Le vécu systématique dans l'instant présent l'empêche, comme nous le ferions, de faire un tri de toutes les informations

³⁴⁹ Freud, S., *op. cit.*, 1981, p. 264.

³⁵⁰ Freud, S., *op. cit.*, 1981, p. 265.

³⁵¹ Freud, S. (1932). Sur la prise de possession du feu. *Résultats, idées, problèmes - Tome II*. Paris : Presses universitaires de France, 2002, p. 191-196.

³⁵² Winnicott, DW. (1952). Psychose et soins maternels. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 187-197.

sensorielles perçues. Ainsi, utiles ou non, agréables ou pas, le sujet atteint de démence cherche à interpréter tout ce qui arrive jusqu'à sa psyché, convaincu que tout lui est adressé. Pourtant, Freud le notait, certaines informations provoquant un affect pénible ont tout intérêt à être oubliées³⁵³. Sans cette délimitation, ce qui atteint le décor pourrait bien l'atteindre lui-même. Le contexte perçu comme malveillant amènerait le sujet à créer de toutes pièces des défenses pouvant expliquer l'occurrence des conduites agissantes, trouvant leur source dans une détresse sans nom.

Le moi-réalité dérive du moi-corps. En temps normal, le sujet perçoit, grâce à l'excitation perceptive annonçant une décharge, un indice (« indice de réalité » nous dira Freud quelques lignes plus loin), un signal qui doit lui faire comprendre la proximité du déplaisir et la nécessité d'investir une autre image que l'image initiale qui s'imposait à lui. Le cas échéant, « le déplaisir sera immense et la défense primaire excessive.³⁵⁴ » L'involution vers un « moi-individu », ainsi que la détérioration des processus psychiques plongent le moi du sujet atteint de démence dans cette « impuissance dangereuse » dont parlait Freud³⁵⁵. L'omniprésence de la réalité a plusieurs conséquences. Premièrement, elle ne laisserait plus de place à un signal prévoyant le déplaisir, donc plus de signal de danger, qui aboutit à un surinvestissement de la réalité. Deuxièmement, toutes sortes de confusion semblent apparaître entre ce qui vient de soi et ce qui vient du dehors, ce qui s'y passe à un instant T est ce qui constitue la vérité du sujet atteint de démence : la frontière entre psyché et hors-psyché, entre moi et non-moi, n'est pas, plus serait préférable, établie. L'espace psychique du sujet atteint de démence et celui de ceux qui l'entourent ne ferait qu'un, c'est pour cela qu'encore une fois, la préservation de son environnement est primordiale. Dès lors, si un objet est absent, il est absent, point. Le sujet atteint de MAA à un stade sévère n'a plus la possibilité de métaboliser les informations, et ainsi, de se dire que l'objet pourrait arriver à l'instant T1. Le meilleur exemple que je puisse donner pour illustrer l'altération de la frontière moi – non-Moi est la demande de fusion de Paulette et Dolorès, parfois si difficile à gérer en tant que thérapeute.

³⁵³ Freud, S. (1898). Sur le mécanisme psychique de l'oubli. *Résultats, idées, problèmes I*, trad. Paul Laurent Assoun. Paris : Presses universitaires de France, 1984, p. 99-107.

³⁵⁴ Freud, S., *op. cit.*, 1956, p. 343.

³⁵⁵ *Ibid.*, Freud, S., 1956, p. 342.

Toute représentation mentale implique nécessairement une rencontre initiale avec un objet ayant d'abord été, en son temps, source de satisfactions³⁵⁶. Le schéma corporel, dont la constitution progressive, par le moi-corps puis par le moi-réalité, se situe à l'exacte interface du développement neurologique (maturation de la proprioception, en particulier, qui permet l'intégration de la perception des différentes parties du corps, de leurs mouvements et de leurs relations mutuelles) et des interactions qui, par le détour du travail psychique de l'adulte, permettent peu à peu à l'enfant d'acquérir une appréhension réflexive de son propre corps.

Inspiré par le moi-corps avancé par Freud, Anzieu instaure le concept de moi-peau³⁵⁷ selon lequel « le moi enveloppe l'appareil psychique comme la peau enveloppe le corps. Les principales fonctions de la peau se retrouvent transposées dans le moi : interface entre le dedans et le dehors, sac contenant des contenus, mise en correspondance des autres organes des sens entre-eux (consensualité) sur un fond d'espace imaginaire constitué par les expériences tactiles précoces, recharge libidinale, soutien de l'excitation sexuelle, etc.³⁵⁸ » Ce moi-peau est composé de deux enveloppes psychiques : *l'enveloppe pare-excitation* (permet d'éviter l'effraction du psychisme par des excitations trop grandes venues du monde extérieur) et l'enveloppe surface d'inscription.

Pour Anzieu, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau, par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre. Les contacts physiques entre la mère et son bébé sont essentiels dans le développement psychique car ils donnent naissance au fantasme d'une peau, enveloppe commune entre la mère et son enfant. Paulette avait ainsi pour habitude d'accompagner la palilalie de bisous qu'elle déposait sur ma joue, de me donner la main, de toucher et de frotter son visage, etc. Dolorès me caressait sans arrêt les joues, les mains. Le concept de moi-peau vient donc témoigner de l'étayage du psychisme sur le corps biologique : la structure de la pensée serait similaire à celle du corps, et particulièrement

³⁵⁶ Freud, S. (1925). La négation. *Résultats, idées, problèmes II 1921-1938*. Paris : Presses universitaires de France, 1995, p. 135-139.

³⁵⁷ Anzieu, D. (1985) *Le Moi-peau*, Paris : Dunod, 254 p.

³⁵⁸ Dorot, R. & Paron, F. (1991). *Dictionnaire de Psychologie*. Paris : PUF, 761 p.

avec la peau. L'appareil psychique devient, pour Anzieu, un ensemble d'enveloppes, de « contenances emboîtées » construit selon trois grands niveaux étagés : la peau, le moi, et la pensée.

« Chaque niveau s'articule au précédent par un processus dialectique d'emboîtement, retournement (qui ajuste, transpose, modifie l'organisation précédente, tout en conservant des traces de sa structure). Chaque niveau appelle l'organisation suivante (qui joue envers lui un rôle d'attracteur). Au niveau biologique, la peau contient les organes, les tissus, l'ossature du corps. Au niveau psychologique, le moi contient les sensations, émotions, actions, fantasmatisations. Au niveau intellectuel, le penser contient les pensées, les représente par des signes, les organise en catégories et en théories.³⁵⁹ »

C'est bien le penser (capacité à penser les pensées)³⁶⁰ qui, dès le début de la vie psychique, « assure le passage du psychisme originaire aux processus psychiques proprement dits, primaires et secondaires (au sens de Freud).³⁶¹ »

Le moi-peau (moi-corps de Freud), dessinant les contours du loi, en devient l'organisateur psychique initial, la première inscription des faits psychiques. Par la suite, grâce à la mère suffisamment bonne prodiguant des soins, adressant des gestes et un discours à l'enfant, et seulement grâce à cette condition, le moi-peau se différencie, à la base en un moi corporel et, par étayage sur celui-ci, en un moi psychique. Vient ensuite l'apparition de la pensée, du moi-pensant, de pensées qui amèneront ensuite à penser. La pensée est une enveloppe construite par analogie avec le moi psychique, et celui-ci est une enveloppe dérivée par analogie de la peau. L'inconscient est d'abord structuré comme un corps, et non comme un langage. Le moi-peau est une interface entre le dedans et le dehors qui protège des pulsions internes ou des agressions externes. Le passage des pensées au penser s'effectue grâce à l'étayage de la relation contenant-contenu apportée par la mère mais aussi par l'expérience de la contenance par rapport aux excitations

³⁵⁹ Anzieu, D. (1993). Une approche psychanalytique du travail de penser. *Le travail de l'Inconscient*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 2009, p. 828.

³⁶⁰ Selon Anzieu, la pensée correspond à première vue aux opérations logiques qui mettent en œuvre des pensées régies par des règles et des principes qui permettent au moi conscient de soumettre ces pensées à l'épreuve de la cohérence et de la réalité. Notamment, lorsqu'il s'agit de concevoir, de juger, de raisonner, d'ordonner, de décider pour produire une réponse adaptée à la situation. Mais les pensées sont multiples : mots, choses, fantasmes, émotions, sentiments, affects, elles appellent donc une auto-organisation interne du sujet pour que les pensées soient pensables, ce que Anzieu D. nomme le penser, c'est à dire une capacité à penser les pensées.

³⁶¹ Anzieu, D. (1994). *Le penser. Du Moi-peau au Moi pensant*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », p. 6.

exogènes. Ainsi, toute pensée est une pensée du corps et, dans cette perspective, la constitution des premières enveloppes chez le bébé apparaît comme primordiale. Cette évolution suit le processus de séparation et d'individuation de l'enfant en même temps qu'elle vectorise le passage des enveloppes corporelles aux enveloppes psychiques ainsi que les enjeux narcissiques et objectaux qui y sont rattachés. Tout au long de cet axe, l'enveloppe corporelle étaye l'enveloppe « moi » qui étaye à son tour l'enveloppe « pensée », donnant ainsi corps à la formulation de Winnicott (1958) selon laquelle l'esprit est l'intériorisation de l'enveloppe maternelle³⁶². La conséquence logique de cette continuité fait que tout événement psychique comporte une triple inscription, sur le corps, dans le moi et au niveau de la pensée. Le corollaire de cette observation nous invite à envisager que la rencontre avec l'objet primaire joue un rôle primordial et que toute altération à ce niveau se répercutera dans les niveaux suivants. Tout se passe comme si, dans la MAA à un stade avancé, le moi peau reprendrait le dessus sur le pensant, involution concordant indéniablement avec celle des processus psychiques.

Proche des travaux d'Anzieu, Gibello s'intéresse de près à la définition des contenants de pensée. Cette notion touche tous les registres de la psyché, elle s'attribue à tout ce qui permet de soutenir les processus psychiques impliqués dans le travail de symbolisation. Il va alors décrire trois types de contenants de pensée : les contenants archaïques, les contenants symboliques et les contenants groupaux sociaux culturels. Voici ce qu'il propose :

« La pensée procède de trois sources archaïques, constituant un flux que les effets de langage, de symbole et de groupe vont organiser dans la perspective culturelle de chacun. Un contenu de pensée est insensé, insignifiant, tant qu'il n'a pas été transformé ou traité par un ou plusieurs contenants de pensée. Les contenants archaïques lui donnent sens par rapport au triple système de références sexuelles, cognitives et narcissiques. Les contenants symboliques complexes en permettent l'évocation, en facilitent la mémorisation, la communication à autrui, et la figuration. Les contenants groupaux sociaux culturels le situent comme banal ou étrange dans la culture du sujet, voire comme inacceptable, révolutionnaire ou conformiste.³⁶³ »

³⁶² Winnicott, DW (1958). La première année de la vie. Conceptions modernes du développement affectif au cours de la première année de la vie. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1969, p. 310-324.

³⁶³ Gibello B. (1990). Les contenants de pensée et la psychopathologie. *Annales de psychiatrie*, vol. 5, (2), p. 147-153.

Ces contenants de pensée sont le socle d'un processus psychique destiné à transformer en « signe » un contenu psychique et à le mettre en sens. Le cas échéant, le contenu restera inconsistant.

Un travail de reprise intégrative s'effectue, permettant alors que le travail des contenants de pensée archaïques soit repris par le travail des contenants de pensée symboliques complexes, puis par les contenants de pensée groupaux et socioculturels.

Les contenants de pensée archaïques opèrent un premier travail de transformation des données perceptives et sensorielles issues du monde interne et du monde externe. Selon Gibello, ces contenants de pensée opèrent à un niveau pré-langagier et se déclinent en trois catégories distinctes : les contenants de pensée fantasmatiques, les contenants de pensée cognitifs, et les contenants de pensée narcissiques. Chaque contenant de pensée permet une élaboration spécifique. Les contenants de pensée fantasmatiques concernent l'élaboration d'une représentation de l'objet libidinal en s'appuyant sur les fantasmes originaires, les contenants de pensée cognitifs s'adressent à un objet épistémique à l'aide de gnosies et de praxies, enfin les contenants de pensée narcissiques façonnent un objet narcissique en s'étayant sur des opérateurs tels que le moi-peau.

Les contenants de pensée symboliques complexes reposent sur des systèmes de signification élaborés comme l'appareil de langage et le système de représentation visuo-spatial.

Les contenants de pensée groupaux sociaux culturels modèlent la pensée qui procède des deux autres catégories de contenants de pensée, ils s'expriment à travers les mythes fondateurs des groupes d'appartenance qui fixent les prescriptions et les croyances, les coutumes et les modalités éducatives.

Gibello étend la notion de contenant de pensée à tous les registres de la vie psychique producteurs de sens. Il en fait un « méta-concept » permettant de lier des abords différents dans l'approche de la vie psychique, notamment l'abord intra-psychique, cognitif et intersubjectif.

2. 1. 2. Le contenant-peau

Par la suite, on parlera d'enveloppe psychique pour observer les phénomènes d'interface entre le monde psychique et le monde extérieur. Une bonne enveloppe psychique doit à la fois être réceptive et souple tout en étant consistante et solide. Elle est « contenante » :

- en ce qu'elle évite l'éparpillement des objets internes dans un espace sans frontières et permet de lier ces objets en un ensemble cohérent ;
- en ce qu'elle joue un rôle de pare-excitation en évitant l'effraction du psychisme par des excitations trop grandes venues du monde extérieur ;
- en ce qu'elle délimite le monde perceptif et le monde imaginaire tout en mettant en relation les objets du monde perceptif et les objets du monde interne ;
- en ce qu'elle évite l'éparpillement des objets internes dans un espace sans frontières et permet de lier ces objets en un ensemble cohérent.

Bick (1967) décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé. Elle montre la nécessité de l'expérience d'un objet contenant, auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau.

« Le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non intégré comme la recherche effrénée d'un objet – une lumière, une voix, une odeur ou un autre objet sensuel – qui peut tenir l'attention, et, de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité. L'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère. ³⁶⁴ »

Bick met en avant de quelle manière cet objet contenant est éprouvé comme une peau. Elle décrit par ailleurs la manière dont les perturbations de cette fonction « première peau » peuvent conduire au développement d'une formation qu'elle appelle « seconde peau », par laquelle la dépendance envers l'objet est remplacée par une pseudo-indépendance, en particulier en créant un substitut à cette fonction de contenant-peau. La

³⁶⁴ Bick, E. (1967). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Dans : Harris-William, M. (sous la direction de) (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, 2007, 2^{ème} édition, p. 135-139.

seconde peau peut être de nature musculaire, ou motrice, le raidissement du corps tout comme l'agitation permanente protégeant le bébé contre des angoisses agonistiques primitives. De nombreux comportements peuvent se comprendre comme répondant à la nécessité de se constituer une seconde peau psychique, lorsque l'introjection d'un objet suffisamment contenant a fait défaut. On peut penser, par exemple, aux enfants agités, instables, hyperkinétiques, violents : l'agitation témoigne du défaut de contenant interne et tente de créer un substitut de contenant (les enfants ou les sujets agités ou violents ne vivent pas une absence de peau psychique, mais ont plutôt l'éprouvé d'une « peau qui brûle » – une expression courante parle d'« écorché vif »). On peut se demander si Marguerite, qui rejetait violemment tout contact extérieur, toutes les personnes qui la touchaient (au point d'hurler pendant les soins), ne serait pas concernée par cette idée de « seconde peau ». Je pense également, sur un autre mode, aux agissements corporels de Paulette et Dolorès (balancement de jambes, mouvements des bras) qui pourraient également constituer cette « seconde peau », venant témoigner de la défaillance de leur contenant-peau. En effet, ceux-ci cessaient lorsque mon intervention était suffisamment contenante, rassurante, apaisante, et permettait donc de les faire se sentir suffisamment contenues dans leur propre peau. Cela signifierait ainsi, au sens de Bick, que mon comportement ait permis à Marguerite, Dolorès, ou Marguerite, de récupérer les semblants d'un sentiment moïque primaire, autrement dit d'un sentiment d'être. En revanche, si je reprends la scène où Dolorès s'accroche à mes cheveux, l'expérience de rassemblement interne semble faire défaut, puisqu'elle s'accroche à un « objet-sensation » qui ne maintient que provisoirement l'illusion d'un rassemblement. À ce sujet, Bick prend l'exemple d'un bébé de quelques jours ou de quelques semaines, l'œil qui fixe une lumière, l'oreille qui s'arrête sur un bruit, le corps qui se concentre sur un bercement, indiquant que ce sont autant de bouches qui s'agrippent à un mamelon.

Par ailleurs, si Bick peut dire que l'objet contenant optimal est le mamelon-dans-la-bouche, dans l'ensemble du contexte du nourrissage, cela suppose de se représenter le contenant non pas comme un récipient, mais comme un « attracteur », ainsi que le décrit Houzel³⁶⁵. L'objet contenant attire la vie Pulsionnelle et émotionnelle du bébé. Houzel

³⁶⁵ Houzel, D. (1985). L'évolution du concept d'espace psychique dans l'œuvre de Mélanie Klein et de ses successeurs. *Mélanie Klein aujourd'hui*. Lyon : Césura, coll. « Psychanalyse », p. 123-135 ; Houzel, D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique. Dans : Anzieu, D. (ouvrage collectif) (1987). *Les enveloppes*

considère la fonction contenant comme « un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle.³⁶⁶ » Cela veut dire que l'objet contenant est un attracteur des investissements, de l'attention, des éprouvés du bébé et qu'il donne une forme à ces éprouvés. Il n'est pas un récipient dans lequel la psyché de l'enfant expulserait des parties d'elle-même ; il est un objet qui focalise et stabilise les forces psychiques qui l'investissent. L'objet contenant stabilise les forces qui agitent le psychisme de l'enfant.

2. 1. 3. De l'être Pulsionnel à l'être somatique

Il me semble que la clinique du sujet atteint de démence et de palilalie que je propose puisse faire écho aux travaux de Winnicott concernant « L'esprit et ses rapport avec le psyché-soma », dans lesquels Winnicott fait part de phénomènes cliniques qui seraient proches d'une régression où le sujet perd son identité pour devenir un « psyché-soma », où tous les sens et organes participent à la perception de soi ainsi qu'à la perception du monde extérieur : la psyché est corps (*soma*) et le corps (*soma*) psyché³⁶⁷. La régression en question renvoie à des états de fusion mère-bébé (y compris avant la naissance). Kristeva (2010) dira que cette régression « maintient le lien à soi et à l'autre, fugace, par la seule sensibilité infralinguistique dont l'acuité excessive est à la mesure de la perte des facultés d'abstraction jugeante, facultés que Freud plaçait pourtant à l'aube de l'activité de penser. Une autre « pensée » en résulte, une a-pensée, plongée sous-marine à laquelle les termes de « représentation sensorielle », de « psyché-soma », conviennent mieux que celui d'« esprit ». ³⁶⁸ »

À ce sujet, Villa indique que lorsque le domaine du « somatique » gagne en intensité, les zones érogènes excédées ne remplissent plus leur rôle de pare-excitations³⁶⁹. Si l'érogénéité ne fait plus tampon, on se retrouve à un niveau plus originaire encore où

psychiques. Paris : Dunod, 2^{ème} édition, p. 23-45 ; Houzel, D. (1994). Enveloppe familiale et fonction contenant. Dans : Anzieu, D. (sous la direction de) (1994). *Émergences et Troubles de la pensée*. Paris : Dunod, 2000, p. 27-40.

³⁶⁶ *Ibid.*, Houzel, D. (1994).

³⁶⁷ Winnicott, DW. (1949). L'esprit et ses rapport avec le psyché-soma. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1969, p. 66-79.

³⁶⁸ Kristeva, J. (2010). Conférence « *De l'affect ou "L'intense profondeur des mots"* ». Milan. En ligne : <http://www.kristeva.fr/de-l-affect.html>

³⁶⁹ Villa, F., *op. cit.*, 2010.

le somatique s'exacerbe. Les zones érogènes sont saturées par la violence de la pulsionnalité : l'excitation envahit le somatique, induisant une perception étrange du corps. Toujours selon Villa, « quand le somatique vient sur le devant de la séance, le corps se défait, se déconstruit, se déforme, il ne parvient plus ni à faire image, ni à faire schéma (corporel), c'est un moment de défiguration, de perte de forme. À l'extrémité de notre corps, se découvre le monde du somatique qui est resté hors psyché.³⁷⁰ » L'être pulsionnel s'évanouit et dévoile l'être somatique, dans un retour à l'uniforme et l'innommable. Lorsque le retour du refoulé somatique envahit le psychique dans un déferlement excitatoire, il met en danger l'existence même de la vie psychique. À partir de l'émergence de parties refoulées du soma, « l'individu voit l'activité de l'érogénéité non seulement reprendre de la vigueur dans certaines de ces zones abandonnées, mais se manifester dans d'autres qu'il ne savait pas pouvoir être le lieu d'un tel dynamisme.³⁷¹ »

Dans ce sens, l'activité démentielle servirait à lutter contre l'envahissement somatique. Cette conception rejoint celle de la « subversion somatique » proposée par Talpin³⁷², qu'il décrit comme l'envers de la « subversion libidinale » conceptualisée par Dejours³⁷³. Ce dernier parle de subversion libidinale pour décrire le processus par lequel le corps érotique se construit et se détache progressivement du corps biologique. À partir de ce corps érotique, tout empreint du rapport à la mère, ou plus généralement aux parents, vont naître une « sexualité psychique » et une « économie érotique », fortement dépendantes de la relation à l'autre. Mais les environnements maternants ont été spécifiques, et la façon de traiter notre corps, de l'investir, de le toucher, ont inscrit des traces, des lignes de sensibilité, ou d'insensibilité, particulières. « L'érogénéisation du corps, la « subversion libidinale » opérée par l'érotisation des fonctions vitales, le plaisir de fonctionnement, c'est-à-dire la dimension sexuelle sous tous ses aspects, inscrivent des formes propres à chacun, comme un creuset ou une matrice du travail de liaison.³⁷⁴ » Mais cette subversion n'est pas définitivement acquise, elle peut être remise

³⁷⁰ *Ibid.*, Villa, F., p. 143.

³⁷¹ *Ibid.*, Villa, F., p. 236

³⁷² Talpin, JM. (2015). À la vie, à la mort : corps, psychisme et vieillissement. *Santé mentale*, n° 203, p. 20-27.

³⁷³ Dejours, C. (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps : Répression et subversion en psychosomatique*. Paris : Payot, 182 p.

³⁷⁴ Ferrant A. (2016). « Avons-nous l'âge de nos Pulsions ? ». 28^{ème} journée De L'Association Rhône-Alpes de Gériatrie Psychanalytique sur le thème « Que sont devenues nos pulsions ? » Lien direct : <http://aragp.fr/wp-content/uploads/2017/06/ARAGP-Journee%CC%81e-janvier-2016.pdf>

en question en fonction des différents événements de la vie (rencontres, deuils...) et ainsi conduire à un écrasement du libidinal dans ce que Talpin propose de nommer, en miroir, une subversion biologique du libidinal, et donc une subversion somatique. Selon Dejours, une altération dans l'économie du corps érotique serait probablement à l'origine du phénomène de somatisation, par « désétayage de la fonction sur la pulsion³⁷⁵. » Cette décompensation somatique éliminerait ainsi le support organique correspondant à la fonction exclue de l'agir expressif³⁷⁶, dès lors que cette fonction serait mobilisée de force par l'autre au travers de la dynamique intersubjective. La conséquence de cette sollicitation par l'autre s'exprimerait alors par une « violence compulsive réactionnelle³⁷⁷ », réprimée, puis redirigée vers le corps, sous forme de somatisation.

En somme, le moi enveloppe l'appareil psychique comme la peau enveloppe le corps. Les principales fonctions de la peau se retrouvent transposées dans le Moi : interface entre le dedans et le dehors, sac contenant des contenus psychiques (affects, fantasmes, pensées), mais aussi mise en correspondance des autres organes des sens entre eux (consensualité) sur un fond d'espace imaginaire constitué par les expériences tactiles précoces. Le Moi-peau se constitue de deux couches : le pare-excitation, qui obéit au principe de constance ; la surface d'inscription, qui obéit au principe de différenciation. Voyons maintenant le rôle de l'Autre pour soutenir le sujet dont le moi-peau est défaillant.

2. 2. L'urgence de l'Autre : l'ancrage interactif des PPS

L'ancrage interactif ou relationnel « souligne la nécessité du détour par l'autre, indispensable pour donner forme et sens à ses sensations ainsi destinées à devenir perceptions.³⁷⁸ » J'ai, pour le moment, essentiellement évoqué cela lors de l'analyse contre-transférentielle, où j'insistais sur la nécessité de rester les trois modalités de l'Autre (l'Autre comme lieu du refoulement originaire, l'Autre comme trésor de signifiant, et l'Autre maternel). Je fais directement le lien ici avec ma troisième hypothèse

³⁷⁵ Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord : corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris : Payot, coll. « Bibliothèque scientifique », p. 18.

³⁷⁶ *Ibid.*, Dejours, C., 2001, p. 27

³⁷⁷ *Ibid.*, Dejours, C., 2001, p. 31.

³⁷⁸ Golse, B., *op. cit.*, 2014.

considérant la palilalie non seulement comme le témoin d'un retour à un corps pulsionnel que les signifiants primordiaux maternels avaient érotisés et subjectivés, mais aussi comme le retour à une jouissance de la langue, traduisant alors un problème de séparation d'avec l'Autre maternel dans un contexte d'agitation anxieuse, agressive, ou de retrait. À cela s'ajoute un état de frustration lié à l'attente de réception du discours dément par l'Autre. Le sujet atteint de démence ne pouvant abandonner le système perceptif de l'immédiateté, se doit d'affronter une immense frustration en continu. Son moi ne pourrait plus compenser l'activité de la frustration par la représentation. Cette frustration serait, selon moi, à l'origine de la répétition palilalique.

2. 2. 1. De l' « acte de langage » (Austin) au « langage de l'acte » (Roussillon)

J'aimerais maintenant aller plus loin dans mon argumentation sur la palilalie comme « acte de langage », et préciser ma seconde hypothèse. Cette expression, propre à Austin, m'a permis d'inscrire, avant toute autre chose, la palilalie et donc le sujet dans le langage verbal (contrairement à Irigaray), puisque le fait même de prendre la parole est déjà du langage. Il s'agit bien, dans le cas de la palilalie, d'un agir³⁷⁹ vocal, mais pas seulement, venant traduire un ou des affects désormais non symbolisables ou désymbolisés. En effet, la clinique l'a montré dans les trois rencontres cliniques que j'ai pu avoir, l'acte palilalique s'accompagne systématiquement d'actes corporels, l'un et l'autre apparaissant de manière concomitante.

Si les mots touchent, émeuvent, irritent, le pouvoir de l'agir est plus radical, plus immédiat ; il est en effet plus difficile d'échapper à son effet. La notion d'acte s'impose alors, non pas comme une simple tendance à la décharge ni comme le déversement sans limite des contenus psychiques, mais bien en ce que l'acte peut incarner comme « forme de langage de l'acte, porteuse d'un message adressé.³⁸⁰ ». Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, il ne s'agit pas, selon moi, de l'acte qui court-circuite et abrase la mentalisation (autrement dit, de la décharge). Au contraire, il serait plutôt le soutien le

³⁷⁹ J'emploie acte et agir de manière synonymique.

³⁸⁰ Roussillon, R. (2008). Chapitre 1. Corps et actes messagers. *Corps, acte et symbolisation: Psychanalyse aux frontières*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, p. 23-37.

relai de la symbolisation. Notons quand même que pour l'entourage proche des patients présentant des actes (généralement appelés troubles du comportement), l'acte est souvent perçu comme brusque, impulsif, violent, en somme, comme une décharge non sous-tendue par une intentionnalité et donc vécu comme insensé et persécuteur. Pour nous, comme pour Freud lorsqu'il évoque les formes non verbales du langage dans la démence précoce³⁸¹, l'acte constitue un authentique langage doté de sens, une tentative de symbolisation, un travail permanent de psychisation.

J'ai évoqué, lors du premier axe, la conception de l'appareil psychique de Freud, avec, d'une part, les processus primaires (représentations de chose) et les processus secondaires (représentations de mots). Reformulant et développant les conceptions de Freud amenées dans *l'Esquisse d'une Psychologie scientifique*, Roussillon propose que cette transformation inconsciente des données du corps en représentations mentales s'organise progressivement en symbolisation primaire (c'est-à-dire en représentations mentales en deçà du langage) puis en symbolisations secondaires (apparition du langage). En effet, en supposant et constatant l'involution du système de représentations du sujet atteint de démence à travers la répétition palilalique, il semble y avoir des « restes », des traces de symbolisation secondaire mais une prédominance de la symbolisation primaire. À l'instar de *l'Infans*, les sensations, les perceptions, les affects, les expressions motrices redeviennent les outils de base dans la rencontre avec le monde.

Prenons l'exemple de la scène où Dolorès s'accroche à mes cheveux lorsque je m'approche d'elle. Dans un premier temps, nous pourrions nous dire qu'il s'agit là d'une pure décharge, d'une agitation motrice couplée à une agitation vocale totalement dénuées de sens. Dans le pire des cas, Marguerite pourrait même recevoir un traitement anxiolytique pour pallier cette agressivité soudaine ! Et pourtant, à l'instar de ce que dit Freud concernant les stéréotypes constatés dans la schizophrénie : « Les discours les plus insensés, les positions et attitudes les plus bizarres, partout où semble régner le caprice le plus bizarre, le travail psychanalytique montre ordre et connexion, ou du moins laisse pressentir dans quelle mesure ce travail est encore inachevé.³⁸² » Selon Freud, ces actes stéréotypiques ne sont pas absolument pas dénués de sens, ils apparaissent comme des

³⁸¹ Freud, S., *op. cit.*, 1984.

³⁸² *Ibid.*, Freud, S., 1984.

« reliquats d'actes mimiques sensés mais archaïques.³⁸³ » Prenons maintenant le temps de remettre ces actes dans le contexte de la séance : ils sont précédés d'un mouvement de recul de ma part, m'étant levée et éloignée pour paramétrer la caméra. Sachant cela, il me semble que les actes de Marguerite raconteraient plutôt une pensée, peut-être même un fantasme, et certainement un moment de l'histoire que nous avons en commun, pour lesquels j'entends quelque chose comme « elle est partie, je dois m'accrocher à elle pour qu'elle reste ». Le message reçu, je passe les minutes suivantes à la rassurer, à lui caresser le visage et les mains, ce qui aboutit finalement au fait qu'elle lâche mes cheveux. Dès lors, ce qui paraît insensé prend sens si l'on prend le temps de décomposer le mouvement d'ensemble. L'acte renferme une complexité signifiante qui ne peut émerger qu'en le considérant adressé à soi et à l'autre et en attente de déchiffrement.

En agissant, vocalement, corporellement, Paulette, Marguerite et Dolorès me montrent ce qu'elles ne parviennent plus à dire : « l'acte peut être interprété comme le fut le représentant et l'affect, il est langage de l'acte, il est passage du langage par l'acte, plus que passage à l'acte.³⁸⁴ » Le corps « dit », met en scène ce que ces trois sujets pourraient dire si la maladie d'Alzheimer n'avait pas entraîné une désymbolisation majeure. Le corps devient alors métaphorisation de la scène.

Cette mise en acte de l'affect nous amène à aborder le langage et la communication du côté de leur sensorialité pour nous permettre d'en saisir les enjeux dans la démence. Cet état sensoriel nous permettrait d'explorer conjointement expérience esthétique et expérience psychanalytique, comme nous y entraîne Kristeva.

L'acte reprend ses droits, ceux d'affirmer la liberté d'être, liberté d'expression qui coexiste avec la liberté de pensée, action et pensée se conjuguant pour témoigner de l'identité d'un sujet dans ses engagements sociaux.

³⁸³ *Ibid.*, Freud, S., 1984.

³⁸⁴ Roussillon, R., *op. cit.*, 2008.

2. 2. 2. De l'existence au néant : l'urgence de la survenue de l'Autre

En 1895, Freud amène le complexe du « Nebenmensch³⁸⁵ », « complexe perceptif³⁸⁶ », « complexe du sujet³⁸⁷ » lorsqu'il fait le constat que, pour réaliser l'expérience de satisfaction, la médiation de ce prochain, de cet Autre, est indispensable pour assurer une « identité de perception³⁸⁸ » ou pour renouveler l'expérience de satisfaction. Le nourrisson est dépossédé de son cri par l'Autre (maternel, en général) parce que celui-ci attribue au cri proféré un effet structurant, subjectivant, en le convertissant en demande. L'interprétation que l'Autre confère au cri est primordiale³⁸⁹, elle est ce qui permet à l'enfant de se repérer. L'Autre intervient alors comme tiers dans l'association de l'image perceptive à l'image mnésique. Freud précise que les cris, aussi bien les vocalises, les phonèmes du « prochain » vont réveiller chez le sujet le souvenir de ses propres cris et donc de ses propres expériences vécues de douleur, d'insatisfaction. Le cri de l'autre sonnerait comme une résonnance, réactivant l'expérience de sa propre souffrance. À ce sujet, Konicheckis³⁹⁰ explique qu'il existe des liens précoces à l'objet, liens de l'ordre d'un éprouvé sensoriel à l'origine de la vie psychique. Celle-ci émanerait des expériences sensorielles éveillées par la mère et sa sexualité qui s'inscrira chez l'enfant sous forme de « noyaux génératifs précoces ». Ces noyaux sont ce que Freud appelle images mnésiques. À ce moment, les liens à l'objet ont la forme d'éprouvés sensoriels, liés à la fois à une indistinction et à une autonomie subjectalisante dont les traces mnémoniques sont l'origine.

³⁸⁵ Freud, S. (1895). La remémoration et le jugement. *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904 – édition complète*. Paris : Presses universitaires de France, 2006, p. 639.

³⁸⁶ *Ibid.*, Freud, S., 2006, p. 640.

³⁸⁷ *Ibid.*, Freud, S., 2006, p. 640.

³⁸⁸ « La réapparition de la perception est l'accomplissement du désir et l'investissement total de la perception depuis l'excitation du besoin et le chemin le plus court vers l'accomplissement du désir. Rien ne nous empêche d'admettre un état primitif de l'appareil psychique où ce chemin est réellement parcouru et où le désir, par conséquent, aboutit en hallucination. Cette première activité psychique tend donc à une identité de perception, c'est-à-dire à la répétition de la perception laquelle se trouve liée à la satisfaction du besoin. ». Dans : Freud, S. *op. cit.*, 1967, p. 481.

³⁸⁹ Vives, JM, *op. cit.*, 2012, p. 40.

³⁹⁰ Konicheckis, A. (2009). Filiations sensorielles et processus de subjectivation. *Le Divan familial*, vol. 22, (1), p. 33-45.

À partir de cette détresse qui cause le lien à l'autre, le sujet s'empare donc progressivement du langage en même temps qu'il se construit un corps. L'affect d'angoisse apparaît précisément en ce lieu d'absence de réponse de l'autre. Dans *Inhibition, symptôme, angoisse*, Freud fait de l'angoisse le produit de l'état de détresse psychique du nourrisson corrélatif de son état de détresse biologique³⁹¹. Pour Winnicott³⁹², le terme d'angoisse reflèterait l'état de détresse dans lequel est plongé le sujet. Il décrit une sorte de « folie originelle » dont chaque être fait l'expérience, une hantise de l'anéantissement qui se désignerait par une angoisse impensable car elle n'a pas encore de nom. Il nomme cette angoisse *agony*, souvent traduite par « agonie primitive » pour en souligner le caractère dévastateur chez un être dont le moi est encore trop immature pour en faire de l'expérience. Se morceler, tomber à jamais, ne plus être lié à son corps ou à l'autre, perdre toute orientation... Ces peurs sont autant de nuances de la crainte d'effondrement (*fear of breakdown*), auxquelles Winnicott a l'idée d'associer les défenses moiïques pour s'en protéger. Au paroxysme de l'agonie, le sujet serait mené vers une sensation d'interruption de la continuité d'être (*going on being*). Green parle d'angoisse d'intrusion pour définir l'état du moi envahi par l'objet (sous sa Représentation internalisée). Le sentiment d'Hilflösigkeit qui s'ensuit peut entraîner le dépérissement psychique et physique, voire la mort.

Seule une « mère suffisamment bonne » pourrait métaboliser ces angoisses disséquant pour pallier l'effondrement de l'être. À ce moment, la mère se trouverait dans une disposition spécifique que Winnicott nomme « la préoccupation maternelle primaire », cet état de repli comparable à une « maladie normale » dans lequel la mère s'identifie intensément à son enfant et développe une sensibilité particulière à l'égard de ses besoins. Le nourrisson, convaincu de son omnipotence, va commencer à créer son self, vrai self (image qu'il se fait de lui-même et qui correspond à la réalité) : « la mère suffisamment bonne répond à l'omnipotence du nourrisson et dans une certaine mesure, elle lui donne une signification, et ce maintes et maintes fois. Par l'intermédiaire de la force que donne au moi faible du nourrisson l'accomplissement de ses expressions

³⁹¹ Freud, S., *op. cit.*, 2011.

³⁹² Winnicott, DW (non daté). La crainte de l'effondrement. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissances de l'inconscient », 2000, p. 205-516.

d'omnipotence, un vrai self commence à prendre vie.³⁹³ » À une mère suffisamment bonne doit être associé un environnement suffisamment bon. Il « permet au petit enfant de commencer à exister, d'avoir ses expériences, d'édifier un moi personnel, de dominer ses instincts et de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie³⁹⁴ ». Une autre condition nécessaire au bon développement du moi de l'enfant est l'identification primaire : nécessité pour la mère de s'identifier à l'enfant, et pour l'enfant de s'identifier à la mère. C'est ce qui permet le commencement et l'existence du sujet. Si le bébé est tellement dépendant et indissociable de son environnement, c'est parce qu'il ne perçoit pas sa mère comme un être séparé de lui, mais bien comme faisant partie de lui. De ce fait, la manière dont elle se comporte est partie intégrante de lui-même : le comportement extérieur est vécu de l'intérieur. Il ne s'agit donc plus d'un individu isolé, le bébé, en relation avec un autre individu, la mère qui s'occupe de lui, mais ce qui relève de l'ordre du fusionnel. C'est dire l'impact profond que va avoir le comportement de la mère, et même son monde interne à elle et sa manière d'entrer en relation avec son enfant sur le sentiment même d'existence de ce dernier. Cette absence de sentiment d'existence séparée de l'autre-environnement se double du sentiment de ne pas constituer une entité « groupée » ayant un sentiment global de soi contenu dans une limite qui sépare l'intérieur de l'extérieur, et une continuité d'existence dans le temps.

Ces travaux ont en commun de mesurer la fragilité de la frontière qui sépare l'existence du néant. Le non-être constitue effectivement une menace permanente : lors de toute faille subjective, où la force du moi rencontre des limites jusqu'alors ignorées, cette déchirure cherche à engloutir un sujet vulnérable, qui se trouve dans la crainte constante, comme le précise Winnicott, « d'un événement du passé qui n'a pas encore été éprouvé.³⁹⁵ » C'est peu dire que la clinique du sujet atteint de MAA nous amène vers des comportements similaires. Dans la relation avec le sujet, il m'a semblé retrouver ce lien archaïque de protection, décrit par Winnicott, lors duquel j'aurais tenté d'incarner cet Autre maternant, non barré, tout comme le fut la mère, arrivant finalement à un état de « préoccupation clinique primitive.³⁹⁶ » Ce lien nécessite d'accepter cet état

³⁹³ Winnicott, DW. (1953). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot, 2006, p. 105.

³⁹⁴ Winnicott, DW. (1956). La préoccupation maternelle primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 290.

³⁹⁵ Winnicott, DW., *op. cit.*, 2000.

³⁹⁶ Quaderi, A., *op. cit.*, 2010.

d'hypersensibilité, mais aussi d'accepter de s'identifier à la détresse par laquelle le sujet est tant accablé. Cela me fera accourir lorsque Paulette se prend une gifle, où aller voir directement le médecin pour Dolorès et Marguerite lorsque leur douleur dépasse tout entendement. Par la répétition palilalique, les manifestations comportementales, parfois même le silence, l'enjeu est bien, comme la mère a pu le faire, de deviner ce que le sujet ressent, et de verbaliser, à sa place, de prendre le relai là où la symbolisation échoue. Aulagnier précise d'ailleurs dans *La violence de l'interprétation*³⁹⁷, que lorsque la mère interprète les manifestations vocales de son enfant, elle l'introduit dans le langage.

Dans le même ordre d'idée, chez Green, nous retrouvons l'idée qu'aucun psychisme ne peut s'instaurer et s'éprouver lui-même comme tel sans se donner d'abord à penser à un autre psychisme. Dans son travail sur « l'hallucination négative de la mère³⁹⁸ », il approfondit l'hallucination négative de l'image dans le miroir. Lors de la séparation primaire de la mère et de son nourrisson, celle-ci s'efface en tant qu'objet primaire laissant la place aux investissements propres du moi qui le constituent. L'effacement produit l'hallucination négative qui mobilise le moi en recherche de représentations. Ce n'est pas pour autant que l'objet maternel disparaît. Il devient « structure encadrante » sur fond d'hallucination négative de l'objet primaire. Seulement, l'absence de lexicologie dans le discours remet en question la fonction du fantasme que Freud avait articulé au jeu de la bobine (Fort-Da), soulevant ainsi une incapacité du sujet à concevoir la présence dans l'absence. L'objet absent serait réellement absent. Cette incapacité prendrait sa source, selon nous, dans l'involution du système de représentation (hypothèse 1) qui rendrait l'hallucination de l'objet impossible et ainsi, le plongerait dans un état de frustration insupportable jusqu'à ce que le *Nebenmensch* puisse ou veuille bien se présenter à lui.... Le sujet dément ne peut abandonner le système perceptif de l'immédiateté, d'où une immense frustration en continu. Son moi ne pourrait plus compenser l'activité de la frustration par la représentation. Dès lors, les représentations-affects de la mère ne peuvent être modifiées, comme Green le propose : elles demeurent des « représentations-cadres » porteuses d'un mixte mère-bébé charnel liées à des affects

³⁹⁷ Aulagnier, P., *op. cit.*, 2003.

³⁹⁸ Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Éditions de Minuit, 2007, 220 p. ; (1993) *Le Travail du négatif*. Paris : Éditions de Minuit, 2011, 416 p. ; (2002) *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris : PUF, « Hors collection », 400 p.

représentants de la nécessité vitale de la mère, elles restent des quasi-hallucinations affectives des états de satisfactions et de détresse. L'objet maternel ne peut alors se transformer en structure encadrante, structure qui permet en temps normal de contenir les contenus représentatifs, et qui garantit la présence dans l'absence. Les conséquences sont sans appel : « « L'impuissance » du présent à tenir la représentation sans cette alternance d'apparition et de disparition de deux corps implique un retour obligé vers les scènes originaires qui, paradoxalement, tiennent lieu d'une présence infaillible.³⁹⁹ » Nous en revenons ici à l'appel à cet Autre secourable qui répondait systématiquement aux appels de l'enfant, Autre vers lequel le sujet dément est incessamment en quête. Andrès ajoute plus loin que « s'il n'y avait alternance, il n'y aurait logiquement que « corps-pensée » soit effraction, traumatisme, sans ouverture à du tiers, à de la représentation précisément⁴⁰⁰ », et donc pas de transfert du somatique au psychique, comme cela semble apparaître dans la démence.

2. 2. 3. L'appareil d'emprise au service de la vie

Généralement attribué à une connotation négative, j'entends ici le terme d'emprise comme l'envisage Ferrant lorsqu'il parle de l'appareil d'emprise, c'est-à-dire comme un étayage pour les fondements de l'appareil psychique. Dans ce sens, l'appareil d'emprise renvoie à une dimension nécessaire dans le développement psychoaffectif et corporel du sujet⁴⁰¹. L'emprise se situe alors du côté de la construction de l'appareil psychique dans son rapport aux objets, c'est-à-dire qu'il s'agit bien d'une clinique du moi - clinique présentée tout au long de cette recherche.

Déjà en 1905, Freud eut l'idée d'un appareil d'emprise dans lequel les **yeux**, la **bouche** et les **maines** jouent un rôle particulier⁴⁰². Pour Ferrant, l'agrippement (j'y reviendrai) que suggèrent ces trois composants de l'appareil d'emprise constituent un moyen de garder l'objet à proximité. D'ailleurs, lorsque l'objet se dérobe, l'emprise

³⁹⁹ Kaufmann, P., *op. cit.*, 1986, p. 477.

⁴⁰⁰ *Ibid.*, Kaufmann, P., 1986, p. 477.

⁴⁰¹ Ferrant, A. (2001). *Pulsions et liens d'emprise*. Paris : Dunod, 205 p.

⁴⁰² Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissances de l'inconscient », 1987, 211 p. Cité par Ferrant, A. (2011). Emprise et lien tyrannique. *Connexions*, vol. 95, (1), p. 15-27.

augmente ; je ne peux trouver de plus forte illustration que la scène où Dolorès me happe fermement les cheveux, après que je me sois éloignée pour régler la caméra.

J'en reviens précisément à la clinique du sujet dément pour détailler ces trois composantes de l'appareil d'emprise. Je l'ai dit, l'enjeu de la pulsion scopique est capital dans l'établissement du lien. Avec Paulette, sans le regard, la relation ne s'établissait pas, un peu comme si la condition première pour qu'elle m'entende était que nous nous regardions. Avec Dolorès, je n'avais pas besoin de peiner pour la capter, puisque son regard était d'emblée comme figé dans le mien. Ces deux situations d'emprise se ressemblent car dans les deux cas, surtout dans le cas de Dolorès, l'emprise permise par le regard apparaît comme une logique de survie. Mais si dans le premier cas, je recherche le regard de Paulette et donc suis à l'origine de l'emprise, il apparaît que dans le cas de Dolorès, l'emprise soit instaurée par elle, et immédiatement, un peu comme si elle attendait là depuis une éternité, cherchant un point d'accroche qui la ramène à la vie. La bienveillance de mon expression faciale est certainement l'un des éléments générateurs de ce lien immédiat. Ce qui est sûr, c'est que cette emprise doit être instaurée par l'un et acceptée par un autre pour qu'elle fonctionne.

Au sujet du regard, j'en réfère également à la notion d'objet ou de « présence d'arrière-plan d'identification primaire⁴⁰³ » que propose Grotstein et qui désigne l'intériorisation des bras maternels qui soutiennent le dos du bébé, ou l'intériorisation du holding, pourrait-on dire. Avant Grotstein, Sandler avait parlé de la notion d'« arrière-plan de sécurité⁴⁰⁴ ». Cette intériorisation de la présence d'arrière-plan s'effectue, comme le souligne Haag, essentiellement à travers le regard⁴⁰⁵. C'est par l'échange pénétrant des regards que s'intériorise, dans la situation de nourrissage par exemple, la tenue du dos, et que se construit la sécurité du dos. Échange de regard accompagné bien sûr de paroles, d'attention, de préoccupation. Les défauts d'intégration d'un objet d'arrière-plan d'identification primaire, d'un objet du dos sécurisant, s'observent dans les cas très

⁴⁰³ Grotstein, JS. (1977). *Splitting and Projective Identification*. New York : Jason Aronson, 1981, 250 p.

⁴⁰⁴ Sandler, J. (1960). The Background of Safety. *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 41, p. 352-356.

⁴⁰⁵ Haag, G. (1991). Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 10, p. 73-92 ; (1997) Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 20, p. 111-131.

pathologiques par les défenses autistiques : accrochage par le regard (qui n'est pas libéré de sa fonction d'accrochage par une tenue du dos adéquate et qui ne peut donc pas être utilisé au service de la communication), recherche d'une tenue dans les raidissements musculaires (la « seconde peau musculaire »), etc. Je pense ici à Paulette, avec qui, sans regard, il m'a été impossible de l'asseoir et de la faire se lever du lit. Elle était alors droite comme un piquet, difficilement manipulable physiquement et psychiquement.

Autre composant de l'appareil d'emprise, les mains ont aussi un rôle particulier. Celles de Paulette lui ont permis bien souvent de s'agripper fortement à mon bras, à mes cotes... Pour revenir à une emprise « tempérée⁴⁰⁶ », il me fallait lui tenir fermement la main pour éviter la confusion de nos corps et limiter son appel à une fusion qui n'aurait pu permettre un travail psychologique adapté. Mes mains ont été, via des massages du visage et des avant-bras, un bon moyen d'apaiser l'effervescence verbale (palilalie) et corporelle (balancement des jambes). Du côté de Dolorès, de la même façon qu'elle plongeait d'emblée son regard dans le mien, elle me saisissait la main dès que je m'approchais d'elle, s'agrippait à mes cheveux, je le disais, lorsque je m'éloignais brusquement d'elle. Elle amenait très souvent sa main à mon visage pour le caresser, je que je faisais également sur le sien en retour.

Enfin, la bouche, troisième composant de l'appareil d'emprise, a été bien présent dans les cliniques de Paulette et Dolorès. Via les bisous que me faisait Paulette, via ceux que me réclamait Dolorès. Peut-être aussi à travers le fait que, dans ses derniers mois, Paulette s'était mise à « têter », suçoter, croquer objets et humains, y compris son propre corps.

Avec Marguerite, les choses ont été autres, puisqu'elle refusait la captation par le regard, et rejetait ma main qui venait prendre la sienne ou effleurer son visage. Mais alors, si pour Paulette et Dolorès l'emprise était à entendre dans une logique de survie, pourrions-nous entendre le comportement de rejet de Marguerite dans une logique de refus de vivre ? Aurait-elle choisi de rester dans cet état profond de solitude qui la coupe définitivement du monde qui l'entoure ? Ou ce comportement relèverait-il plutôt d'une

⁴⁰⁶ Bourdin, D. (2006). Pulsions et lien d'emprise d'Alain Ferrant. *Revue française de Psychanalyse*, vol. 70, (1), p. 241-244.

difficulté à voir la présence de l'objet ? Ou serait-ce du ressort de la protection ? Ces questions restent pour le moment ouvertes... Quoiqu'il en soit, tout se passe comme si Marguerite ne pouvait plus envisager l'Autre⁴⁰⁷.

Pour préciser ces questions, il me faut préciser que l'emprise a non seulement pour résultat le lien à autrui, mais aussi le lien de soi à soi⁴⁰⁸ (autoérotisme). L'autoérotisme est pour Freud le stade le plus archaïque du développement libidinal, en rapport avec le caractère partiel de la pulsion⁴⁰⁹. L'excitation sexuelle peut se résoudre là où elle a sa source, sans faire le tour de l'objet, dans un plaisir d'organe. Le nourrisson autoérotique est un être clos, dont les sensations sont perçues comme émanant de l'intérieur de lui-même. Il tire son plaisir de son propre fonctionnement musculaire, sans que le Moi soit unifié ou même élaboré ou perçu. La pulsion se tient à l'endroit même où elle prend sa source : l'autoérotisme est un plaisir d'organe sans objet extérieur. Le narcissisme primaire fait suite à l'autoérotisme, unifiant Les pulsions partielles en les dirigeant vers le moi, qui devient leur destinataire. Plus tard, le plaisir d'organe ne sera qu'une composante de la satisfaction libidinale.

Les satisfactions érogènes s'étaient alors sur les fonctions du corps. Ferrant a émis l'hypothèse d'un lien entre l'exercice de l'emprise et l'expérience de satisfaction⁴¹⁰ : c'est la façon d'être dedans et dehors qui est en jeu, c'est-à-dire la rythmicité de la présence au-dedans et au-dehors. Le travail de l'emprise et l'expérience de satisfaction sont étroitement liés aux modalités de présence de l'objet simultanément au dehors et au-dedans, via le rythme et le partage d'affect.

Freud évoquait un retour du sujet à l'autoérotisme par retrait de la libido des objets de la réalité. C'est ici dans le contexte de la démence de type Alzheimer que j'en constate certaines manifestations. Et pour cause, ce que ces trois sujets éprouvent dans leur corps (jouissance) fait traumatisme car les mots manquent pour le dire. La jouissance fait ainsi irruption dans le corps, elle est en excès (des sensations, des manifestations physiques...).

⁴⁰⁷ Il est important ici de faire la différence d'avec l'hospitalisme où l'Autre n'est pas envisageable.

⁴⁰⁸ Bourdin, D., *op. cit.*, 2006

⁴⁰⁹ Freud, S., *op. cit.*, 1987.

⁴¹⁰ Ciccone, A. et Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod, 249 p.

Je pose, à la suite de cela, l'hypothèse que Marguerite retournerait à une position de « monade » repliée sur elle-même, n'ayant plus de contact avec le monde extérieur. Ce sont alors des parties du corps ou les bords d'orifices corporels qui sont investis par la libido. Pour exemple, je cite les divers mouvements du corps, ou encore le fait qu'elle se touche sans arrêt le visage (plus particulièrement le nez).

Chez Paulette, l'expérience autoérotique s'est manifestée à plusieurs reprises. La première, lorsque je massais Paulette sur le visage. Elle a ensuite pris ma main pour la descendre sur gorge, puis sur sa poitrine, verbalisant « oui oui oui » (hétéro-érotisme ici). Ensuite, avec Paulette toujours, lorsque nous déambulions, celle-ci se touche les parties intimes, ou à défaut, essaie de toucher les miennes. À cela, nous pourrions ajouter les bruits de bouche et le suçotement de Paulette, à propos duquel la soignante l'associait à la tétée, et dont Freud disait que lorsque le besoin (têter) était dépourvu d'objet (le sein), il se retournait alors sur « un endroit de son propre épiderme parce que celui-ci est d'un accès plus commode, parce qu'il se rend ainsi indépendant du monde extérieur qu'il est encore incapable de dominer et parce qu'il se crée de cette façon une seconde zone érogène, même si elle est de valeur inférieure.⁴¹¹ » C'est ainsi que l'enfant substitue un objet partiel sur lui-même à l'élément maternel manquant dans le but de stimuler la zone érogène buccale. Il trouve sur lui ce qui lui manque chez l'autre, l'autoérotisme étant un remplacement. L'on peut associer cette approche basée sur la nécessité de la perte comme constitutive du sujet, avec l'approche de Tustin, basée sur la capacité du sujet à pactiser avec la perte⁴¹². Par exemple, le sujet reproduira dans le rythme même de la succion (libido), l'univers sonore à jamais perdu des bruits corporels (le placenta, le battement cardiaque, le rythme respiratoire, etc.) Dans tous les cas, c'est bien la question de la perte et de sa sensation dont il est question. Ce qui va différencier la disparition de la perte, c'est l'autoérotisme, authentique moment de passage de soi à l'Autre. cet Autre, qui par sa présence et sa réponse, va générer l'aliénation de l'enfant :

« Quoi qu'il en soit, on voit ainsi se dessiner l'autoérotisme comme sensation de l'utérin, où le placenta, premier moi/non-moi, tient place d'un moi-l'autre capable d'assurer la complétude que l'enfant nouveau-né recherchera instinctivement dans des sensations et dans des formes comme l'a montré Tustin ; dans les mouvements des mains, la rondeur des seins et la radiarité du visage venant alors permettre précocement

⁴¹¹ Freud, S., *op. cit.*, 1987, p. 105-106.

⁴¹² Tustin, F. (1992). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil, 2003, 448 p.

d'appuyer sur l'autre cette recherche éperdue. Mais cette transmodalisation, il faut le remarquer, s'accompagne d'un changement majeur : le passage du tactile au visuel. Sans ce saut, rien n'est possible, et surtout pas l'épaisseur de soi.⁴¹³ »

Je continue avec un exemple de scène où Dolorès s'était emballée à l'écoute de l'Air de Bach auquel s'ajoutait ma voix : « fais-moi plaisir », « donne-moi », « encore ». Il y a peut-être ici quelque chose à entendre du côté des « formes autistiques » proposées par Tustin, formes constituant des auto-caresses cherchant à procurer un vague sentiment d'auto-contenance ; à l'autre extrémité, un objet dur en un point du corps (objet autistique) permet de redonner un mouvement de sécurité par ce que Tustin propose d'appeler « équation adhésive » du corps de l'enfant à cet objet⁴¹⁴. Avec cette notion, il s'agit de rendre compte de la formation du contenant, ou peau psychique : « Le besoin d'un objet contenant semblerait, dans l'état non intégré du premier âge, produire une recherche frénétique d'un objet – une lumière, une voix, une odeur ou un autre objet sensuel – qui puisse retenir l'attention et, partant, être éprouvé momentanément au moins comme tenant rassemblées les parties de la personnalité.⁴¹⁵ »

2. 2. 3. L'Autre comme contenant

Le premier rôle de la mère, et par extension du clinicien, sera donc un rôle de contenance. Ce sentiment d'existence, d'unité de sa propre personne s'établira progressivement au cours du temps grâce aux expériences régulièrement répétées d'un vécu unifié que le bébé ressentira lors des soins maternels, grâce au contact de la mère qui le « rassemble » par sa manière de le tenir, ses gestes, mais aussi son regard, ses paroles, etc. En l'absence d'un tel environnement contenant le bébé se verra renvoyé à des angoisses qualifiées d'« agonistiques⁴¹⁶ » tant elles sont intenses. Ce sont des angoisses d'annihilation, d'anéantissement, le sentiment de tomber à jamais, véritable

⁴¹³ Allione, C. (2005). Quelques remarques sur la question de l'autoérotisme et de l'autisme dans l'œuvre de Frances Tustin. *Cliniques méditerranéennes*, n° 72, (2), p. 199-217.

⁴¹⁴ Tustin F. (1981), *Autistic States in children*, London, Routledge and Keagan Paul, trad. fr. *Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, Seuil, 1986, p.78.

⁴¹⁵ Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in early Object-Relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, p. 484-486. Traduit dans : Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddel, D. Wittenberg, I. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme : étude psychanalytique*. Paris : Payot, coll. « Sciences de l'Homme », p. 241.

⁴¹⁶ Roussillon, R., *op. cit.*, 2008.

sentiment d'agonie, contre le retour duquel l'individu devra se prémunir toute sa vie au moyen de défenses parfois extrêmement pathologiques. Les sensations corporelles servent alors de contre-investissement et interviennent comme une opération défensive chargée de mobiliser l'énergie psychique pour créer une sorte de barrière contre l'intrusion possible de l'autre. Il s'agit en même temps d'un renforcement du pare-excitation visant à délimiter les espaces psychiques.

Concernant les modalités de cette fonction contenant, Winnicott a rendu célèbres les termes *holding* (portage), *handling* (maintenance) et *objet presenting* (présentation de l'objet) qui génèrent un sentiment d'unification, de sécurité, d'individualité, et permettent l'intégration progressive de l'environnement. De leur côté, Bion, puis ses successeurs comme Bick, ont particulièrement travaillé autour de la notion d'« objet contenant », de « fonction contenant de l'objet ». C'est en 1962 que Bion construit son modèle du contenant-contenu⁴¹⁷, mettant en évidence l'importance de la relation dynamique entre quelque chose que l'on projette, un contenu, et un objet qui le contient, le contenant. En cela il complète la théorisation de l'identification projective⁴¹⁸ et en fait un mécanisme constitutif de la vie psychique. Ainsi, lorsqu'il vient au monde, le bébé doit faire face à des stimuli sensoriels de toutes parts qu'il est incapable d'interpréter, d'où la nécessité de la présence d'un contenant, la mère généralement, pour vivre ces expériences chaotiques. Par un mécanisme d'identification projective, le bébé projette alors le contenu angoissant et traumatisant sur le contenant, sa mère.

Le contenant n'est donc pas un réceptacle passif, il établit une relation avec le contenu qui sera déterminante pour la construction d'un appareil à penser. C'est cette relation entre le contenant et le contenu qui permet la réussite ou l'échec de l'identification

⁴¹⁷ Bion, WR. (1962). Aux sources de l'expérience. Traduit de l'anglais par François Robert. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Bibliothèque de Psychanalyse », 1979, 137 p.

⁴¹⁸ Si pour Klein, l'identification projective est « un processus hautement pathogène consistant pour le bébé à pénétrer en fantasme le corps maternel pour le détruire, le dépouiller, le dégrader, le vider, etc. », elle constitue pour Bion et Rosenfeld un processus tout à fait normal, constitutif du développement, « qui consiste à communiquer un état émotionnel, à transmettre et à faire éprouver à l'objet un contenu émotionnel, un état affectif que le sujet n'a pas les moyens de penser ». Dans : Klein M (1946). « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » (traduction française). *Développements de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, nouvelle édition, 1980, p. 247-300 ; Rosenfeld, H. (1970). On projective Identification. *Scientist Bulletin of the British Psycho-Analytical Society*, n° 41, publication interne.

projective. Bion décrit trois issues à ces relations contenu - contenant au sein des relations entre une mère et son bébé :

1. Soit la mère est « suffisamment bonne » (au sens winicottien du terme) et dans ce cas, par des mécanismes d'accordage et d'ajustement, reconnaît l'angoisse projetée et apaise son nourrisson. Elle la rend dans un format pensable, assimilable psychiquement pour le nourrisson (fonction alpha⁴¹⁹). Bion caractérise cette relation de « symbiotique », puisque la mère contribue à la formation d'un psychisme chez l'enfant en lui prêtant son propre psychisme.

2. Soit elle ne reconnaît pas l'angoisse et instaure alors une distance affective avec son nourrisson qu'elle laisse à ses angoisses. Cette relation est appelée « commensale ».

3. Soit, enfin, elle s'identifie à la projection et renvoie les angoisses au nourrisson qui vit alors une « terreur sans nom⁴²⁰ ». Ce troisième type de relation est caractérisé de « parasitaire », puisque contenant et contenu se dépouillent mutuellement de leur vitalité et de leur signification dans une grande destructivité.

La relation contenant-contenu peut donc aussi être le siège même d'une psychopathologie. En effet, si, par sa capacité de « rêverie », la mère ne parvient pas à « détoxiquer » les éléments que le bébé a évacués vers elle, ils seront réintrojectés sous une forme encore plus terrorisante, poussant le bébé à ne pas penser mais à halluciner ou à évacuer par l'agir.

Ainsi le contenant ne se contente pas d'être une fonction passive. Il opère une véritable transformation des éléments psychiques, a un rôle dynamique et organisateur. Ce qui contient, ce qui « détoxique » l'expérience, c'est le processus de symbolisation. Et donc, dans un contexte démentiel où la fonction symbolique est défaillante, l'analyste devient lui-même acteur contenant, à la fois symbolisant et apaisant.

En somme, l'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet. Ce processus suppose différentes conditions. Les

⁴¹⁹ La fonction alpha correspond à la fonction assumée généralement par la mère (contenant) qui vient en aide au bébé, qui lui transforme en pensable, en assimilable, les nombreuses informations sensorielles qu'il reçoit et projette sur elle (éléments « bêta »). Il s'agit indéniablement des prémisses de l'activité de pensée.

⁴²⁰ Bion, WR (1962). Une théorie de l'activité de pensée (traduction française). *Réflexion faite*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Bibliothèque de Psychanalyse », 1983, p. 125-135.

premières concernent les qualités de l'objet contenant : portage, soutien, holding, présentation des objets (selon les termes de Winnicott), capacité de rêverie, fonction alpha, activité de symbolisation, etc. On peut aussi ajouter la sollicitation : l'objet ne doit pas seulement répondre aux besoins du bébé, les transformer, protéger le bébé de la désorganisation, il doit aussi le solliciter, l'attirer vers des niveaux de présence, d'intégration, d'organisation, d'expériences émotionnelles plus élevés. On peut ajouter aussi la capacité à garantir une rythmicité des expériences : la rythmicité permet l'anticipation et donne une illusion de permanence, de continuité ; la rythmicité participe à constituer le sentiment d'enveloppe en ce qu'elle produit comme illusion de continuité (ce thème sera repris lors du cinquième axe de ce travail).

2. 3. La double dynamique de décentration et d'intériorisation progressive du contenant primordial

Nous venons de le voir, au début, c'est la mère (objet primaire) qui contient le psychisme du bébé. L'étape du Fort Da (symbolisation de l'absence par la bobine et le fil) montre l'intériorisation par l'enfant de la fonction contenante de l'objet primaire comme contenu fonctionnel. Haag suppose par la suite un moment de bascule « d'identifications intracorporelles », c'est-à-dire que le bébé rejoue la fonction maternelle notamment quand la mère est là, mais sans interaction donc sans fusion entre les deux. À ce sujet, Braunschweig et Fain parlent de « censure de l'amante » pour montrer comment une distance s'établit entre la mère et l'enfant lors des soins que celle-ci lui prodigue. Ceci est permis grâce à la rêverie maternelle qui mène ses pensées vers le père de l'enfant, et permet une première triangulation dans la relation⁴²¹. Désormais, comment pouvoir contenir un psychisme qui a été mais n'est plus, qui a eu et n'a plus ? Je pose l'hypothèse que la déambulation et / ou les stéréotypies gestuelles des trois résidentes, toutes deux très rythmées, saccadées, comme un écho au Fort Da. Envisagé comme une sorte d'abréaction contre l'intensité de l'affect, le sujet tente de redevenir maître de la situation en reprenant le contrôle du flux, de l'énergie déliée qui l'effracte, le frustre, suite au quantum excitatif lié à l'absence et qui met la pagaille. Le sujet invente

⁴²¹ Braunschweig, D. et Fain, M. (1975). *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris : Presses universitaires de France, coll. «Le fil rouge », 302 p.

ainsi un processus pour inverser une position de détresse passive en un acte créateur où il est actif et maître de l'absence. Dans le cas de la démence, il semblerait qu'il reste une trace de cette précédente acquisition, mais cette fois, c'est un peu comme si le sujet jetait la bobine sans ne jamais la récupérer, puisqu'incapable de concevoir la présence dans l'absence. Une fois la bobine lancée et hors du champ de vision, celle-ci n'existerait plus. Il s'agirait plutôt d'une façon pré-symbolique de manifester l'opposition présence / absence, peut-être même de leur difficulté à m'halluciner négativement. Telle est peut-être la raison pour laquelle l'étayage par le regard a été si présent chez Paulette et Dolorès. Ceci étant, que ce soit par le « coyo coyo » ou le « ala – bala », il y a bien malgré tout ancrage dans la chaîne symbolique par le signifiant. Cependant, là où l'absence manque à être correctement symbolisée, elle se réalise sur le corps même de ce sujet, d'où le fait que les actes moteurs s'ajoutent dans l'espoir de transmettre l'intégralité du message. Ce parallèle fait entre le Fort-Da et la déambulation et les stéréotypies gestuelles peut tout à fait s'appliquer également à la communication que Paulette et moi avons mis en place avec le fait de serrer / desserrer nos mains, à l'origine d'une grande complicité. Ce jeu du Fort-da, qui en fait servirait surtout de compensation, de dédommagement aux besoins primaires qui ont dû être abandonnés quand l'autre est absent, semble nécessiter d'être interrompu par l'arrivée d'un autre en mesure de ramener la bobine, d'attester d'une présence, d'un secours avant que le sujet ne tombe définitivement dans le néant le plus total.

La principale qualité de l'objet, pour assurer la fonction contenante, et qui regroupe toutes celles-là, est l'attention. Toutes ces qualités reposent sur une attitude attentive de l'objet. La deuxième série de conditions à l'intériorisation de la fonction contenante concerne l'intériorisation elle-même. Le processus d'intériorisation a une histoire. On peut dire que sa forme aboutie est l'introjection. Mais, l'introjection suppose d'abord un processus possible et suffisant d'identification projective, qui consiste à investir et explorer un espace mental, à transmettre et déposer les émotions incontenables, à explorer la vie émotionnelle dans l'espace mental d'un autre. Et avant même l'identification projective, le bébé utilise des processus d'identification adhésive, qui consistent à s'agripper à une sensation. Et tout comme pour l'identification projective, si l'identification adhésive est un processus pathologique dont on connaît les manifestations dans l'autisme où l'adhésivité anéantit toute perception de l'altérité et toute constitution

d'une relation d'objet, l'identification adhésive contient aussi un aspect normal, nécessaire au développement, d'une part en ce qu'elle produit comme points d'agrippement qui mis progressivement bout à bout donneront une première sensation de continuité, une première expérience d'être, et d'autre part en ce qu'elle permet comme exploration de l'intériorité dès lors que le sujet collé à l'objet est dans une position suffisamment sécurisante. Pour explorer l'intériorité de l'objet, le bébé doit d'abord, en fantasme, se coller à l'intérieur de l'objet. Sur cette question de l'agrippement, Paulette en a manifesté deux sortes : un auto-agrippement initial, lorsqu'elle déambulait seul, puis par la suite un agrippement féroce à ma main, puis mes côtes. Haag va décrire comme des agrippements la première organisation défensive mise en place pour lutter contre les angoisses primitives. « C'est combattre pour survivre, et le seul moyen pour survivre à ce premier niveau est de coller, d'adhérer, c'est par là que vous acquerez une identité.⁴²² » C'est une « identité adhésive » parce qu'il n'y a pas de second objet, il y a seulement quelque chose à quoi vous vous agrippez, à quoi vous collez...et quand vous ne pouvez pas, vous tombez en morceaux....Un tel bébé doit trouver où coller, il est très dépendant de sa tenue à des choses. »

L'observation attentive de toutes les modalités d'agrippement va permettre une compréhension des phénomènes défensifs les plus archaïques permettant d'énormes avancées sur la construction du moi-corps, (tout juste évoquée par Freud) en particulier le repérage des identifications intra-corporelles⁴²³, inaugurées par Bick lorsqu'elle écrit : « faire s'interpénétrer ses doigts, enfoncer les uns dans l'espace laissé entre les autres serait une sorte de modalité projective qui débouchera sur l'identification.⁴²⁴ »

D'après Imre Hermann, ces conduites feraient appel à quelque chose qui relève de la première unité duelle mère-enfant, et apparaîtraient surtout dans les états d'angoisse. Hermann considère qu'elles traduiraient la réaction du petit enfant face au danger extérieur, à l'effroi, et qu'il ne se contenterait pas uniquement de fuir ce qui lui fait peur,

⁴²² Haag, M. (2002). *À propos et à partir de l'œuvre et de la personne d'Ester Bick Volume I : la méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille*. Paris : Autoédition, 442 p.

⁴²³ Haag, G., *op. cit.*, 2006.

⁴²⁴ Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, (4), p. 558-566.

mais aussi de fuir vers celle qui le protège. Les conduites d'agrippement seraient ainsi un appel de protection⁴²⁵. Et en effet, plus l'angoisse de Paulette était élevée, plus son agrippement à mon égard était fort. Il m'a fallu insister, serrer plus fort ses mains pour qu'elle sente ma présence rassurante et se décide à me lâcher, montrant là encore une difficulté à ressentir son corps. Ces conduites d'agrippement renvoient peut-être aussi à ce qu'Aulagnier suggère quant à la fusion mère/enfant, à savoir que les choses se passaient d'une telle façon qu'il semblait y avoir une psyché pour deux, un corps pour deux. Ces conduites sont ainsi peut-être à entendre comme si le sujet dément m'utilisait comme un prolongement de lui-même, les limites du moi et du non-moi, du dedans et du dehors n'étant plus correctement établies. J'en viens aux mêmes conclusions sur le comportement d'agrippement de Dolorès, que ce soit à mes cheveux, où à mes mains. Leur demande de protection est grande dans un contexte d'omniprésence de la réalité, ne laissant plus de place à un signal prévoyant le déplaisir, donc plus de signal de danger, aboutissant à un surinvestissement de la réalité et à une angoisse (effroi ?⁴²⁶) constant.

Il est intéressant de souligner ainsi la manière dont l'intériorisation de l'enveloppe, et le sentiment d'enveloppe, se déploient et se construisent à partir de ce que Haag décrit comme des « boucles de retour⁴²⁷ ». Il s'agit de ces moments où le bébé plonge dans l'objet, dans une « élation symbiotique » (en général il plonge dans les yeux, dans le regard, dans la tête), puis se sépare en emportant un peu de substance commune, un peu de l'enveloppe commune qui, dans le lien symbiotique, le relie à l'objet. L'individuation se produit à partir d'une phase de symbiose. Ces boucles de retour construisent une circularité, une peau issue du dédoublement de la peau symbiotique. J'évoquais, lors de l'étude de mon contre-transfert, la « symbiose thérapeutique » que j'avais remarquée au sujet de Paulette, mais qui peut tout à fait s'appliquer aux trois résidentes. Si je suis pratiquement certaine qu'une phase de symbiose se soit produite avec Paulette et Dolorès, en revanche, je suis toute aussi certaine qu'elle n'a pas eu lieu avec Marguerite, entre

⁴²⁵ Hermann, I. (2007). Imre Hermann et la théorie du cramponnement. *Le Coq-héron*, 188, (1), 200 p.

⁴²⁶ Voilà plusieurs années que je me demande si dans la MAA, nous n'aurions pas affaire à des effrois systématiques, puisque sans signal de danger, le psychisme ne peut se préparer au danger donc ne peut transformer l'effroi en angoisse. Je ne parviens pas à trancher sur cette question.

⁴²⁷ Haag, G., *op. cit.*, 1991 ; (1998). Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants autistes et psychotiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 30, p. 47-62.

autre, selon moi, par l'absence de regard qui est pourtant l'une des bases principales du lien avec les sujets atteints de MAA.

La constitution de l'enveloppe – ou plutôt les effets de la constitution d'une enveloppe – s'observent à travers la manière dont l'enfant construit ce que Haag appelle des « représentations de contenance », qui sont des projections spatiales de la circularité du self. On peut par exemple observer un bébé s'intéresser et explorer longuement les bords, les bordures : le bord d'une table, le contour d'un trou à l'intérieur d'un objet. On peut voir l'enfant investir la circularité : les objets, les formes circulaires, les mouvements circulaires (les roulades, etc.). La constitution aboutie de la circularité permet par exemple à l'enfant de dessiner un cercle fermé (ce qui est très tardif, puisque l'enfant peut rarement réaliser cette figure avant trois ans). Lorsque cette circularité – qui est une projection de la circularité du self, du sentiment de fermeture du self – échoue à se constituer, l'enfant reste agrippé à des formes, à des mouvements en deçà de la circularité, et qui sont des mouvements rythmiques, d'oscillation rythmique, ou bien des mouvements tourbillonnaires (comme dans l'autisme). Ma clinique aura là aussi montré de nombreux exemples à ce sujet : les mouvements circulaires de la jambe de Paulette, la mèche qu'elle enroulait très souvent autour de son index, tout ceci étant en rythme avec la répétition palilalique. Même constat chez Dolorès qui tend ses bras vers moi lorsqu'elle verbalise ses « bon..... » et « bi... » oscillants, le tout également sur le même rythme. Enfin, Marguerite a également témoigné de ces mouvements d'oscillation rythmique lorsque balançait ses jambes d'avant en arrière.

En somme, ce qui frappe chez le sujet dément est l'angoisse envahissante que les sujets ressentent comme une menace d'anéantissement et de perte de cohésion d'un moi fragile. Ce n'est pas une angoisse de castration qui serait localisée et signifiante, mais une angoisse plus globale dont Freud a pu dire qu'elle était comme le prototype des angoisses ultérieures. Nous retrouvons une fixation à l'oralité primitive où dominant prendre et rejeter, fixation qui empêche toute évolution libidinale.

Si la sensorialité vient toujours suppléer au défaut de représentation, dans un contexte d'involution vers un niveau originare des processus psychiques, tout se passe comme si les signifiants prenaient appui dans le corps. L'archaïque se manifeste dans le

corps ; les sensations corporelles servent à mobiliser l'énergie psychique pour renforcer le pare-excitation visant à délimiter les espaces psychiques. Dans la MAA, l'activité du corps concomitante à celle de la palilalie va venir soutenir ce que le mot est désormais incapable de transmettre. L'ensemble de l'activité du sujet dément palilalique permettrait alors de combler un vide de pensée, un peu comme une boulimie de sons face à une anorexie de la pensée.

Chapitre 3 : les modalités d'un transfert et d'un contre-transfert originaires

Ce n'est pas tant la palilalie qui s'avère être problématique, mais bien ce qu'elle peut générer au sein de l'institution. Le problème majeur réside dans le fait que cette répétition incoercible et incessante peut être une source d'angoisse pour les autres résidents, à l'image de Paulette ayant reçu des coups par une autre résidente lorsqu'elle déambulait et manifestait la palilalie, et déclenchait chez eux aussi, des troubles du comportement. L'enjeu est alors de prendre en compte cette conséquence possible de la palilalie sans pour autant avoir l'objectif de faire taire le sujet, puisque nous avons vu tout au long de notre développement qu'elle avait une, voire des fonctions bien particulières pour le sujet atteint de démence.

Dans la partie précédente, j'ai développé l'hypothèse d'un dévoilement des processus archaïques survenant dans le contexte d'une rencontre destructrice avec le réel si un tiers n'intervient pas ; dans ce cas, un retour à l'*Hilflosigkeit* peut s'observer, « avec vécus de mort psychique renforcés ou désamorcés selon le type de réponse de l'objet primaire et de ceux qui en tiennent transférentiellement la place.⁴²⁸ » Le corps vient alors suppléer la répétition interminable de syllabes et/ou de sons, pour lutter contre la défaillance du dit. Réciproquement, les restes verbaux évitent l'envahissement somatique. À partir de ces éléments, comment penser un transfert et un contre-transfert originaires ?

⁴²⁸ Talpin, JM., *op. cit.*, 2013, p. 84.

Pour Aulagnier, le plus important à pointer dans le transfert est ce qui ne s'y répète pas, c'est de voir ce que ce nouvel espace inaugure de nouveaux moments de rencontre avec l'Autre, où le sujet pourra justement connaître ce qu'il n'a pas connu enfant avec sa mère ; le transfert est donc une sorte de renouveau.

Les rencontres avec les sujets déments, ces « patients aux limites de l'analysable⁴²⁹ », dont la palilalie se présenterait comme un signifiant archaïque, me permettent de penser un « transfert originaire », moins en termes d'échange de paroles que d'échange d'affects, où j'ai tenté de répondre à un affect pénible (marqué, dans la palilalie, par un rythme de répétition rapide) par un affect plus agréable (rythme plus lent). Ce transfert originaire se trouve précédé par le contre-transfert, ce dernier devenant la base nécessaire pour supporter les sujets. Il s'agit bien là de la « tolérance primaire⁴³⁰ » sans laquelle le transfert ne pourra s'établir.

Dans ce contexte, l'organisation transférentielle doit tenir compte d'un élargissement de la notion de transfert, notamment en incluant le corps, qui devra être transféré dans le langage. Je l'ai longuement développé dans l'axe précédent, le corps devient l'une des sources et l'un des enjeux de la relation. Puisque le « coyo », le « ala bala » et le « bi... » sont insuffisants pour transmettre quelque chose, leur corps prend le relai ; et avant de pouvoir le reprendre dans la verbalisation, la première étape a bien été d'accepter, en miroir, de faire dialoguer mon corps avec le leur, par un toucher, une caresse, une expression du visage, une mimique, etc., donc d'inclure du perceptif dans le disposition. Les sensations et les perceptions sont dans un rapport qui signe le lien entre le somatique et le psychique, entre Les pulsions et les représentations mentales. Quand Les pulsions sont re-présentées à la perception du patient – dans le sens de redonnées – elles peuvent être introjectées et transformées en représentations qu'il peut retrouver de l'intérieur. D'après Ferenczi, l'introjection touche au corps, au moi corporel qui l'éprouve et dont il ressent les stimulations⁴³¹. Dès lors, comme le postule Roussillon, le dispositif

⁴²⁹ Mc Dougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 222 p.

⁴³⁰ Rosé, D. (1997). *L'endurance primaire. De la clinique psychosomatique de l'excitation à la théorie de la clinique psychanalytique de l'excès*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fil rouge », 400 p.

⁴³¹ Ferenczi, S. (1928). Élasticité de la technique psychanalytique. *Psychanalyse* 4. Paris : Payot, 1982, p 55-65.

(le cadre analysant) doit pouvoir modifier le mode de fonctionnement psychique du patient de telle façon que l'inflexion transférentielle⁴³² qu'il contribue à structurer soit analysable à l'aide de la technique psychanalytique. Aulagnier reprend quant à elle la notion de l'exigence de figurabilité nécessaire dans l'interprétation du clinicien pour redynamiser une fixation à une représentation de chose. Pour elle, les figurations typiques de l'originaire de la psyché, première étape dans la symbolisation, représentent l'enjeu d'une lutte pour la survie psychique.

C'est ainsi qu'il est ensuite envisageable d'accompagner et de contenir l'involution survenant dans les stades avancés de la MAA. Le sujet atteint de démence est dans une dépendance absolue à l'objet, d'où un défaut d'individuation qui vient entraver la symbolisation du système représentatif, et d'où le besoin d'un pare-excitation (à l'image du nourrisson nécessitant un objet secourable). Ce n'est autre que le clinicien qui a cette fonction pare-excitante de l'excitation que le corps du patient provoque. En re-présentant au sujet son excitation pare-excitée, il soutient un retournement de la pulsion et renforce encore le pare-excitation qui était défaillant⁴³³. C'est ainsi qu'il m'a fallu prendre en compte une activité pulsionnelle insuffisamment liée et intégrée au moi, moi désorganisé par les attaques pulsionnelles et menacé dans sa cohérence. J'ajoute également l'intolérance à la frustration, qui est selon moi l'une des causes de l'agir du sujet dément.

Avec sa théorisation sur la « dépression du vide⁴³⁴ », Artières explique cet état d'immobilisation psychique qui survient quand, chez un sujet, la libido n'est plus étayée par des représentations et le plonge dans un état de souffrance sans précédent. Deux seules issues sont possibles pour sortir de cet état de souffrance : la mort, ou le délire. La solution dépressive empêche désormais les processus d'introjection, processus qui, en temps normal, permettent la reconnaissance de l'autre comme séparé de soi. Artières observe deux éléments majeurs ressortant de la cure avec ces patients qui ne communiquent pas par la parole. Le premier est que ce qui s'exprime du côté du patient est essentiellement

⁴³² Roussillon, R. (2005). La conversation psychanalytique : un divan en latence. *Revue française de Psychanalyse*, 69, (2), p. 365-381.

⁴³³ Dechaud-Ferbus, M. (2011) *Cet autre divan. Psychanalyse de la mémoire du corps*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fil rouge », 312 p.

⁴³⁴ Artières, M. (1979). Silence, discours inhibé, discours anecdotique. *Topique*, 23, Paris, Epi, p. 103-118 ; (1982) La dépression du vide. *Topique, Travail de deuil, travail du clinicien*, 30, Paris, Epi, p. 43-54.

de l'ordre de l'affect, affect qui ne peut être relié à aucune élaboration fantasmatique. Nous sommes pleinement dans ce j'ai décrit avec les sujets atteints de MAA à un stade sévère. D'après lui, la psyché de ces patients est saturée d'affects qui renvoient au conflit Pulsionnel originaire entre *Eros* et *Thanatos*, entre fusion ou néantisation, où les mots qu'ils emploient ont valeur de choses corporelles. Un écho ici à Aulagnier et « l'image de la chose corporelle » que constitue le pictogramme. Cette saturation de la psyché par des affects est utilisée pour le maintien de la vie psychique ; ce qui la neutralise, c'est la dépendance à un objet extérieur.

Artières insiste sur la nécessaire prise en compte de la réalité du clinicien par le patient pour faire « contre-poids à la massivité du transfert.⁴³⁵ » Il s'est en effet aperçu que ces patients accordent généralement beaucoup d'importance non seulement à l'analyste mais aussi au cadre. L'analyste doit devenir une terre d'accueil de ces affects originaires, de ce qui n'a jamais été pris par le système symbolique mais uniquement ressenti ou agi. En accord avec la définition du transfert d'Aulagnier, Artières dira qu'il s'agit bien, dans ces cures, de permettre aux patients de vivre quelque chose de nouveau. Les interprétations du clinicien visent alors à faire reconnaître au patient son propre espace psychique différencié, à l'intérieur d'un espace, celui du clinicien, qui le contient et le protège.

Mc Dougall s'est également intéressée à cette « communication primitive », relative à l'époque où la relation mère-*Infans*, où l'inconscient maternel constituait la première réalité pour l'enfant et son appareil à penser, où l'*Infans* n'avait que la capacité d'intercepter l'affect pour « réagir au vécu affectif de la mère.⁴³⁶ » Selon elle, dans ce contexte de communication primitive des patients, la parole ne sert pas à communiquer, mais à faire éprouver quelque chose à l'analyste, parole sans lien avec le refoulé, parole tellement chargée d'affect ancré dans le corps qu'elle en effrite la pensée... Elle en vient à proposer une description du transfert originaire, « fondamental » pour reprendre ses termes, où le patient traite l'analyste comme une partie de lui-même, comme si, là encore, la frontière moi - non moi n'était plus établie, « tout en craignant parallèlement une fusion mortifère. » L'analyste se trouve affecté par des signes qu'il doit interpréter : « Bien que

⁴³⁵ *Ibid.*, Artières, M., 1979 et 1982.

⁴³⁶ McDougall, J., *op.cit.*, 1978.

l'analogie ne saurait être poussée très loin, l'analyste est placé dans la situation de la mère qui devient capable d'écouter les cris et les signaux de détresse de son enfant et de les traduire en langage, prenant ainsi le rôle de son « appareil à penser. »⁴³⁷ » Ce que propose ici McDougall se rapproche de la rêverie maternelle⁴³⁸ proposée par Bion, caractérisant la façon qu'a la mère-objet de recevoir les messages du corps de l'*Infans* et de les « rêver », c'est-à-dire de les passer au filtre de son propre psychisme inconscient pour ensuite les renvoyer métabolisés mentalement par la même voie corporelle. Ce mode de communication potentialise les ressources de l'*Infans*, contribuant au déploiement de ses propres capacités de symbolisation.

Prêter son appareil à penser au sujet dément pour pallier ses difficultés de représentations semble ainsi l'un des enjeux de la relation transféro-contre-transférentielle. L'accompagnement langagier reste l'outil privilégié, notamment par la mise en sens qui soutient le procès de la symbolisation. Les actings peuvent devenir les supports d'une symbolisation primaire, pour autant que l'analyste contribue à ce processus au travers du contre-transfert symbolisant. Si l'analyste parvient à survivre (Winnicott), l'exercice de la position contre-transférentielle peut initier le processus de symbolisation. Pour cela, comme je disais dans l'axe précédent, il faut non seulement voir l'agir vocal et corporel comme un message, mais aussi accepter d'être agi en incarnant le rôle de « médium malléable.⁴³⁹ ». En somme, accepter que l'agir du sujet dément nous amène à ré-agir inconsciemment. L'acte appelle l'acte, impliquant l'analyste dans un réseau interactif, dialogue infraverbal d'un registre désymbolisé inconscient.

L'« amour de contre-transfert⁴⁴⁰ » parfois extrême a pu entraîner, notamment au début des rencontres, un débordement de mes capacités de contenance (crise d'asthme lors de la déambulation avec Paulette), ayant provoqué des contre-attitudes (départ précipité et donc augmentation de l'angoisse de Paulette).

⁴³⁷ *Ibid.*, McDougall, J., 1978, p. 136.

⁴³⁸ Bion, WR, *op. cit.*, 1983.

⁴³⁹ Roussillon, R. (2001). L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'Autre*, 2, (2), p. 241-254.

⁴⁴⁰ Il s'agit de la capacité de rêver de l'analysant qui permet d'inscrire dans la rencontre la reconnaissance de l'altérité et la référence à l'organisation œdipienne dans son apport organisateur du fonctionnement psychique. Dans : Godfrind-Haber, J. & Haber, M. (2005). L'amour de contre-transfert. *Topique*, 90, (1), p. 43-56.

Par le travail relationnel et l'implication contre-transférentielle du clinicien va se mettre en place une « aire transitionnelle ». C'est une co-crédation, une aire de jeu qui met l'accent sur la relation comme condition de la possibilité de « création subjective.⁴⁴¹ »

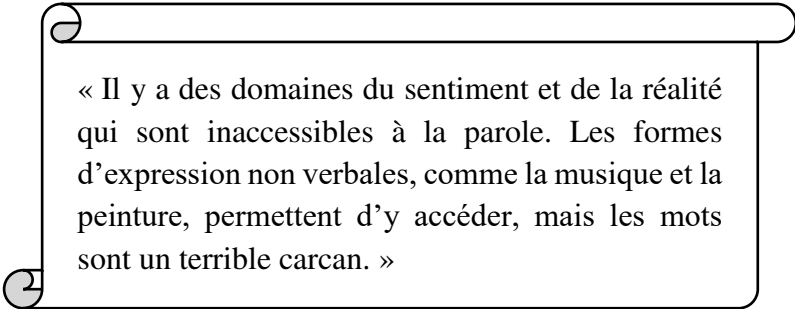
⁴⁴¹ Duparc, F. (2001). Les trois temps du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 65, (3), p. 711-730.

CINQUIÈME AXE : MALADIE D'ALZHEIMER ET
THÉRAPIE PAR LA MUSIQUE : LE *CHANT* DE TOUS LES
POSSIBLES ?



Le vieux guitariste aveugle, peinture à l'huile, Pablo Picasso, 1903⁴⁴²

⁴⁴² <https://www.amesauvage.com/blog/vieux-guitariste-aveugle-de-picasso-n380>



« Il y a des domaines du sentiment et de la réalité qui sont inaccessibles à la parole. Les formes d'expression non verbales, comme la musique et la peinture, permettent d'y accéder, mais les mots sont un terrible carcan. »

Stanley Kubrick⁴⁴³

Si l'axe précédent a été l'occasion de mettre au travail l'hypothèse d'une involution vers un niveau originaire de représentations, et de souligner l'importance qu'un Autre puisse freiner l'ébullition pulsionnelle dans un contexte où le corps est débordé par l'affect, cet axe va être l'occasion d'étudier la cinquième hypothèse. Je la rappelle ici.

Entre un corps débordé par les affects et un discours submergé par les affects, la voix tenterait de venir rétablir l'équilibre. Telle est notre cinquième hypothèse. Les effets positifs de la « répétition de la répétition » étant extrêmement éphémères, il semble alors judicieux de mettre en place avec ces sujets une méthode de soin par la médiation. Cette dernière pourrait alors être envisagée sous deux angles possibles. D'une part, elle pourrait constituer un contenant de l'angoisse. D'autre part, elle pourrait faire représentation en lieu de la trace : un travail sur l'affect devrait alors aider à retrouver quelque chose du représentant. Le sujet atteint de démence retrouverait ainsi, le temps de la médiation, une « représentation perceptive de la trace ». Puisque nous effectuons un travail de fond en comble sur la question du rythme, nous suggérons la mise en place d'une thérapie par la musique. Cette dernière, et plus particulièrement le chant, devraient avoir des effets sur l'angoisse du sujet atteint de démence à un stade sévère, souffrant de palilalie, et peut-être permettre de trouver une harmonie entre le rythme du sujet et le rythme musical afin de tempérer la violence des affects.

⁴⁴³ Interview de Stanley Kubrick concernant son film *L'Odyssée de l'espace*. Il prononce cette phrase lorsqu'il évoque son désir de faire du cinéma muet. En ligne : <http://www.dvdclassik.com/critique/2001-l-odysee-de-l-espace-kubrick>

Chapitre 1 : processus de création et médiation

1. 1. Quelle place pour la création quand le réel se dé(sen)chaîne ?

Dans le champ de la démence, et particulièrement avec la répétition palilalique, le nœud borroméen est mis à mal : entre un réel dé(sen)chaîné et une fonction symbolique inopérante, l'imaginaire est impacté. Les sujets déments, présentant des troubles de la parole comme la palilalie, ont un registre symbolique totalement désorganisé, mais, au contraire du délirant, ne trouvent pas refuge dans l'imaginaire, complètement altéré suite à un défaut de représentations.

Le réel échappe à la symbolisation. Cet indicible, cet impossible, non pris en charge par la chaîne signifiante, est cependant de manière constante au sein du dit mais il est voilé par le langage. Une rencontre avec le réel chamboule la réalité ; je n'ai de plus grand exemple que le sujet dément qui a affaire à un réel virulent, celui de la maladie d'Alzheimer, qui s'impose au plus profond de son être et de son quotidien.

Je l'évoquais au début de ce travail, la notion de « sinthome » est intéressante dans ce champ de recherche car elle suppose un potentiel de changement. Le sinthome ne contribue pas au re-nouage de ce nœud borroméen dénoué mais à un nouveau nouage via une création personnelle qui va alors permettre d'avoir accès à ce qui était jusque-là voilé par la représentation et les mots. Ce nouveau nouage peut être l'occasion de relancer des capacités élaboratives où symbolique et réel retrouvent leur équilibre. En outre, « il est possible que des traces de l'ancien (symptôme) puissent être transformées en une création qui fera son sens pour la première fois et que, plutôt que d'être interprétées par le symbolique, elles transformeront le symbolique par ce qui n'avait jamais été, jusqu'à présent, connu de l'Autre ou connu du Je.⁴⁴⁴ » Cela rejoint notre idée de dévoilement des processus archaïques que la palilalie et ses manifestations corporelles nous amènent à

⁴⁴⁴ Ettinger, BL. (2002). Weaving a trans-subjective tress or the matrixial sinthome. Dans : Thurston, L. (2002). *ReInventing the Symptom*. New York : The Other Press, p. 107. Cité dans : Vinot, F. & Vivès, JM. (2014). *Les médiations thérapeutiques par l'art : le réel en jeu*. Paris : Erès, coll. « Poche – Psychanalyse », p. 123.

déchiffrer, processus présents depuis toujours mais jusque-là voilés par des processus plus élaborés.

Lorsque le réel échappe à la représentation par le symbolique, ce qui est précisément le cas ici, les moyens non verbaux permettent un accès à cette réalité. Que ce soit par le toucher, par le regard ou même le son, nous avons là « des opportunités de dénouage ou de démêlage du sens à partir du signifiant, mais ils fournissent également un accès au registre du réel et à la possibilité, pour quelque chose qui échappe à la symbolisation, d'être exprimé.⁴⁴⁵ » Pour le sujet dément présentant une palilalie, ce langage non verbal est doublement précieux puisque, si, pour tout un chacun, le réel n'est pas symbolisable mais qu'il est possible de l'approcher (entre autres) grâce aux mots, le sujet dément, lui, doit trouver une autre alternative puisque le mot manque.

Si j'ai longuement insisté sur le fait que l'acte de dire devenait plus important que le dit lui-même, je le reporte ici au sujet de la création : ce qui va être significatif, c'est bien l'acte de produire lui-même, bien plus que le résultat de la création.

1. 2. Processus de création : l'intérêt de la médiation

1. 2. 1. Définitions et conceptions de la médiation et de la création

La médiation est, entre autre, préconisée en cas de difficultés d'élaboration ; elle est alors incontournable dans cette recherche sur l'altération des processus psychiques du sujet atteint de MAA à un stade sévère.

Le concept de médiation trouve son origine chez Winnicott, avec ses notions d'« espace transitionnel », « d'objet transitionnel », d'« aire transitionnelle », d'« espace potentiel », ou encore de « phénomènes transitionnels ». L'idée de Winnicott est de mettre

⁴⁴⁵ Himes, M. Un verbal à la seconde puissance. Une rencontre entre Lacan et la thérapie des arts d'expression. Dans : Vinot, F. & Vivès, JM., *op. cit.*, 2014, p. 95-126.

en avant la nécessaire création⁴⁴⁶ intermédiaire entre la mère et l'enfant où des phénomènes psychiques pourront se développer. Cet espace transitionnel est aussi l'espace clinique en ce sens qu'il s'agit d'un lien spécifique dans lequel le clinicien et le patient seraient co-impliqués, où le transfert pourrait se développer. La médiation est le moyen le plus efficace pour créer du lien potentiellement transférentiel.

La notion d'objet transitionnel permet d'expliquer la diversité des objets du désir. Winnicott le définit comme : tout ce que l'enfant crée, s'invente pendant cette période de transition entre le principe de plaisir (la satisfaction avec le sein maternel) et l'acceptation de la réalité (la frustration). C'est donc un intermédiaire pour accepter la frustration de l'absence de la mère. Cet objet créé par l'enfant n'est ni une hallucination ni un objet réel. C'est le manque de l'objet qui amène à créer. L'enfant a besoin d'un appui pour créer. La notion de transitionnalité recouvre cette capacité de l'enfant à reconnaître un objet non-moi, à le placer au-dehors, au-dedans ou à la limite du dehors et du dedans. C'est aussi la capacité qu'a l'enfant de créer, d'imaginer, d'inventer, de concevoir un objet et d'instituer avec lui une relation de type affectueux. Il y a un paradoxe : ce n'est pas tant à l'objet qu'à son utilisation que l'enfant a recours ; paradoxe de l'objet trouvé/créé.

L'aire transitionnelle est cette aire entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu. C'est une aire intermédiaire d'expérience dont la non mise en place fait de l'absence de la mère un vide, une rupture dans la continuité de l'enfant, véritable agonie primitive nous dit Winnicott. Ce traumatisme non élaboré sera réactualisé lors des expériences de pertes ultérieures. Les états-limites, face au vide, à l'absence de l'objet, voient leur fonction de contenance – le penser/fantasmer – défaillir. « ... la crainte de l'effondrement est liée à l'expérience antérieure de l'individu devant l'inconstance de son environnement.⁴⁴⁷ ». Ce débordement du pare-excitation résulte de l'inconsistance de l'espace transitionnel et donc de l'incapacité de nier l'idée d'espace et de séparation.

⁴⁴⁶ La création propose quelque chose de radicalement nouveau, en amont, devant le réel. Dans la création, l'incrée est central, essentiel, constitue le nécessaire. Créer est structurant et source d'ordre pour le créateur. À l'inverse, la créativité s'appuie sur des choses connues, utilise un code familier, touche l'anecdotique, le périphérique, l'aléatoire, le désordre, le non-relié, la créativité est le simple talent en quelques sortes. La création propose quant à elle quelque chose de radicalement nouveau, en amont, devant le réel. Dans la création l'incrée est central, essentiel, constitue le nécessaire. Créer est structurant et source d'ordre pour le créateur.

⁴⁴⁷ Winnicott, DW., *op. cit.*, 2000.

Paradoxalement - paradoxe qu'il ne faut pourtant pas chercher à résoudre -, l'espace psychique potentiel est aussi le lieu où s'entretient la distinction entre le monde interne et la réalité extérieure. Cette aire transitionnelle, espace où le Je peut advenir mais où le moi n'est plus soutenu, implique que le moi-auxiliaire de la mère pendant la période de dépendance absolue ait pu être maintenu et intériorisé grâce à une douce transition entre le dehors et le dedans, entre la présence et l'absence : « L'espace potentiel ne se constitue qu'en relation avec un sentiment de confiance de la part du bébé, à savoir une confiance supposant qu'il peut s'en remettre à la figure maternelle ou aux éléments du milieu environnant, cette confiance témoignant de ce que la fiabilité est en train d'être introjectée.⁴⁴⁸ »

De son côté, Lecourt décrit les objets médiateurs⁴⁴⁹ comme tout ce qui, dans la situation thérapeutique, objets concrets animés ou non, se définit comme tel non parce qu'il a été institué comme facilitateur de communication ou de projection, mais par son utilisation en intermédiaire entre soi et soi (le soi d'un processus jamais identique à lui-même), entre soi et l'autre, entre soi et la réalité extérieure, entre soi et l'objet de la relation d'objet.

Cet objet médiateur c'est ce qui se trouve au milieu, entre le patient et le clinicien, il fait office de tiers qui va favoriser le maintien d'une relation. Chouvier parle lui de médium symbolique : « Les médiateurs retenus : musique, peinture, écriture, ont une valeur paradigmatique, sont porteurs de facteurs de différenciation qui vont au-delà de leur propre limitation et que l'on peut retrouver dans nombre d'actes médiateurs plus spécialisés. Leur hétérogénéité est relativement grande et leur impact est aussi relativement fort, dès qu'on essaie de les saisir dans leur émergence, dans l'apparition de leurs traces premières.⁴⁵⁰ » Les médiations par l'art permettent au patient de retourner à quelque chose qui se rapproche d'un archaïque perdu, qui ramène à des traces mnésiques

⁴⁴⁸ Winnicott, DW. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1983, p. 169-186.

⁴⁴⁹ Lecourt, E. (1995). L'objet médiateur en psychothérapie. Dans : Privat, P. et Sacco, F. (1995). *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique*. Ramonville Sainte Agne : Érès, p. 121-135.

⁴⁵⁰ Chouvier, B. (ouvrage collectif) (2002). *Les processus psychiques de la médiation : créativité, champ thérapeutique et psychanalyse*. Paris : Dunod, 2012, p. 26.

oubliées. L'archaïque englobe toutes les sensations de l'*Infans* qui sont essentiellement liées au corps.

Chouvier développe, aussi, l'idée que les fonctions médiatrices de l'objet permettent de mobiliser la créativité individuellement ou en groupe, ce qui revient à engager l'ensemble des instances psychiques... En effet, « Le soin psychique, sous une forme ou sous une autre, passe par l'élaboration langagière des vécus et des ressentis. Pour toutes ces raisons, il est préférable de parler de l'utilisation des médiations artistiques dans un cadre thérapeutique ou de pratiques artistiques dans un cadre thérapeutique ou de pratiques artistiques au sein d'une institution de soins, chacune des formules mettant l'accent sur des objectifs différents.⁴⁵¹ » Mettre en sens ce que le patient peut ressentir, c'est ce que vise la médiation. Même si la médiation n'est pas une expression du sujet dans sa nature, elle peut le devenir quand le sujet accède à une mise en mots de certains de ces affects, lorsque cela devient pensable, subjectivable, par l'intermédiaire du langage. Tout outil peut être médiateur s'il facilite la rencontre avec l'Autre et s'il permet au sujet d'investir la relation avec le thérapeute. Il n'existe pas d'outil médiatisant en soi, c'est dans la relation que l'outil devient ou ne devient pas médiatique. L'atelier à médiation artistique se différencie de l'activité artistique dans le sens où le premier met l'accent sur un travail thérapeutique qui s'élabore, autant que faire se peut autour de l'élaboration des ressentis qui peuvent être parlés, pensés et analysés par le patient lui-même.

Kaës, dans le même ouvrage, se questionne sur la place que prend la médiation⁴⁵². Il explique que l'objet ne peut prendre la nature de médiateur que dans un processus de médiation, en dehors de ça, il devient un objet quelconque pouvant être utilisé sans visée thérapeutique. Cette médiation devient un lien qui transforme conjointement et corrélativement l'espace intra-psychique et inter-subjectif, elle ne peut cependant pas exister sans la présence des deux protagonistes de la scène thérapeutique le soignant-le soigné, l'analyste-l'analysant. La médiation implique une représentation de l'origine à une scène des origines, elle dit quelque chose de ce qui relie un ensemble de sujet à un

⁴⁵¹ *Ibid*, Chouvier, 2012, p. 30.

⁴⁵² Kaës, R. (2002). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. Dans : Chouvier, B., *op. cit.*, 2012.

principe ou à un espace originaire dans lequel se pose nécessairement la place du sujet. Tout travail thérapeutique permet de faire émerger ce qu'il y a de plus primaire et d'archaïque. Avec l'appui de la médiation il est possible de faire ressurgir l'origine des troubles psychiques.

La médiation peut s'inscrire dans une problématique des limites. Elle parvient dans sa nature même à signifier qu'il y a forcément de l'un et de l'autre. Il y a un locuteur et un récepteur. En effet si le sujet est seul, le média ne peut pas faire médiation, puisqu'elle signifie un entre-deux, elle s'interpose. Les médiations permettent de rétablir un lien entre ce qui a trait au pulsionnel et ce qui ouvre la voie vers l'échange de parole, et l'échange symbolique.

Les médiations permettent aux sujets de se confronter à ce qui touche aux sensations, les sensations ne peuvent pas être rationalisées. Elles touchent aux corps, elles poussent au ressenti de ce qui peut être intériorisé et/ou extériorisé, tout en laissant le sujet face au réel ; à la difficulté de lâcher prise et de faire émerger l'inconscient. C'est en cela que « La manipulation de l'objet peut réveiller des angoisses de destruction des objets internes au contact de l'objet réel, elle peut mettre dangereusement en question les limites entre le dedans et le dehors, entre moi et l'autre... ⁴⁵³»

Les médiations artistiques poussent encore plus loin en ce qui concerne les limites dans le sens où elle pousse à la symbolisation à partir du moment où il y a un accès à l'archaïque. Elles permettent d'aller chercher dans les ressources imaginaires pour aller vers un processus de création qui laisse libre cours aux pensées inconscientes.

La médiation est déjà là dans la dimension de la relation que l'on crée et que l'on entretient avec le sujet. À partir du moment où une relation se crée, l'espace entre les deux protagonistes devient ce vide tiers, ce lieu où la médiation existe même si elle est impalpable. Dans la clinique du sujet dément, elle pourrait peut-être même contribuer à repousser le désir de fusion du sujet dément. À cet égard, Gordon, conçoit la créativité comme émergeant de la capacité de l'individu à tolérer, accepter et « faire lien » avec la

⁴⁵³ Chouvier, B., *op. cit.*, 2012, p. 16.

pulsion de mort⁴⁵⁴. Pour elle, il y a un niveau ou un domaine dans la psyché où les expériences de fusion et de totalité prédominent. Il y a de plus dans la psyché une tendance à revenir à ce niveau de fusion. Cette tendance est la pulsion de mort. C'est une fonction du soi. Parallèlement à cela, il y a une pulsion de vie qui réside dans le moi et qui cherche la dé-fusion, l'état d'être séparé, l'identité et la réussite. La créativité dépend de la capacité d'un individu à se rendre disponible à une libre oscillation entre la pulsion de vie et la pulsion de mort, la fusion et la dé-fusion, la différenciation et la dé-différenciation. Cela requiert la capacité à opérer à des niveaux différents de fonctionnement psychique, incluant en particulier la fusion des limites et l'identification projective, ainsi que la capacité à jouer et à régresser.

Les traces, *mnésis*, éprouvés sensori-moteur, souvenirs du corps⁴⁵⁵ se retrouvent à l'œuvre dans la création. Voici encore un point qui explique les raisons pour lesquelles je développe cette partie sur la création, puisque j'ai passé de nombreuses pages à vous décrire les manifestations corporelles qui accompagnent la palilalie de Paulette, Dolorès et Marguerite. En effet, le travail thérapeutique à l'aide de médiations s'effectue à partir de la mise en jeu du registre sensori-moteur, c'est-à-dire à partir de l'implication du corps et de la sensorialité. L'exploitation des médiations artistiques à des fins thérapeutiques engage donc dans la voie d'expériences sensori-affectivo-motrices et sert de support à la reviviscence de vécus corporels qui n'ont pas été symbolisés. D'autre part, le recours à la médiation thérapeutique ne saurait se concevoir sans passage par la verbalisation, c'est-à-dire sans travail à partir des associations du patient sur ses productions et sans mise en mots du clinicien. À ce sujet, Anzieu décrit les cinq phases du travail de la création, et propose de penser l'articulation entre le corps du créateur et le corps de l'œuvre⁴⁵⁶. Le « saisissement créateur » inaugure le processus créateur, comme une « transe corporelle », à partir de laquelle l'auteur prend conscience de représentants psychiques inconscients, de l'ordre de la sensation, de l'affect ou de l'image motrice, en lien avec une réalité somato-psychique.

⁴⁵⁴ Gordon, R. (1978). *Dying and Creating : A Search for Meaning*. Londres : Karnac Books, 2000, 200 p.

⁴⁵⁵ Ledoux, M. (1992). *Corps et création*. Paris : Les belles lettres, coll. « Confluents psychanalytiques 1992, 2016 p.

⁴⁵⁶ Anzieu, D. (1981). *Le corps de l'œuvre*, Paris : Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 384 p.

En fonction des caractéristiques (tactiles, visuelles, sonores, etc.) qui lui sont propres, les médiums n'impliquent pas le même travail de la sensorialité. Brun met en évidence que si un repérage des différentes qualités sensorielles propres à chaque médium peut être effectué, il semble préférable de se demander quelles composantes sensori-perceptivo-motrices de l'objet médiateur l'enfant ou le patient a ou va utiliser, et à quel moment du processus thérapeutique. Il s'agit plutôt d'observer la mise en jeu de la sensori-motricité du groupe de patients dans leur rapport au médium malléable, « pour pouvoir ensuite s'interroger sur ce qui a pu être symbolisé, grâce à telle ou telle qualité symboligène propre à la matérialité de l'objet médiateur.⁴⁵⁷ » Il s'avère, en réalité, que la fonctionnalité du médiateur (ou médium) est différente selon les sujets et surtout selon la façon dont ils sont aux prises avec des distorsions dans leur propre croissance psychique et leur propre processus de symbolisation.

Créer, c'est aussi pouvoir lâcher prise, relâcher ou abandonner les défenses mises en place, ce qui nécessite un environnement suffisamment sécurisant afin de soutenir le créateur, de l'étayer. L'autre a alors une place très importante : « Le créateur a souvent besoin, en effet, qu'un autre-sujet assiste et l'assiste dans sa création, il a besoin d'un sujet d'arrière-fond, d'un « objet environnement.⁴⁵⁸ » Nous allons d'ailleurs voir à quel point la présence de cet autre, incarnant potentiellement l'Autre, va être décisive pour accompagner le sujet dément palilalique.

1. 2. 2. Maladie d'Alzheimer et processus de création

Les artistes et ce que la création artistique, ce qu'il y a de création dans le processus créateur des artistes, et surtout ceux qui sont possédés par le besoin de créer⁴⁵⁹ (Roussillon), nous apprennent combien le besoin de créer est essentiel au fonctionnement psychique. En créant les conditions d'une création matérialisée, visible, palpable, ils nous

⁴⁵⁷ Brun, A. (2007). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris : Dunod, p. 45.

⁴⁵⁸ Brun, A., Talpin, JM (sous la direction de) (2007). *Cliniques de la création*. Bruxelles : De Boeck, coll. « Oxalis », p. 11.

⁴⁵⁹ Roussillon, R. (2012). Le besoin de créer et la pensée de D.W. Winnicott. Dans : Braconnier, A et Golse, B. (2012). *Winnicott et la création humaine*. Toulouse : Erès, p. 285-301.

permettent de construire les conditions d'une approche et d'une exploration possible du besoin fondamental de créer de ces processus et de ses sources archaïques et extrêmes.

Dans le champ clinique que je propose, l'idée est bien de trouver un lieu et une forme où l'archaïque puisse trouver matière à se mettre en forme et à s'accomplir, trouver une matière qui rappelle suffisamment les conditions de l'expérience première pour que le transfert de celle-ci soit envisageable, mais se montre suffisamment malléable néanmoins pour qu'une nouvelle issue puisse trouver une voie d'accomplissement. Il est également question de trouver un contenant à l'angoisse du sujet dément, souvent envahissante et anéantissante pour lui.

Mais, dans ce contexte de maladie d'Alzheimer où nous assistons à une perte progressive et insidieuse des fonctions cognitives, le processus de création est-il encore possible ? La réponse est oui. D'une part, car il y a certes une perte, une « destruction » de certaines capacités, mais il y a surtout le dévoilement d'autres dont le sujet n'avait jusqu'alors pas conscience. Cela suppose par contre la présence du clinicien pour soutenir cette capacité à créer, ici via la musique et le chant, nous le verrons dans le chapitre suivant.

Dans son article « De la sensualité de confortation à la sensualité de confrontation⁴⁶⁰ », Raufast lie les travaux d'Aulagnier sur le pictogramme et la question de la sensualité, pour en arriver à l'hypothèse d'une transgression nécessaire des processus secondaires dans le but de relancer le désir et la créativité psychique. Il reprend, pour illustrer son propos, les travaux de Jean-Michel Vivès sur l'acteur « hors sujet »⁴⁶¹ qui vont être, pour nous aussi, pertinents. Les conclusions en sont que l'acteur se doit d'atteindre un état particulier s'il veut attraper quelque chose du désir du spectateur : « un rapport spécifique au corps et à l'environnement qui ne passe pas par les processus primaires et secondaires. » Raufast utilisera une vignette clinique allant dans le même sens, où un chanteur, Boris, précise « que pour atteindre le processus de création

⁴⁶⁰ Raufast, L. (2010). De la sensualité de confortation à la sensualité de confrontation. *Oxymoron*, 0, numéro inaugural. En ligne : <http://revel.unice.fr/oxymoron/index.html?id=3094>.

⁴⁶¹ Vives, JM. (1997). Sur le théâtre de marionnettes, ou pour une théorie de l'acteur "hors sujet". Dans : Jung, M. (sous la direction de) (1997). *Lire Kleist aujourd'hui* (Actes du colloque franco-allemand de Montpellier, 20-22 novembre 1996), Montpellier : Maison de Heidelberg, p. 88-107.

artistique, il doit mettre entre parenthèse son activité de représentation pour prendre contact avec une dimension avant tout corporelle. Il ne faut pas qu'il pense à ce qu'il doit faire. Il doit « surfer » sur le mouvement de la musique. » Dès lors, nous comprenons la nécessité de « faire taire » les processus psychiques primaires et secondaires pour retrouver une dimension originaire au plus proche du (res)sentir, de l'éprouvé corporel, et « ouvrant sur la justesse de la création artistique.

À partir de là, il est admis de dire que l'hypothèse sur l'involution du système de représentation du sujet atteint de MAA à un stade sévère ne va pas à l'encontre du processus de création. À titre d'exemple, Riley et coll.⁴⁶² ont étudié l'expression émotionnelle à travers la musique, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Un système tactile facile d'utilisation destiné aux personnes âgées Alzheimer fut ainsi mis en place, leur permettant de composer une musique propre. Ce système proposait différentes variations musicales de tempo, de mode, de tessiture, de volume. L'objectif était de prouver que la créativité était maintenue malgré la maladie. Les résultats vont dans ce sens, mais soulignent que l'expression d'une émotion est le facteur déterminant le choix des paramètres musicaux utilisés par les participants. Ainsi, les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, souvent incapables d'exprimer par des mots les émotions ressenties, ont saisi l'opportunité de l'utilisation des paramètres musicaux pour exprimer leurs émotions.

Le thème de la musique revient souvent lorsque l'on parle des méthodes non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer. C'est pourquoi j'ai proposé l'utilisation d'une médiation par la musique, à la fois comme contenant de l'angoisse et peut-être comme soutien dans la recherche du représentant, permettant de retrouver ce que j'ai appelé une « représentation perceptive de la trace ». Dans ce sens, Reik dit d'ailleurs que ce dont parle la musique, c'est avant tout de ce qui nous agite en profondeur (émotions, sensations, rêveries...) et qui nous permet de remonter jusqu'à la source de nos désirs et de nos répulsions. Selon lui, le langage de la musique est un « esperanto d'émotions plus que d'idées. Elle n'émerge pas du flux de la pensée consciente mais bien plutôt du courant

⁴⁶² Riley, P., Alm, N. & Newell, A. (2009). An interactive tool to promote musical creativity in people with dementia. *Computers in Human Behavior*, 25, (3), p. 599-608.

de la préconscience.⁴⁶³ » Peut-être pouvons-nous espérer trouver une harmonie entre le rythme du sujet et le rythme musical afin de tempérer la violence des affects. Dans ce sens, la médiation par la musique ferait fonction de pare-excitation à la psyché du sujet atteint de démence, il sera ce « holding » dont parle Winnicott, une « mère-environnement » qui rassure, protège et répond aux besoins constitutifs du moi.

Chapitre 2 : L'intérêt de la thérapie par la musique dans la maladie d'Alzheimer

Constituant ce qu'il y a de plus primitif, la musique nous apparaît comme étant une médiation particulièrement intéressante. La musique a valeur d'espace contenant, elle permet un pont entre intérieur et extérieur, entre imaginaire et réel. Elle permet d'accéder à un stade préverbal. Il y a un rapport à la jouissance qui permet de pouvoir sortir des lois du symbolique et de retrouver une certaine sensorialité.

Différents éléments cliniques ont mis l'accent sur l'intérêt de la musique accompagnée par la voix humaine (non enregistrée) et sur l'écoute musicale. En voici quelques rappels.

Chez Paulette, je ne note pas d'effet sur la palilalie et les mouvements qui l'accompagnent lorsque je passe de la musique classique (Canon in D, Air de Bach) ou de la musique africaine (avec et sans paroles). En revanche, une note continue et courte permet de stopper la palilalie pendant cinq minutes, et mieux encore, une note continue et longue de la faire cesser pendant au moins quinze minutes. Par ailleurs, une chanson à la mélodie calme et douce arrête la palilalie, sous condition de regard. Enfin, la mise en mélodie des syllabes ou sons répétés par Paulette amène à ce que la palilalie cesse.

Chez Dolorès, l'écoute musicale du *Canon in D* n'a pas entraîné de modification quelconque de son comportement. Par contre, le fait que j'ajoute mon fredonnement sur la musique a entraîné (de manière surprenante) à ce que Dolorès verbalise « c'est une

⁴⁶³ Reik, T. (1984). *Écrits sur la musique*. Paris : Belles lettres, coll. « Confluents psychanalytiques », p. 41.

belle chose ». Lors de l'Air de Bach, même sans que je fredonne, Dolorès prononce un « j'ai...mis » lors duquel je constate une agitation de tout le corps dans le but de s'approcher au plus près de moi. Dolorès sert alors fortement ma main. Lorsque je fredonne ce même morceau, Dolorès me demande « une bise » et ajoute « je veux que tu m'... », puis « fais-moi plaisir » et enfin « donne-moi....encore ».

Enfin, chez Marguerite, l'écoute de la musique classique en groupe (*Canon in D, Air de Bach*) la rend plus calme, entraînant alors un arrêt de la palilalie et des mouvements du corps. Lorsque j'arrête la musique, ceux-ci reprennent immédiatement. Je tente, comme avec Paulette, de répéter les syllabes de Marguerite, ici le « ala bala » ; c'est l'unique fois où Marguerite accepte que nous nous regardions, et surtout, la palilalie cesse. Enfin, j'essaie de passer de la musique un peu plus rythmée accompagnée de paroles (Gilbert Montagné a un succès fou en EHPAD⁴⁶⁴ !), la palilalie et les mouvements des jambes cessent alors de nouveau.

2. 1. Qu'entend-on par « thérapie par la musique » ?

Bien qu'il soit désormais habituel d'entendre parler de musicothérapie, ce terme me semble inadapté ici pour la simple et bonne raison que je ne suis pas musicothérapeute, mais une clinicienne qui se sert de la musique. C'est pourquoi je parlerai plus volontiers de « médiation musicale ».

Lecourt définit la musicothérapie comme « une forme de psychothérapie ou de rééducation, d'aide psychomusicale, selon les cadres considérés, qui utilise le son et la musique – sous toutes leurs formes - comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. Elle est pratiquée en groupe comme individuellement, avec des enfants comme avec des adultes.⁴⁶⁵ »

⁴⁶⁴ Depuis 5 années maintenant que j'exerce, j'ai notamment constaté un succès fou des chansons « On va s'aimer » et « Les Sunlights des Tropiques » !

⁴⁶⁵ Lecourt, E. (2010). *La musicothérapie*, Paris : éditions Eyrolles, troisième tirage, 2011, p. 8.

Le but est de créer un espace d'expression, de communication au travers de plusieurs médiateurs : des instruments de musique, la voix, des sons ou des musiques enregistrés, le corps... La musique et les sons sont une source de plaisir, ils sont source d'activation de plusieurs sens. Ces stimulations peuvent amener le patient à retrouver des souvenirs, des sensations, grâce à ce que l'on appelle la mémoire émotionnelle, la mémoire qui associe à un stimulus sensoriel à une sensation, une émotion, un sentiment. Et cette mémoire, contrairement à la mémoire épisodique, sémantique, et même dans les derniers moments de la maladie procédurale, semblerait ne jamais disparaître.

Deux types de musicothérapie sont généralement définis, la musicothérapie active et la musicothérapie passive. La musicothérapie active comprend le chant ou encore l'utilisation d'instruments de musique, elle permet une communication instrumentale, donc non verbale. Nous en comprenons alors l'intérêt dans la MAA à un stade sévère lorsque le sujet ne dispose plus d'une lexicologie. Elle est généralement utilisée dans le cadre d'improvisations musicales. La musicothérapie passive se base sur l'écoute musicale, où les musiques les plus adaptées pour le patient auront été définies au préalable par le musicothérapeute et le clinicien.

La musicothérapie s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire. Elle est pratiquée pour et avec le sujet atteint de démence, elle n'a de sens que si elle s'inclue dans un projet de vie⁴⁶⁶ conçu par une équipe soignante, dont les membres se complètent. Cette médiation est bien à entrevoir comme un soin, au sens fort du terme, comme une indication thérapeutique visant à apaiser le sujet en souffrance.

⁴⁶⁶ Le projet de vie individualisé vise à la citoyenneté et à la respectabilité du sujet âgé. Les objectifs principaux vont être de préserver et maintenir l'autonomie de la personne âgée dépendante ou non, afin de pouvoir lui assurer une qualité de vie en prenant en compte ses besoins socioculturels. Toute personne travaillant en EHPAD est concernée par la mise en place de ce projet. Il s'agit d'une démarche participative et collective. Le projet de vie comprend le recueil de données à l'entrée du résident, ses besoins et envies, son projet d'animation en fonction de son état de dépendance. Dans les cas de démence de type Alzheimer, la présence des familles pour la rédaction de ce projet est primordiale puisque le sujet atteint de démence a des troubles mnésiques et de la parole. Il lui est donc difficile, voire impossible, de verbaliser ce dont il a besoin, ce qu'il aime faire... Ce projet va être un travail d'équipe pluri professionnelle, élaboré avec le résident et ses proches et évoluant au cours du temps en fonction de l'état physique et psychologique du résident.

2. 2. Pourquoi opter pour la médiation par la musique ?

2. 2. 1. Apports neurologiques et psychosociaux

L'évolution des techniques de neuro-imagerie de ces vingt dernières années permettent aujourd'hui d'affirmer que le cerveau musical⁴⁶⁷ existe, visiblement avant même la survenue du langage et qu'il persiste bien après lui. Le cerveau âgé, présentant une maladie d'Alzheimer, garde des possibilités adaptatives et une certaine plasticité cérébrale, certes diminuées, mais que la musique pourrait alimenter.

Outre le fait de transmettre tous deux des informations et des émotions, langage et musique ont en commun un tas de composants, parmi lesquels la mélodie (prosodie), le timbre, le rythme (articulation, syllabes, phrases), syntaxe, sens... Le « musicolangage » est la notion proposée par Rousseau⁴⁶⁸ pour désigner l'origine commune du langage et de la musique. Brown reprend cette thèse trois siècles plus tard⁴⁶⁹, proposant dans un premier temps un système de vocalisations dont la hauteur serait en rapport avec les émotions, chacune ayant potentiellement un sens (à l'image des signaux d'alerte des singes). Ceci implique la création d'un système tonal basé sur des tons de niveau (niveaux de hauteur discrets)⁴⁷⁰. Dans un deuxième temps, de petites phrases expressives parviendraient à être générées grâce à la combinaison des sons du lexique ; il s'agit là du musicolangage universel qui va, par la suite, avoir deux destins différents : soit il aboutit à la musique avec sa mélodie et son rythme (connectée aux structures anciennes et robustes du cerveau émotionnel), soit au langage et aux langues (cortex). Bien que les deux destins soient différenciés, il n'en reste pas moins que le timbre de la voix, le rythme et la prosodie du discours, en somme, le non verbal, reste prédominant dans le langage. Et d'ailleurs, dans le champ qui nous intéresse ici, celui de la maladie d'Alzheimer, c'est d'abord le langage qui se désagrège, laissant alors une possibilité à ce non verbal, à la musique, de revenir sur le devant de la scène.

⁴⁶⁷ Lemarquis, P. (2013). *Sérénade pour un cerveau musicien*. Paris : Odile Jacob poche, 224 p.

⁴⁶⁸ Rousseau, JJ. (1781). Sur l'origine des langues. *Œuvres* - tome IV. Paris : Belin, p. 501-543.

⁴⁶⁹ Brown, S. (2001). The "Musilanguage" Mode of Music Evolution. In *The Origin of Music*. Lennart Wallin, N. et Merker, B. Cambridge : The MIT Press

⁴⁷⁰ En ligne : <http://neuroarts.org/pdf/musilanguage.pdf>

La neurobiologiste Françoise Schenk⁴⁷¹ souligne, pour sa part, que « les défaillances de la mémoire qui accompagnent le vieillissement doivent être replacées dans le contexte plus général de la transformation des stratégies adaptatives au cours de la vie ». La possibilité de réactiver les traces d'une émotion vécue, par exemple par la musique, peut limiter les effets du déclin de la mémoire explicite, en particulier épisodique, et faire réapparaître des stratégies comportementales anciennes. Les SCPD seraient-ils alors des stratégies adaptatives dans la MA ?

Lemarquis (2013) amène l'idée que l'émotionnel influe beaucoup sur les éléments à retenir ; plus encore, les émotions plus élaborées pourraient contrebalancer la décrépitude de la mémoire épisodique et améliorer le processus attentionnel. La musique serait alors un bon moyen d'observer des performances mnésiques inattendues chez la personne âgée, là aussi grâce à des stimulations émotionnelles intenses. Lemarquis parle alors d'effet Lazare pour décrire cette façon de faire afin d'attirer l'attention du sujet, de l'émouvoir, dans l'objectif de ramener à la vie des souvenirs endormis.

Dans son passionnant ouvrage *Musicophilia*⁴⁷², Sacks affirme que, même dans la démence à un stade très avancé, la réaction à la musique est inchangée. Selon lui, dans le cas des déments, parce que les systèmes du perceptif, du sensoriel et de l'affect sont au premier plan, mais aussi parce que la mémoire musicale a survécu, l'objectif de la musicothérapie est de faire émerger des souvenirs par le biais de stimulations touchant aux émotions, aux aptitudes cognitives, aux pensées... Une musique convenablement sélectionnée est susceptible de leur apporter beaucoup plus, en termes d'orientation et d'ancrage, que la plupart des autres thérapies. Le plus souvent, la musicothérapie pour les déments consiste à leur faire entendre de vieilles chansons dont les tonalités, les contenus et les charges émotionnelles spécifiques rappellent des souvenirs personnels et provoquent des réactions individuelles qui incitent à participer à l'activité musicale ; même si ces souvenirs et ces réactions sont plus difficiles à susciter à mesure que la démence s'approfondit, certains survivent presque toujours – les souvenirs moteurs et les

⁴⁷¹ Schenk F., Preissman D. Les ressources adaptatives : l'épreuve du vieillissement. Dans : Schenk F, Leuba G, Büla C. *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer. Autour de la notion de plasticité*. Paris : De Boeck, collection Neurosciences et cognition, 2013, 416 pages.

⁴⁷² Sacks, O. (2007). *Musicophilia. La musique, le cerveau et nous*. Paris : Seuil, coll. « La couleur des idées », 2009, 480 p.

réactions motrices dont la danse s'accompagne. La perception de la musique et les émotions qu'elle peut faire surgir ne dépendant pas de la mémoire uniquement, et la musique n'a pas besoin d'être familière pour avoir un impact émotionnel. La démence n'exclut pas la profondeur émotionnelle, les déments restent capables d'éprouver toute la gamme des sentiments qui émeuvent.

Sacks et Lemarquis s'accordent pour dire que la musicothérapie familière agit comme une sorte de mémoire proustienne, les morceaux écoutés constituant autant d'indices pour partir à la recherche du temps perdu : elle permet d'accéder à nouveau à des états d'âme et des souvenirs, des pensées et des mondes qui auraient pu sembler perdus à jamais. Les visages redeviennent expressifs sitôt que les airs d'antan sont reconnus et que les émotions ressurgissent : une ou deux personnes se mettent à chanter, d'autres les imitent, puis tous les spectateurs finissent par chanter ensemble de leur mieux. Une personne atteinte de maladie d'Alzheimer est encore capable de solliciter sa mémoire musicale, de fredonner un air connu, de retrouver quelques paroles d'une chanson ancienne, voire en apprendre de nouvelles alors même qu'elle a perdu la parole. Cela confirme bien ce que je disais ci-avant concernant le fait que la médiation puisse réactiver ce que j'ai appelé « la Représentation perceptive de la trace ».

2. 2. 2. Revue de littérature

Les recherches concernant l'utilisation de la musique pour prendre en charge les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer sont nombreuses.

L'étude des effets de la musique sur le cerveau et la plasticité neuronale indique que la pratique ou l'écoute musicale sont à l'origine de remaniements anatomiques cérébraux⁴⁷³ et peuvent être appropriés pour limiter l'atrophie corticale et le déclin cognitif lié à l'âge⁴⁷⁴.

⁴⁷³ Platel, H. (2014). Effets de la musique sur le cerveau : de la neuroimagerie à la clinique. *European Psychiatry*, 29, (8, Supplément), p. 666-667.

⁴⁷⁴ Fauvel, B., Groussard, M., Desgranges, B. & Platel, H. (2012). Pratique musicale et plasticité cérébrale : l'expertise musicale permet-elle de se préserver du vieillissement neurocognitif ? *Revue de neuropsychologie* 2, (4), p. 131-137.

De manière générale, la musicothérapie entrainerait, chez le sujet dément, une baisse significative des SCPD spécifiques, c'est-à-dire les idées délirantes, l'agitation, l'anxiété, l'apathie, l'irritabilité, les comportements moteurs aberrants et les troubles du sommeil⁴⁷⁵. Les troubles dépressifs se verraient eux aussi amoindris⁴⁷⁶. Dans son rapport de Mai 2009, la HAS recommande l'écoute de la musique en vue d'apaiser les comportements d'agitation⁴⁷⁷. Cette dernière est souvent considérée comme relative à des sentiments de désespoir, de frustration, d'ennui ou de solitude⁴⁷⁸ ; la musicothérapie aurait le pouvoir de rediriger ces sentiments⁴⁷⁹ et de modifier l'environnement immédiat pour le rendre calme et structuré, empêchant ainsi les stimuli dérangeants et donc l'agitation⁴⁸⁰. Pour certains, auteurs, l'efficacité de la musicothérapie pour lutter contre l'agitation du sujet dément ne serait pas universelle et constituerait ainsi plutôt un complément aux traitements médicamenteux⁴⁸¹.

⁴⁷⁵ Ledger, AJ & Baker, FA. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging & Mental Health*, 11, (3), p. 330–338 ; Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, MC., et al. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22, (2), p. 158-162 ; Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, AR., et al. (2012). Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations of the Italian. *Psychogeriatric Association*, 72, (4), p. 305-310 ; Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., & Granieri, E. (2013). Listening to music and active music therapy in behavioral disturbances in dementia: a crossover study. *Journal of the American Geriatric Society*, 61, p. 645–647 ; Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25, p. 775–784 ; Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, MC., et al. (2015). Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, (8), p. 1534-1539 ; Raglio, A.; Fonte, C.; Reani, P.; Varalta, V.; Bellandi, D.; et al.. Active music therapy for persons with dementia and their family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, (9), p. 1085-1087.

⁴⁷⁶ Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., González-López-Arza, MV, Rodríguez-Domínguez, MT., Prieto-Tato, M. (2013). Benefits of music therapy as therapy no pharmacology and rehabilitation moderate dementia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48, (5), p. 238-242 ; Tomomi, U., Yoshimi, S., Mai, S., Shin-Ichi, I. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, p. 628– 641 ; Raglio, A.; Fonte, C.; Reani, P.; Varalta, V.; Bellandi, D.; et al., *op. cit.*, 2016.

⁴⁷⁷ Haute Autorité de Santé, *op. cit.*, 2009, p. 11.

⁴⁷⁸ Cohen-Mansfield, J., & Martin, LS. (1999). Assessment of agitation in older adults. Lichtenberg, PA. (1999). *Handbook of assessment in clinical gerontology*. New York : John Wiley & Sons, p.297-331.

⁴⁷⁹ Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, p. 170–182.

⁴⁸⁰ Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*, 51, p. 317–323.

⁴⁸¹ Gerdner, LA. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12, (1), p. 49-65 ; Shiltz, DL., Lineweaver, TT., Brimmer, T., Cairns, AC., Halcomb, DS., Juett, J., Beer, L., Hay, DP. and Plewes, J. (2018). An Alternative or Adjunct to Psychotropic Medications for the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 31, (1), p. 17–30.

La musicothérapie aurait, par ailleurs, montré ses bénéfices sur l'attention⁴⁸², sur la qualité de vie⁴⁸³, sur le maintien des capacités verbales⁴⁸⁴ et sur les capacités cognitives, bien que les mécanismes sous-jacents ne soient pas encore bien maîtrisés⁴⁸⁵. Elle faciliterait l'expression, la communication et la relation non verbale, permettant ainsi aux sujets déments d'établir un contact, de s'exprimer, voire de réguler les émotions⁴⁸⁶.

L'un des buts de l'écoute musicale serait de provoquer l'effet de réminiscence, c'est-à-dire de travailler sur la capacité des personnes âgées à se souvenir de certaines informations autobiographiques liées à de fortes émotions lors de l'écoute de la musique, notamment de la musique écoutée de la fin de l'adolescence au début de la vingtaine⁴⁸⁷. Plus spécifiquement, la musique « préférée », « familière » pourrait apaiser les tensions et l'anxiété des sujets déments à un stade modéré à sévère⁴⁸⁸, baisser leur agitation⁴⁸⁹, mais aussi augmenter leur énergie⁴⁹⁰. La musique entraînante permettrait quant à elle au

⁴⁸² Baker, F. (2002). The effects of live, taped and no music on people experiencing posttraumatic amnesia. *Journal of Music Therapy*, 38, p. 82–104 ; Ridder, HM. (2003). Singing dialogue : Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design. Unpublished doctoral thesis, Aalborg University, Denmark.

⁴⁸³ Ruud, E. (1998). Music, health, and quality of life. In *Music therapy: Improvisation, communication and culture. Gilsum*. Netherlands : Barcelona pubs, p. 49–67 ; Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., & Granieri, E., *op. cit.*, 2013 ; Sakamoto et al., *op. cit.*, 2013 ; Eggert, J., Dye, C.J., Vincent, E., Parker, V., Daily, S.B., Pham, H., Watson, A.T., Summey, H., & Roy, T. (2015). Effects of viewing a preferred nature image and hearing preferred music on engagement, agitation, and mental status in persons with dementia. *SAGE Open Medicine*, 31, 2050312115602579.

⁴⁸⁴ Ledger, A.J. & Baker, F.A., *op. cit.*, 2007.

⁴⁸⁵ Baird, A., Samson, S., Miller, L., Chalmers, K. (2017). Does music training facilitate the mnemonic effect of song? An exploration of musicians and nonmusicians with and without Alzheimer's dementia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39, (1), p. 9-21.

⁴⁸⁶ Raglio, A., Gianelli, M.V. (2009). Music therapy for individuals with dementia: Areas of interventions and research perspectives. *Current Alzheimer Research*, 6, (3), p. 293-301 ; Sakamoto et al., *op. cit.*, 2013.

⁴⁸⁷ Krumhansl, C.L. & Zupnick, J.A. (2013). Cascading reminiscence bumps in popular music. *Psychological Science*, 24, p. 2057–2068.

⁴⁸⁸ Gerdner, L.A., *op. cit.*, 2000 ; Baker, F., *op. cit.*, 2002 ; Ridder, H.M., *op. cit.*, 2003 ; Hirokawa, H. (2004). Effects of music listening and relaxation instructions on arousal changes and the working memory task in older adults. *Journal of Music Therapy*, 41, p. 107–127 ; Sung, H.C., Chang, A.M., Lee, W.L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, (7-8), p. 1056-1064 ; Shiltz, D.L., Lineweaver, T.T., Brimmer, T., Cairns, A.C., Halcomb, D.S., Juett, J., Beer, L., Hay, D.P. and Plewes, J., *op. cit.*, 2018.

⁴⁸⁹ Sung, H.C. & Chang A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviors in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, p. 1133–1140 ; Sung, H.C., Lee, W.L., Li, T., Watson, R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, (6), p. 621-627 ; Raglio, A. et al., *op. cit.*, 2013 ; Vink, A., Van Bruggen-Rufi, M. (2016). Chapter XVI. The effect of music therapy for people with dementia. Dans : Riby, L. (2016). *Handbook of gerontology research methods : Understanding successful ageing*. New York : Routledge/Taylor & Francis Group, p. 205-222 ; Shiltz, D.L., Lineweaver, T.T., Brimmer, T., Cairns, A.C., Halcomb, D.S., Juett, J., Beer, L., Hay, D.P. and Plewes, J., *op. cit.*, 2018.

⁴⁹⁰ Hirokawa, H., *op. cit.*, 2004.

sujet dément de transmettre ses émotions et ses sentiments, entraînant ainsi une meilleure adaptation à l'environnement social. Ainsi, la musicothérapie favoriserait un sentiment d'identité renouvelé pouvant stimuler le fonctionnement cognitif général⁴⁹¹. La musique à tempo lent aiderait, pour sa part, à leur apporter du repos.

De surcroît, la musique aurait montré ses effets bénéfiques lors des soins d'hygiène, au cours desquels ont pu être observé des affects positifs plus nombreux ainsi qu'une diminution des comportements agressifs comparativement à un soin de toilette sans musique⁴⁹². Lors des repas, le fait de jouer de la musique apaisante aurait permis de baisser significativement l'agitation⁴⁹³. Grâce à une meilleure maîtrise des comportements perturbateurs, la qualité de vie de ces deux acteurs institutionnels s'améliorerait et leur engagement dans la relation serait plus grand⁴⁹⁴. Cependant, il faut préciser qu'encore beaucoup de membres du personnel soignant manquent de formation pour mettre sereinement en place des programmes d'activités quotidiennes autour de la musique pour les sujets atteints de démence⁴⁹⁵.

Pour terminer, l'utilisation de la musique sur les sujets déments a permis aux aidants familiaux d'être moins anxieux, moins dépressifs et de moins ressentir leur proche comme un fardeau⁴⁹⁶. Cette approche par la musique, agissant positivement sur les SCPD, a été perçue par les aidants comme un soutien important dans la gestion des troubles et comme une relance de la communication, baissant ainsi leur niveau de frustration et de culpabilité lorsqu'ils se trouvent face à leur proche⁴⁹⁷.

⁴⁹¹ Owens, M. (2014). Remembering through music : Music therapy and dementia. *Age in Action*, 29, p. 1-5.

⁴⁹² Götell, E., Brown, S. & Ekman, SL. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (4), p. 422-430 ; Sung, HC., Chang, AM., Lee, WL., *op. cit.*, 2010 ; Eggert, J., Dye, CJ., Vincent, E., Parker, V., Daily, SB., Pham, H., Watson, AT., Summey, H., & Roy, T., *op. cit.*, 2015.

⁴⁹³ Ho, SY., Lai, HL., Jeng, SY., Tang, CW., Sung, HC et al. (2011). The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, (6), p. 49-55.

⁴⁹⁴ Eggert, J., Dye, CJ., Vincent, E., Parker, V., Daily, SB., Pham, H., Watson, AT., Summey, H., & Roy, T., *op. cit.*, 2015.

⁴⁹⁵ Sung, HC., Lee, WL., Chang, SM., Smith, GD. (2011). Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 20, (11-12), p. 1776-1783.

⁴⁹⁶ Raglio, A.; Fonte, C.; Reani, P.; Varalta, V.; Bellandi, D.; et al., *op. cit.*, 2016.

⁴⁹⁷ *Ibid.*, Raglio, A.; Fonte, C.; Reani, P.; Varalta, V.; Bellandi, D.; et al., 2016.

La musique semble ainsi avoir de nombreuses vertus que je vous propose désormais d'explorer dans la clinique.

2. 3. Les enjeux de l'écoute musicale sans parole chez Dolorès et Marguerite

Dans son article « L'écoute musicale comme méditation⁴⁹⁸ », Rosolato distingue trois types d'écoute : technique, évocative et hypnosique.

L'écoute technique comporte l'apparente contradiction entre un plaisir de la retrouvaille avec une musique déjà connue et l'attente de plaisirs toujours renouvelés par l'inventivité du compositeur. L'identification d'une œuvre déjà entendue, de sa forme et de ses thèmes comporte aussi la compréhension de ce qui permet de l'inclure dans un style, celui de l'auteur ou d'une époque. L'œuvre alors prend sa place dans un contexte et son écoute devient plus éclairée et d'un charme plus précieux que ses qualités s'avèrent être avec ses évidences propres et incomparables.

Dans *l'écoute évocative*, on jouit de réminiscences, qu'il s'agisse d'atmosphère, d'idées ou de faits ayant laissé leur trace de bonheur et de souffrance. L'auditeur est comme plongé dans une rêverie liée à des souvenirs intimes et, plus spécifiquement, à des pulsions qui provoquent en lui tensions et détentes, plaisirs et déplaisirs, intériorisation ou extériorisation de ses émotions. Ce type d'écoute rejoindrait alors des éléments de ma cinquième hypothèse, selon lesquels je propose que la musique puisse faire représentation en lieu de la trace : un travail sur l'affect devrait alors aider à retrouver quelque chose du représentant.

Enfin, *l'écoute hypnosique* renverrait, dans une « absence de penser », à la fusion mère-enfant : l'activité mentale est suspendue pour mieux atteindre un état extatique, voire orgasmique, où elle converge vers l'union, entre l'amour et la mort.

⁴⁹⁸ Rosolato, G. (1982). L'écoute musicale comme méditation. Dans : Caïn, J. & A. et al. (ouvrage collectif). *Psychoanalyse et musique*. Paris : Les belles lettres, coll. « Confluents psychanalytiques », p. 139-151.

Le modèle de Rosolato apparaît intéressant ici comme grille de lecture des éléments cliniques que je relate. En effet, Dolorès semble avoir eu accès à cette *écoute hypnotique* : à une seule reprise, l'écoute musicale (en individuel) de l'Air de Bach a permis une relance symbolique puisqu'elle lui a permis de verbaliser « j'ai...mis » (je me rends compte qu'il pourrait s'écrire « gémis »). De plus, ceci survient dans un contexte d'agitation corporelle soudaine où Dolorès cherche à se rapprocher au plus près de moi, et me serre la main beaucoup plus fort ; il n'est alors pas impossible que l'*écoute évocative* ait également eu lieu, réveillant alors l'affect lié à un souvenir dont le représentant n'est plus, d'où ce bouillonnement pulsionnel. Loin des syllabes habituelles qu'elle prononçait de manière incessante (bi....., bon.....), je restais ébahie par ce que j'entendais car j'avoue que je ne soupçonnais absolument pas qu'elle puisse verbaliser d'autres choses.

C'est surtout chez Marguerite que les effets ont été les plus surprenants, systématiquement, en groupe. J'ai en effet pu constater que lors de l'écoute musicale de la musique classique, la palilalie et les mouvements du corps cessaient (balancement de jambe, le fait de se gratter le visage...). À l'arrêt de la musique, ces comportements reprenaient instantanément. Je ne peux l'affirmer, mais Marguerite avait peut-être à ce moment une *écoute évocative*, qui lui permit alors, tout en fermant les yeux, de se laisser aller à quelques souvenirs, aussi vastes soient-ils. L'enjeu de cet atelier thérapeutique en groupe est également à considérer. Si pour Paulette, être en groupe accentuait les troubles du comportement (verbaux et sensori-moteurs), les effets sur Marguerite sont tout à fait inverses.

2. 4. L'expérience du groupe chez Marguerite

Le terme « groupe » vient de l'italien *gruppo* qui signifie « nœud ». Il suppose le regroupement de différents sujets présentant chacun leurs particularités mentales. En outre, la racine étymologique germanique du terme « groupe » est *kruppa*, qui veut dire « masse arrondie⁴⁹⁹ », suggérant l'idée d'un englobement.

⁴⁹⁹ Dahan, N. (2012). Un aspect de la dynamique des groupes. *Enfances & Psy*, 54, (1), p. 137-146.

Dans son article « Psychologie des foules et analyse du moi⁵⁰⁰ » ainsi que dans son ouvrage *Le malaise dans la civilisation*⁵⁰¹, Freud propose d'appliquer au groupe ses théories concernant les processus psychiques individuels.

L'un des intérêts du dispositif groupal est de dessiner au psychisme et au corps une limitation aux effets maternels et contenant. Il est ainsi en lui-même un élément thérapeutique, au sens où l'enveloppe groupale favoriserait une différenciation protectrice entre sa réalité intérieure et sa réalité extérieure. Cela rejoint les conceptions d'Anzieu qui conçoit le groupe comme une enveloppe contenant et vivante, de la même manière que la peau soutient le corps et que le moi borde le psychisme⁵⁰². C'est une enveloppe à double face, l'une étant dirigée vers le dehors et l'autre vers dedans. L'enveloppe groupale a un rôle de protection et de filtre par rapport aux dangers provenant de ces deux espaces, à la manière du dispositif de pare-excitation. À ce sujet, selon Mornet, le groupe « permet un va-et-vient (dialectique) entre soi et les autres, et entre la réalité externe et la réalité interne. Il a un effet de liaison entre les éléments de soi non liés, figés ou répétitifs.⁵⁰³ » Dès lors, la distinction moi et non/moi vient laisser émerger une partie inattendue du moi.

Cette enveloppe contenant vient border le champ psychique, telle qu'Oury⁵⁰⁴ l'a envisagée au sein de ses « clubs thérapeutiques ». Le groupe serait vecteur de la délimitation des entours d'un Moi-corps, qui dès lors retrouverait sa surface d'inscription. Pour Oury, l'enjeu serait de former de l'ensemble et du collectif, là où le sujet a perdu toute notion d'espace et n'habite ni le lieu environnant, ni même son corps. Le groupe est donc en charge de délimiter à nouveau des espaces au sein d'un cadre qui n'existe plus. Il vient faire trace. Et dès que le sujet réintègre une unité d'espace et de temps, le corps se fédère.

⁵⁰⁰ Freud, S. (1921). Psychologie des foules et analyse du moi. *Essais de Psychanalyse*, op. cit., 1981, p. 129-242.

⁵⁰¹ Freud, S. (1930). *Le malaise dans la civilisation*. Paris : Points, coll. « Points essai », 2010, 192 p.

⁵⁰² Anzieu, D., op. cit., 1985.

⁵⁰³ Mornet, J. (2007). Psychothérapie de groupe et psychose. *Vie sociale et traitements*, 95, p. 30-39.

⁵⁰⁴ Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. *Vie sociale et traitements*, 95, p. 110-125.

Chapitre 3 : la palilalie : un auto-agrippement par la voix ?

La voix du latin « vox-vocis » c'est la faculté de produire des sons par la vibration des cordes vocales, sous la pression de l'air expiré. En grec, « phone », c'est-à-dire le son, englobe la voix, le cri, le bruit, la parole, le langage. Dans un travail thérapeutique où la voix devient l'outil principal qui révèle l'inconscient, il est essentiel de laisser la place à cette voix, comme le médiateur qui aide à transmettre les messages de l'inconscient. Le sujet vient de « sub-jacere » : sub (dessous), jacere (jeter, placer) : placer dessous. Dans son sens originel le sujet signifie une personne « soumise à.. ».

C'est davantage le son du mot que le mot seul qui résonne en chacun de nous lorsque nous donnons de la voix. L'inconscient travaille le mot comme une matière, mais en avant de travailler le mot il travaille le son pour le rapprocher au plus près du sujet, au plus près de son intériorité, de sa vérité.

Dans certains cas, comme dans la clinique avec certains sujets déments, la voix sans mot devient l'unique langage pour s'adresser à l'autre. Danon-Boileau⁵⁰⁵ explique que le langage peut s'arrêter au son, à la voix seule. C'est par et avec l'appareil du langage que l'analyse est reliée aux Représentations de mots et de choses. Le langage n'est pas lié uniquement aux mots, il devient un outil utile à l'expression du sujet. Le sonore, la voix, deviennent donc les premiers matériaux pour amener le travail thérapeutique. Le sonore dévoile les mots, révèle ce qui se cache derrière les mots choisis ou dits inconsciemment par les sujets.

La voix tout au long de la vie se met en place, se modifie, en fonction du corps qui grandit, mûrit, suivant l'environnement dans lequel vit le sujet, et son équilibre psychique. Elle favorise le partage mais pas forcément l'échange, elle n'implique pas obligatoirement une réponse verbale. La voix de celui qui émet des sons raconte, elle-même, une histoire sur le sujet, et pour livrer quelque chose de cette histoire, les affects viennent se noyer dans la voix pour ne faire qu'un. Il semble que le fait de donner de la

⁵⁰⁵ Danon-Boileau, L. (2007). La force du langage. *Revue française de psychanalyse*, 71, (5), p. 1341-1409.

voix soit un premier message, en dehors des mots. Il y a un plaisir à sortir sa voix sans un échange précis qui se baserait sur la signification des mots. La voix peut être aussi son, note ou chant.

La voix en elle-même, dans sa signature la plus simple, est chargée émotionnellement en dehors de ce qu'elle peut être amenée à dire. Elle transmet un message qu'elle soit susurrée, parlée, chantée ou criée. Dans toutes les situations, elle reste le moyen le plus fiable pour dire instantanément ce qui est pensé à l'instant T. La voix a été en tous temps considérée comme l'instrument de musique du corps, et j'aime à penser qu'elle est musicale en son essence, peu importe la production sonore. C'est de la voix qu'est née la mélodie.

La voix en elle-même peut être un médiateur musical, elle est la musique du corps, la musique qui vient de l'intérieur et qui s'harmonise avec le monde extérieur de façon tout à fait subjective, car la voix est ce qu'il y a de plus intrinsèque. Les vibrations du son de la voix passent par tous les organes du corps et résonnent sans que nous puissions contrôler sa traversée. Elle met en lien le sujet, son intériorité et le monde extérieur. Elle lui donne une unité et le rend unique. Elle est réflexive puisqu'elle concerne le rapport à soi-même et à l'extérieur de soi. Source de communication, elle permet l'échange de paroles et d'affects, même en dehors des mots.

Notre rapport à la voix est imaginaire. Ce rapport serait lié à un désir attaché à l'image de soi. Quand nous utilisons cet instrument « voix », pour communiquer, nous investissons notre propre personne, dans la profondeur des ressentis. Quand la voix trouve son chemin nous savons où nous diriger dans le réel de l'existence. Les voix voisées, les érailements, les voix fluettes, les voix puissantes, peuvent avec le temps se modifier prendre une forme différente mais un jour une voix se stabilise et devient la voix propre du sujet.

Après ces considérations générales sur la voix, il me paraît intéressant de considérer que la palilalie de Paulette, Dolorès et Marguerite puisse représenter leur acharnement à s'agripper, s'auto-agripper même, à la voix. À la vie. Dans cette chute interminable liée à la maladie d'Alzheimer, la voix deviendrait cette branche de l'arbre qui résiste et

permette au sujet de ne pas tomber dans l'oubli. Car en effet, si, chez Paulette et Marguerite, la mise en mélodie de leur palilalie les apaise (disparition de la palilalie et des mouvements corporels qui l'accompagnent), chez Dolorès, le fait que je chante sur la musique semble constituer une relance symbolique. Dans ce contexte, je pose l'hypothèse que ma voix vient prendre le relai et réintroduire de l'Autre, dans différentes dimensions, et de manière plus ou moins élaborée : il est à la fois l'Autre comme porteur de symbolique, et l'Autre contenant et maternant.

3. 1. Considérations psychanalytiques de la voix

3. 1. 1. Le rapport à la voix, à l'origine de la création du sujet

La voix est le premier objet autour duquel s'organise le circuit pulsionnel caractéristique de l'humain. Sa matérialité n'est pas seulement liée au champ du sonore, elle est ce qui est en excès dans l'énonciation, dans l'acte de parole. Elle a été ajoutée, avec le regard, par Lacan à la liste freudienne des objets pulsionnels. La voix en tant que notion psychanalytique n'est pas la voix au sens courant. Elle joue un rôle fondamental dans l'incorporation du langage et par conséquent, dans la structuration du fantasme.

La définition que nous pourrions donner de la voix serait « tout ce qui de la chaîne signifiante ne concourt pas à l'effet de signification.⁵⁰⁶ » La voix est en effet le support de l'énonciation, et elle a comme caractéristique de devoir disparaître derrière le sens exprimé. De ce fait, la parole viendrait voiler la voix.

Dans *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Lacan consacre tout un chapitre à « La schize de l'œil et du regard⁵⁰⁷ ». D'une part, le regard serait défini comme continu, la vision serait caractérisée par une dimension discontinue, avec d'infimes mouvements. De la même façon que le regard ne se confond pas avec la vision, la voix ne se confond pas avec le son, c'est-à-dire que nous faisons clairement la

⁵⁰⁶ Miller, JA. (1989). « Jacques Lacan et la voix. » Actes du Colloque d'Ivry, Lysimaque, p. 179-180.

⁵⁰⁷ Lacan, J., *op. cit.*, 1973, p. 65-74.

différence entre la fonction psychique et la fonction de l'organe. Pour la psychanalyse, la réalité de la voix n'est pas sonore, mais immatérielle. La séparation entre la voix et le son, proposée par Lacan, indique une relation logique entre les deux, à l'image du regard et de la vision. Si nous essayons d'appliquer cela à la voix et à la parole, nous avons la voix qui est dans le domaine du continu, et la parole, avec ses micro-silences (de par la présence des consonnes) qui se situe du côté du discontinu. Ainsi la voix, ou plus exactement le cri et le silence, ont cette dimension continue et non séparée. Le silence s'oppose donc à la parole, il va tenter d'aller au plus près de la voix en tant qu'objet, et introduit cette idée de continuité. Nous comprenons pourquoi la voix peut être approchée comme objet *a*, ce dernier étant défini par Lacan comme « quelque chose dont le sujet, pour se constituer, s'est séparé comme organe.⁵⁰⁸ » Donc si nous reportons cette idée au niveau de la voix et du regard, le sujet, pour se constituer, doit se séparer du regard premier, mais également oublier cette voix archaïque. Toute laisse penser qu'après l'involution des processus psychiques induite par la maladie d'Alzheimer, le sujet dément, menacé au plus profond de son être, et dans une logique de survie, doit se reconstituer. Il serait même plus juste de parler d'une nouvelle constitution permise par le dévoilement des processus archaïques. La clinique l'a montré à plusieurs reprises, pas de transfert sans regard ni voix, les deux étant indispensables pour entrer en relation avec le sujet.

En tant qu'objet pulsionnel, la voix, plus que le regard, est un objet qui va poser une limite. Elle sert à border l'excès de jouissance qui submerge l'enfant et qui ne permet pas l'organisation d'une structure à partir du langage. Chez le sujet dément, l'excès de voix serait-il alors une façon de lutter contre le bouillonnement Pulsionnel et l'excès de jouissance ?

Lors du stade du miroir, le bébé use de la voix de sa mère afin de reconnaître l'image du miroir comme sienne. Ainsi, concernant la formation du moi et du corps propre, c'est la voix qui va venir confirmer le regard : « la voix participe à l'instauration du lien entre la mère et le bébé, au moment même où elle se constitue comme objet de la pulsion en délimitant les bords qui séparent les corps des deux. C'est elle, qui fonde à la fois le sujet

⁵⁰⁸ *Ibid.*, Lacan, 1973, p. 95.

et l'Autre. La voix fait littoral.⁵⁰⁹ » Nous voyons à travers cette métaphore que la voix permet d'une part à l'*Infans* de différencier son propre corps de celui de la mère, et d'autre part, grâce à cette différenciation, intervient la formation du sujet et de l'altérité. Pour le sujet-en-devenir, la voix a un double usage : elle est le premier objet qui organise le circuit pulsionnel et l'« in-corporation » du langage, mais elle a également une fonction de support matériel pour le signifiant, même s'il n'est pas encore formulé en tant que tel. Je ne peux donner de meilleur exemple à ce sujet que la scène dans l'ascenseur où je suis avec Paulette qui se regarde longuement dans le miroir. Après lui avoir adressé « Regardez, il y a vous, Paulette, et il y a moi, Pauline » en nous montrant chacune du doigt, elle me répondit, au moment où je la désignais elle, « belle belle belle ». L'on reconnaît là la dimension inextricable de la voix et du contenu langagier, symbolisant, qu'elle porte.

La voix est envisagée en tant que « reste », comme produit qui reste de l'opération de signification. Miller affirme que « si nous parlons autant, si nous faisons nos colloques, si nous bavardons, si nous chantons, et si nous écoutons les chanteurs, si nous faisons de la musique et si nous en écoutons [...] c'est pour faire taire ce qui mérite de s'appeler la voix comme objet *a*.⁵¹⁰ » De ce fait, la parole, tout comme la musique, permet au sujet de s'assourdir à la voix primordiale. La parole serait à l'origine de la possible mise à distance du « bruissement du réel de la voix ». Nous voyons donc émerger une des spécificités de la voix. En effet, c'est un objet dont il va falloir se séparer pour que le sujet ne reste pas envahi par cette voix archaïque, synonyme d'un développement psychotique. La voix, comme reste est tout ce qui du signifiant ne concourt pas à l'effet de signification, et se différencie de la parole pour être fondamentalement hors sens. Miller propose que l'instance de la voix soit inscrite comme tierce entre la fonction de la parole et le champ du langage. Dans le champ de la démence pourtant, la parole décousue ne remplit plus son rôle de transmission des informations ; c'est bien la voix et ses caractéristiques (timbre, hauteur...) qui viennent faire sens. L'excès de voix induit par la répétition incessante de syllabes ou de sons pourrait alors s'entendre comme une manière de lutter contre le retour de la voix archaïque, propulsée sur le devant de la scène par le dévoilement des processus archaïques.

⁵⁰⁹ Catão, I. (2010). Voix, parole, langage : la clinique de ceux qui ne parlent pas. *Oxymoron*, 1. En ligne : <http://revel.unice.fr/oxymoron/index.html?id=3144>.

⁵¹⁰ Miller, JA., *op. cit.*, 1989.

Somme toute, en termes métapsychologiques, il semblerait que « tout du réel de la voix ne saurait être pris en charge par le symbolique de la parole.⁵¹¹ » Il y a donc une part du réel qui ne peut être symbolisé, il y a un « reste », et c'est dans ce reste que va se loger la voix comme objet *a*.

3. 1. 2. « In-corporation » de la voix

« Avec Lacan, nous savons que l'écoute précède la parole et que c'est parce que quelqu'un a écouté, qu'un enfant a parlé.⁵¹² » Voyons comment cela se constitue chez l'*Infans*.

L'enfant, dès sa naissance, est plongé dans un bain de langage, et afin de pouvoir prendre sa place, occuper sa voix, il va falloir qu'il oublie ce *bruissement du réel* autour de lui. Il faut qu'il se constitue un point sourd.⁵¹³ » Ce « point sourd » est le lieu où le sujet, après être entré en résonance avec la voix archaïque, devra pouvoir s'y assourdir, afin de « parler sans savoir ce qu'il dit, c'est-à-dire comme sujet de l'inconscient.⁵¹⁴ » C'est la manifestation sonore du refoulement originaire. Le sujet psychotique n'a pas constitué ce point sourd, ça continue de hurler autour de lui, de l'appeler, de parler de lui. Ce point sourd se constituerait de manière relativement complexe. En effet, si le bébé peut détourner son regard, il n'en n'est pas de même en ce qui concerne ses oreilles : « les oreilles sont dans le champ de l'inconscient, le seul orifice qui ne puisse se fermer.⁵¹⁵ » Il y a donc une perméabilité de la voix de l'autre, car il n'y a pas d'évasion possible. C'est peut-être ce qui va donner à la voix une caractéristique psychopathologique tout à fait particulière. La création du « point sourd » est l'effet d'une opération langagière : la métaphore, plus précisément la métaphore paternelle. De ce fait, nous apercevons une première ébauche de la naissance du sujet dans le rapport à la voix de l'Autre, dans laquelle Freud va distinguer deux parties ; il y aurait une partie prise dans les représentations, et une autre partie qui resterait intraitable et opaque, c'est la Chose (*Das*

⁵¹¹ Vives, JM. (2007). Le silence des Sirènes : une approche kafkaïenne de la voix comme objet *a*. *Figures de la psychanalyse*, 16, (2), p. 93-102.

⁵¹² Catão, I., *op. cit.*, 2010.

⁵¹³ Vives, JM. (sous la direction) (2002). Les enjeux de la voix en psychanalyse dans et hors la cure. Saint-Martin-d'Hères (Isères) : Presses Universitaires de Grenoble, p. 14.

⁵¹⁴ *Ibid.*, Vives, JM., 2002, p.14

⁵¹⁵ Lacan, J., *op. cit.*, 1973, p. 178.

Ding). Nous observons que la voix et les affects se rapportent donc en priorité à la relation avec la mère, relation primordiale et tout d'abord indicible. En revanche, la parole et le mot signent, avec l'avènement du langage, un éloignement de la relation à la mère et annoncent la relation à distance, dite « intellectuelle », avec le père.

Du point de vue du développement, le bébé aura dans un premier temps des expériences sonores, puis exercera sa fonction de parole. Si ce passage est réussi, c'est l'assurance de son insertion dans le champ du langage. L'*Infans* aura au début des pleurs ininterrompus, puis par intervalles, ce qui laisse supposer que la demande est en train de s'établir, et qu'il laisse la possibilité de l'Autre de répondre. De ce fait, l'Autre, en tant qu'instance, se profile. Entre le sixième et le dix-huitième mois, de manière concomitante au stade du miroir et à la constitution du moi, le bébé sélectionne les phonèmes les plus utilisés dans sa langue maternelle. Cette sélection additionnée à la perte de la voix vient représenter la perte de jouissance, essentielle à l'incorporation du langage.

L'installation de la voix en tant que fonction psychique n'est pas chose facile. Elle dépend d'un ensemble d'événements liés entre eux, dont le premier est l'aliénation au champ du langage par le biais de l'environnement maternel. Dès la naissance, l'*Infans* va pousser un cri qui, pour Freud, n'a pas pour vocation d'être un appel, mais l'expression d'un état de tension, de souffrance. Il va se transformer en appel dès lors que l'Autre va donner une réponse à cet appel qui n'en n'était pas un. Ainsi, la mère perçoit le cri comme une parole de l'*Infans*, qui est donc en position de sujet-supposé-parlant. Cette réponse, Aulagnier la qualifie de « violence interprétative⁵¹⁶ », car la mère suppose que ce cri signifie quelque chose, représente peut-être même le sujet, mais elle est toujours sur une fausse piste. En effet, l'enfant crie et la mère ne sait pas quoi répondre, ni comment répondre à cette « demande ». Cette violence est cependant nécessaire puisqu'elle permet d'introduire l'*Infans* à la parole, au procès de la signification et donc de mettre la voix comme objet au second plan.

Ainsi, l'attention portée à ce cri de l'*Infans* va transformer « le cri pur » en « cri pour », qui devient alors une signification du sujet par le biais du signifiant de l'Autre.

⁵¹⁶ Aulagnier, P., *op. cit.*, 2013.

Le « cri pour » va introduire l'*Infans* dans le champ de la parole et du langage. Ceci nous permet de retrouver les trois temps du circuit pulsionnel que décrit Freud à partir du circuit de la Pulsion scopique : être vu, voir et se faire voir. Appliqué à la pulsion invocante, cela deviendrait : être entendu, entendre et se faire entendre. Dans le premier temps, *être entendu*, nous avons le « cri pur », nous sommes avant l'existence du sujet barré de l'inconscient. C'est une position active qui sera ressentie comme tel, dans l'après-coup. Le deuxième temps, *entendre*, serait amorcé par la réponse de l'Autre, et l'interprétation du cri de souffrance de l'*Infans*. La formation du « point sourd » aurait lieu grâce à la présence et l'interprétation de l'Autre. Enfin, lors du troisième temps, *se faire entendre*, le sujet-en-devenir se fait voix, allant chercher auprès de l'Autre une réponse. C'est lors de ce temps que le sujet va se constituer un « autre non sourd », capable de l'entendre : « l'interprétation signifiante du cri voile la dimension réelle de la voix auquel le sujet se rendra sourd pour accéder au statut de sujet parlant.⁵¹⁷ » Ces trois temps de la Pulsion invocante et de la formation du « point sourd » semblent se rejouer dans la maladie d'Alzheimer à un stade avancé – sur fond de « ça a déjà existé⁵¹⁸ ». Tout se passe comme si Paulette, Dolorès et Marguerite étaient tiraillées entre l'appel de la voix archaïque (généré par l'involution vers des processus archaïques) et la volonté de s'y rendre sourd au moyen de la palilalie (ces « restes » des processus plus élaborés). Bien souvent ignorées car considérées comme « folles », elles étaient en permanence à la recherche d'un Autre capable de l'entendre. C'est bien l'intérêt que je leur ai porté et mon interprétation de l'acte palilalique qui leur a peut-être permis de retrouver un « autre non sourd ». En ma présence, Paulette a ainsi pu qualifier les fleurs de « jolies », l'eau de « froide », me dire « pense pense pense » ou encore « coyo il est pas venu » là où seul le « coyo » résonnait entre les quatre murs de l'établissement. Le « ala bala » de Dolorès a pu laisser place une fois à « vous êtes gentille » ou « donnez-moi votre cœur », ou encore au silence, tout comme chez Marguerite. Ainsi, être près d'elles, les entendre, valider leur discours, échanger avec elles des paroles et des gestes, a bien souvent permis de faire verbaliser d'autres syllabes ou mêmes des mots (Paulette) ou de les faire renoncer à la palilalie, désormais non nécessaire pour lutter contre la voix archaïque harcelante, assourdissante.

⁵¹⁷ Vives, J. (2006). L'avocation mélancolique. *Cliniques méditerranéennes*, 73, (1), p. 311.

⁵¹⁸ Cette précision est capitale pour bien faire la différence avec le sujet psychotique chez qui « ça n'a jamais existé. »

Nous voyons bien qu'avec la pulsion invocante, la question de la place de l'autre est primordiale. Nous observons que du côté de la pulsion orale, anale ou scopique, le circuit pulsionnel est toujours à sens unique. Or, pour que la pulsion invocante puisse fonctionner, elle va devoir partir du sujet, contacter l'autre, et que l'autre réponde, afin de pouvoir boucler son trajet. Lacan qualifie la pulsion invocante de « désir de l'autre », ce qui va nécessairement impliquer un double mouvement. Il y a, d'une part, le désir du sujet envers l'autre, qui s'exprime sous forme d'un appel, et d'autre part l'expression du désir que l'autre a pour le sujet. C'est tout à fait l'idée que j'exprimais dans l'axe précédent à travers Freud (Nebenmensch), Winnicott (agonie primitive ; préoccupation maternelle primaire) ou encore Green (hallucination négative de la mère), auteurs m'ayant permis de montrer qu'un détour par l'autre pouvant éventuellement incarner l'Autre est nécessaire et même urgent dans le cadre de la démence afin d'assurer la survie psychique.

3. 2. Les enjeux de la voix pour le sujet dément

Il nous faut entendre ici un double enjeu de la voix : non seulement de la voix du sujet dément, mais aussi de celle du clinicien – la mienne.

Outre le fait de lutter contre l'envahissement par la voix archaïque, je propose l'idée que le besoin du sujet dément de donner de la voix autour de lui peut aussi révéler un désir de se protéger ; à l'image du moi-peau, c'est ici ce que nous pourrions appeler une « voix-peau » qui constituerait une enveloppe rassurante. Je l'ai dit, Anzieu a été à l'origine du concept d'enveloppe psychique. Après plusieurs articles publiés sur ce sujet entre 1974 et 1985, et comme le rappelle pertinemment Castarède⁵¹⁹, il décrit finalement neuf fonctions du moi-peau⁵²⁰ (contre trois quelques années plus tôt⁵²¹) : fonction de maintenance et de contenance (enveloppe) de l'appareil psychique, de pare-excitation, d'individuation du Soi, d'inter-sensorialité, de soutien de l'excitation sexuelle, de charge libidinale, d'inscription des traces sensorielles et d'autodestruction. Il montre à quel point

⁵¹⁹ Castarède, M. (2001). L'enveloppe vocale. *Psychologie clinique et projective*, 7, (1), p. 17-35.

⁵²⁰ Anzieu, D., *op. cit.*, 1985.

⁵²¹ Anzieu, D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9, p. 195-203.

la dimension tactile, première à se développer chez le fœtus, a un rôle capital dans la constitution des premières enveloppes, car elle véhicule un sentiment d'unité et de sécurité. L'image tactile du corps sert donc de socle, de soutien au sonore et au visuel⁵²² qui vont, à leur tour, pouvoir constituer des images du corps propre. Cela signifie également que le fœtus entend donc avant de voir.

Anzieu met donc en avant cet ancrage naturel du matériau musical dans le corps ; sa proposition de « miroir sonore » vise à montrer la fonction de la peau auditivo-phonique dans l'appareil psychique du bébé ; il déclare même que l'espace sonore est le premier espace psychique.⁵²³ Cela se justifie par le fait que le fœtus entend ses battements cardiaques, sa voix, puis progressivement les autres stimuli externes ; il y répond soit en miroir par des réactions cardiaques, soit par des réactions motrices. Le fœtus parvient à distinguer la voix de sa mère des autres grâce au rythme, à l'intonation, etc. Quignard parlera à ce sujet de sonate maternelle⁵²⁴ afin de décrire cette voix de la mère auquel est sensible le fœtus. Cette question du sonore est importante car elle engage les notions d'intérieur et d'extérieur que le tactile reprendra plus tard, après la naissance.

L'« enveloppe sonore » s'étaye alors sur un bain de sons émis par le tout-petit (babillage, vocalisations...) et son environnement, formant alors le Soi (antérieur au Moi). C'est en ce sens qu'Anzieu déclare que :

« Avant que le regard et le sourire de la mère qui allaite ne renvoient à l'enfant une image de lui qui lui soit visuellement perceptible et qu'il intériorise pour renforcer son Soi et ébaucher son Moi, le bain mélodique (la voix de la mère, ses chansons, la musique qu'elle fait écouter) met à sa disposition un premier miroir sonore dont il use d'abord par ses cris (que la voix maternelle apaise en réponse), puis par son gazouillis, enfin par ses jeux d'articulation phonématique.⁵²⁵ »

Les origines du Soi puis du Moi-peau et de sa double polarité dedans / dehors commencent alors à émerger sur la base de ce bain de sons. À ce sujet, Gori réunit les

⁵²² Busnel, MC. et Héron, A. Le développement de la sensorialité fœtale. Dans : Frydman, R. et Szejer, M. (sous la direction de) (2010). *La naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris : Albin Michel, p. 633-643.

⁵²³ Anzieu, D., *op. cit.* 1985.

⁵²⁴ Quignard, P. (1996) *La haine de la musique*, Paris : Calmann-Lévy, 2014, 336 p.

⁵²⁵ Anzieu, D. (1976). L'enveloppe sonore du Soi. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 13, p. 175.

lallations, gazouillis et autres bruits de bouche sous l'expression « plaisirs de bouche⁵²⁶ » à l'origine de l'instauration du langage. C'est ici une distinction entre la cavité buccale non seulement comme lieu de jeu avec ces « plaisirs de bouche » mais aussi comme objet permettant d'apporter une réponse à la faim grâce au sein. Il reprend l'hypothèse de Winnicott selon laquelle le babillage est un phénomène transitionnel et il l'élargit à toute la parole.

Je m'arrête quelques instants sur cette question du babillage, des gazouillis qui a souvent inspiré les psychanalystes et les psycholinguistes.

Le *mamanais*⁵²⁷ désigne cette façon très particulière et caractéristique de communication qu'utilisent les adultes (souvent la mère et le père) pour s'adresser aux bébés et ainsi initier le babillage et/ou y répondre. Ce mode de dialogue va toucher en profondeur toutes les modalités du langage⁵²⁸ : **(1) le niveau phonétique et phonologique** avec une hyperarticulation⁵²⁹, une accentuation des voyelles, substantifs et verbes, et la présence de pauses séparant les énoncés ; **(2) le niveau lexical**, marqué par la simplification du vocabulaire, l'invention de néologismes introduits dans les phrases (bibì pour biberon, dodo pour dormir, etc.) ; **(3) le niveau morphosyntaxique** caractérisé par un discours raccourci, des phrases interrogatives et exclamatives plus nombreuses ; **et (4) le niveau pragmatique** où interviennent de nombreuses répétitions, feedback verbaux avec approbation ou désapprobation, etc.). Une autre caractéristique majeure du *mamanais*, c'est que la voix se fait chantante, et qu'il y a une forte participation affective et mimogestuelle dans laquelle le sens du discours passe au second

⁵²⁶ Gori, R. (1977). Entre cri et langage : l'acte de parole. Dans : Anzieu, D. et al. (1977). *Psychanalyse et langage – Du corps à la parole*. Paris : Dunod, coll. « Inconscient et culture », p. 70-102.

⁵²⁷ De nombreux ouvrages abordent la question du *mamanais* ; pour ma part, je me suis intéressée aux suivants : Cataix-Nègre, E. (2011). *Communiquer autrement : accompagner les personnes avec des troubles de la parole et du langage*. Paris : éditions De Boeck Supérieur, 2017, p. 90-99 ; Bentata, H., Ferron, C., Laznik, MC. (2014). *Écoute, ô bébé, la voix de ta mère... La Pulsion invocante*. Toulouse : Erès, 2015, 344 p.

⁵²⁸ *Ibid.*, Bentata, H., Ferron, C., Laznik, MC., 2015.

⁵²⁹ Cette idée majoritairement attribuée au *mamanais* a été remise en cause par une étude menée par le Laboratoire de sciences cognitives et psycholinguistique en collaboration avec l'Institut RIKEN au Japon : les chercheurs ont constaté que non seulement les parents ne prononcent pas les sons plus clairement quand ils parlent à leur enfant, mais qu'en fait, ils ont tendance à parler légèrement moins clairement. Voir : Martin, A., Schatz, T., Versteegh, M., Miyazawa, K., Mazuka, R., Dupoux, E., Cristia, A. (2015). Mothers Speak Less Clearly to Infants Than to Adults: A Comprehensive Test of the Hyperarticulation Hypothesis. *Psychological Science*, 26, (3), p. 341-347.

pour laisser la prosodie sur le devant de la scène. Dès lors, une voix monotone, sans prosodie, sans participation gestuelle entraînent une faible voire inexistante réponse du bébé. À l'inverse, une voix maternelle qui produit des pics prosodiques importants accompagnés de gestes et mimiques sera source de dialogue avec le bébé, qui à son tour agitera voix et corps. Force est donc de constater l'importance capitale de la prosodie du discours de la part des deux acteurs de la communication pour pouvoir percevoir quelque chose de leurs affects respectifs, là où les mots ont encore très peu de valeur. Lors des interactions précoces, ce partage d'états affectifs, cette contagion émotionnelle, cette harmonie vocale, sont soutenus par l'imitation et rejoint l'idée de la « compréhension mutuelle⁵³⁰ » décrite par Freud dans « L'Esquisse » et reprise par Stern sous l'appellation « accordage affectif.⁵³¹ ». Dans le même ordre d'idée, Winnicott entrevoit le babillage comme phénomène transitionnel, sous condition que le bain de sons ait été suffisamment adapté par son environnement : « Partant de cette définition (– objets transitionnels –), le gazouillis du nouveau-né, la manière dont l'enfant plus grand reprend, au moment de s'endormir, son répertoire de chansons et de mélodies, tous ces comportements interviennent dans l'aire intermédiaire en tant que phénomènes transitionnels.⁵³² » Car en effet, le miroir sonore puis visuel n'est structurant pour le soi puis pour le moi que si la mère exprime à son enfant quelque chose d'elle et de lui dans la compréhension mutuelle⁵³³.

Mais alors, il semble que viennent se conjuguer ici les dimensions du continu et du discontinu, le premier via les voyelles, le second via les consonnes qui hachent, scandent le discours. À ce sujet, Castarède, faisant référence à Didier-Weil⁵³⁴ propose que « la voix maternelle délivre tout à la fois la mélodie continue, métaphore du chant et de la musique, ainsi que le rythme du langage et de ses articulations.⁵³⁵ »

⁵³⁰ Freud, S., *op. cit.*, 1956.

⁵³¹ Stern, DN. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fil rouge », 1989 (1ère éd.), 384 p.

⁵³² Winnicott, DW. (1975) *Jeu et Réalité – L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, p. 8-9.

⁵³³ Freud, S., *op. cit.*, 1956.

⁵³⁴ Didier-Weill, A. (1995) *Invocations – Dionysos, Moïse, Saint-Paul et Freud*. Paris : Calmann-Lévy, 1998, 176 p.

⁵³⁵ Castarède, M. L'enveloppe vocale. *Psychologie clinique et projective*, 7,(1), 2001, p. 21-22.

La palilalie de Paulette, Dolorès et Marguerite fait sans aucun doute écho à ces premières modalités du langage où l'enjeu de la voix, du corps et de l'autre sont majeurs. Répéter la répétition avec Paulette et Marguerite a souvent donné lieu à une harmonie vocale où les vocalisations réciproques ont pu créer un espace transitionnel (au sens Winicottien du terme) permettant de soutenir leur psychisme – en danger à cause de la maladie d'Alzheimer. C'est en ce sens que je soutiens l'idée d'une « voix-peau⁵³⁶ » qui pourrait donc permettre au sujet de protéger son psychisme tout en le révélant, notamment lorsque cette même voix s'envisage en dehors d'un échange de mots. Vivès évoque « l'enfant qui chante dans le noir pour ne pas avoir peur invoque dans l'espace pour se protéger⁵³⁷ » et crée un univers sonore, comme un refuge. Sur cette même idée, parle de « murailles sonores » que le psychotique est susceptible d'opposer à son environnement pour s'en protéger : « Le trop-plein-de-signes ou le trop-plein-de-sens construisent une fausse peau, une douve sonore, un matelas pneumatique qui –telles que des murailles-protègent le Soi d'une communication, perçue comme une intrusion menaçante pour les limites du Moi.⁵³⁸ »

Dans la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, la voix vient traduire la pensée qui ne peut plus se dire par les mots et vient lui donner un sens. Le balancement de jambes, les frottements du visage, l'enroulement d'une mèche autour d'un doigt, etc... observés dans les cliniques de Paulette, Dolorès et Marguerite soutiennent bien l'idée que le corps intervient comme un soutien à la voix, et plus seulement à la parole comme j'ai tenté de le démontré dans l'axe précédent. Corps, voix et pensée sont interdépendants, ils ne peuvent pas exister l'un sans l'autre. La voix donne une consistance à la psyché et le corps devient l'enveloppe matérielle de la voix et du psychisme. Nous observons souvent que le corps intervient, lorsque nous nous exprimons, comme si le corps soutenait la parole, un corps qui, habité par un sujet pensant, se met à se mouvoir pour appuyer les idées conscientes ou inconscientes. Les émotions passent par la voix et par le corps. Si nous avons peur la voix tremble et le corps frémit. Lorsque l'on est en colère ; le corps devient chaud et la voix crie ou s'engorge... Il est plus facile de cacher les émotions dans le corps

⁵³⁶ Cette idée vient d'une collègue et amie, Anita JULIEN, ayant réalisé un mémoire sur la question de l'oralité chez le sujet anorexique.

⁵³⁷ Lors d'un cours de Master 2 recherche à l'université de Nice.

⁵³⁸ Gori, R., *op. cit.*, 1975.

que dans la voix. La voix ne trahit pas, elle ne ment pas. Elle a d'ailleurs été, dans cette clinique du sujet dément, ce qui m'a permis de dénoter l'état d'angoisse (palilalie rapide) ou d'apaisement (palilalie lente ou inexistante).

La voix peut être envisagée comme un « liant », entre le corps, la psyché et l'affect. Les syllabes, sons, bruits de bouche repérés dans les trois cliniques peuvent être envisagés comme des prolongements du corps, révélant ce qu'il y a de plus intime. La voix en son essence vient dire quelque chose sur quelqu'un. Elle laisse entendre les traces et les dissonances de l'histoire de chacun. Dans la communication, la voix est l'élément d'interaction, elle donne des informations sur l'émetteur et sur le récepteur, elle n'existe pas seulement dans celui qui s'exprime. La voix passe d'un sujet à l'autre. Elle n'existe pas seule, elle prend vie dans le corps et va se transmettre par ce corps. Elle s'exprime, et elle vient révéler des messages de la psyché, et appuyer l'affect. J'utilise volontairement le terme de « liant » pour signifier que la voix peut unifier le sujet, qui lui-même est à la fois corps, psyché, et affect. La voix est unificatrice et unifiante. Mon objectif avec Paulette, Dolorès et Marguerite a bien été de trouver une harmonie entre corps, psyché, affects en les reliant à la sensation de plaisir (via la musique, le chant) pouvant faire renaître de la Pulsion de vie.

3. 3. Le « squiggle vocal »

Winnicott proposait le squiggle⁵³⁹, généralement traduit en français par « gribouillis » ou « gribouillage », comme support de relation dans ses rencontres avec les enfants et les adolescents. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, il mentionne la consigne qu'il leur donne : « je fais un gribouillis et il le transforme. Il en fait un à son tour et c'est à moi de le transformer... Quelque fois je tarde à le transformer pour lui donner l'occasion de déployer son imagination.⁵⁴⁰ » Les deux acteurs participent alors à la création d'un objet commun, médiateur de leur relation. Le squiggle permet bien ici d'ouvrir l'échange et la création.

⁵³⁹ J'utilise la traduction de « tracé libre » proposée par Pontalis.

⁵⁴⁰ Winnicott, DW (1953). Le respect du symptôme en pédiatrie. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, op. cit., 1969, p. 212.

Winnicott considère que ce jeu correspond à une situation prototype de l'objet transitionnel « trouvé créé » par le sujet, à mi-chemin entre monde interne et monde externe. Cependant, bien plus que sur l'objet lui-même, Winnicott attire l'attention sur le fait qu'il ouvre, selon lui, un espace transitionnel, aire qui se situe entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu et qu'il engendre des processus transitionnels.

Ce que j'appelle *squiggle vocal*, c'est le fait de « répéter de la répétition » que j'ai pratiquée à de nombreuses reprises dans mes rencontres avec Paulette. Deux différences sont tout de même à noter concernant ces deux types de *squiggle*. Dans celui de Winnicott, où le *squiggle* est pictural, la trace reste visible, ce qui n'est pas le cas du *squiggle vocal* où la trace n'est plus que mnésique. Ceci est d'importance dans le cadre de la clinique du sujet dément palilalique, qui a justement d'importantes altérations mnésiques. Avec le *squiggle vocal*, il s'agit plutôt de retrouver une « représentation perceptive de la trace », c'est-à-dire de retrouver quelque chose des premiers éprouvés, donc de ce temps originaire. Par ailleurs, si Winnicott propose le *squiggle* comme un jeu à l'enfant, c'est ici moi qui interprète la situation comme un *squiggle*, mais cette représentation n'est pas partagée avec le sujet. L'on comprend ici l'importance pour le sujet que le clinicien puisse prêter son appareil à penser ; qu'il puisse porter la situation seul mais pour deux.

Un jeu d'imitation réciproque s'instaure entre la mère et son bébé, mais, pour éviter qu'il ne devienne que monotonie, elle glisse de délicates variations dans son discours. Grâce à cela, le modèle de répétition (détente) – variation (tension), généralement accompagné d'une chorégraphie gestuelle (caresses, sourire, etc) éveille le nourrisson⁵⁴¹. D'après Rappoport :

« La répétition est la voie d'accès royale à la langue. S'il existe des phénomènes universels, ce sont bien ceux des phonèmes, de la vocalisation et de la répétition. Ce qui n'a rien d'universel, c'est le sens que l'on va mettre sur ces phonèmes que l'enfant répète... Les vocalises d'un bébé sont influencées par les sons qu'il a perçus in utero [...], il est déjà imprégné de la musique de la langue maternelle. Mais il est loin de la conquête du sens : il parle encore une langue commune à tous les bébés du monde, celle de la vocalisation.⁵⁴² »

⁵⁴¹ Lemarquis, P., *op. cit.*, 2013, p. 81.

⁵⁴² Rappoport, D. (2004). Musique et morphologie rituelle chez les Toraja d'Indonésie. *L'Homme*, 171-172, p. 197-218.

Le mouvement répétition-variation renvoie aux premiers échanges préverbaux entre le bébé et sa mère. Imberty y voit la « structure originale, prototypique de toute une série d'expériences affectives et cognitives ultérieures dont la musique ne fera que réactiver ou représenter les réalités profondes.⁵⁴³ ». Il met ici l'accent sur l'ancrage des débuts de la vie dans l'univers sonore.

Là où le jeu de dessin implique que le stylo s'emballe instinctivement sur la feuille, le squiggle vocal est un jeu de voix qui vient soutenir le lien, la communication et la création. Introduire le phénomène de l'écho pour prendre en charge la palilalie, c'est actualiser la période où l'enfant a besoin de trouver en sa mère un écho de ce qu'il dit, de ce qu'il exprime, ressent pour trouver une consistance et lui permettre de s'entendre. Sans aucun jeu de mot de ma part (encore que...), cela fait écho au besoin primaire de l'enfant d'être entendu pour s'entendre soi-même et s'entendre avec un autre, à travers un autre ; étape capitale dans la constitution du narcissisme. Dans le cas du sujet dément palilalique, comme dans celui du tout-petit, l'écho est d'abord une sonorité, un son qui ne transmet pas de mot mais une musique, comme le suggère Anzieu au sujet du bain sonore et du miroir sonore que j'évoquais plus haut : « L'entendu de l'autre... enveloppe le soi dans l'harmonie (quel autre mot que musical ici convient ?) puis lorsqu'en retour il vient répondre en écho à l'émis et le stimule, introduit le tout-petit à l'aire de l'illusion.⁵⁴⁴ » Nous en revenons ici aux trois temps de la voix proposés par Vivès : faire écho permet non seulement au sujet de montrer qu'il a été entendu, mais aussi donc d'entendre puis de se faire entendre.

Anzieu fait un parallèle particulièrement intéressant entre le bain et le miroir sonores et la mythologie grecque avec Écho⁵⁴⁵, fille de l'air et de la terre, nymphe de la suite d'Héra. Écho favorisait les infidélités de Zeus, en amusant la déesse par de longues histoires lorsque le maître de l'Olympe s'absentait pour vaquer à ses amours. Junon, s'étant aperçue de son artifice, la punit en la condamnant à ne plus parler sans qu'on l'interrogeât, et à ne répondre aux questions que par les derniers mots qu'on lui

⁵⁴³ Imberty, M. (2004). Aspects du temps dans la création musicale. Introduction. *Musicae Scientiae*, 8, (1), p. 7 – 19.

⁵⁴⁴ Anzieu, D., *op. cit.*, 1976.

⁵⁴⁵ Sandor-Buthaud, M. (2009). Donner la parole à Écho. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 128, (1), p. 93-100.

adresserait. Éprise du jeune et beau Narcisse, elle d'attacha longtemps à ses pas, sans pourtant se laisser voir. Après avoir éprouvé les mépris de celui qu'elle aimait, elle se retira au fond des bois, et n'habita plus que les antres et les rochers. Là, elle se consuma de douleur et de regrets. Insensiblement, ses chairs s'amaigriront, la peau s'attacha à ses os, ses os mêmes se pétrifièrent, et de la nymphe il ne resta plus que la voix. Partout elle écoute, nulle part elle n'est visible et toujours, si elle entend quelques phrases, elle n'en répète que les derniers mots. D'après Anzieu⁵⁴⁶, avec cette légende, la mythologie grecque a perçu l'enchevêtrement du miroir visuel (Narcisse) et du miroir sonore (Echo) à l'origine du narcissisme.

Dans la clinique avec le sujet dément palilalique, c'est bien moi qui incarne Écho en utilisant le psittacisme, c'est-à-dire l'écholalie. Il est bien ici question de prioriser le son, la tonalité de la voix (en somme, la prosodie du discours) pour retrouver quelque chose de l'enveloppe sonore de base, mais aussi, comme je l'ai dit à de nombreuses reprises, de redonner toute sa place à la question du regard. Contrairement à Echo qui dépérit, cette méthode me permet plutôt d'aller de surprises en surprises avec Paulette ! En effet, pour rappels, la répétition du « coyo » de Paulette avait fait naître de nouvelles syllabes comme « couyon » ou « ayon », auxquels s'ajoutent de nombreux « ouiii » et bises qu'elle dépose sur ma joue lorsque j'accueille son discours. Dans un second temps, répéter ces syllabes avec elle mais sur un rythme différent avait permis de stopper brièvement la palilalie. Chez Marguerite, l'unique fois où nous nous sommes captées dans les yeux, la répétition de son « ala bala » en même temps qu'elle avait comme figé le temps ; la palilalie s'était arrêtée.

Si Winnicott et l'enfant dessinaient, tout un tour, un trait, Paulette et moi vocalisons un son. De cette co-construction naît une espèce de dialogue qui certes échappe au sens, mais relance la symbolisation et la relation. De ces deux médiations à priori différentes puisqu'il s'agit d'un côté du dessin et de l'autre de la voix, nombre de caractéristiques se retrouvent : la question de la trace, ici vocale ; le partage d'une expérience sensorielle

⁵⁴⁶ Anzieu, D., *op. cit.*, 1976.

créatrice ayant pour objectif l'expression, la communication, l'échange et la transitionnalité⁵⁴⁷.

Lorsque je change le rythme de la répétition et que Paulette cesse la palilalie, c'est un peu comme lorsque Winnicott décide de tordre le trait proposé par l'enfant ; il y a bien là quelque chose de l'ordre de l'acceptation de l'altérité, de la perte, de la séparation et de la castration symbolique. Sur cette question de l'enjeu de la séparation,

Chez Marguerite, répéter la répétition en revient à faire cesser la palilalie (une seule fois). L'un des effets du squiggle était aussi pour Winnicott de limiter l'excitation. Ajouté au regard, ce *squiggle vocal* semble ainsi avoir servi de pare-excitation, de régulateur Pulsionnel et excitatoire.

Le fait que la palilalie cesse chez Paulette et Marguerite à un moment donné me questionne également sur le fait que ces deux sujets ont peut-être accepté, à ce moment précis, que quelque chose entre dans leur corps, alors qu'en temps normal, en donnant de la voix sans cesse, il n'y a que quelque chose qui sort. Serait-ce là l'actualisation du deuxième temps de la voix, entendre, permis alors par ma présence et l'interprétation de leurs verbalisations, voire même l'actualisation du troisième temps, se faire entendre, où Paulette et Marguerite auraient compris qu'un « autre non sourd » était capable de les entendre ? Ce qui me paraît clair lors de ces moments, c'est que l'autre (donc moi) a trouvé une place différenciée à leur côté, hors fusion.

⁵⁴⁷ Le concept de moi-peau d'Anzieu repose sur celui de transitionnalité. En effet, le Moi-peau est défini comme « une structure intermédiaire de l'appareil psychique : intermédiaire chronologiquement entre la mère et le tout-petit, intermédiaire structurellement entre l'inclusion mutuelle des psychismes dans l'organisation fusionnelle primitive et la différenciation des instances psychiques correspondant à la seconde topique freudienne. » Toute relation implique une intrication des mondes de l'autre et de soi, allant de la totale indifférenciation entre les deux (vie intra-utérine) à une dépendance relative entre les deux (fantasme de peau commune) ; relative car l'indépendance est impossible - on n'existe pas sans l'autre. Dans : Anzieu, D., *op. cit.*, 1985.

3. 4. Le chant de tous les possibles ?

Le chant est intervenu à plusieurs reprises au cours des rencontres cliniques. Il semble m'avoir autant apporté qu'il a pu apporter à Paulette et Dolorès.

3. 4. 1. La palilalie mise en mélodie : une improvisation vocale

Afin de pouvoir discuter des effets de la mise en mélodie de la palilalie du sujet dément, il me paraît intéressant de me tourner du côté des effets de la berceuse chantée par la mère sur le tout-petit. Cet objet sonore (objet transitionnel) contribue non seulement à son développement cognitif mais également affectif et émotionnel. Le parler-bébé et le chanter-bébé font ainsi partie des « sensations auditives (qui) préparent le Soi à se structurer en tenant compte de la troisième dimension de l'espace (l'orientation, la distance) et de la dimension temporelle.⁵⁴⁸ » L'article de Boucheix, « Une musicothérapie de l'enveloppe : résonance entre enveloppe sonore, sensorielle et psychique en service de néonatalogie⁵⁴⁹ », m'a été d'une aide précieuse pour réaliser cette sous-partie.

La berceuse a plusieurs fonctions. La première fonction de la berceuse est de divertir l'enfant, d'attirer son attention vers autre chose afin de le détourner d'un trouble ou même de l'isolement social. La deuxième fonction de la berceuse, de par le ton particulier de la voix qui la caractérise et la gestuelle (caresses, bercement, gestes...) qui l'accompagne, est l'apaisement. Souvent plus lent, plus aigu, chargé d'une émotion vocale intense en la présence de l'enfant, c'est bien l'intonation – plus que les paroles – en lien avec les gestes qui vont transmettre quelque chose de l'émotion de la mère et ainsi le rassurer, le consoler, puis l'endormir. Ainsi, la berceuse a ici une triple action verbale (parole), musicale (mélodie) et cinétique (mouvements du corps). Véritable incarnation musicale du corps, la berceuse est à la fois dynamique du corps, du psychisme et de la relation parent-enfant. Si la berceuse apaise, c'est qu'elle permet d'apporter une réponse

⁵⁴⁸ *Ibid.*, Anzieu, D., 1985.

⁵⁴⁹ Boucheix, S. (2017). Une musicothérapie de l'enveloppe : résonance entre enveloppe sonore, sensorielle et psychique en service de néonatalogie. *Revue Française de Musicothérapie*, Volume XXXVI, Essai théorico-clinique. En ligne : <http://revel.unice.fr/rmusicotherapie/index.html?id=3324>.

et de canaliser les peurs que peut rencontrer le bébé, à savoir la peur de la séparation, de l'abandon, de ne pas contrôler son environnement lors de son sommeil, etc. Découlant de la deuxième fonction, la troisième est de servir de pare-excitation (Anzieu) ou encore de fonction Alpha (Bion). L'idée est de contenir les débordements d'excitation, les affects, de protéger le moi en transformant ce qui jusque-là était intolérable pour lui grâce à une mise en sens.

La berceuse permet d'inscrire le bébé et sa mère dans une histoire commune, partagée. Elle donne à écouter quelque chose de leur propre ressenti, de leur histoire et de leur « identité sonore ». Ainsi, lors de la berceuse, « la mère caresse et enveloppe son bébé du ton de sa voix et lui chuchote son histoire familiale et culturelle, les valeurs les plus répandues, les idéaux et les représentations. La communication entre le préconscient maternel et l'appareil psychique individuel contribue aussi à l'inscription du registre inconscient familial, et à la création de sentiments de liens. [...] Au cours des premières rencontres entre la mère et son enfant, lorsqu'ils sont encore unité, la berceuse fait émerger le monde intérieur de la mère et tout ce qu'elle exprime provenant de son propre entourage affectif, imprégné du familial et du culturel, associés à son histoire familiale, à ses identifications et à son affinité avec certaines valeurs.⁵⁵⁰ »

À l'image du prénom du bébé pouvant être la source de l'improvisation vocale parentale lors de la berceuse, ce sont les syllabes utilisées par Paulette qui ont été le point de départ de mon improvisation vocale. Car en effet, il a bien fallu ce temps d'écoute, d'observation⁵⁵¹ (manifestations verbales et corporelles, environnement, etc), pour comprendre les mécanismes de la palilalie et trouver ensuite un moyen d'apporter de nouvelles modalités de rencontre. La « berceuse » se trouve ici en même temps qu'elle se crée⁵⁵². Pour rappels, alors qu'un jour Paulette présentait une forte palilalie (ayon, ayon, ayon...), se tirait les cheveux et bougeait les jambes, je m'étais mise à pousser des notes, tout en lui tenant la main et en lui caressant le visage. J'avais alors remarqué qu'avec une note courte (5 secondes environ) et continue (ex : a---yon), la palilalie cessait quelques

⁵⁵⁰ Altmann de Litvan, M. (2008). La valeur de la berceuse : l'organisation psychosomatique entre la mère et le bébé. *La berceuse*. Toulouse : Èrès, coll. « 1001 bébés », p. 56.

⁵⁵¹ Voir ici ce que je disais du dispositif d'observation systématisé d'Esther Bick, p. 128-131.

⁵⁵² Winnicott, DW, *op. cit.* 1975.

instants (environ 5 minutes) ; avec une note plus longue (ex : a-----yon), la palilalie cessait, Paulette arrêta de se tirer les cheveux, de bouger les jambes et cela pendant 15 minutes (peut-être cela aurait-il pu durer plus longtemps mais une soignante est arrivée pour les soins d'hygiène, et la palilalie a aussitôt repris.).

Pour tisser une enveloppe suffisamment solide pour contenir, protéger, et suffisamment souple pour être créatrice et permettre l'échange, il a fallu trouver le juste équilibre entre ce que Paulette me donnait à voir et à entendre et ce que je lui renvoyais au travers de ma voix chantée et adressée. Investir psychiquement et affectivement les syllabes de Paulette, les mettre en mélodie, a bien constitué une tentative de ma part d'investir le lien en m'adressant à elle dans ce qu'elle est pour les autres, de lui offrir un « miroir vocal ». Pour répondre à la répétition incessante de Paulette, je lui ai adressé cette improvisation chantée qui a permis d'inclure les syllabes répétées dans une partition mélodique, harmonieuse et répétitive sur un rythme différent du sien. Avant qu'elle ne s'endorme, il y avait alternance entre sa répétition et la mienne, non seulement réalisée en décalage mais aussi rythmée différemment. Associé à un toucher contenant, aux caresses, ce jeu sur les rythmiques, la modulation du ton de la voix, en somme, « cette enveloppe sonore d' « alternance » créé ainsi un lien sonore et une interdépendance entre le tout et les parties⁵⁵³ », et a permis, au bout de quelques minutes, que Paulette s'abandonne à la mélodie et s'endorme. Proposer du même (répétitions des syllabes) tout en incluant du différent (mélodie, rythme, tempo), peut ainsi contribuer à agrandir l'enveloppe sonore partagée, de la rendre moins rigide, plus maniable. Il est ici question des interactions précoces et de l'imitation entre le parent et le bébé. Avec sa proposition d' « accordage affectif », Stern voit dans l'imitation un moyen possible pour entrer dans l'expérience subjective, à condition d'aller au-delà de la simple imitation : il est en effet nécessaire que la reproduction des vocalises, mimiques et mouvements du bébé « comporte une part d'imitation, tout en y intégrant une modalité expressive différente⁵⁵⁴ ». La reproduction du même doit être modulée, autrement dit, pour reprendre Haag, elle doit être « suffisamment pareil et un petit peu pas pareil que le soi.⁵⁵⁵ » Accepter du

⁵⁵³ Boucheix, S., *op. cit.*, 2017.

⁵⁵⁴ Golse, B. et Bursztejn, C. (1990). *Penser, parler, représenter : émergences chez l'enfant*. Paris : Masson, coll. « Médecine et psychothérapie », 1997, 216 p.

⁵⁵⁵ Haag, G. (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 33, (2-3), p. 107-114.

différent, modifier l'enveloppe sonore, et accéder à l'intersubjectivité, voilà peut-être ce qui a fait cesser la palilalie de Paulette.

Enfin, avec la berceuse, il semblerait que la voix restaure la fonction de contenance du Moi-peau, c'est-à-dire « cette expérience de “rassemblement”, lors de la tétée, par exemple [qui] donne au bébé le sentiment d'être contenu dans un contenant. [...] Il constitue le sentiment basal d'identité et sous-tend l'individuation et la distinction entre espaces interne et externe.⁵⁵⁶ » Il est ici question de la réactivation du vécu intra-utérin, dont la voix assure le sentiment de continuité car elle fait le lien entre la vie in-utero et la venue au monde. Le tout-petit s'agrippe à cette voix qui lui permet une cohérence identitaire, et réactive le vécu contenant dans lequel tous les besoins étaient assouvis.

3. 4. 2. Chanter pour ne pas déchanter

Chez Paulette, seul le chant pratiqué en direct par la voix humaine a fonctionné. Chez Dolorès, le fait d'accompagner la musique passée sur l'ordinateur de ma voix a permis de libérer la parole. En voici le détail.

Je me souviens de cette rencontre avec Paulette que je ramenaï en chambre après le repas, qui présentait une palilalie assez importante. Ne sachant quoi faire pour l'aider, et tout en la fixant dans les yeux, je m'étais mise à fredonner cet air qui avait surgit spontanément :

*« Viens je t'emmène sur l'océan,
Viens je t'emmène au gré du vent,
Vers la lumière du soleil levant,
Viens je t'emmène sur mon bateau blanc.
La vie est belle profitons-en,
Plus de querelle plus de tourment,
Prends-moi la main,
Prends-moi le cœur,
Nous n'attendrons pas demain pour le bonheur. »*

⁵⁵⁶ Ciccone, A., Lhopital, M. (1991). *Naissance à la vie psychique*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 2001, p. 31.

À la fin de la chanson, Paulette m'avait souri et fait une bise sur la joue. J'avais alors constaté l'absence de palilalie jusqu'à mon départ quinze minutes plus tard. Reik écrit à propos des sentiments qui naissent à l'audition d'une phrase mélodique : « Ses caractères se rattachent à l'époque où le petit enfant écoutait sa mère lui chanter des chansons ou lui parler, à une phrase pendant laquelle il comprenait à peine ou à moitié ce qui était dit, mais dont il percevait très bien la connotation émotionnelle.⁵⁵⁷ » À propos de cette émotion, il ajoute : « L'émotion est apparentée au regret d'un objet perdu ou éloigné [le rapport à la mère], ou au désir de retrouver une satisfaction.⁵⁵⁸ »

Immédiatement, je ne savais guère pourquoi cette chanson, apprise vingt ans plus tôt à l'école primaire et jamais rechantée depuis, refaisait surface maintenant... Il est intéressant de noter qu'à cet instant, mon travail de symbolisation de la situation prend appui sur un objet culturel (la musique) et ma propre histoire infantile.

Reik a longuement évoqué dans ses *Écrits sur la musique* le fait que certains airs émergent dans la conscience du thérapeute lorsqu'il est en présence de son patient. Il déclare que :

« Les airs qui viennent aux analystes pendant les séances avec leurs patients sont des messages préconscients qui se révèlent non seulement signifiants mais également importants pour la compréhension de la situation émotionnelle du patient. Ce serait une erreur de les écarter. Ils ne transmettent pas seulement un contenu ignoré de la pensée consciente de l'analyste, mais ils lui communiquent quelque chose des émotions cachées qu'il n'a pas encore été capable de saisir en écoutant son patient. [...] Ces mélodies se présentent à l'esprit de façon claire et ou floue, mais ce qu'elles ont à dire devient compréhensible que lorsque l'analyste écoute « avec la troisième oreille.⁵⁵⁹ »

Écouter avec la troisième oreille⁵⁶⁰, autrement dit, s'écouter pendant le travail psychothérapeutique et utiliser son propre inconscient comme récepteur. Cela engage à accepter les émotions souterraines engagées dans la relation au patient, si positives ou négatives soient-elles.

⁵⁵⁷ Reik, T., *op. cit.*, 1984, p. 151.

⁵⁵⁸ *Ibid.*, Reik, T., 1984, p. 151.

⁵⁵⁹ *Ibid.*, Reik, T., 1984, p. 47.

⁵⁶⁰ Reik, T. (1948). *Écouter la troisième oreille, l'expérience intérieure d'un psychanalyste*. Paris : Bibliothèque des Introuvables, 1976.

À l'époque, j'aimais beaucoup l'air gai et entraînant de cette chanson, sans pour autant mesurer l'importance des paroles. C'est en rédigeant le journal clinique qu'elles ont pris une toute autre importance : je désirais emmener Paulette loin de sa maladie, loin de sa détresse pour qu'elle retrouve paix et bonheur. Que l'on prenne le large, en quelques sortes...

Si le chant a permis d'apaiser Paulette, l'impact a été double puisqu'il est venu me secourir à un moment où je ne savais plus comment agir. Ce jour-là en l'occurrence, j'avais passé un long moment lors du repas avec Paulette, à guetter les moindres sons et mouvements du corps qu'elle manifestait. Ce temps de repas avait finalement été un succès puisque, devant le documentaire animalier, Paulette était restée calme, avait pu correctement s'alimenter et même s'endormir. Seulement, en la ramenant vers sa chambre, je me sentais vidée de mon énergie, j'étais déçue et agacée de constater que la palilalie revenait. Assises toutes les deux sur son lit, le chant avait alors surgi comme une réponse et à son angoisse, et à la mienne. Reik évoque à ce sujet qu'« il se peut que l'expression musicale sublime et maîtrise nos pulsions violentes et qu'elle ait cette capacité magique de nous défendre contre nos propres dangers intérieurs, tout comme elle nous protégeait à l'origine des menaces extérieures.⁵⁶¹ »

Chez Dolorès, l'écoute du *Canon in D* de Pachelbell n'avait initialement donné aucun effet. J'avais ensuite repassé le morceau en le fredonnant près d'elle, elle avait alors réagi en déclarant que « c'est une belle chose. » J'avais ensuite lancé le morceau *Air* de Bach qui avait généré chez Dolorès un long « J'ai.....me », avec une voix oscillante de nouveau. Tout le corps s'était agité, elle donnait l'impression de vouloir toujours être plus près de moi. Elle s'était mise à me serrer la main plus fort. Dans cet engouement, elle avait enchaîné avec « bon... » (voix oscillante). J'avais ensuite essayé de fredonner l'*Air* de Bach, en même temps que la musique, Dolorès m'avait demandé « une bise », puis avait ajouté « je veux que tu m' » (sans finir sa phrase). Je lui avais alors demandé ce qu'elle voulait, ce à quoi elle avait répondu « Fais-moi plaisir », puis « Donne-moi », puis « Encore ». Ajoutant que j'entendais bien ce qu'elle me disait, que j'étais suis heureuse que nous puissions parler, elle avait enchaîné plusieurs « bon.... » (voix oscillante). Le

⁵⁶¹ Reik, T., *op. cit.*, 1984, p. 183.

fait d'ajouter de la voix sur la musique instrumentale a provoqué des réponses affectives particulières. À ce sujet,

De nombreuses études relevant du champ des sciences cognitives, à l'image de celle de Gatewood⁵⁶², menées en particulier aux États-Unis, se penchent sur l'impact de la musique sur l'émotion : elles confirment que celle-ci puisse modifier un état d'âme existant, que les réponses affectives à une œuvre musicale sont uniformes chez la grande majorité des sujets, mais aussi que la musique vocale a un pouvoir évocateur plus important que la musique instrumentale.

Forte de mobiliser l'archaïque, la voix chantée permet d'avoir accès à l'univers affectif plus ou moins enfoui du sujet : « Elle est le mode de transmission de l'affect.⁵⁶³ » C'est ce qui semble se passer avec Dolorès dont les affects semblent se majorer et qui se traduisent cliniquement par l'agitation corporelle et, de manière surprenante, par la reprise de la parole. De l'informe prend forme, et par là c'est l'informe du patient qui est reconnu, appelé, comme précondition à l'advenue d'une forme : « C'est de cet éprouvé de l'informe que se situe sans doute le premier éprouvé d'être : l'informe, l'indéterminé est l'expérience même du potentiel, de ce qui, non encore advenu, est déjà là en attente d'advenir potentiellement.⁵⁶⁴ » Ici le recours au sensoriel est un véritable outil pour faire advenir ce qui s'est enfoui chez le patient sous forme de représentation de choses, souvent avant l'avènement du langage. Cette mémoire précoce difficilement mobilisable par le biais du langage, trouve là une voie de représentation, véritable oasis dans une dynamique institutionnelle du tout-savoir : « on constate souvent dans l'expérience clinique la mobilisation d'une batterie de défenses contre l'indéterminé ou l'informe qui pourraient laisser penser que la nature "a horreur de l'indéterminé et de l'informe", comme elle aurait horreur du vide.⁵⁶⁵ »

⁵⁶² Gatewood (1927), Hevner (1936), Capurço (1952) et Catell (1953) cités par Lecourt E. (1973). Actualité et développement de la musicothérapie. Dans : Guilhot MA., Guilhot, J., Jost, J., Lecourt, E. (1973). *La musicothérapie et les méthodes d'association des techniques*. Paris : ESF Editeurs, coll. « Sciences humaines appliquées », 1984, p. 42.

⁵⁶³ Green, A., *op. cit.*, 2002, p. 278-279.

⁵⁶⁴ Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », p. 92.

⁵⁶⁵ *Ibid.*, Roussillon, R., 2008, p. 92.

Le rythme musical du chant et de la musique semble avoir pu harmoniser le rythme du sujet puisque Paulette et Marguerite s'apaisent indéniablement. L'on peut supposer que leurs affects – à qui j'ai attribué l'adjectif « violents » car séparé du représentant de la représentation et donc en effervescence – ont pu être tempéré, puisque dans les trois cas, l'agitation verbale et motrice a disparu.

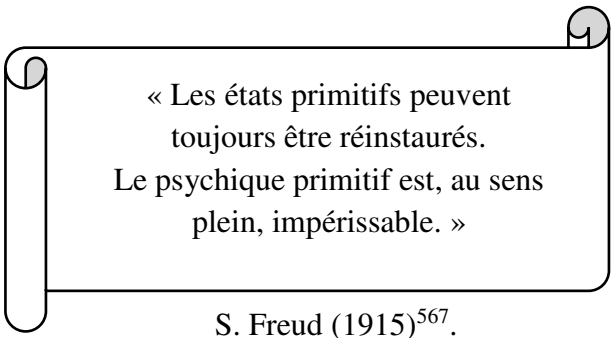
Ainsi donc, on peut penser que le chant réactive des traces relatives aux expériences précoces n'ayant jamais été prises dans le système symbolique. Il y aurait donc actualisation de l'enveloppe musicale dans la dynamique transférentielle, assurant alors un lien entre ce qui a été et n'est plus, et ce qui est aujourd'hui.

DISCUSSION



Magritte, R. *Le thérapeute*, 1937⁵⁶⁶.

⁵⁶⁶ <http://fr.wahooart.com/@/8XYUDT-Rene-Magritte-Le-th%C3%A9rapeute>



« Les états primitifs peuvent
toujours être réinstaurés.
Le psychique primitif est, au sens
plein, impérissable. »

S. Freud (1915)⁵⁶⁷.

Dans quelles mesures le rythme associé à la répétition palilalique constitue-t-il un indicateur du sens d'un discours profondément « affecté » (dominé par les affects) des suites d'une involution du système de représentation vers des processus psychiques originaires? Telle est la problématique inchangée durant ces cinq années de travail de recherche, et c'est peu dire qu'il a fallu résister à la tentation de la modifier. Tout d'abord, parce qu'au fil de la recherche, j'ai constaté que la question du rythme ne traitait qu'une partie de la problématique ; le rythme est certes un indicateur important de ce temps originaire mais il est loin d'être le seul ! Ensuite, car le terme d'involution a été source de nombreuses interrogations, étant un terme neurologique (Hughlings Jackson) plus que psychanalytique⁵⁶⁸. Pourquoi employer ce terme plutôt que celui de régression ? Dans le sens où je l'emploie, il n'est pas synonyme, comme il l'est pour Jung, de processus pathogène, de développement rétrograde, de dégénérescence dans le contexte du passage par la mort, le risque de maladie et de mort, de somatisation, d'enkystement pathogène, de décompensation et de suicide. Il n'est pas non plus synonyme des névroses d'involution, névroses qui ne sont pas propres au vieillissement mais qui se révèlent et s'exacerbent avec l'âge et se traduisent par le fait que beaucoup de personnes se plaignent de douleurs ou de solitude. Il est en revanche synonyme de régression (au sens freudien) qui sous-entend une involution intrapsychique ainsi qu'un retour vers des périodes de l'enfance et de la petite enfance, vers des stades primaires. Ce qui a fait pencher la balance, c'est la connotation négative attribuée au terme de « régression » lorsque le thème de la maladie d'Alzheimer est abordé en institution⁵⁶⁹ : « il régresse et redevient

⁵⁶⁷ Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p. 22.

⁵⁶⁸ Pour ses études sur l'aphasie, puis plus largement pour sa conception de l'appareil psychique, Freud a pris appui sur les travaux de Hughlings Jackson.

⁵⁶⁹ Je m'appuie ici sur les propos de certains soignants et de certaines familles.

un enfant. » Et lorsque l'on creuse un peu en questionnant sur ce que signifie cette déclaration, la réponse se concentre en ces quelques mots : « je n'ai plus un adulte en face de moi, mais plutôt un petit enfant qui a besoin qu'on s'occupe de lui et qui fait des caprices. » Difficile d'expliquer que si le sujet manifeste certains comportements infantiles, il n'en n'est pas moins un adulte qui a eu accès à des processus élaborés que la maladie d'Alzheimer a voilé, pour en dévoiler d'autres auquel il n'a jamais eu accès. C'est bien en ce sens que j'ai formulé la première hypothèse qui *concerne la capacité de représentation dans la MAA. Les sujets ayant atteint un stade sévère n'ont plus accès à un discours cohérent utilisant une lexicologie. L'altération progressive des processus secondaires, puis des processus primaires notable dans la maladie d'Alzheimer, nous amène à émettre l'hypothèse d'une involution (à entendre au sens jacksonien du terme) du système de Représentation. Si, en temps normal, l'évocation d'une Représentation est porteuse d'un certain plaisir, d'une charge libidinale qui reproduit, bien qu'atténuée, une part de l'expérience de satisfaction, il semble que dans les cas de démence sévère, il ne resterait qu'une trace de la Représentation avec une violence d'affect. Nous aurions alors affaire à un « affect avec une trace de Représentation », ou à un « affect avec « plus » de Représentation » (pour le différencier de la psychose).* Cette hypothèse prend en compte l'une des deux grandes conceptions psychanalytiques de la maladie d'Alzheimer, à savoir, l'idée d'une régression (Chevance, Le Gouès et Péruchon, Charazac Quaderi,), qui s'expliquerait en partie par une atteinte de la Représentation (Le Gouès et Péruchon).

Si les processus secondaires ont été construits en dernier, ils sont en effet les premiers à faire défaut, avec une satisfaction des pulsions qui ne peut plus être retardée. La représentation de chose (processus primaire), liée à celle de mot et donc au processus secondaire, s'en trouve également bouleversée.

Sujet vivant dans l'immédiateté (Quaderi, 2010) et l'urgence, le nœud majeur du problème résiderait en une incapacité du dément à faire ce que l'*Infans* faisait dans le jeu du Fort-Da : concevoir la présence dans l'absence. L'objet absent le serait réellement. Cette incapacité prendrait sa source dans une altération du système de représentation qui rendrait l'hallucination de l'objet impossible et ainsi, le plongerait dans un état de frustration insupportable jusqu'à ce que le *Nebenmensch* puisse ou veuille bien se

présenter à lui.... Le sujet dément ne peut abandonner le système perceptif de l'immédiateté, d'où une immense frustration en continu. Son Moi ne pourrait plus compenser l'activité de la frustration par la représentation.

La représentation dans la démence serait caractérisée par une prévalence de l'affect, par une violence de l'affect avec une incapacité à retrouver le représentant psychique correspondant. Le représentant de la représentation fait défaut, et l'affect s'en trouve accentué. Seulement, ce qu'il ne faut surtout pas négliger, c'est que, malgré cette involution du système de représentation, le sujet dément a connu des processus psychiques plus élaborés, d'où l'hypothèse d'un « affect avec une trace de représentation », ou celle d'une « violence d'affect avec « plus » de représentation » pour bien faire la différence avec la psychose, pour qui il n'y a pas eu de représentation.

In fine, l'involution du système de représentation dans la maladie d'Alzheimer est marquée par une rupture entre l'affect et la représentation. Dans ce cas, l'affect prend alors la place de la représentation, ce qui peut désorganiser la parole jusqu'à l'inintelligible, l'indicible du retour au corporel, l'affect se déliant alors de la parole (Green).

Cette première hypothèse reste fondée sur une logique théorique, mais trouve son sens en l'articulant à la palilalie, stéréotypie verbale. La palilalie du sujet dément serait une tentative de canaliser l'affect laissé seul en orbite, délaissé par un représentant de la représentation désormais inaccessible. D'où la deuxième hypothèse, celle selon laquelle *la répétition palilalique du sujet atteint de démence pourrait, dès lors, s'entendre comme la mise en acte de cet affect prévalant dans la maladie d'Alzheimer, s'apparentant alors à un acting out du sujet atteint de démence. Cette mise en acte de l'affect serait alors le témoin d'une défaillance du dit, conséquence de l'involution du système de représentations. La prévalence des affects qui résultent de cette involution a un impact direct sur l'énonciation du sujet, comme la palilalie en témoigne. La palilalie serait alors une « construction de représentation », formée par la survenue de traces de représentation, signant l'échec de l'accès au représentant de la représentation. Puisque le manque du mot rend vaine pour lui toute tentative de symboliser ce qui surgit dans le réel et le sidère, la répétition palilalique serait*

constituée de traces de signifiants maîtres n'étant pas accrochées à une adresse à l'Autre. Dès lors, ce qui génère la répétition, c'est la frustration liée à l'attente de réception de ce discours par l'Autre, plongeant le sujet dans une solitude se situant au-delà de tout symptôme. »

Avec l'étude des travaux de Freud et Lacan, j'ai pu envisager la répétition sous deux angles : soit le sujet répète pour tenter de symboliser ce qui peut l'être (versant de la jouissance : Thanatos ; désintringation des Pulsions) ; soit il répète dans le but d'atteindre une satisfaction (versant du désir : Eros ; activité de liaison des Pulsions).

Selon moi, le sujet dément serait plutôt concerné par le premier niveau, il répèterait pour tenter de symboliser l'indicible, le non symbolisable, c'est-à-dire le réel. Avec Roussillon, je soutiens l'idée d'une « quête de la psyché », où le sujet dément tente d'inscrire dans la chaîne représentative des éléments incompréhensibles, illisibles. Malheureusement, ne disposant désormais que de « traces mnésiques perceptives », c'est-à-dire en carence de représentations (Roussillon), il est contraint à répéter inlassablement.

Après plusieurs semaines à tenter de comprendre, en vain, les syllabes et sons produits par Paulette, Marguerite et Dolorès, il a fallu changer de cap car si ceux-ci signifient quelque chose pour elles, s'ils sont probablement constitués par les traces de représentations anciennes (d'où l'expression « construction de représentation »), ils ne permettent pas à eux-seuls de nous transmettre une idée et réduisent le sujet à un « sujet d'énonciation passif » comme le suggère Irigaray – proposition avec laquelle je ne suis pas d'accord puisque l'énonciation ne s'arrête pas au contenu du dit (Lacan, Austin, Jakobson). C'est ainsi qu'entrevoir la palilalie comme la mise en acte de l'affect s'est imposé. À partir de là, ce n'est plus le contenu de la verbalisation qui importait, mais bien la manière dont elle est dite et dans quel contexte. Avec Austin, dire devient faire, et il me semble que c'est ce qui se passe dans la répétition palilalique. La notion d' « acting out » m'a parue intéressante pour désigner cet acte, ici acte de langage adressé, qui a bien un sens et pourra être repris plus tard dans la verbalisation. Celle de « passage par l'acte » pourrait en être un synonyme, contrairement à celle de « passage à l'acte » qui sous-entendrait un agir insensé non adressé. Il me semble que cette façon d'envisager les choses devient la condition nécessaire pour entendre ce que le sujet dément a à dire.

Ces syllabes et sons qui appartiennent aux sujets, répétés à l'infini apparaissent comme une réactivation de *lalangue* (Lacan), langue privée, duelle entre la mère et son bébé, constituée des phonèmes de la langue maternelle, empreinte d'affects qui viennent se fixer sur le corps pulsionnel du bébé. Elle vient border le corps encore informe du nourrisson. C'est donc une langue qui passe par le corps parce qu'accompagnée des soins du corps et de l'affection par le corps. Il s'agit de ce que l'enfant prélève de la langue de l'Autre maternel, de sa voix, pour constituer son babillage qui se satisfera de lui-même. *Lalangue* est donc du côté de la jouissance de l'Autre, elle est matière jouissante. Elle pourrait donc bien être ce qui reste au sujet dément qui ne dispose désormais que de traces de processus secondaires et primaires. Si, généralement, « un signifiant solitaire est dénué de sens⁵⁷⁰ », il s'avère que dans la démence à un stade avancé il assure « la valeur de tous les signifiants perdus hasardeusement crochetés à tous les signifiés égarés.⁵⁷¹ » Comme dans l'holophrase, le sujet s'agrippe à un signifiant isolé pour exprimer une phrase entière, garant de sa survie psychique. L'holophrase intervient lorsque l'intervalle entre S1 et S2 disparaît, remettant alors en cause la logique de séparation et d'aliénation dans laquelle émerge pourtant le sujet. L'holophrase signe, avec la palilalie, l'échec de la fonction signifiante. Répéter S1 à l'infini repousse l'échéance redoutée de la survenue du dernier mot.

Seulement, « lalangue comme ritournelle⁵⁷² » ne suffit plus dans le contexte démentiel. En effet, la parole est un rempart défensif capital pour le Moi qui, sans elle, perd non seulement sa force de refoulement mais se voit également accaparé par la jouissance dévastatrice du corps pulsionnel, lieu d'intrication-désintrication pulsionnelle. Le bouillonnement pulsionnel n'est alors plus canalisé, ne laissant désormais la place qu'à un corps qui se livre pleinement à une jouissance en excès. L'angoisse d'anéantissement assaille le sujet dément qui doit malgré tout lutter et développer un mécanisme de défense que la palilalie pourrait incarner. C'est ainsi que j'ai formulé la troisième hypothèse ainsi, proposant ***d'entendre la palilalie du sujet atteint de démence non seulement comme le***

⁵⁷⁰ Lacan, J. (1975). Séminaire RSI, leçon du 17/12/74. *Ornicar ?*, 2, édition le Graphe, p. 101.

⁵⁷¹ Bétourné, F. (2006). La répétition ou l'effort déchirant pour faire parler l'Autre dans *lalangue* du sujet malade d'Alzheimer. *Che vuoi*, 26, (2), p. 161-204.

⁵⁷² Lacan, J. (1974). Leçon du 8 Janvier 1974. *Le Séminaire livre XXI. Les non-dupes errent*. En ligne : <http://espace.freud.pagesperso-orange.fr/topos/psych/psysem/nondup/nondup5.htm>

témoin d'un retour à un corps Pulsionnel que les signifiants primordiaux maternels avaient érotisés et subjectivés, mais aussi comme le retour à une jouissance de la langue, traduisant alors un problème de séparation d'avec l'Autre maternel dans un contexte d'agitation anxieuse, agressive, ou de retrait. Le rôle du clinicien serait alors de freiner l'ébullition de la jouissance du sujet pour le mettre en position d'énonciation et de demande, c'est-à-dire de perte. Effectivement, le contexte d'involution des processus psychiques, partant du manque du mot, semble aboutir à un corps directement éprouvé par la jouissance via des « satisfactions primordialement corporelles, toutes celles qui mettent entre parenthèses le langage.⁵⁷³ »

Tout se passe comme si, dans la MAA à un stade avancé, la pulsion envahit le corps, l'outrepasse, le rend si pesant et informe qu'il se voit menacé de rupture, d'éclatement, de dispersion. Ce trop-plein de corps est marqué par un corps pulsionnel omniprésent, omnipotent, débordant le corps de chair. Si le réel de la maladie chamboule la vie psychique, il met hors d'usage le mécanisme du refoulement, pourtant protecteur. Par conséquent, le ça et la vie pulsionnelle grimpent en flèche. Avec Freud sait-on que les pulsions doivent alors être détournées vers des processus distincts. Malheureusement, le sujet dément ne peut plus compter sur la parole pour freiner le déferlement pulsionnel et se voit happé par une jouissance incontrôlée, envahissant son corps et actant ce qui ne peut plus surgir dans la parole. D'après Assoun, c'est le corps qui s'exprimerait et « deviendrait le lieu de répétition d'un réel insymbolisable qui, faute de passer par le langage, en ses ressources métaphoriques, s'inscrirait en inscription corporelle.⁵⁷⁴ » Dès lors, ce qui ne s'exprime plus dans le corps des phrases reparaît dans le réel corporel.

L'involution des processus psychiques induit également une involution dans le moi, allant du moi-pensant au moi-peau (Anzieu). Si, initialement, l'*Infans* a dû renoncer à ce corps pulsionnel pour entrer dans le langage parlé, le sujet dément semble lui contraint de le voir revenir au premier plan, l'enkystant dans une jouissance maximale. L'effervescence pulsionnelle va chercher une voie de décharge et de satisfaction : l'excitation force les limites corporelles, et rencontre les orifices par où elle peut tenter

⁵⁷³ Chemama, R. (2000). *La jouissance, enjeux et paradoxes*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2007, p. 119.

⁵⁷⁴ Assoun, PL. (1997). *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse*. Paris : Anthropos/Economica, 2009, p. 283-284.

de s'échapper. Le sujet dément, essayant en vain de projeter à l'extérieur toute cette excitation, doit se contenter de la projeter sur les zones érogènes. Seulement, du fait que les frontières entre le moi psychique et le moi corporel, le moi-réalité et le moi-idéal soient brouillées, les zones érogènes sont indifférenciées, les expériences agréables et douloureuses sont confondues. Comme dans la petite enfance, il semble que la zone orale (muqueuse bucco-pharyngienne) soit psychiquement investie, l'excitation s'y concentre et finit par se dédoubler en cri, hurlement...palilalie ? Il semble bien, en effet, que la pulsionnalité informe submerge le corps qui n'a pour seule option que de l'évacuer, dans la présente clinique, par un déversement verbal, sonore, et des expressions mimo-gesto-posturales répétés à l'infini. Si, selon Assoun, « la jouissance ne passe dans le corps qu'au prix d'un étouffement du langage⁵⁷⁵ », c'est bien que les trois sujets de ce travail de thèse luttent comme ils peuvent, avec ce qui leur reste, pour ne pas sombrer dans le néant et la mort qu'induit une jouissance absolue.

L'on peut imaginer que l'excès de libido contenu dans la bouche s'évapore progressivement avec la palilalie qui devient alors une issue salvatrice du sujet : répéter des phonèmes pour canaliser des angoisses massives qui ruinent toute capacité de pensée de représentation unitaire du corps. La répétition et la rythmicité de la palilalie maintiendraient alors peut-être, comme le suggère Haag pour les enfants autistes⁵⁷⁶, le « sentiment continu d'exister » (au sens winnicottien) grâce à la capacité de s'éprouver permise par la stéréotypie (pas seulement verbale). Toujours selon Haag, les stéréotypies seraient une tentative de maintenir un sentiment de sécurité corporelle pour empêcher la prise de conscience d'une enveloppe corporelle non fermée, trouée. La survie du sujet dépend de ce signifiant gelé, le sujet s'y accroche afin de ne pas s'annihiler.

Mais, l'hypothèse d'une régression à un corps pulsionnel due à un défaut d'inscription des représentations et affects ne saurait être vraiment complète, puisque, comme le rappelle Chervet, la libido ne s'inscrit pas uniquement par ce moyen : il existe

⁵⁷⁵ *Ibid.*, Assoun, PL., 2009, p. 266.

⁵⁷⁶ Haag, C. (1996). Stéréotypies et angoisses. *Les Cahiers du CERFEE*, dir. René Pry, Université Paul Valéry Montpellier III. Revu et complété en 2011.

une autre modalité que je n'ai pas abordée dans ce travail, constituée par les « frayages sensuels, éprouvés charnels qui sont constitutifs du corps érogène.⁵⁷⁷ »

Peu usitée en psychanalyse, Freud entend la notion de sensualité comme ce moment donné à l'Homme « de comprendre le monde extérieur à l'aide de ses propres sensations et relations corporelles.⁵⁷⁸ » Si la sensorialité implique des stimuli externes et somatiques, la sensualité est un éprouvé venant de l'intérieur du corps. Anzieu, qui place les états de sensualité au commencement de la vie psychique, métaphorise la sensualité en « un être bipède ayant un pied dans la sensorialité et l'autre pied dans la sexualité⁵⁷⁹ » définition tout à fait intéressante dans le cadre de la démence pour ne pas rester figé à l'idée d'une unique régression vers la sensorialité. « Un pied dans la sensorialité », c'est l'assimilation des sensations au niveau du moi-peau, fournissant ainsi son énergie psychique et encadrant ses premiers échanges avec l'objet maternel⁵⁸⁰. L'autre pied « dans la sexualité » est permis par le filtrage des stimuli externes, dans le but de maintenir l'équilibre pulsionnel. Les pulsions sexuelles s'infiltrant alors, et enveloppent les sensations⁵⁸¹.

Les sens induisent la sensorialité comme les sensations, la sensibilité implique la sensualité. D'après Anzieu, les sensations laissent des impressions puis des traces (images, souvenirs) qui donnent à l'*Infans* un sentiment d'exister ; à la place du célèbre « je pense donc je suis » de Pereira, c'est un « je sens donc je suis » qui prend tout son sens.

Dans ce contexte d'explosion pulsionnelle, d'altération de la parole, comment orienter l'accompagnement ? J'ai expérimenté et constaté que les éléments non verbaux avaient une importance capitale, mais avant cela, qu'il fallait éprouver quelque chose avant la rencontre avec ces sujets : que ce soit de la peur, une volonté de les sauver, de

⁵⁷⁷ Chervet, B. (2010). Source Pulsionnelle et corps érogène, des inscriptions de l'après-coup. *Revue française de psychanalyse*, 74, (5), p. 1487-1494.

⁵⁷⁸ Freud, S., *op. cit.*, 1985, p. 196.

⁵⁷⁹ Anzieu, D. (1993). Bacon, Beckett, Bion : pour un renouveau empiriste. Dans : Anzieu D., Monjaux M. (1993). *Francis Bacon ou le portrait de l'homme désespéré*. Lausanne : L'Aire-Archambaud, p. 41-61.

⁵⁸⁰ Anzieu a une considération particulière pour la Pulsion d'attachement qui permet d'orienter, grâce à des codes (douceur, sourire, allaitement...) le Moi vers l'objet.

⁵⁸¹ Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, 29, (1), p. 83-100.

les protéger, de les sortir de cette immense solitude, un désir de mettre en avant leurs potentialités restantes... il y a bien eu quelque chose de particulier avant ces trois rencontres (notamment avant celle avec Paulette car c'était le temps de la découverte) qui a initié mon intérêt à leur égard. Ce quelque chose, c'est bien le contre-transfert (Heimann, Neyraud...). L'Autre, que tente d'incarner le clinicien et que des soignants peuvent potentiellement incarner, va alors avoir un rôle majeur. Cela nécessite une observation ultra minutieuse des éléments cliniques, notamment des éléments non verbaux puisque la parole fait défaut. De la palilalie, le contenu ne sera retenu que pour s'appuyer dessus mais pas pour le comprendre...à chacun sa lalangue ! Par contre, une attention particulière est portée au contexte dans lequel elle survient mais aussi, et je dirais surtout, à la manière dont elle est produite, c'est-à-dire à sa prosodie.

Écouter en se laissant « saisir dans une kinesthésie de la parole⁵⁸² », autrement dit, accorder à la sensualité une place essentielle dans la rencontre clinique. Raufast propose une lecture tout à fait intéressante de l'un des ouvrages de Reik, *Écouter avec la troisième oreille*⁵⁸³, supposant que cette troisième oreille pourrait être sensuelle⁵⁸⁴. La sensualité serait alors ce qui permettrait de faire surgir certaines interprétations spontanément, confirmées ensuite, sans pour autant en avoir laissé un quelconque souvenir. Il y a donc un bénéfice certain à prêter une attention particulière aux expressions du visage (mimiques...), aux manifestations corporelles (tensions musculaires, postures, respiration...), à la prosodie du discours (tonalité et timbre de la voix...) et à tant d'autres caractéristiques sensuelles encore. Voilà qui fait le lien avec ma quatrième hypothèse selon laquelle *le rythme, étroitement lié à l'affect, a un enjeu particulier : tout se passe comme si le rythme de la palilalie dépendait de l'intensité de l'affect. Le rythme de la répétition inhérente à la palilalie semble en effet s'accélérer quand l'angoisse augmente, et ralentir voire disparaître lorsque l'angoisse s'apaise. Pour aller plus loin que la seconde hypothèse, « répéter la répétition » sur un rythme différent, la casser, la couper, la scander, semble enrayer le processus mortifère à l'œuvre, et ainsi nous permettre d'amener d'autres modalités de la rencontre. Ce n'est plus tant la syllabe*

⁵⁸² Gantheret, F. (2003). Esquisse pour un « Éloge de la sensualité ». *Revue française de psychanalyse*, 67, (2), p. 411-430.

⁵⁸³ Reik, T., *op. cit.*, 1976.

⁵⁸⁴ Raufast, L., *op. cit.*, 2010.

utilisée que le rythme avec laquelle elle est répétée qui semble avoir des effets sur l'angoisse. En ce sens, nous assisterions à une involution du système de représentation vers un niveau originaire de représentation, qui se rapprocherait du modèle du pictogramme décrit par Aulagnier. La palilalie pourrait alors se présenter comme un signifiant archaïque, ravivant ainsi les processus précoces de symbolisation, et court-circuités par ce qu'il reste des processus secondaires. Nous avons ici des éléments pour penser un « transfert originaire » en termes d'échange d'affects, ici via le rythme, où nous tentons de répondre à un affect pénible (marqué, dans la palilalie, par un rythme de répétition rapide) par un affect plus agréable (le psychologue utilisant un rythme plus lent). » Il a bien été question de s'attacher aux données sensuelles plus qu'au discours lui-même, cette façon de faire ayant orienté la présente recherche vers les théories touchant à l'archaïque, à l'avant langage, à la pré-symbolisation. À ce sujet, Raufast lie les travaux d'Aulagnier sur le pictogramme et la question de la sensualité, pour en arriver à l'hypothèse d'une transgression nécessaire des processus secondaires dans le but de relancer le désir et la créativité psychique. Il reprend, pour illustrer son propos, les travaux de Vivès sur l'acteur « hors sujet »⁵⁸⁵ qui sont tout autant pertinents dans ce travail. Les conclusions en sont que l'acteur se doit d'atteindre un état particulier s'il veut attraper quelque chose du désir du spectateur : « un rapport spécifique au corps et à l'environnement qui ne passe pas par les processus primaires et secondaires. » Atteindre le processus artistique passerait donc par une mise entre parenthèse de l'activité de représentation « pour prendre contact avec une dimension avant tout corporelle. Il ne faut pas qu'il pense à ce qu'il doit faire. Il doit « surfer » sur le mouvement de la musique.⁵⁸⁶ » Dès lors, il semble y avoir un bénéfice certain à « faire taire » les processus psychiques primaires et secondaires pour retrouver une dimension originaire au plus proche du (res)sentir, de l'éprouvé corporel. Dans cette même optique, il est permis de supposer que le clinicien face au sujet dément doive lui aussi mettre de côté les phonèmes de l'obsédante répétition palilalique afin de se connecter non plus au verbe mais à son corps, débordé par la jouissance... Aux risques et périls du clinicien... en témoigne, par exemple, la crise d'asthme que j'ai pu faire lors des premières rencontres avec Paulette, étouffée par ce trop-plein d'excitation que Paulette me transmettait. Cette connexion des corps doit donc être pensée, limitée, au risque d'être contre-productive. Elle implique

⁵⁸⁵ Vives, JM., *op. cit.*, 1997.

⁵⁸⁶ Raufast, L., *op. cit.*, 2010.

également d'accepter d'être l'objet de la jouissance, comme l'était la personne maternante pour l'*Infans*, engendrant parfois des cas de figure à élaborer rapidement pour ne pas les rejeter.

Pour illustrer ce dernier propos, je reviens sur deux séances avec Paulette qui ont suscité chez moi une gêne certaine avant qu'elles ne soient pensées. La première est une séance lors de laquelle Paulette était assise, elle se frottait le visage très fort, et balançait ses jambes. Je décidais alors de lui masser le visage, ce à quoi Paulette avait répondu en levant les yeux au plafond et descendu ma main sur sa gorge puis sur son torse, en disant « oui oui oui ». Je lui avais ensuite massé les avant-bras et les mains, le battement de jambes s'était arrêté. Pendant quelques secondes, elle était restée très calme, son regard plongé dans le mien, puis elle s'était levée et m'avait tirée pour que je me lève à mon tour afin que nous marchions de nouveau. Elle m'avait emmenée vers la salle à manger où avait lieu un atelier lecture de conte. Elle m'avait donné une chaise pour que je m'asseye. Je lui avais alors pris une main, elle m'avait donné l'autre, et avait commencé à serrer et desserrer les mains en me regardant et souriant, ce à quoi j'avais répondu en miroir et avait déclenché chez elle un véritable fou rire...

La deuxième séance que je cite fait référence à l'un de mes accompagnements dans sa déambulation, lors de laquelle elle m'avait prise par la taille, me caressant le côté, et avait posé à deux reprises sa tête sur mon épaule. Elle avait descendu sa main jusqu'à ma fesse, main que j'avais enlevée et serrée un peu plus fort dans la mienne afin de la rassurer. Elle avait continué de se toucher le ventre et les parties intimes à de nombreuses reprises. Elle m'avait fait de nombreuses bises sur la joue durant cette séance.

J'ai, de prime abord, relié ces deux séances aux termes d'auto et hétéro-érotisme, l'emploi de ces termes ayant sans doute déclenché une défense de ma part puisqu'en reprenant ces deux scènes dans le quatrième axe, j'ai écrit « Paulette se touche les parties intimes ou, à défaut, essaie de toucher les miennes ». À défaut de quoi ? L'intrusion de Paulette dans mon intimité résonnait immédiatement comme un acte sexualisé, d'où probablement la gêne ressentie. Faire un lien entre les conduites de Paulette et l'autoérotisme, c'est supposer un objet interne (c'est-à-dire qu'elle se ferait ce qu'elle aimerait que je lui fasse).

Dans un contexte où j'ai supposé un défaut de la fonction du fantasme chez le sujet dément, la réflexion chemine jusqu'au thème de la sensualité, ce premier niveau d'investissement des sens avec toute la question de la sexualisation de la sensualité. L'auto-sensualité n'est pas sous-tendue par un fantasme. Ni l'objet réel ni l'objet interne ne sont convoqués. On la retrouve dans l'autisme, dans le sens où ça ne passe pas par l'objet interne, et par conséquent, le sujet se regroupe autour d'une sensation. À ce sujet, Metzler⁵⁸⁷ avance que l'autiste compartimente rigoureusement chaque modalité sensorielle de façon à la tenir éloignée de toutes les autres. Un clivage du moi se produit en fonction de la manière dont les modalités sensorielles sont conjuguées : l'enfant regarde, écoute, touche un objet qui n'a rien à voir avec les stimulations visuelles et auditives qu'il investit⁵⁸⁸. Les sensations se juxtaposent les unes à côté des autres dans sans aucune profondeur ni relief. De même semble être la relation : « L'objet n'a pas de volume, il ne peut rien contenir, on ne peut rien mettre à l'intérieur de lui puisqu'il n'a pas d'intérieur. Il n'y a pas de distinction possible entre un intérieur et un extérieur ni pour l'objet, ni pour soi, ce qui interdit toute accession à l'altérité.⁵⁸⁹ » Metzler qualifie la relation à l'autiste de « bidimensionnelle », sans altérité ni communication, caractérisée par l'« identification adhésive » dont parle Bick⁵⁹⁰ et que Metzler reprend. mais plutôt collage, ce que Metzler (1980) a appelé, à la suite de Bick (1986), « identification adhésive ». L'enjeu du clinicien est alors d'établir une frontière qui délimite deux espaces (l'intérieur de l'objet et l'intérieur de soi) et de franchir l'intervalle ainsi créé pour communiquer avec l'objet, c'est-à-dire pour mettre, dans l'objet, quelque chose qui vient de nous et recevoir à l'intérieur de nous quelque chose qui vient de l'objet.

La lecture de deux chapitres de Roussillon, « L'entreje(u) primitif et l'homosexualité primaire en double⁵⁹¹ » et « Le partage de l'affect et la réflexivité par l'homosexualité primaire « en double »⁵⁹² » m'ont apporté des précisions sur ces

⁵⁸⁷ Metzler, D. ; Bremner, J. ; Hoxter, S. ; Weddell, D. ; Wittenberg, I. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme* (trad. Par Haag, G. et. M.). Paris : Payot, coll. « Sciences de l'Homme », 2002, 320 p.

⁵⁸⁸ Houzel, D. (2006). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances & Psy*, 33, (4), p. 57-68.

⁵⁸⁹ *Ibid.*, Houzel, D., 2006.

⁵⁹⁰ Bick, E. (1986). Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces. Dans : Briggs, A. (sous la direction de) *Un espace pour survivre – l'observation du nourrisson selon Esther Bick*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, p. 87-97.

⁵⁹¹ Roussillon, R. (2008). VI. L'entreje(u) primitif et l'homosexualité primaire « en double ». *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008. p. 107-134.

⁵⁹² Roussillon, R. (2009). Le partage de l'affect et la réflexivité par l'homosexualité primaire « en double ». *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod, 2009, p. 103-120.

questions. Le concept de relation « homosexuelle (homosensuelle) en double » correspond à l'une des formes que peut prendre la dépendance primitive. Plus précisément, il vise à cerner le « cœur de l'expérience de satisfaction du narcissisme dit primaire et la chorégraphie de la rencontre qui le caractérise quand l'objet primaire accepte de jouer de manière satisfaisante la fonction de « miroir » primaire que Winnicott, le premier, lui a reconnue.⁵⁹³ » Le point de départ, c'est la dépendance primitive, la relation première entre la mère et le bébé, dont la qualité du plaisir soutiendra ou non le lien primordial (Roussillon parle de valeur « messagère » de la pulsion). Si le plaisir tiré de cette rencontre première est suffisant, le bébé pourra alors investir l'objet maternel comme un semblable, un double de soi, un miroir de soi. Le plaisir tiré de l'expérience est à la fois lié à la rencontre entre le bébé et l'objet (plaisir 1, plaisir partagé) qui va apporter une réponse, via des zones érogènes (plaisir 2, auto-sensuel) permettant de baisser les tensions somatiques (plaisir 3). Plaisir partagé oui, mais asymétrique car le bébé ne peut s'accorder totalement avec la mère puisque les deux êtres n'ont pas la même maturité sexuelle. Cette part « énigmatique » de la mère correspond au potentiel sexuel et orgasmique adulte, elle peut générer le « plaisir de l'énigme » pour peu que le plaisir partagé soit suffisant. Voilée ensuite par le développement psychique, la trace de cette relation première sera présente et plus ou moins active tout au long de la vie.

Somme toute, c'est la rencontre avec l'altérité qui va créer du même. La mère et le bébé constituent l'un pour l'autre un miroir et un double, processus réciproque générant ainsi le plaisir de la rencontre. D'après Roussillon, ce processus comporte deux niveaux, d'abord celui d'un « « partage esthétique » (c'est-à-dire d'un ajustement et d'un partage de sensations corporelles, d'où l'appellation « homosensuel »), puis celui d'un « partage émotionnel, d'un accordage affectif. »⁵⁹⁴

Le bébé investit dès lors le visage et le corps de la mère qui vient s'ajuster aux mouvements et aux ressentis éprouvés par le bébé, ce qui produit un sentiment esthétique et une jubilation dans lesquels le bébé perçoit son reflet : « l'investissement du corps et des sensations corporelles du sujet passe par la rencontre avec l'investissement du reflet

⁵⁹³ Roussillon, R., *op. cit.*, 2008, p. 114.

⁵⁹⁴ Ibid., Roussillon, R., 2008, p. 122.

que l'objet lui en communique en retour par son ajustement lui-même.⁵⁹⁵ » C'est un processus réciproque mais asymétrique pour la mère et le bébé qui n'ont pas les mêmes potentialités.

Le double peut être un miroir « exact » ou « amodal ». Les caractéristiques de ce dernier double sont l'imitation (reproduction des mimiques de la mère) à l'origine de l'empathie, l'anticipation et l'échoïsation esthétique (affect d'extase, dit de plaisir esthétique, jubilation quand harmonie de la première rencontre).

Les deux scènes avec Paulette pourraient désormais être envisagées comme une réactualisation de cette « chorégraphie corporelle première », où Paulette cherche un double pour l'étayer narcissiquement. En effet, si l'expérience que le sujet fait de son double dans les premiers mois de son existence conditionne la mise en place du narcissisme chez le sujet, sa réactualisation pourrait bien contribuer à maintenir ou reconstruire un narcissisme appauvri par la maladie d'Alzheimer. Le double est une représentation des limites et des potentialités du moi. Le narcissisme primaire se compose de deux courants paradoxaux, l'un tendant vers l'identique à soi et l'autre tendant vers l'objet et la reconnaissance de son extériorité. De ce premier moment du double naît alors un premier sentiment d'identité imaginaire, identité trouvée-crée, à partir de la réciprocité des investissements en double lors de la rencontre première.

Ce processus du trouvé-crée passe par la découverte sensuelle du corps de l'objet, condition minimale pour que se développent la connaissance de l'objet et la confiance qui lui est portée. Les appareils d'emprise (la bouche, les yeux, les mains) décrits par Ferrant ont un rôle particulier dans l'établissement de cette relation première. L'on constate bien dans les deux situations avec Paulette l'enjeu des zones érogènes (déjà surexcitées au sein d'un corps jouissant au maximum), des caresses, des massages, des bises qui viennent délimiter deux corps pourtant semblables. L'ajustement vient réguler le plaisir (par exemple, le fait d'accompagner le geste pour retirer sa main de ma poitrine ou de ma fesse) afin qu'il soit partagé, limité, contenu, et permet visiblement que je devienne miroir de ses éprouvés. Reik rappelle à ce sujet qu'il ne faut pas se laisser submerger par les

⁵⁹⁵ Ibid., Roussillon, R., 2008, p. 123.

données sensuelles qui émanent de la relation. Puissant soutien narcissique, cette expérience de l'homosexualité-homosensualité en double, que je propose de renommer « préoccupation homosensuelle primaire » du clinicien, induit « la réciprocité suffisante qui rend la dépendance tolérable, qui atténue la blessure qu'elle représente pour le moi, qui apaise le sentiment d'impuissance, voire la détresse qu'elle implique parfois.⁵⁹⁶ »

Avec ces apports, je remets en cause le terme de « fusion » que j'ai pu employer à de nombreuses reprises, évoquant que Paulette (mais aussi Dolorès) en était en demande. Je peux maintenant envisager que le corps-à-corps qu'elle recherchait et le plaisir-déplaisir qui en découlait puissent se placer dans le contexte de la relation d'homosensualité primaire, où certes le semblable doit être assez autre pour être investi. Ces relations se placent dans le cadre de l'homosexualité/homosensualité, « homo » car l'objet représente un double de soi, et « sexuelle » car il a de l'autre, du différent⁵⁹⁷. Parler de fusion sous-entendrait qu'elles n'auraient trouvé que du même sans que la part « d'autre » ne soit créée. Or, le double « amodal » semble bien être construit, en témoigne le fou rire de Paulette à la suite du serrage/desserrage de nos mains, initié par l'imitation. Si l'on suit les apports de Roussillon, cette jubilation pourrait bien signifier l'harmonie retrouvée de la première rencontre.

Le partage esthétique premier permet de commencer à explorer des sensations et donc des premières formes d'affects, mais l'exploration ne concerne pas seulement les affects mais aussi les premiers processus psychiques de transformation et de traitement des états internes, c'est-à-dire de la symbolisation primaire. C'est bien dans les sensations et les expériences corporelles que les processus psychiques se mettent en forme et s'organisent.

En revanche, si l'objet devenait trop distant, insensible, inconstant, insaisissable, le sujet retirerait alors son investissement avec le double, rompant alors le lien. L'attaque et le retrait seraient alors deux modalités défensives : le bébé peut aller jusqu'à se retirer psychiquement ou affectivement de la relation, il peut se désengager, voire s'autistiser,

⁵⁹⁶ *Ibid.*, Roussillon, R., 2008, p. 134.

⁵⁹⁷ Roussillon, R., *op. cit.*, 2009, p. 111.

pour qu'un lien satisfaisant, établi même au prix d'une torsion, puisse se nouer⁵⁹⁸. Voilà peut-être ce qui expliquerait le comportement de retrait de Marguerite, qui n'aurait pas réussi à trouver un double de soi suffisamment.

Il me faut encore préciser les choses. À ce stade du travail, je pose que la répétition du sujet dément s'inscrit dans l'auto-sensualité, mais dans un premier temps seulement. Quand de l'autre est introduit, il y a resexualisation et donc passage de l'auto-sensualité à l'Autoérotisme.

Pour ainsi dire donc, la sensualité constitue pour le clinicien l'une des clés de la voie d'accès au désir du sujet, et plus encore, dans certaines situations cliniques, elle qui nous met « la puce à l'oreille » en termes d'interprétations, de manière tout à fait inconsciente. Répondre au sensuel par du sensuel, dans un premier temps, plutôt que par des mots, afin de connecter les corps : « [...] le psychanalyste qui espère comprendre le sens secret de ce langage presque imperceptible, presque impondérable doit aiguïser sa réceptivité à ce langage, augmenter sa faculté à le recevoir. S'il veut le décoder, il ne peut le faire qu'en écoutant intensément au dedans de lui, en demeurant attentif aux subtils effets sur lui-même, aux pensées et aux émotions fugitives qu'il éveille en lui. Il doit, ceci est extrêmement important, observer avec soin ce que ce langage signifie pour lui, et quels en sont les effets psychologiques sur lui.⁵⁹⁹ ». Là encore, il est bien question de fermer les yeux sur les processus secondaires pour entendre ce que le corps du sujet a à dire.

Les domaines de la sensation et de la perception posent la question de la réflexivité. La première grande étape de l'instauration de la fonction réflexive est le passage par les sens, le passage par la perception, et donc par la projection. Golse insiste sur l'aspect « auto » de l'activité représentative⁶⁰⁰. Il y aurait un temps « auto » de l'activité représentative comme il y a un temps pour l'autoérotisme ou l'auto-sensualité. L'activité représentative en elle-même n'a pas pour vocation première de soutenir une communication. Elle s'ancre dans le corporel, c'est-à-dire dans les sensations, et dans

⁵⁹⁸ Roussillon, R., *op. cit.*, 2009, p. 115.

⁵⁹⁹ *Ibid.*, Reik., T., 1976, p. 141.

⁶⁰⁰ Golse, B. (1999). Les premières représentations mentales: l'émergence de la pensée. *Au début de la vie psychique*. Paris : Odile Jacob, p. 127-154.

l'interaction, ce qui signifie qu'elle ne s'organise qu'au sein d'une relation. Mais elle a essentiellement pour but de se donner une représentation du monde, de soi-même et des relations entre soi et le monde. Ce temps « auto » de l'activité représentative a, en quelque sorte, un rôle d'information au service de l'appareil psychique. Cela rejoint les travaux d'Aulagnier sur le pictogramme, première inscription psychique de la rencontre entre *l'infans* et l'environnement. La fonction d'auto-représentation serait ainsi présente dès l'origine de la vie psychique.

De son côté, Roussillon affirme que « le psychisme doit donc se faire perception, se concrétiser, se matérialiser perceptivement, pour se saisir de lui-même.⁶⁰¹ » Mais, lorsque l'appareil psychique est menacé de débordement, on voit apparaître des tentatives d'auto-représentations des processus psychiques. Ferenczi parle à ce sujet d' « auto-observation symbolisée du fonctionnement psychique⁶⁰² », qui correspond à l'émergence, sur un mode hallucinatoire, de « matérialisations » du fonctionnement psychique au sein de la relation transférentielle. Cette « auto-observation du fonctionnement psychique » concerne les mécanismes psychiques mis en échec par un débordement de l'angoisse. Avec Freud⁶⁰³, l'affect d'angoisse a une fonction particulière au sein du système auto-informatif du moi, un rôle de signal⁶⁰⁴. Dans la division classique des représentants pulsionnels en deux catégories, affect et représentant-représentation, l'affect tient un rôle particulier. Il ne porte pas de contenus représentatifs concernant la pulsion, mais il rend compte de la manière dont le moi est saisi par l'exigence pulsionnelle tant sur le plan quantitatif que qualitatif. En cela l'affect est un « marqueur » important du rapport à soi, du rapport à son psychisme. Reprenant les travaux de Freud sur l' « angoisse-signal » et ceux de Winnicott sur l'angoisse agonistique⁶⁰⁵, Roussillon amène l'idée que « L'affect est un rappel d'ébranlement traumatique archaïque du moi, il signale au moi les menaces pesant sur son organisation, il les signale en reproduisant, de manière atténuée,

⁶⁰¹ Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition – théorie du processus psychique*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », p. 149.

⁶⁰² Ferenczi, S. (1912). Formations symptomatiques passagères au cours de l'analyse. *Psychanalyse*, t. 1, Paris : Payot, 1975, p. 206.

⁶⁰³ Freud, S., *op. cit.*, 2011.

⁶⁰⁴ Freud différencie l' « angoisse-signal » de l' « angoisse-débordement » ; cette dernière marque une désorganisation en cours, déjà-là. L' « angoisse-signal » est une construction qui anticipe la désorganisation, elle informe sur la menace pour éviter le débordement. Il y a ici une organisation de la temporalité qui permet une anticipation. Le sujet dément se situerait plutôt dans le cas de l' « angoisse-débordement », car l'omniprésence de la réalité ne permet plus ce signal.

⁶⁰⁵ Winnicott, DW., *op. cit.*, 2000.

l'expérience traumatique antérieure, l'état traumatique passé. L'affect signal [...] signale aussi l'effet sur l'organisation du moi et la relation à l'objet de ce mouvement pulsionnel.⁶⁰⁶ » Le signal constitué à partir de l'affect d'angoisse obéit donc à une double fonction. D'une part, il permet une mobilisation défensive anticipant sur le débordement potentiel. D'autre part, il re-présente « l'ébranlement traumatique archaïque » et permet ainsi la mise en route d'un travail de subjectivation.

Aussi, l'omniprésence de la réalité dans la MAA à un stade sévère ne laisserait plus de place à un signal prévoyant le déplaisir, donc plus de signal de danger, ce qui amènerait à un surinvestissement de la réalité. Le vécu systématique dans l'instant présent l'empêche, comme nous le ferions, de faire un tri de toutes les informations sensorielles perçues. Ainsi, utiles ou non, agréables ou pas, le sujet atteint de démence cherche à interpréter tout ce qui arrive jusqu'à sa psyché, convaincu que tout lui est adressé. Le sujet atteint de MAA à un stade sévère ne peut se défaire des affects pénibles dont il aurait dû se défaire.. Il ne cesse de vouloir se souvenir, c'est d'ailleurs ce qui faisait dire à Quaderi que « le dément souffre en réalité de son incapacité d'oublier qu'il ne peut plus oublier de se souvenir.⁶⁰⁷ » Il y a ici un lien à faire avec la fonction habituelle du mot : pour se souvenir, il faut des mots, et l'altération des processus secondaires du sujet atteint de démence freine la possibilité de s'exprimer, de dire, donc de se souvenir et d'oublier...

Dès lors, pour pouvoir se sentir, se penser, le sujet dément se doit de se donner à penser par un Autre. Par exemple, j'ai eu l'impression, à quelques reprises, que Paulette ne s'entendait pas, enveloppée dans sa répétition. C'est en ramenant du sonore qu'un changement a opéré chez Paulette, que ce soit avec le *squiggle vocal* ou le chant, changement marqué par le décoincement d'autres syllabes ou par un enrayement de la répétition.

Revenons-en à la question de la sensualité. Le corps ne dispose pas à lui seul de données sensuelles, la voix a elle aussi beaucoup de choses à dire. J'ai proposé, en guise de cinquième hypothèse, qu'*entre un corps débordé par les affects et un discours submergé par les affects, la voix tenterait de venir rétablir l'équilibre. Les effets positifs*

⁶⁰⁶ Roussillon, R., *op. cit.*, 2001, p. 151.

⁶⁰⁷ Quaderi, A., *op. cit.*, 2009.

de la « répétition de la répétition » étant extrêmement éphémères, il semble alors judicieux de mettre en place avec ces sujets une méthode de soin par la médiation. Cette dernière pourrait alors être envisagée sous deux angles possibles. D'une part, elle pourrait constituer un contenant de l'angoisse. D'autre part, elle pourrait faire représentation en lieu de la trace : un travail sur l'affect devrait alors aider à retrouver quelque chose du représentant. Le sujet atteint de démence retrouverait ainsi, le temps de la médiation, une « représentation perceptive de la trace ». Puisque nous effectuons un travail de fond en comble sur la question du rythme, nous suggérons la mise en place d'ateliers de musicothérapie. La musique, le chant plus particulièrement, devrait avoir des effets sur l'angoisse du sujet atteint de démence à un stade sévère, souffrant de palilalie, et peut-être permettre de trouver une harmonie entre le rythme du sujet et le rythme musical afin de tempérer la violence des affects. Si la voix permet au sujet dément d'évacuer l'angoisse, elle a aussi un autre travers qui nécessite la survenue d'un Autre : « loin d'être seulement pacifiante, la voix est également terrain de nombreux enjeux de jouissance.⁶⁰⁸ »

En effet, il semble que chez les sujets palilaliques, le son de la voix ne s'achemine plus correctement vers la parole, que les deux se désunissent. Je ne dirais pas, qu'en conséquence de cela, le son vocalique jouisse puissamment car la parole résiste même si elle ne permet plus de dire. Le sujet dément, s'il est appelé à une jouissance absolue de la voix, ne s'y engouffre pas totalement. Si, en temps normal, la voix est masquée par la signification et le son refoulé par le sens, dans le cas de la démence, tout laisse penser que le son vient pourtant faire sens là où la parole se désorganise. La parole ne jouant plus son rôle auprès de la pulsion, c'est la parole de l'Autre qui va permettre de border la jouissance en faisant taire la voix, condition initiale pour que le sujet advienne (Vivès).

Il y a donc eu un intérêt certain à utiliser une médiation qui fasse entre-deux du langage entre la voix et la parole, et le chant tombait sous le sens. Ce n'est pas du chant du sujet dont il s'agit, mais bien de la mesure dans laquelle le chant du clinicien a pu soutenir le système symbolique du sujet dément et l'apaiser. Si le son de la voix a permis de prendre la température de l'état de tension intérieure, les « restes » de parole du sujet

⁶⁰⁸ Vivès, JM., *op. cit.*, 2012, p. 23.

dément, autrement dit, les syllabes répétées à l'infini, en ont été le texte de la chanson. Somme toute, il a été question de mettre en mélodie la palilalie, donc de prendre appui sur l'« identité sonore individuelle du sujet.⁶⁰⁹ » Cette dernière notion introduite par Lecourt me paraît intéressante car elle fait écho à ce que l'archaïque (ex : polyrythmie corporelle, geste sonore) a pu laisser en termes de traces au plus profond du sujet. Lecourt la définit ainsi : « il s'agit de la délimitation des phénomènes sonores appartenant en propre à un individu, au travers desquels il se reconnaît, par lesquels il s'identifie, et se trouve reconnu. Sa construction se fait dans l'interaction avec l'environnement sonore, plus particulièrement les voix familières, par identification et différenciation. Elle s'élabore au cours d'un mouvement d'alternance entre le subjectif – le vécu perceptif, sa prise de conscience – et l'objectif – la reconnaissance par l'entourage des caractéristiques ainsi repérées.⁶¹⁰ » Les caractéristiques de cette identité sonore se nichent dans « des bruits corporels tels que rire, pleurs, ronflements, bruits de mastication, tics sonores, bruits des pas, etc., certains rituels sonores, rythmiques (le bercement, la succion par exemple).⁶¹¹ » La voix occuperait une place privilégiée dans l'identité sonore puisqu'elle se traduit par de nombreuses données parmi lesquelles le timbre, la hauteur, la modulation, etc. L'identité sonore est fondée par l'ensemble des rythmes perçus qui vont de la vie in utero (rythmes maternels, rythme cardiaque) à l'après naissance (respiration, tétée, puis marche). Si le bébé paraît donc plus sensible aux modalités de l'énonciation du langage plus qu'à l'énonciation elle-même⁶¹² (j'en reviens à l'hypothèse selon laquelle le fait de dire gagne sur le dit dans la démence), il est admis de supposer le sujet dément se réfugie dans cette composante sonore de l'identité qui persiste quand l'identité du sujet est menacée. La mise en mélodie accompagnée de gestes tendres a pu créer un effet de résonance organisateur chez le sujet dément faisant ainsi face au désordre chaotique psychique : « Que l'on pense, par exemple, à ces moments particuliers où, à partir d'un chaos apparent de sons, émerge et s'organise - très lentement et graduellement - une phrase chantée qui, finalement, submerge et domine le chaos, l'emporte sur le matériau sonore initialement anarchique.⁶¹³ » C'est bien dans ce contexte que j'ai associé la

⁶⁰⁹ Lecourt, E. (1994). *L'expérience musicale – Résonances psychanalytiques*. Paris : L'Harmattan, coll. « Psychanalyse et civilisations ».

⁶¹⁰ *Ibid.*, Lecourt, E., 1994, p. 53.

⁶¹¹ *Ibid.*, Lecourt, E., 1994, p. 54.

⁶¹² Golse, B. et Desjardins, V., *op. cit.*, 2004.

⁶¹³ Golse, B., *op. cit.*, 2014.

méthode (mise en mélodie de la palilalie) aux effets de la berceuse dont le rythme suscite de nombreuses réactions chez le bébé.⁶¹⁴

La palilalie monotone a alors pu être transformée en une musicalité de la voix, associant à des caresses ou massages, assurant au sujet que son discours a bien été réceptionné, ce qui en général, après un temps de chanson à deux voix, tel un canon, provoquait l'apaisement (hypothèse ici de la médiation comme canalisatrice de l'angoisse). Il est ici question du miroir sonore dont parle Anzieu⁶¹⁵ que je vois comme l'origine de la construction de l'identité sonore proposée par Lecourt. Quelque chose alors de cette relation intersubjective où s'élaborent des échanges sensoriels et symboligènes va inscrire le sujet dans une histoire commune et lui assurer la persistance de son existence. Concernant l'hypothèse de la médiation qui pourrait faire représentation en lieu de la trace, il me semble qu'une précision importante est à noter : une différence s'impose entre ce à quoi le sujet n'a jamais eu accès mais était en lui depuis toujours et ce qui a pu être symbolisé mais a été perdu. J'opterais aujourd'hui essentiellement pour une actualisation des expériences précoces dans la dynamique transférentielle, donc de ce qui n'a jamais été pris dans la sphère langagière, plutôt qu'un représentant raccordé à l'affect via la médiation, difficilement vérifiable dans tous les cas.

In fine, l'un des points les plus importants de ce travail est de montrer que la palilalie n'a pas que des causes neurologiques comme cela était démontré dans les dernières recherches sur la maladie de Pick, l'épilepsie, etc. La présence d'un Autre bienveillant (qui maternelle, protège, sensorialise l'environnement) ainsi qu'un intérêt porté à la palilalie peuvent ainsi nous permettre d'éviter la prescription de neuroleptiques, si néfastes pour ces sujets déments.

⁶¹⁴ Trevarthen, C. et Aitken, KJ., *op. cit.*, 2003.

⁶¹⁵ Anzieu D., *op. cit.*, 1976.

CONCLUSION

« Elle se sentait, comme cela lui était déjà si souvent arrivé en parlant avec lui, éclaboussée de mots qui à peine prononcés tombaient en poussière, chaque mot aboli, avant de pouvoir revêtir un sens, par le mot qui suivait. C'était comme une musique difficile entendue pour la première fois. »

Beckett, 1947⁶¹⁶

Tout à fait de la même façon que j'ai supposé une involution du système de représentations dans la démence, Beckett s'attache à décrire faillite du langage verbal en termes d'effondrement, de régression du secondaire vers le primaire et insiste sur la détresse causée par cet effondrement. D'après lui, il va s'agir d'une zone de l'existence qui, n'étant plus contenue dans le langage verbal, va s'exprimer par la sensation et les figurations les plus proches du pôle perceptif. C'est ce que l'on retrouve chez beaucoup de patients, dont les sujets déments, qui vivent dans leur chair ce retrait de mots – porteurs du sens des choses. Comme pour les personnages de Beckett, les personnages se retrouvent dans un monde obscur, où le recours aux sensations corporelles, aux positions, aux rythmes leur permet de maintenir encore un temps un sentiment d'existence menacé. On voit bien que ces altérations sensorielles, kinesthésiques, rythmiques, cénesthésiques sont à considérer comme du matériel psychanalytiques que la figuration viendra rendre visible. En d'autres termes, des traces des expériences subjectives primaires, qui ont toujours constitué le sujet mais qui étaient jusque-là restées enfouies, vont être réveillées, engendrant un état de détresse similaire à celui de l'enfant, dépendant totalement de son environnement maternel.

Bien souvent, les sujets atteints de maladie d'Alzheimer ne cherchent pas à communiquer quelque chose à autrui, mais tentent désespérément de se dire. Quoique vaillent les mots, la parole est la seule arme dont ils disposent pour lutter contre le silence

⁶¹⁶ Beckett, S. (1947). *Murphy*. Paris : Les Éditions de Minuit, p. 35.

et le néant insupportables. Ils sont donc condamnés à parler, à ressasser éternellement les mêmes choses. Le renoncement au langage leur est impossible car la parole constitue l'ultime témoignage de leur présence au monde.

Face à de telles situations, nous avons deux choix : nous enfuir en courant car le sujet dément nous rappelle brutalement la finitude du Moi, tellement fragilisé par le grand âge et la maladie ; ou faire de son mieux pour réceptionner son discours, en portant davantage attention à la façon de dire plutôt qu'au dit. Car la parole en elle-même ne fait pas tout. Comme Freud, il s'agit bien de rechercher l'élémentaire pour parvenir à entendre le patient, en redonnant place à la voix sans la dissimuler derrière l'évidence de la signification. Le son du langage, auquel s'ajoute la chorégraphie corporelle, font souvent passer bien plus de messages que les mots ne le peuvent.

La relation transférentielle avec le sujet dément revêt des formes archaïques, et ainsi, la capacité du discours du patient à être élaboré devient aléatoire. Le contre-transfert et ses capacités de résonance sont d'une importance capitale pour inscrire le sujet dans une histoire à deux, loin de la solitude dans laquelle il est poussé et dans laquelle il s'enferme. Se faire porte-parole du sujet dément, c'est le réinscrire dans le symbolique, c'est lutter contre l'appel du néant et de la mort.

Si le sujet dément semble happé par l'appel de la mort, il lutte pourtant pour vivre. En le considérant et en réceptionnant son discours comme un appel (à l'aide, à la communication), on se rend vite compte qu'il s'agrippe à l'Autre comme s'il s'agrippait à la vie.

Pour conclure...

Il n'y a pas d'équivalence entre l'avoir perdu et ne jamais l'avoir été :

Le sujet dément est simplement car il a été.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages, chapitres d'ouvrages, articles scientifiques

Ackermann, H., Ziegler, W., Oertel, WH. (1989). Palilalia as a symptom of levodopa induced hyperkinesias in Parkinson's disease. *The Journal of neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 52, p. 805-807.

Allione, C. (2005). Quelques remarques sur la question de l'autoérotisme et de l'autisme dans l'œuvre de Frances Tustin. *Cliniques méditerranéennes*, 72, (2), p. 199-217.

Altmann de Litvan, M. (2008). La valeur de la berceuse : l'organisation psychosomatique entre la mère et le bébé. *La berceuse*. Toulouse : Èrès, coll. « 1001 bébés », p. 53-70.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV-TR --- Manuel Diagnostique et statistique des troubles Mentaux*. Paris : Masson, 2003, 1120 p.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : fifth edition, DSM-5*. United States : American Psychiatric Publishing, fifth edition (DSM-5), 991 p.

Anzieu, D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9, p. 195-203.

Anzieu, D. (1976). L'enveloppe sonore du Soi. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 13, p. 161-180.

Anzieu, D. (1981). *Le corps de l'œuvre*, Paris : Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 384 p.

Anzieu, D. (1985) *Le Moi-peau*, Paris : Dunod, 254 p.

Anzieu, D. (1993). Bacon, Beckett, Bion : pour un renouveau empiriste. Dans : Anzieu D., Monjauze M. (1993). *Francis Bacon ou le portrait de l'homme désespéré*. Lausanne : L'Aire-Archambaud, p. 41-61.

Anzieu, D. (1993). Une approche psychanalytique du travail de penser. *Le travail de l'Inconscient*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 2009, p. 825-844.

Anzieu, D. (1994). *Le penser. Du Moi-peau au Moi pensant*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 179 p.

Anzieu, D. (ouvrage collectif) (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, 2^{ème} édition, 2003, p. 19-41.

- Armengaud, F. (2007). Introduction. *La pragmatique*. Paris : Presses Universitaires de France, p. 3-14.
- Artières, M. (1979). Silence, discours inhibé, discours anecdotique. *Topique*, 23, Paris, Epi, p. 103-118.
- Artières, M. (1982) La dépression du vide. *Topique, Travail de deuil, travail du clinicien*, 30, Paris, Epi, p. 43-54.
- Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, p. 170–182.
- Assoun, PL. (1997). *Leçons psychanalytiques sur Corps et Symptôme - Tome 1 - Clinique du corps*. Paris : Economica, coll. « Psychanalyse poche », 112 p.
- Assoun, PL. (1992). Représentations de mot et Représentations de chose chez Freud : pour une métapsychologie du langage. *Histoire Épistémologie Langage*, 14, (2), p. 259-279.
- Assoun, PL. (1997). *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse*. Paris : Anthropos/Economica, 2009, 250 p.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Le fil rouge, 2003, 368 p.
- Austin, J. (1970). *Quand dire, c'est faire*. Paris : Seuil, 1991, 202 p.
- Baird, A., Samson, S., Miller, L., Chalmers, K. (2017). Does music training facilitate the mnemonic effect of song? An exploration of musicians and nonmusicians with and without Alzheimer's dementia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39, (1), p. 9-21.
- Baker, F. (2002). The effects of live, taped and no music on people experiencing posttraumatic amnesia. *Journal of Music Therapy*, 38, p. 82–104.
- Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit* (traduit de l'Anglais par Perial Drisso, Laurencine Lot et Eugène Simion). Paris : Seuil, 339 p.
- Benke, T., Butterworth, B. (2001). Palilalia and repetitive speech: two case studies. *Brain and language*, 78, (1), p. 62-81.
- Bentata, H., Ferron, C., Laznik, MC. (2014). *Écoute, ô bébé, la voix de ta mère... La Pulsion invocante*. Toulouse : Erès, 2015, 344 p.
- Benveniste, E. (1966). *Problème de linguistique générale, I*. Paris : Gallimard, 1976, 356 p.

Bétourné, F. (2006). La *répétition* ou l'effort déchirant pour faire parler l'Autre dans *lalangue* du sujet malade d'Alzheimer. *Che vuoi*, 26, (2), p. 161-204.

Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, (4), p. 558-566.

Bick, E. (1967). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Dans : Harris-William, M. (sous la direction de) (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, 2007, 2^{ème} édition, p. 135-139.

Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in early Object-Relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, p. 484-486.

Bick, E. (1986). Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces. Dans : Briggs, A. (sous la direction de) *Un espace pour survivre – l'observation du nourrisson selon Esther Bick*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, p. 87-97.

Bion, WR (1962). Une théorie de l'activité de pensée (traduction française). *Réflexion faite*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Bibliothèque de Psychanalyse », 1983, p. 125-135.

Bion, WR. (1962). Aux sources de l'expérience. Traduit de l'anglais par François Robert. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Bibliothèque de Psychanalyse », 1979, 137 p.

Bion, WR. (1998). *Pensée sauvage, Pensée apprivoisée*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, 80 p.

Blake, ML., Duffy, JR., Tompkins, CA., Myers, PS. (2003). Right hemisphere syndrome is in the eye of the beholder. *Aphasiology*, 17, p. 423-432.

Boller, F., Albert, M., Denes, F. (1975). Palilalia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 10, (2), p. 92-97.

Boller, F., Boller, M., Denes, G., Timberlake, WH., Zieper, I., Albert, MS. (1973). Familial palilalia. *Neurology*, 23, p. 1117-1125.

Boucheix, S. (2017). Une musicothérapie de l'enveloppe : résonance entre enveloppe sonore, sensorielle et psychique en service de néonatalogie. *Revue Française de Musicothérapie*, Volume XXXVI, Essai théorico-clinique, En ligne : <http://revel.unice.fr/rmusicotherapie/index.html?id=3324>

Bourdin, D. (2006). Pulsions et lien d'emprise d'Alain Ferrant. *Revue française de Psychanalyse*, 70, (1), p. 241-244.

Braunschweig, D. et Fain, M. (1975). *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris : Presses universitaires de France, coll. «Le fil rouge », 302 p.

- Brodaty, H., Draper, B., Low, L.F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia : strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44, (6), p. 583-590.
- Brun, A. (2007). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris : Dunod, 283 p.
- Brun, A., Talpin, JM (sous la direction de) (2007). *Cliniques de la création*. Bruxelles : De Boeck, coll. « Oxalis », 236 p.
- Bullock, R., Hammond, G. (2003). Realistic expectations: the management of severe Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 17, (3), p. 80-85.
- Busnel, MC. et Héron, A. (2010). Le développement de la sensorialité fœtale. Dans : Frydman, R. et Szejer, M. (sous la direction de) (2010). *La naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris : Albin Michel, p. 633-643.
- Cadoux, B. (1999). *Écritures de la psychose. Folie d'écrire et atelier d'écriture*. Paris : La rumeur libre, coll. « La bibliothèque », 2013, 288 p.
- Cardebat, D., Aithamon, B., Puel, M. (1995). Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. Dans : Eustache, F., Agniel, A. (1995). *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge*. Marseille : Solal, p. 213-223.
- Castarède, M. (2001). L'enveloppe vocale. *Psychologie clinique et projective*, 7, (1), p. 17-35.
- Castle, NG. (2008). Special care units and their influence on nursing occupancy characteristics. *Health Care Management Review*, 33, (1), p. 79-91.
- Cataix-Nègre, E. (2011). *Communiquer autrement : accompagner les personnes avec des troubles de la parole et du langage*. Paris : éditions De Boeck Supérieur, 2017, p. 90-99.
- Catão, I. (2010). Voix, parole, langage : la clinique de ceux qui ne parlent pas. *Oxymoron*, 1. En ligne : <http://revel.unice.fr/oxymoron/index.html?id=3144>.
- Charazac, P. (2003). Qu'est-ce que la démence ? *Revue thématique, psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 1, (4), p. 223-228.
- Charazac, P. (2009). *Soigner la maladie d'Alzheimer –Guidance des aidants et relation soignante*. Paris : Dunod, 2012, 192 p.
- Chassé, V., Joannette, Y., Giroux, F., Ska, B. (2004). Profils d'évolution des atteintes cognitives de patients avec démence de type Alzheimer : une étude longitudinale. *L'année gérontologique*, 18, p. 110-120.
- Chemama, R. & Vandermersch, B. (1993). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Villatuerta: Larousse In Extenso, 2009, 602 p.

- Chemama, R. (2000). *La jouissance, enjeux et paradoxes*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2007, 192 p.
- Chervet, B. (2010). Source Pulsionnelle et corps érogène, des inscriptions de l'après-coup. *Revue française de psychanalyse*, 74, (5), p. 1487-1494.
- Cheston, R., Ivanecka, A. (2017). Individual and group psychotherapy with people diagnosed with dementia: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, (1), p.3-31.
- Chouvier, B. & Roussillon, R. (2008). *Corps, acte et symbolisation : Psychanalyse aux frontières*. Bruxelles : De Boeck, 184 p.
- Chouvier, B. (2010). La médiation dans le champ psychopathologique. *Le Carnet PSY*, 141, (1), p. 32-35.
- Chouvier, B. (ouvrage collectif) (2002). *Les processus psychiques de la médiation : créativité, champ thérapeutique et psychanalyse*. Paris : Dunod, 2012, 296 p.
- Christman, SS., Boutsen, F.R., Buckingham, H.W. (2004). Perseveration and other repetitive verbal behaviors: functional dissociations. *Seminars in Speech and Language*, 25, p.295–307.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, (2), p. 81-102.
- Ciccone, A. (2008). L'archaïque et l'infantile. *Spirale*, 45, (1), p. 133-147.
- Ciccone, A. (2011). L'observation dans les pratiques. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 2^{ème} édition, p. 43-57.
- Ciccone, A. et Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod, 249 p.
- Ciccone, A., Lhopital, M. (1991). *Naissance à la vie psychique*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 2001, 317 p.
- Cohen-Mansfield, J., & Martin, LS. (1999). Assessment of agitation in older adults. Lichtenberg, PA. (1999). *Handbook of assessment in clinical gerontology*. New York : John Wiley & Sons, p .297-331.
- Critchley, M. (1927). On palilalia. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, 8, (29), p. 23-32.
- Croisile, B. (2005). Communication, langage écrit, et démence. Dans : Michel, BF., Verdureau, F., Combet, P. (2005). *Communication et démence*. Marseille : Solal, p. 83-103.

- Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, 29, (1), p. 83-100.
- Curtin, AJ. (2010). Non-pharmacological Approaches To Dementia In the Long Term Care Setting. *Medicine and Health / Rhode Island*, 93, (12), p. 369-371.
- Dahan, N. (2012). Un aspect de la dynamique des groupes. *Enfances & Psy*, 54, (1), p. 137-146.
- Danon-Boileau, L. (2007). La force du langage. *Revue française de psychanalyse*, 71, (5), p. 1341-1409.
- De Guibert, C. (2004). Saussure, Freud, l'aphasie : d'un point de rencontre à la linguistique clinique. *Marges Linguistiques*, 7, p. 110-124. En ligne : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00343500>
- De Saussure, F. (1916). *Cours de linguistique générale*. Paris : Grande bibliothèque Payot, 1998, 519 p.
- Dechaud-Ferbus, M. (2011) *Cet autre divan. Psychanalyse de la mémoire du corps*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fil rouge », 312 p.
- Dejours, C. (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps : Répression et subversion en psychosomatique*. Paris : Payot, 182 p.
- Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord : corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris : Payot, coll. « Bibliothèque scientifique », 215 p.
- Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, vol.70, (2), p. 331-350.
- Didier-Weill, A. (1995) *Invocations – Dionysos, Moïse, Saint-Paul et Freud*. Paris : Calmann-Lévy, 1998, 176 p.
- Diener, Y. (2007). L'RSI de cas contre les vignettes cliniques À propos du livre de Guy Le Gaufey, Le pastout de Lacan : consistance logique, conséquences cliniques. *Essaim*, 2, (19), p. 249-254.
- Dietl, T., Auer, DP., Modell, S., Lechner, C., Trenkwalder, C. (2003). Involuntary vocalisations and a complex hyperkinetic movement disorder following left side thalamic haemorrhage. *Behavioural Neurology*, 14, (3-4), p. 99-102.
- Dor, J. (1985). *Introduction à la lecture de Lacan, 1. L'inconscient structuré comme un langage*. Paris : Denoël/L'espace analytique, 265 p.
- Dornes, M. (2002). *Psychanalyse et psychologie du premier âge*. Paris : Presses universitaires de France, 345 p.
- Dorot, R. & Paron, F. (1991). *Dictionnaire de Psychologie*. Paris : PUF, 761 p.

- Duffy, J.R. (2005). *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management*. United States (2nd edition) : Elsevier Mosby, 578 p.
- Duparc, F. (2001). Les trois temps du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 65, (3), p. 711-730.
- Eggert, J., Dye, C.J., Vincent, E., Parker, V., Daily, S.B., Pham, H., Watson, A.T., Summey, H., & Roy, T. (2015). Effects of viewing a preferred nature image and hearing preferred music on engagement, agitation, and mental status in persons with dementia. *SAGE Open Medicine*, 31, 2050312115602579.
- Ernst, E., Posadzki, P., Lee, M.S. (2011). Reflexology : an update of a systematic review of randomised clinical trials. *Maturitas*, 68, (2), p. 116-120.
- Ettinger, B.L. (2002). Weaving a trans-subjective tress or the matrixial sinthome. Dans : Thurston, L. (2002). *ReInventing the Symptom*. New York : The Other Press, 196 p.
- Fauvel, B., Groussard, M., Desgranges, B. & Platel, H. (2012). Pratique musicale et plasticité cérébrale : l'expertise musicale permet-elle de se préserver du vieillissement neurocognitif ? *Revue de neuropsychologie* 2, (4), p. 131-137.
- Feil, N. (2005). *Validation, la méthode de Naomi Feil: Pour une vieillesse pleine de sagesse. Aider et accompagner les grands vieillards désorientés*. Paris : Lamarre, 2018, 186 p.
- Ferenczi, S. (1912). Formations symptomatiques passagères au cours de l'analyse. *Psychanalyse, t. 1*. Paris : Payot, 1975.
- Ferenczi, S. (1928). Élasticité de la technique psychanalytique. *Psychanalyse* 4. Paris : Payot, 1982, p 55-65.
- Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*. Paris : Payot, 2014, 400 p.
- Ferrant, A. (2001). *Pulsions et liens d'emprise*. Paris : Dunod, 205 p.
- Ferrant, A. (2011). Emprise et lien tyrannique. *Connexions*, 95, (1), p. 15-27.
- Forrester, L.T., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A.E., Buchan, L.D., Soares-Weiser, K. (2014). Aromatherapy for dementia. *The Cochrane database of systematics reviews*, vol.25, (2), CD003150.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Vendôme : Presses universitaires de France, 6^{ème} édition, 1978, 254 p.
- Freud, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris : Presses universitaires de France, 1983.

Freud, S. (1895). L'esquisse d'une psychologie scientifique. *La naissance de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1956.

Freud, S. (1895). La remémoration et le jugement. *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904 – édition complète*. Paris : Presses universitaires de France, 2006.

Freud, S. (1896). Lettre du 6 décembre 1896. *Naissance de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1986.

Freud, S. (1896). Lettre 52 du 6 Décembre 1896. *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*, Edition complète sur la base de l'édition anglaise établie par Jeffrey Moussaieff Masson. Paris : Presses universitaires de France, 2006.

Freud, S. (1898). Sur le mécanisme psychique de l'oubli. *Résultats, idées, problèmes I*, trad. Paul Laurent Assoun. Paris : Presses universitaires de France, 1984, p. 99-107.

Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF, 1967.

Freud, S. (1900). Psychologie des processus du rêve. *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF, 1967.

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissances de l'inconscient », 1987, 211 p.

Freud, S. (1909). L'homme aux rats. Remarques sur un cas de névrose de contrainte. *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses universitaires de France, 2008, p. 283-378.

Freud, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. *La Technique psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France, 1981.

Freud, S. (1913). L'intérêt de la Psychanalyse. *Résultats, idées, problèmes I*, trad. Paul Laurent Assoun. Paris : Presses universitaires de France, 1984, p. 187-213.

Freud, S. (1914). Remémoration, répétition et perlaboration. *La Technique psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France, 1981, p. 131-140.

Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. *Essais de psychanalyse*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p. 9-46.

Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, 1940.

Freud, S. (1918). L'homme aux loups. À partir de l'histoire d'une névrose infantile. *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses universitaires de France, 2008, p. 479-611.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p. 47-128.

Freud, S. (1921). Psychologie des foules et analyse du moi. *Essais de Psychanalyse*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p. 129-242.

Freud, S. (1922). Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité. *Névrose, psychose et perversion*. Paris : Presses universitaires de France, 1999.

Freud, S. (1923). Le moi et le ça. *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p. 243-305.

Freud, S. (1925). Note sur le « Bloc-notes magique. *Résultats, idées, problèmes II 1921-1938*. Paris : Presses universitaires de France, 1995, p. 119-124.

Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme, angoisse*. Lonrai : Presses universitaires de France, coll. « Quadrige », 2011, 102 p.

Freud, S. (1930). *Le malaise dans la civilisation*. Paris : Points, coll. « Points essai », 2010, 192 p.

Freud, S. (1932). Sur la prise de possession du feu. *Résultats, idées, problèmes - Tome II*. Paris : Presses universitaires de France, 2002, p. 191-196.

Gantheret, F. (2003). Esquisse pour un « Éloge de la sensualité ». *Revue française de psychanalyse*, 67, (2), p. 411-430.

Gardette, V., Coley, N., Andrieu, S. (2010). Non-pharmacologic Therapies: a different approach to AD. *The Canadian Review of Alzheimer's disease and other dementias*, 13, (3), p. 13-22.

Garratt, H., Bryan, K., Maxim, J. (1999). Palilalia in progressive supranuclear palsy: Failure of the articulatory buffer and subcortical inhibitory systems. Dans : Maassen, B., Groenen, P. (1999). *Pathologies of speech and language: Advances in clinical phonetics and linguistics*. London : Maassen and Groenen, 300 p.

Gentil, M., Tournier, CL., Pollak, P., Benabid, AL. (1999). Effect of bilateral subthalamic nucleus stimulation and dopatherapy on oral control in Parkinson's disease. *European Neurology*, 42, (3), p. 136-140.

Gerdner, LA. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12, (1), p. 49-65.

Gibello B. (1990). Les contenants de pensée et la psychopathologie. *Annales de psychiatrie*, 5, (2), p. 147-153.

Godfrind-Haber, J. & Haber, M. (2005). L'amour de contre-transfert. *Topique*, 90, (1), p. 43-56.

Golse B. (2007). Les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été. *Le Carnet PSY*, 117, (4), p. 39-47.

- Golse, B. (1999). Les premières représentations mentales: l'émergence de la pensée. *Au début de la vie psychique*. Paris : Odile Jacob, p. 127-154.
- Golse, B. (2010). *Les destins du développement chez l'enfant : Avenir d'enfance*. Toulouse : Erès, coll. « Vie de l'enfant », 288 p.
- Golse, B. (2014). Les débuts de la communication au regard du programme de recherche dit PILE (programme international pour le langage de l'enfant). *Enfance et Handicap*, 39, p. 69-97.
- Golse, B. et Bursztejn, C. (1990). *Penser, parler, représenter : émergences chez l'enfant*. Paris : Masson, coll. « Médecine et psychothérapie », 1997, 216 p.
- Golse, B. et Desjardins, V. (2004). Du corps, des formes, des mouvements et du rythme comme précurseurs de l'émergence de l'intersubjectivité et de la parole chez le bébé. Une réflexion sur les débuts du langage verbal. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 35, p. 171-191.
- Gordon, R. (1978). *Dying and Creating : A Search for Meaning*. Londres : Karnac Books, 2000, 200 p.
- Gori, R. (1975). Les murailles sonores. *L'Évolution psychiatrique*, 40, (4), p. 779-803.
- Gori, R. (1977). Entre cri et langage : l'acte de parole. Dans : Anzieu, D. et al. (ouvrage collectif) (1977). *Psychanalyse et langage – Du corps à la parole*. Paris : Dunod, coll. « Inconscient et culture », p. 70-102.
- Goris, ED., Ansel, KN., Schutte, DL. (2016). Quantitative systematic review of the effects of non-pharmacological interventions on reducing apathy in persons with dementia. *Journal of advanced nursing*, vol.72, (11), p.2612-2628.
- Götell, E., Brown, S. & Ekman, SL. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (4), p. 422-430.
- Green, A. (1973). *Le discours vivant : la conception psychanalytique de l'affect*. Paris : Presses universitaires de France.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Éditions de Minuit, 2007, 220 p.
- Green, A. (1992). *La déliaison, Psychanalyse, anthropologie et littérature*, Paris : Les belles lettres, coll. Confluents psychanalytiques, 388 p.
- Green, A. (1993) *Le Travail du négatif*. Paris : Éditions de Minuit, 2011, 416 p.
- Green, A. (2000). *La diachronie en Psychanalyse*. Paris : Les éditions de Minuit, coll. « Critiques », 304 p.

Green, A. (2000). La répétition, causes, caractéristiques. *Le temps éclaté*. Paris : éditions de Minuit, coll. « Critiques », 192 p.

Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris : Presses universitaires de France, « Hors collection », 400 p.

Grotstein, JS. (1977). *Splitting and Projective Identification*. New York : Jason Aronson, 1981, 250 p.

Groulx, B. (2004). Screaming and wailing in Dementia patients (part I). *The Canadian Alzheimer Disease Review*, vol.6, (2), p.11-14.

Groulx, B. (2005). Screaming and wailing in Dementia patients (part II). *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 8, (1), p. 7-11.

Guilhot MA., Guilhot, J., Jost, J., Lecourt, E. (1973). *La musicothérapie et les méthodes d'association des techniques*. Paris : ESF Editeurs, coll. « Sciences humaines appliquées », 1984, 238 p.

Haag, G. (1996). Stéréotypies et angoisses. *Les Cahiers du CERFEE*, dir. René Pry, Université Paul Valéry Montpellier III. Revu et complété en 2011.

Haag, G. (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 33, (2-3), p. 107-114.

Haag, G. (1991). Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 10, p. 73-92.

Haag, G. (1997) Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 20, p. 111-131.

Haag, G. (1998). Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants autistes et psychotiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 30, p. 47-62.

Haag, G. (2006). Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. *Le Carnet PSY*, 112, (8), p. 40-42.

Haag, G. (2002). *À propos et à partir de l'œuvre et de la personne d'Ester Bick Volume I : la méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille*. Paris : Autoédition, 442 p.

Harari, R. (2005). *La pulsion est turbulente comme le langage : essais de psychanalyse chaotique*. Paris : L'Harmattan, 160 p.

Harari, R. (2009). Psychanalyse post-joycienne. Quelques ponctuations. *Cliniques méditerranéennes*, 80,(2), p.61-80.

- Hassoun, J. (1989). *Les passions intraitables*. Paris : Flammarion, coll. « Champs », 142 p.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *Internal Journal of Psycho-Analysis*, v.31, p.81-84.
- Herfray, C. (2001). De quoi parle la vieillesse ? *La vieillesse en analyse*. Toulouse: Erès, 2007, p. 31-87.
- Herfray, C. (2001). *La vieillesse en analyse*. Paris : Erès, coll. « Erès poche », 2015, 250 p.
- Hermann, I. (2007). Imre Hermann et la théorie du cramponnement. *Le Coq-héron*, 188, (1), 200 p.
- Herrmann, N., Gauthier, S., Lysy, PG. (2007). Clinical practice guidelines for severe Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia : the journal of the Alzheimers' Association*, 3, (4), p.385-397.
- Himes, M. (2012). Un verbal à la seconde puissance. Une rencontre entre Lacan et la thérapie des arts d'expression. Dans : Vinot, F. & Vivès, JM. (2014). *Les médiations thérapeutiques par l'art : le réel en jeu*. Paris : Erès, coll. « Poche – Psychanalyse », p. 95-126.
- Hirokawa, H. (2004). Effects of music listening and relaxation instructions on arousal changes and the working memory task in older adults. *Journal of Music Therapy*, 41, p. 107-127.
- Ho, SY., Lai, HL., Jeng, SY., Tang, CW., Sung, HC et al. (2011). The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, (6), p. 49-55.
- Horner, J., Massey, EW. (1983). Progressive dysfluency with right-hemisphere disease. *Brain and Language*, 18, p. 71-85.
- Houzel, D. (1985). L'évolution du concept d'espace psychique dans l'œuvre de Mélanie Klein et de ses successeurs. *Mélanie Klein aujourd'hui*. Lyon : Césura, coll. « Psychanalyse », p. 123-135.
- Houzel, D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique. Dans : Anzieu, D. (ouvrage collectif) (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, 2^{ème} édition, p. 23-45.
- Houzel, D. (1994). Enveloppe familiale et fonction contenante. Dans : Anzieu, D. (sous la direction de) (1994). *Émergences et Troubles de la pensée*. Paris : Dunod, 2000, p. 27-40.
- Houzel, D. (2006). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances & Psy*, 33, (4), p. 57-68.

- Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y., House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.25, (7), p.756-763.
- Hupet, M. (1996). Troubles de la compétence pragmatique : troubles spécifiques ou dérivés ? Dans : De Weck, G. (1996). *Troubles du développement du langage. Perspectives pragmatiques et discursives*. Lausanne-Paris : Delachaux & Niestlé, p. 89-112.
- Hupet, M. (2006). Le bilan pragmatique. Dans : Estienne, F. & Piérart, B. (2006). *Les bilans de langage et de voix : Fondements théoriques et pratiques*. Paris: Masson, 312 p.
- Hyppolite, J. (1954). Commentaire parlé sur la Verneinung de Freud (1925) par Jean Hyppolite. *Ecrits*, Paris : Seuil, 1966.
- Imberty, M. (2004). Aspects du temps dans la création musicale. Introduction. *Musicae Scientiae*, 8, (1), p. 7 – 19.
- Irigaray, L. (1973). *Le langage des déments*. Paris : Mouton, 357 p.
- Jackson, JH. (1876). Les troubles intellectuels momentanés qui suivent les accès épileptiques. *Revue scientifique de la France et de l'Etranger*, 2nd series, 5th year, n°34, p. 169-178.
- Jackson, JH. (1884). The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system. *British Medical Journal*, 1, (1214), p. 660–663.
- Jackson, JH. (1889). Address in medicine: On the comparative study of diseases of the nervous system By-line. *British Medical Journal*, 2, (1494), p. 355-362.
- Jakobson, R. (1956). Deux aspects du langage et deux types d'aphasie. *Essais de linguistique générale, tome I. Les fondations du langage*. Paris : Editions de Minuit, coll. Arguments, 1963, 260 p.
- Jakobson, R. (1963). *Essai de linguistique générale - I. Les fondations du langage*. Paris : Éditions de Minuit, coll. « Arguments », 260 p.
- Jiang, T., Yu, JT., Tian, Y., Tan, L. (2013). Epidemiology and etiology of Alzheimer's disease: from genetic to non-genetic factors. *Current Alzheimer Research*, 10, (8), p. 852-867.
- Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., González-López-Arza, MV, Rodríguez-Domínguez, MT., Prieto-Tato, M. (2013). Benefits of music therapy as therapy no pharmacology and rehabilitation moderate dementia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48, (5), p. 238-242.
- Joanette, Y., Belleville, S., Gely-Nargeot, MC., Ska, B., Valdois, S. (2000). Pluralité des patrons d'atteinte cognitive accompagnant le vieillissement normal et la démence. *Revue Neurologique*, 156, (8-9), p. 759-766.

Jönsson, L., Eriksdotter Jönhagen, M., Kilander, L., Soininen, H., Hallikainen, M., Waldemar, G., Nygaard, H., Andreasen, N., Winblad, B., Wimo, A. (2006). Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, (5), p. 449-459.

Kaës, R. (2002). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. Dans : Chouvier, B. (ouvrage collectif) (2002). *Les processus psychiques de la médiation : créativité, champ thérapeutique et psychanalyse*. Paris : Dunod, 2012, 296 p.

Kant, R., Smith-Seemiller, L., Isaac, G., Duffy, J. (1997). Tc-HMPAO SPECT in persistent post-concussion syndrome after mild head injury: Comparison with MRI/CT. *Brain Injury*, 11, (2), p. 115-124.

Kaufmann, P. (sous la direction de) (1998). *L'apport freudien – éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Paris : Larousse-Bordas, 933 p.

Kempler, D. (1991). Language changes in dementia of the Alzheimer type. Dans : Lubinski, RB., Orange, JB, Henderson, D., Stecker, N. (1991). *Dementia and communication*. Philadelphia, PA: Mosby, p. 98-114.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1980). *De la subjectivité dans le langage*. Paris : Armand Colin, 272 p.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales : Tome 1, Approche interactionnelle et structure des conversations*. Paris : Armand Colin, 318 p.

Klein M (1946). « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » (traduction française). *Développements de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, nouvelle édition, 1980, p. 247-300.

Konicheckis, A. (2009). Filiations sensorielles et processus de subjectivation. *Le Divan familial*, 22, (1), p. 33-45.

Kristeva, J. (1980). Approche de l'abjection. *Pouvoir de l'horreur*. Paris : éditions du Seuil, p. 7-39.

Krumhansl, CL. & Zupnick, JA. (2013). Cascading reminiscence bumps in popular music. *Psychological Science*, 24, p. 2057–2068.

Kverno, K., Black, B., Nolan, MT., Rabins, PV. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies 1998-2008. *International Psychogeriatrics*, 21, (5), p.825-843.

Lacan, J. (1975). Séminaire RSI, leçon du 17/12/74. *Ornicar ?*, 2, édition le Graphe.

Lacan, J. (1938). Les complexes familiaux. *Autres écrits*. Paris : Seuil, 2001.

- Lacan, J. (1946). Propos sur causalité psychique. *Écrits, Tome I*. Paris : Seuil, 1966, 923 p.
- Lacan, J. (1953). Fonction et champ de la parole et du langage. *Écrits*. Paris : Seuil, 1966.
- Lacan, J. (1954-1955). *Le séminaire livre II, Le moi dans la théorie de Freud*. Paris : Seuil, 1978.
- Lacan, J. (1955). La Chose freudienne ou sens du retour à Freud en Psychanalyse. *Écrits, Tome I*. Paris : Seuil, 1966.
- Lacan, J. (1955). Le Séminaire sur « La lettre volée » d'Edgar Allan Poe (1865). *Écrits*. Paris : Seuil, 1966, p. 11-61.
- Lacan, J. (1955-1956). *Le séminaire livre III, Les psychoses*. Paris : Seuil, 1981, 368 p.
- Lacan, J. (1957). Insistance de la lettre dans l'inconscient. *Écrits, Tome I*. Paris : Seuil, 1966.
- Lacan, J. (1958). Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien. *Écrits, Tome I*. Paris : Seuil, 1966, 923 p.
- Lacan, J. (1958-1959). *Le séminaire livre VI, Le désir et son interprétation*. Paris : éditions de la Martinière, 2013.
- Lacan, J. (1959-1960). *Le Séminaire livre VII, L'éthique de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1986, 374 p.
- Lacan, J. (1964). Du « Trieb » de Freud et du désir du psychanalyste. *Écrits*. Paris : Seuil, 1966.
- Lacan, J. (1964-1965). *Le Séminaire livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1973, 253 p.
- Lacan, J. (1971-1972). *Le Séminaire livre XIX, ...ou pire*. Paris : Seuil, coll. Champ Freudien, 2011, 264 p.
- Lacan, J. (1972). L'Étourdit. *Autres écrits*. Paris : Seuil, 2001.
- Lacan, J. (1972-1973). *Le Séminaire livre XX, Encore*. Paris : Seuil, 1975.
- Lacan, J. (1974). Leçon du 8 Janvier 1974. *Le Séminaire livre XXI. Les non-dupes errent*. En ligne : <http://espace.freud.pagesperso-orange.fr/topos/psycha/psysem/nondup/nondup5.htm>
- Lacan, J. (1975-1976). *Le Séminaire livre XXIII, Le Sinthome*. Paris : Seuil, 2005.
- Lantéri-Laura, G. (1986). L'empirisme et la sémiologie psychiatrique. *La Querelle des diagnostics*. Paris : Navarin, coll. « Cliniques », p. 149–173.

- Lantéri-Laura, G. (1991). Psychiatrie et connaissance. *Essai sur les fondements de la pathologie mentale*. Paris : Sciences en situation, p. 260–261.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Bibliothèque de psychanalyse », 163 p.
- Laplanche, J. et Pontalis, JB. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 5ème édition Quadrige, 2007.
- LaPointe, LL., Horner, J. (1981). Palilalia: A descriptive study of pathological reiterative utterances. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, p. 34-38.
- Le Gaufey, G. (1984). Représentation freudienne et signifiant lacanien. *Littoral n°14. Freud Lacan : quelle articulation ?*, Erès, p. 41-56.
- Le Gouès, G. (1991). *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris : Presses universitaires de France, 208 p.
- Le Gouès, G., Péruchon, M. (1992). Ultimes processus de pensée. *Revue française de Psychanalyse*. vol.56, (1), p. 135-148.
- Lebrun, Y. (1997). *From the brain to the mouth. Acquired Dysarthria and Dysfluency in Adults*. Netherlands : Springer, coll. Neuropsychology and cognition, 185 p.
- Lecourt, E. (1994). *L'expérience musicale – Résonances psychanalytiques*. Paris : L'Harmattan, coll. « Psychanalyse et civilisations ».
- Lecourt, E. (1995). L'objet médiateur en psychothérapie. Dans : Privat, P. et Sacco, F. (1995). *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique*. Ramonville Sainte Agne : Èrès, p. 121-135.
- Lecourt, E. (2010). *La musicothérapie*, Paris : éditions Eyrolles, troisième tirage, 2011, 214 p.
- Ledger, AJ & Baker, FA. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging & Mental Health*, 11, (3), p. 330–338.
- Ledoux, M. (1992). *Corps et création*. Paris : Les belles lettres, coll. « Confluents psychanalytiques 1992, 2016 p.
- Lemarquis, P. (2013). *Sérénade pour un cerveau musicien*. Paris : Odile Jacob poches, 224 p.
- Lopez, OL., Becker, JT., Sweet, RA., Klunk, W., Kaufer, DI., Saxton, J., Habeych, M., DeKosky, ST. (2003). Psychiatric symptoms vary with the severity of dementia in probable Alzheimer's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 15, (3), p.346-353.

Ludlow, CL., Polinsky, RJ., Caine, ED., Bassich, CJ., Ebert, MH. (1982). Language and speech abnormalities in Tourette syndrome. *Advances in Neurology*, 35, p. 351-361.

M'Uzan, M de. (1970). Affect et processus d'affectation. *De l'art à la mort. Itinéraire psychanalytique*. Paris : Gallimard, pp. 98-105.

Maisondieu, J. (1989). *Le crépuscule de la raison. Comprendre, pour les soigner, les personnes âgées dépendantes*. Paris: Bayard, 1998, 246 pages.

Manière, D., Morlet, M., Ploton, L. (2010). Les comportements vocaux perturbateurs. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, Vol 8, (2), p. 111-121.

Marc A. (2000). *Écrire le cri. Sade, Bataille, Maïakovski*, Paris : L'Écarlate.

Martin, A., Schatz, T., Versteegh, M., Miyazawa, K., Mazuka, R., Dupoux, E., Cristia, A. (2015). Mothers Speak Less Clearly to Infants Than to Adults: A Comprehensive Test of the Hyperarticulation Hypothesis. *Psychological Science*, 26, (3), p. 341-347.

Mary, P., Levy, G. Palilalie et syndrome parkinsonien par encéphalite épidémique. *Revue Neurologique*, 29, p. 6-80.

Mc Dougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 222 p.

Mc Dougall, J. (1982), *Théâtre du Je*. Paris, Gallimard, nouvelle édition, 1997.

McDougall, J. (1978). Le contre-transfert et la communication primitive. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissances de l'inconscient », 1981, p. 117-138.

Messy, J. (1992). *La personne âgée n'existe pas. Approche psychanalytique de la vieillesse*. Paris : Payot, 2002, 221 p.

Metzler, D., Bremmer, J., Hoxter, S., Weddel, D., Wittenberg, I. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme : étude psychanalytique*. Paris : Payot, coll. « Sciences de l'Homme », 2002, 320 p.

Miller, L., Rustin, Mi, Rustin, Ma, Shuttleworth, J., Houzel, D. (1989). *L'Observation attentive des bébés*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, 1997, 247 p.

Mornet, J. (2007). Psychothérapie de groupe et psychose. *Vie sociale et traitements*, 95, p. 30-39.

Nespoulous, JL. (1986). Les domaines de la pragmatique. *Rééducation Orthophonique*, 146, p. 127-136.

Neyraut, M. (1974). *Le transfert, études psychanalytiques*. Paris: Presses Universitaires de France, coll. Le fil rouge, 2004, 288 p.

- Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. *Vie sociale et traitements*, 95, p. 110-125.
- Owens, M. (2014). Remembering through music : Music therapy and dementia. *Age in Action*, 29, p. 1-5.
- Ozdemir, L., Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 283, (1-2), p. 211–213.
- Parat C. (1995). *L'Affect partagé*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fait psychanalytique », 400 p.
- Péruchon, M. (2011). *La maladie d'Alzheimer. Entre psychosomatique et neuropsychanalyse. Nouvelles perspectives*. Paris : Hermann, 149 p.
- Platel, H. (2014). Effets de la musique sur le cerveau : de la neuroimagerie à la clinique. *European Psychiatry*, 29, (8, Supplément), p. 666-667.
- Ploton, L. (1996). *Maladie Alzheimer : À l'écoute d'un langage*. Lyon : Chronique Sociale, 2004, 170 p.
- Potter, R., Ellard, D., Rees, K., Thorogood, M. (2011). A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, (10), p. 1000-1011.
- Proust, M. (1913), *À la recherche du temps perdu, Du côté de chez Swann*, Paris : Gallimard, 1946, 296 p.
- Quaderi, A. (2009). Mémoire et souvenir dans la clinique du dément. *Cliniques méditerranéennes*, 79, (1), p. 79-90.
- Quaderi, A. (2013). *Approche non médicamenteuse dans la Maladie d'Alzheimer*. Paris : De Boeck, coll. Oxalis.
- Quignard, P. (1996) *La haine de la musique*, Paris : Calmann-Lévy, 2014, 336 p.
- Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, MC., et al. (2015). Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, (8), p. 1534-1539.
- Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., & Granieri, E. (2013). Listening to music and active music therapy in behavioral disturbances in dementia: a crossover study. *Journal of the American Geriatric Society*, 61, p. 645–647.
- Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, AR., et al. (2012). Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations of the Italian. *Psychogeriatric Association*, 72, (4), p. 305-310.

- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, MC., et al. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22, (2), p. 158-162.
- Raglio, A., Gianelli, MV. (2009). Music therapy for individuals with dementia: Areas of interventions and research perspectives. *Current Alzheimer Research*, 6, (3), p. 293-301.
- Raglio, A.; Fonte, C.; Reani, P.; Varalta, V.; Bellandi, D.; et al. (2016). Active music therapy for persons with dementia and their family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, (9), p. 1085-1087.
- Rappoport, D. (2004). Musique et morphologie rituelle chez les Toraja d'Indonésie. *L'Homme*, 171-172, p. 197-218.
- Raufast, L. (2010). De la sensualité de confortation à la sensualité de confrontation. *Oxymoron*, 0, numéro inaugural. En ligne : <http://revel.unice.fr/oxymoron/index.html?id=3094>.
- Reik, T. (1948). *Écouter la troisième oreille, l'expérience intérieure d'un psychanalyste*. Paris : Bibliothèque des Introuvables, 1976.
- Reik, T. (1984). *Écrits sur la musique*. Paris : Belles lettres, coll. « Confluents psychanalytiques », 270 p.
- Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*, 51, p. 317-323.
- Ribot, Th. (1881). *Les maladies de la mémoire*. Paris : Germer Baillière et Cie, 169 pages.
- Ricoeur, P. (1986). *Du texte à l'action. Essai d'herméneutique II*. Paris : Seuil, coll. « Esprit », 416 p.
- Riley, P., Alm, N. & Newell, A. (2009). An interactive tool to promote musical creativity in people with dementia. *Computers in Human Behavior*, 25, (3), p. 599-608.
- Rosé, D. (1997). *L'endurance primaire. De la clinique psychosomatique de l'excitation à la théorie de la clinique psychanalytique de l'excès*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fil rouge », 400 p.
- Rosenfeld, H. (1970). On projective Identification. *Scientist Bulletin of the British Psycho-Analytical Society*, n° 41, publication interne.
- Rosolato, G. (1982). L'écoute musicale comme méditation. Dans : Caïn, J. & A. et al. (ouvrage collectif). *Psychanalyse et musique*. Paris : Les belles lettres, coll. « Confluents psychanalytiques », p. 139-151.
- Rosolato, G. (1985). *Éléments de l'interprétation*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 352 p.

Rousseau, JJ. (1781). Sur l'origine des langues. *Œuvres* - tome IV. Paris : Belin, p. 501-543.

Roussillon, R. (2005). Affect inconscient, affect-passion et affect-signal. *L'affect, monographies de psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, p. 117-135.

Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité ; pour une métapsychologie de l'écoute psychanalytique. *Bulletin de la Société Française de Psychanalyse*, n° 35, Paris, 160 p.

Roussillon, R. (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France, 2007, 256 p.

Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses universitaires de France, 2008, 245 p.

Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition – théorie du processus psychique*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 232 p.

Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition. Théorie du processus psychique*. Paris : Dunod, 232 p.

Roussillon, R. (2001). L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'Autre*, 2, (2), p. 241-254.

Roussillon, R. (2005). La conversation psychanalytique : un divan en latence. *Revue française de Psychanalyse*, 69, (2), p. 365-381.

Roussillon, R. (2008). Chapitre 1. Corps et actes messagers. *Corps, acte et symbolisation: Psychanalyse aux frontières*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, p. 23-37.

Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod, coll. « Psychismes », 264 p.

Roussillon, R. (2008). VI. L'entreje(u) primitif et l'homosexualité primaire « en double ». *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008. p. 107-134.

Roussillon, R. (2009). Le partage de l'affect et la réflexivité par l'homosexualité primaire « en double ». *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod, 2009, p. 103-120.

Roussillon, R. (2012). Le besoin de créer et la pensée de D.W. Winnicott. Dans : Braconnier, A et Golse, B. (2012). *Winnicott et la création humaine*. Toulouse : Erès, p. 285-301.

Ruud, E. (1998). Music, health, and quality of life. In *Music therapy: Improvisation, communication and culture*. Gilsum. Netherlands : Barcelona pubs, p. 49-67.

- Ryan, D., Tainsh, S., Kollodny, V., Lendrum, B., Fisher, R. (1988). Noise-making amongst the elderly in long term care. *Gerontological Society of America*, 28, (3), p.369-371.
- Sacks, O. (2007). *Musicophilia. La musique, le cerveau et nous*. Paris : Seuil, coll. « La couleur des idées », 2009, 480 p.
- Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25, p. 775–784.
- Sampson, EL., Gould, V., Lee, D., Blanchard, MR. (2006). Differences in care received by patients with and without dementia who died during acute hospital admission: a retrospective case note study. *Age and Ageing*, 35, (2), p.187-189.
- Sanchez, A., Millan-Calenti, JC., Lorenzo-Lopez, L., Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28, (1), p. 7-14.
- Sandler, J. (1960). The Background of Safety. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 41, p. 352-356.
- Sandor-Buthaud, M. (2009). Donner la parole à Écho. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 128, (1), p. 93-100.
- Sartre, JP. (1943) *L'être et le néant*. Paris : Gallimard, 2011.
- Scarfone, D. (1997). *Jean Laplanche*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Psychanalystes d'aujourd'hui », 128 p.
- Searles, H. (1966). Sentiments de culpabilité chez le psychanalyste. *Le contre-transfert*. Paris : Gallimard, coll. « Folio essais », 2008, p. 267-277.
- Searles, H. (1973). À propos de la symbiose thérapeutique : le patient comme thérapeute symbiotique, la phase de symbiose ambivalente, et le rôle de la jalousie dans le Moi fragmenté. *Le contre-transfert*. Paris : Gallimard, coll. « Folio essais », 2008, p. 15-40.
- Searles, H. (1981). Le développement de l'espoir. *Le contre-transfert*. Paris : Gallimard, coll. « Folio essais », 2008, p. 278-310.
- Searles, JR. (1972). *Les actes de langage : essai de philosophie du langage*. Paris : Hermann, coll. « Savoir Lettres », 2009, 262 p.
- Serra-Mestres, J., Shapleske, J., Tym, E. (1996). Treatment of Palilalia With Trazodone. *The American Journal of Psychiatry*, 153, (4), p. 180-181.
- Shiltz, DL., Lineweaver, TT., Brimmer, T., Cairns, AC., Halcomb, DS., Juett, J., Beer, L., Hay, DP. and Plewes, J. (2018). An Alternative or Adjunct to

Psychotropic Medications for the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 31, (1), p. 17–30.

Singh, S., Kent, R. (1999). *Illustrated dictionary of speech-language pathology*. San Diego, CA : Singular Thompson Learning, 2000, 287 p.

Soler, C. (2011). *Les affects Lacaniens*. Paris : Presses universitaires de France.

Souques A. (1918-1936). *Exposé des titres et des travaux scientifiques*, Paris : ancienne imprimerie de la cour d'Appel, 1936, 107 p.

Souques, AA. (1908). Palilalie. *Revue neurologique*, 116, p. 340–342.

Spencer, H. (1862), *First Principles*, London : William and Norgate, 503 p.

Stemmer, B. (1999). An On-Line Interview with Noam Chomsky: On the nature of pragmatics and related issues. *Brain and Language*, 68, (3), p. 393-401.

Sterling, W. (1924). Palilalie et le symptôme « linguosalivaire » dans le parkinsonisme encéphalique. *Revue neurologique*, 32, p. 205-220.

Stern, A. (1924). On the Counter-Transference in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 11(2):166-174.

Stern, DN. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson - Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fil rouge », 1989 (1ère éd.), 384 p.

Sung, HC. & Chang A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviors in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, p. 1133–1140.

Sung, HC., Chang, AM., Lee, WL. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, (7-8), p. 1056-1064.

Sung, HC., Lee, WL., Chang, SM., Smith, GD. (2011). Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 20, (11-12), p. 1776-1783.

Sung, HC., Lee, WL., Li, T., Watson, R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, (6), p. 621-627.

Talpin, JM. (2008). Quand le corps envahit la scène : corps et vieillissement dans Un Homme de Philippe Roth. *Champ psychosomatique*, 50, (2), p. 37-50.

- Talpin, JM. (2013). *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*. Paris : Armand Colin, 160 p.
- Talpin, JM. (2015). À la vie, à la mort : corps, psychisme et vieillissement. *Santé mentale*, n° 203, p. 20-27.
- Tomomi, U., Yoshimi, S., Mai, S., Shin-Ichi, I. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, p. 628– 641.
- Trevarthen, C. et Aitken, KJ. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15, (4), p. 309-428.
- Tustin, F. (1992). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil, 2003, 448 p.
- Van Borsel, J., Bontinck, C., Coryn, M., Paemeleire, F., Vandemaele, P. (2007). Acoustic features of palilalia: a case study. *Brain and Language*, 101, (1), p. 90-96.
- Van Borsel, J., Schelpe, L., Santens, P., De Vos, N., De Vos, C. (2001). Linguistic features in palilalia : two case studies. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 15, (8), p. 663-677.
- Van der Steen, JT., van Soest-Poortvliet, MC., van der Wouden, JC., Bruinsma, M., Scholten, RJ., Vink, AC. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *The Cochrane database of systematics reviews*, 2, (5), CD003477.
- Villa, F. (2010). *La puissance du vieillir*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le fil rouge », 272 p.
- Vink, A., Van Bruggen-Rufi, M. (2016). Chapter XVI. The effect of music therapy for people with dementia. Dans : Riby, L. (2016). *Handbook of gerontology research methods : Understanding successful ageing*. New York : Routledge/Taylor & Francis Group, p. 205-222.
- Vinot, F. & Vivès, JM. (2014). *Les médiations thérapeutiques par l'art : le réel en jeu*. Paris : Erès, coll. « Poche – Psychanalyse », 336 p.
- Vinot, F. (2014). Scat et psychanalyse. Le son sans le souci du sens. *Topique*, 129,(4), p. 99-105.
- Vivès, JM. (2006). L'avocation mélancolique. *Cliniques méditerranéennes*, 73, (1), p. 303-317.
- Vivès, JM. (2007). Le silence des Sirènes : une approche kafkaïenne de la voix comme objet a. *Figures de la psychanalyse*, 16, (2), p. 93-102.
- Vivès, JM. (2012). *La voix sur le divan. Musique sacrée, opéra, techno*. Paris : éditions Aubier Psychanalyse, 272 p.

Vivès, JM. (sous la direction) (2002). *Les enjeux de la voix en psychanalyse dans et hors la cure*. Saint-Martin-d'Hères (Isères) : Presses Universitaires de Grenoble, 143 p.

Wallesch, CW. (1990). Repetitive verbal behaviour: Functional and neurological considerations. *Aphasiology*, 4, (2), p. 133-154.

Ward-Smith, P., Lanque, S., Curran, D. (2009). The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility. *The American Journal of Alzheimer Diseases & Other Dementias*, 24, (6), p.450-455.

Winnicott, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1969, p. 72-82.

Winnicott, D.W. (1949). Hate in the counter-transference. *Internal Journal of Psycho-Analysis*, 30, p. 69-74.

Winnicott, DW (1953). Le respect du symptôme en pédiatrie. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 203-222.

Winnicott, DW (1958). La première année de la vie. Conceptions modernes du développement affectif au cours de la première année de la vie. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1969, p. 310-324.

Winnicott, DW. (1949). L'esprit et ses rapport avec le psyché-soma. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1969, p. 66-79.

Winnicott, DW. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1983, p. 169-186.

Winnicott, DW. (1952). Psychose et soins maternels. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 187-197.

Winnicott, DW. (1953). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot, 2006.

Winnicott, DW. (1956). La préoccupation maternelle primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 285-291.

Winnicott, DW. (1975) *Jeu et Réalité – L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 240 p.

Winnicott, DW. (1975). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. *Jeu et Réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, p. 153-162.

Winnicott, DW (non daté). La crainte de l'effondrement. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, coll. « Connaissances de l'inconscient », 2000, p. 205-516.

Yamadori, A. (1985). *Introduction to Neuropsychology*. Tokyo : Igakusyoin Medical Publisher.

Yang-Je, C., Sang-Don, H., Sook Keun, S., Byung In, L., and Kyoung, H. (2009). Palilalia, echolalia, and echopraxia–palipraxia as ictal manifestations in a patient with left frontal lobe epilepsy. *Epilepsia*, 50, (6), p. 1616–1619.

Yasuda, Y., Akiguchi, I., Ino, M., Nabatabe, H., Kameyama, M. (1990). Paramedian thalamic and midbrain infarcts associated with palilalia. *The Journal of neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol 53, p. 797-799.

Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 35, p. 1-11.

Rapports, expertises :

Fondation Médéric Alzheimer (2008). Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. La lettre de l'Observatoire, n°7, 8 pages. En ligne :

https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/lettre_observatoire_n7.pdf

Fondation Médéric Alzheimer (2018). Une exploitation de l'enquête nationale sur les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. La lettre de l'Observatoire, n°49-50, 24 pages. En ligne : https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/lettre_fma_4950_web_100718.pdf

Haute Autorité de Santé (Mai 2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. En ligne : www.has-sante.fr.

Haute Autorité de Santé (2010). *Programme AMI-Alzheimer. Alerte et maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer*. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/gp_282.pdf

Inserm (dir.) (2007). *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Rapport. Paris : les éditions Inserm, XV, 654 pages.

Conférences, colloques :

Binzoni, ML. (2006).. *L'originnaire en psychanalyste*. Colloque pluridisciplinaire « La Vie et le Temps ». Université de Strasbourg, France. En ligne : <http://www.senspublic.org/spip.php?article513>

Chevance, A. (2008). Regard du psychanalyste sur l'état de conscience du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer pour une prise en charge bientraitante non médicamenteuse.

Conférence au Congrès International de la Fédération Européenne de Sophrologie sur le thème « Émotion, corps et conscience ».

Ferrant A. (2016). « Avons-nous l'âge de nos Pulsions ? ». 28^{ème} journée De L'Association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique sur le thème « Que sont devenues nos pulsions ? » Lien direct :

<http://aragp.fr/wp-content/uploads/2017/06/ARAGP-Journee%CC%81e-janvier-2016.pdf>

Kristeva, J. (2010). Conférence « *De l'affect ou "L'intense profondeur des mots"* ». Milan. En ligne : <http://www.kristeva.fr/de-l-affect.html>

Miller, JA. (1989). « Jacques Lacan et la voix. » Actes du Colloque d'Ivry, Lysimaque, p. 175-184

Vivès, JM. (1997). Sur le théâtre de marionnettes, ou pour une théorie de l'acteur "hors sujet". Dans : Jung, M. (sous la direction de) (1997). *Lire Kleist aujourd'hui* (Actes du colloque franco-allemand de Montpellier, 20-22 novembre 1996), Montpellier : Maison de Heidelberg, p. 88-107.

Mémoires, thèses :

Quaderi, A. (2010), Mais un dément, cela n'existe pas. Habilitation à Diriger des Recherches, laboratoire de recherche en psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Provence - Aix-Marseille

Ridder, HM. (2003). Singing dialogue : Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design. Unpublished doctoral thesis, Aalborg University, Denmark.

Sites internet

<https://tpevieillissement.wordpress.com/2010/02/03/la-peinture-et-la-vieillesse/>

<http://www.artliste.com/titien/sisyphe-2581.html>

www.maladiedalzheimer.com/stades-alzheimer.html

<http://14octobre.org/2012/12/01/william-utermohlen-autoportraits-alzheimer/#>

Dictionnaire médical de l'académie de médecine – version 2018. En ligne : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=palilalie>

Lacan, J. (1960-1961). Leçon du 8 mars 1961. *Le Séminaire livre LVIII, Le transfert*. En ligne : http://www.gnpl.fr/Recherche_Lacan/2013/09/09/lviii-le-transfert-1960-1961-lecon-du-8-mars-1961/

Lacan, J. (1961-1962). Leçon inédite du 7 mars 1962. *Le Séminaire livre IX, L'identification*. Non publié. Lien direct :
<http://staferla.free.fr/S9/S9%20L'IDENTIFICATION.pdf>

Lacan, J. (1974). *La Troisième*. En ligne : [http://staferla.free.fr/Lacan/La Troisieme.pdf](http://staferla.free.fr/Lacan/La_Troisieme.pdf)

Lacan, J. (1974-1975). Leçon du 21 janvier 1975. *Le Séminaire Livre XXII, R.S.I.* séminaire inédit. En ligne : <http://staferla.free.fr/S22/S22%20R.S.I..pdf>

Lachaud, D. (2014). La répétition. <https://www.freud-lacan.com/getpagedocument/9795>

<http://andreetgyps.centerblog.net/6605-0015e-le-temps-ordonne-a-la-viellesse>

<https://fr.artsdot.com/@@/8XYVCV-Salvador-Dali-Rapha%C3%A9lesque-T%C3%AAt-l-explosion->

<http://www.dvdclassik.com/critique/2001-l-odysee-de-l-espace-kubrick>

INDEX DES AUTEURS

A

- Aulagnier, P., 33, 34, 38, 69, 70, 183,
184, 185, 191, 192, 193, 194, 216, 228,
231, 232, 233, 246, 266, 296, 303, 311
- Ackermann, H., 93, 94, 95, 98, 310
- Allione, C., 222, 310
- Altmann de Litvan, M., 279, 310
- American Psychiatric Association, 43,
44, 92, 310
- Anzieu, D., 191, 192, 193, 198, 201, 202,
203, 206, 207, 244, 259, 268, 269, 270,
275, 276, 277, 278, 279, 292, 294, 307,
310, 319, 321
- Armengaud, F., 109, 311
- Artières, M., 232, 233, 311
- Ashida, S., 254, 311
- Assoun, PL., 64, 180, 198, 200, 292, 293,
311, 317
- Austin, J., 108, 109, 110, 111, 114, 210,
290, 311

B

- Baird, A., 255, 311
- Baker, F., 254, 255, 311, 325
- Bateson, G., 107, 195, 311
- Benke, T., 94, 95, 96, 97, 311
- Bentata, H., 270, 311
- Benveniste, E., 100, 101, 102, 311
- Bétourné, F., 291, 312
- Bick, E., 133, 134, 205, 206, 222, 223,
227, 279, 298, 312, 320
- Binzoni, ML., 182, 334

Bion, WR., 137, 191, 193, 223, 224, 234,
279, 294, 310, 312

Blake, ML., 95, 312

Boller, F., 93, 98, 312

Boucheix, S., 278, 280, 312

Bourdin, D., 219, 220, 312

Braunschweig, D., 225, 312

Brodaty, H., 48, 313

Brun, A., 245, 313

Bullock, R., 48, 313

Busnel, MC., 269, 313

C

Cadoux, B., 137, 313

Cardebat, D., 87, 90, 313

Castarède, M., 268, 271, 313

Castle, NG., 48, 313

Cataix-Nègre, E., 270, 313

Catão, I., 264, 265, 313

Charazac, P., 51, 52, 55, 56, 57, 288, 313

Chassé, V., 87, 313

Chemama, R., 11, 22, 52, 75, 292, 313,
314

Chervet, B., 293, 294, 314

Cheston, R., 51, 314

Chevance, A., 54, 334

Chouvier, B., 130, 187, 241, 242, 243,
314, 323

Christman, SS., 17, 94, 95, 314

Ciccone, A., 133, 137, 185, 220, 281, 314

Cohen-Mansfield, J., 254, 314

Critchley, M., 92, 96, 98, 314

Croisile, B., 91, 314

Cupa, D., 294, 315

Curtin, AJ., 50, 315

D

Dahan, N., 258, 315

Danon-Boileau, L., 193, 260, 315

De Guibert, C., 84, 315

De Saussure, F., 101, 315

Dejours, C., 208, 209, 315

Denis, P., 12, 315	Ferrant, A., 208, 217, 219, 220, 300, 312,
Didier-Weill, A., 271, 315	314, 316, 335
Diener, Y., 138, 315	Forrester, LT., 51, 316
Dietl, T., 94, 315	Freud, F., 12, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 52,
Dor, J., 120, 315	53, 54, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69,
Dornes, M., 187, 315	70, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 85,
Dorot, R., 201, 315	100, 102, 103, 104, 115, 116, 117, 118,
Duffy, JR., 17, 94, 95, 96, 312, 316, 323	119, 121, 124, 171, 173, 176, 177, 180,
Duparc, F., 235, 316	181, 182, 188, 195, 197, 198, 199, 200,
	201, 202, 207, 211, 212, 213, 214, 216,
<i>E</i>	217, 220, 221, 227, 229, 259, 265, 266,
Eggert, J., 255, 256, 316	267, 268, 271, 287, 290, 292, 294, 303,
Ernst, E., 51, 316	309, 311, 315, 316, 317, 318, 322, 324,
Ettinger, BL., 238, 316	325

F

Fain, M., 225, 312

Fauvel, B., 253, 316

Feil, N., 169, 189, 316

Ferenczi, S., 12, 231, 303, 316

G

Gantheret, F., 295, 318

Gardette, V., 50, 318

Garratt, H., 95, 96, 318

Gentil, M., 99, 318

Gerdner, LA., 254, 255, 318

Gibello B., 203, 204, 318

Godfrind-Haber, J., 234, 318

Golse, B., 193, 194, 209, 245, 280, 302,
306, 318, 319, 329

Gordon, R., 243, 244, 319

Gori, R., 269, 270, 272, 319

Goris, ED., 50, 51, 319

Götell, E., 256, 319

Green, A., 27, 28, 29, 69, 70, 79, 124,
126, 130, 186, 188, 193, 194, 214, 216,
268, 284, 289, 319, 320

Grotstein, JS., 218, 320

Groulx, B., 45, 320

Guilhot MA., 284, 320

H

Haag, C., 191, 194, 218, 225, 227, 228,
229, 280, 293, 298, 320

Harari, R., 29, 30, 320

Hassoun, J., 168, 321

Heimann, P., 12, 13, 171, 295, 321

Herfray, C., 172, 321

Hermann, I., 228, 321

Héron, A., 269, 313

Herrmann, N., 48, 321

Himes, M., 239, 321

Hirokawa, H., 255, 321

Ho, SY., 256, 321

Horner, J., 94, 96, 98, 321, 325

Houzel, D., 135, 206, 207, 298, 321, 326

Hulme, C., 50, 322

Hupet, M., 106, 107, 322

Hyppolite, J., 66, 322

I

Imberty, M., 275, 322

Irigaray, L., 87, 88, 89, 90, 91, 100, 106,
109, 210, 290, 322

J

Jackson, JH., 71, 72, 73, 74, 75, 77, 83,
85, 287, 322

Jakobson, R., 85, 86, 100, 110, 111, 290,

322

Jiang, T., 43, 322

Jiménez-Palomares, M., 254, 322

Joanette, Y., 87, 313, 322

Jönsson, L., 49, 323

K

Kaës, R., 242, 323

Kant, R., 96, 323

Kaufmann, P., 25, 79, 217, 323

Kempler, D., 90, 323

Kerbrat-Orecchioni, C., 108, 109, 323

Klein, M., 206, 223, 321, 323

Konicheckis, A., 213, 323

Kristeva, J., 9, 10, 13, 14, 191, 196, 197,

198, 207, 212, 323, 335

Krumhansl, CL., 255, 323

Kverno, K., 50, 323

L

Lacan, J., 9, 16, 19, 23, 24, 25, 26, 30, 52,

53, 67, 68, 69, 75, 85, 86, 87, 100, 101,

102, 103, 104, 105, 112, 113, 114, 118,

119, 120, 121, 122, 123, 126, 127, 138,

170, 171, 197, 239, 262, 263, 265, 268,

290, 291, 315, 321, 323, 324, 325, 335,

336

Lachaud, D., 115, 336

Lantéri-Laura, G., 43, 324, 325

Laplanche, J., 75, 181, 182, 183, 191,

325, 330

LaPointe, LL., 96, 98, 325

Le Gaufey, G., 68, 138, 315, 325

Le Gouès, G., 52, 55, 56, 57, 288, 325

Lebrun, Y., 17, 94, 325

Lecourt, E., 2, 241, 249, 284, 306, 307,

320, 325

Ledger, AJ., 254, 255, 325

Ledoux, M., 244, 325

Lemarquis, P., 251, 252, 253, 274, 325

Lopez, OL., 48, 50, 325, 330

Ludlow, CL., 94, 326

M

Maisondieu, J., 52, 57, 58, 326

Manière, D., 16, 326

Marc, A., 1, 2, 14, 326

Martin XE "Martin, LS." \f "a" , A., 254,
265, 270, 314, 326, 333

Martin, LS., 254, 265, 270, 314, 326, 333

Mary, P., 97, 326

Mc Dougall, J., 174, 186, 231, 233, 326

Messy, J., 52, 57, 58, 172, 326

Metzler, D., 298, 326

Miller, L., 135, 255, 262, 264, 311, 326,
335

Mornet, J., 259, 326

N

Nespoulous, JL., 106, 326

Neyraut, M., 11, 12, 171, 295, 326

O

Oury, J., 259, 327

Owens, M., 256, 327

Ozdemir, L., 50, 327

P

Parat, C., 187, 327

Paron, F., 201, 315

Péruchon, M., 52, 54, 55, 56, 288, 325,
327

Platel, H., 253, 316, 327

Ploton, L., 16, 58, 326, 327

Potter, R., 51, 327

Proust, M., 42, 327

Q

Quaderi, A., 31, 45, 50, 52, 57, 77, 78,
170, 176, 215, 288, 304, 327, 335

Quignard, P., 269, 327

R

Raglio, A., 254, 255, 256, 327, 328

Rappoport, D., 274, 328

Raufast, L., 246, 295, 296, 328

Reik, T., 247, 248, 282, 283, 295, 300,
302, 328

Remington, R., 254, 328

Ribot, Th., 74, 75, 328

Ricoeur, P., 188, 328

Ridder, HM., 255, 335

Riley, P., 247, 328

Rosé, D., 231, 328

Rosenfeld, H., 223, 328

Rosolato, G., 195, 257, 258, 328

Rousseau, JJ., 251, 329

Roussillon, R., 28, 29, 69, 70, 71, 124,
125, 126, 187, 210, 211, 212, 222, 231,
232, 234, 245, 284, 290, 298, 299, 300,
301, 302, 303, 304, 314, 329

Ruud, E., 255, 329

Ryan, D., 16, 330

S

Sacks, O., 252, 253, 330

Sakamoto, M., 254, 255, 330

Sampson, EL., 49, 330

Sanchez, A., 50, 330

Sandler, J., 218, 330

Sandor-Buthaud, M., 275, 330

Sartre, JP., 82, 330

Scarfone, D., 181, 330

Searles, H., 108, 109, 114, 150, 172, 173,
174, 330

Serra-Mestres, J., 93, 95, 98, 330

Shiltz, DL., 254, 255, 330

Singh, S., 98, 331

Soler, C., 26, 331

Souques, A., 92, 93, 331

Spencer, H., 72, 73, 74, 75, 331

Stemmer, B., 106, 331

Sterling, W., 97, 98, 331

Stern, A., 12, 331

Stern, DN., 271, 331

Sung, HC., 255, 256, 321, 331

T

Talpin, JM., 52, 59, 60, 208, 209, 230,
245, 313, 331, 332

Tomomi, U., 254, 332

Trevarthen, C., 307, 332

Tustin, F., 221, 222, 310, 332

V

Van Borsel, J., 93, 95, 96, 97, 332

Van der Steen, JT., 51, 332

Vandermersch, B., 11, 22, 52, 75, 313

Villa, F., 52, 58, 59, 207, 208, 332

Vink, A., 51, 255, 332

Vinot, F., 30, 238, 239, 321, 332

Vivès, JM., 238, 239, 246, 265, 272, 275,
296, 305, 321, 332, 333, 335

W

Wallesch, CW., 95, 333

Ward-Smith, P., 50, 333

Winnicott, DW., 13, 26, 59, 70, 170, 185,
199, 203, 207, 214, 215, 223, 225, 234,
239, 240, 241, 245, 248, 268, 270, 271,
273, 274, 276, 277, 279, 299, 303, 329,
333

Y

Yamadori, A., 98, 334

Yang-Je, C., 95, 334

Yasuda, Y., 93, 334

Z

Zhang, Y., 51, 334

INDEX DES MOTS-CLÉS

A

- Acte · 9, 10, 14, 19, 30, 37, 54, 55, 68, 82, 99, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 128, 132, 165, 167, 180, 181, 186, 187, 190, 209, 210, 211, 212, 224, 226, 232, 234, 239, 262, 267, 270, 283, 289, 290, 297, 308, 314, 319, 329
- Affect · 18, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 35, 37, 38, 56, 61, 63, 64, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 114, 115, 128, 180, 185, 186, 187, 190, 191, 200, 207, 212, 214, 220, 225, 231, 233, 237, 244, 252, 257, 258, 273, 284, 288, 289, 290, 295, 296, 298, 300, 303, 304, 305, 307, 319, 329, 335
- Agrippement · 39, 47, 145, 169, 173, 174, 180, 217, 227, 228, 260
- Alzheimer · 9, 11, 13, 16, 19, 23, 25, 30, 31, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 75, 76, 77, 79, 82, 87, 90, 92, 95, 128, 130, 131, 139, 140, 158, 160, 163, 180, 186, 190, 191, 196, 210, 212, 220, 238, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 261, 263, 267, 272, 287, 289, 291, 300, 308, 311, 312, 313, 318, 320, 321, 322, 323, 325, 327, 328, 330, 333, 334
- Angoisse · 10, 11, 22, 25, 26, 37, 38, 54, 55, 58, 76, 126, 127, 147, 155, 157, 158, 170, 171, 176, 186, 190, 191, 214, 224, 227, 228, 229, 230, 234, 237, 246, 247,

273, 283, 291, 295, 296, 303, 304, 305, 307, 318 Agonie primitive · 26, 214, 240, 268 Angoisse d'anéantissement · 26, 214, 222, 229, 291 Angoisse de morcellement · 26, 214 Anticipation · 68, 141, 173, 225, 300, 303 Aphasie · 17, 39, 62, 72, 75, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 92, 287, 315, 322 Approche non médicamenteuse · 131 Archaïque · 35, 38, 76, 177, 181, 185, 186, 191, 198, 215, 220, 229, 231, 241, 242, 243, 246, 263, 264, 265, 267, 268, 284, 296, 303, 304, 306, 314 Autoérotisme · 220, 221, 222, 297, 310 Autre · 103, 104, 169 (Adresse à) · 37, 290 Autre maternant · 168, 169, 170, 174, 177, 215	C Chaîne signifiante · 19, 102, 103, 122, 238, 262 Chant · 29, 38, 132, 237, 246, 250, 261, 271, 273, 278, 281, 283, 285, 304, 305 Comportement · 10, 13, 16, 31, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 60, 111, 132, 136, 139, 143, 147, 157, 158, 160, 163, 166, 206, 211, 215, 219, 228, 230, 248, 253, 258, 302, 334 Conscient · 34, 56, 64, 65, 76, 99, 188, 199, 202 Corps · 14, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 33, 37, 38, 39, 44, 54, 56, 58, 59, 60, 63, 69, 79, 126, 140, 141, 145, 153, 160, 162, 164, 165, 166, 167, 172, 174, 175, 180, 181, 183, 184, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 198, 199, 201, 202, 203, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234,
--	--

237, 242, 243, 244, 246, 249, 250, 258,	232, 237, 238, 248, 250, 252, 253, 256,
259, 260, 261, 263, 264, 269, 270, 271,	264, 268, 288, 289, 291, 294, 304, 305,
272, 273, 277, 278, 280, 283, 291, 292,	306, 308, 313, 314, 322
293, 294, 296, 299, 300, 301, 302, 304,	Déplaisir · 26, 27, 28, 63, 78, 183, 185,
310, 311, 314, 315, 319, 320, 331, 332,	187, 200, 228, 301, 304
335	Désir · 11, 12, 17, 22, 23, 39, 53, 58, 63,
	66, 67, 69, 77, 87, 100, 101, 102, 103,
D	104, 105, 112, 113, 119, 121, 122, 123,
Déambulation · 9, 11, 20, 48, 141, 142,	126, 138, 142, 172, 184, 213, 237, 240,
146, 154, 174, 176, 190, 225, 226, 234,	243, 246, 261, 268, 282, 290, 295, 296,
297	302, 324
Décharge · 27, 53, 60, 63, 64, 75, 78, 116,	Détresse · 25, 26, 32, 41, 172, 174, 186,
125, 188, 200, 210, 211, 292	200, 214, 216, 217, 226, 234, 283, 301,
Dechaud-Ferbus, M. · 232, 315	308
Démence · 10, 15, 16, 23, 27, 29, 30, 31,	Discours · 11, 16, 19, 23, 28, 30, 34, 36,
32, 34, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 49,	37, 38, 39, 46, 58, 76, 79, 83, 84, 86, 88,
51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63,	89, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 103,
66, 71, 77, 78, 79, 86, 87, 88, 89, 91, 92,	105, 108, 112, 113, 114, 115, 122, 126,
98, 105, 106, 137, 140, 168, 169, 170,	137, 138, 148, 149, 150, 164, 168, 176,
171, 172, 173, 188, 189, 198, 199, 200,	180, 184, 187, 189, 190, 196, 197, 202,
207, 210, 211, 212, 217, 220, 226, 230,	210, 211, 216, 232, 237, 251, 267, 270,

271, 274, 276, 287, 288, 290, 295, 296, 304, 307, 309, 311, 319	240, 245, 246, 248, 254, 256, 260, 266, 269, 271, 272, 279, 296, 303, 306, 308
Double amodal · 300, 301	Existence · 20, 21, 27, 59, 65, 66, 67, 88, 89, 119, 123, 172, 182, 183, 187, 199, 208, 213, 215, 222, 261, 267, 300, 307, 308
<i>E</i>	
Echo · 276	
Ecoute · 30, 58, 104, 108, 124, 134, 153, 165, 222, 248, 249, 250, 253, 254, 255, 257, 258, 265, 276, 279, 282, 283, 298, 327, 328, 329	Expériences subjectives primaires · 181, 186
Ecoute évocative · 257, 258	
Ecoute hypnosique · 257, 258	
Ecoute technique · 257	
Effroi · 171, 227, 228	
Enveloppe · 199, 201, 202, 203, 205, 206, 209, 224, 225, 228, 229, 259, 268, 269, 271, 272, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 285, 293, 310, 312, 313, 321	<i>F</i> Frustration · 22, 33, 37, 52, 77, 114, 168, 177, 180, 187, 188, 210, 216, 232, 240, 254, 256, 288, 289, 290
Environnement · 31, 32, 34, 43, 45, 50, 51, 57, 72, 151, 153, 165, 168, 169, 170, 173, 176, 190, 199, 200, 215, 222, 223,	<i>G</i> Groupe · 131, 132, 133, 135, 136, 166, 203, 228, 242, 245, 249, 258, 259, 320, 326

H	Inconscient · 9, 13, 17, 18, 24, 25, 28, 56,
	64, 65, 69, 75, 76, 99, 100, 101, 103,
Hallucination · 54, 55, 213, 216, 240,	104, 105, 115, 117, 119, 120, 122, 126,
268, 288	150, 174, 188, 195, 197, 198, 202, 214,
<i>Hilflosigkeit</i> · 214, 230	217, 231, 233, 234, 243, 244, 260, 265,
Holophrase · 291	267, 279, 282, 310, 315, 317, 324, 326,
	328, 329, 333
I	
Identification · 19, 20, 22, 47, 68, 75,	Infans · 30, 184, 211, 233, 242, 264, 265,
114, 121, 193, 194, 215, 218, 223, 226,	266, 288, 292, 294, 297
227, 244, 257, 298, 306, 336	Involution · 36, 37, 38, 61, 71, 72, 77, 79,
Identification adhésive · 222, 226,	82, 114, 180, 186, 198, 199, 200, 203,
227, 298	211, 216, 229, 232, 237, 247, 263, 267,
Identification intra-corporelles · 194,	287, 288, 289, 292, 296, 308
227	
Identité · 54, 114, 127, 184, 207, 212,	J
213, 227, 244, 256, 279, 281, 300, 306,	Jouissance · 23, 24, 34, 37, 87, 113, 114,
307	117, 122, 123, 124, 126, 127, 210, 220,
Imaginaire · 19, 20, 21, 23, 24, 25, 53, 58,	248, 263, 266, 290, 291, 292, 293, 296,
103, 112, 128, 173, 192, 201, 205, 209,	297, 305, 314
238, 248, 261, 300	

L

Langage · 16, 17, 20, 22, 30, 34, 46, 58,
62, 64, 77, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89,
90, 91, 92, 93, 95, 97, 99, 100, 102, 103,
105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112,
114, 115, 118, 119, 120, 126, 127, 128,
134, 180, 181, 186, 187, 188, 190, 191,
193, 195, 196, 197, 198, 202, 203, 204,
210, 211, 212, 214, 216, 231, 234, 238,
239, 242, 247, 251, 260, 262, 263, 264,
265, 266, 267, 270, 271, 272, 284, 290,
292, 293, 296, 302, 305, 306, 308, 309,
311, 313, 314, 315, 319, 320, 322, 323,
324, 327, 330

Langue · 19, 30, 75, 82, 89, 90, 93, 101,
102, 105, 106, 109, 266, 274, 291

Libido · 52, 54, 220, 221, 232, 293

Linguistique · 83, 84, 85, 99, 100, 101,
102, 106, 107, 111, 194, 196, 311, 315,
322

M

Médiation · 34, 38, 130, 188, 213, 237,
238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 247,
248, 249, 250, 251, 253, 305, 307, 314,
323

Mémoire · 31, 34, 35, 39, 43, 45, 46, 48,
54, 61, 65, 71, 74, 119, 132, 136, 148,
188, 213, 232, 250, 252, 253, 274, 284,
315, 328

Moi · 9, 10, 11, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 31,
32, 44, 45, 52, 58, 64, 66, 77, 139, 141,
142, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151,
155, 157, 158, 160, 161, 162, 165, 166,
168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176,
177, 180, 188, 194, 198, 199, 200, 201,
202, 203, 209, 210, 214, 215, 217, 218,
221, 222, 226, 227, 229, 232, 240, 241,
243, 244, 249, 258, 259, 263, 264, 266,
267, 268, 273, 274, 276, 277, 279, 281,
283, 288, 290, 293, 297, 298, 300, 317,
318, 320, 324, 333

Idéal du Moi · 21, 58, 118, 172, 293	Néant · 82, 119, 213, 215, 226, 293, 309,
Moi-corps · 57, 198, 199, 200, 201,	330
202, 259	Nebenmensch · 213, 216, 268, 288
Moi-hideux · 172	
Moi-peau · 193, 198, 201, 202, 204,	O
209, 268, 269, 277, 281, 292, 294,	Originaire · 21, 25, 32, 33, 35, 38, 57, 59,
310, 315	66, 156, 168, 174, 180, 181, 182, 183,
Musicothérapie · 38, 50, 132, 166, 177,	184, 192, 194, 198, 202, 207, 209, 229,
249, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 278,	231, 232, 233, 237, 243, 247, 265, 274,
284, 305, 312, 320, 325	275, 287, 296, 334
Musique · 34, 38, 51, 153, 154, 162, 163,	P
165, 166, 191, 197, 241, 246, 247, 248,	Palilalie · 10, 11, 16, 17, 23, 30, 36, 37,
249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256,	38, 39, 80, 82, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97,
257, 258, 261, 262, 264, 269, 271, 273,	98, 99, 100, 102, 105, 108, 111, 112,
274, 275, 281, 282, 283, 284, 285, 296,	114, 115, 131, 140, 141, 142, 143, 144,
305, 327, 328, 330	145, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154,
N	155, 156, 157, 158, 159, 161, 165, 166,
Narcissisme · 57, 60, 126, 216, 220, 275,	169, 170, 174, 180, 187, 188, 190, 191,
276, 299, 300, 319	198, 201, 207, 210, 219, 230, 231, 237,
	238, 239, 244, 248, 249, 258, 260, 261,

262, 267, 272, 273, 275, 276, 277, 278,	Pictogramme · 33, 38, 70, 184, 185, 191,
279, 280, 281, 282, 283, 289, 290, 291,	233, 246, 296, 303
293, 295, 296, 305, 306, 307, 335	Plaisir · 2, 18, 24, 27, 28, 36, 56, 59, 70,
Pare-excitation · 60, 201, 205, 209, 223,	76, 117, 118, 125, 162, 183, 184, 185,
230, 232, 240, 248, 259, 268, 277, 279	187, 208, 220, 222, 240, 249, 250, 257,
Parlêtre · 24, 25	261, 273, 283, 288, 299, 300, 301, 303,
Parole · 10, 13, 17, 20, 23, 28, 34, 57, 72,	317, 329
75, 80, 82, 88, 91, 96, 97, 99, 101, 103,	Pragmatique · 100, 105, 106, 107, 108,
105, 108, 118, 121, 122, 126, 128, 140,	109, 189, 190, 191, 270, 311, 322, 326
150, 168, 169, 180, 188, 189, 191, 197,	Préconscient · 34, 53, 64, 65, 76, 279
210, 232, 233, 238, 243, 250, 253, 257,	Préoccupation clinique primitive · 170,
260, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 270,	215
272, 275, 278, 281, 284, 289, 291, 292,	Préoccupation maternelle primaire ·
294, 295, 305, 308, 309, 313, 319, 324,	214, 215, 268, 333
330	Primitif · 53, 55, 68, 121, 185, 213, 248,
Perception · 27, 33, 53, 54, 55, 56, 57, 59,	298, 329
60, 63, 65, 66, 68, 69, 76, 77, 107, 116,	Processus · 23, 27, 28, 29, 32, 33, 36, 38,
182, 201, 205, 207, 208, 210, 213, 216,	39, 43, 52, 54, 55, 56, 62, 63, 64, 70, 71,
226, 231, 252, 253, 289, 302, 303, 306,	72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 100, 108, 117,
308	124, 125, 138, 168, 180, 181, 183, 184,
	185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 194,

196, 198, 200, 202, 203, 204, 207, 208,	318, 319, 320, 323, 324, 325, 329, 330,
211, 213, 223, 224, 226, 229, 230, 232,	332, 333, 335
234, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245,	Pulsion · 17, 18, 24, 25, 30, 56, 57, 59, 63,
246, 247, 252, 259, 263, 264, 267, 274,	75, 118, 123, 178, 183, 193, 209, 218,
287, 288, 289, 291, 292, 295, 296, 299,	220, 232, 244, 263, 267, 268, 270, 273,
300, 301, 302, 303, 304, 314, 317, 323,	292, 294, 299, 305, 311
325, 326, 329	Pulsion d'autoconservation · 59
Processus primaire · 27, 32, 33, 36,	Pulsion de mort · 117, 118, 119
63, 70, 75, 76, 77, 183, 190, 196, 202,	Pulsion de vie · 118
211, 246, 247, 288, 291, 296, 308	Pulsion invocante · 267, 268, 270, 311
Processus secondaire · 27, 32, 33, 36,	Pulsion scopique · 14, 218, 267, 268
38, 63, 70, 75, 76, 77, 78, 181, 183,	Pulsion sexuelle · 183, 294
190, 191, 193, 194, 196, 202, 211,	
246, 247, 288, 291, 296, 302, 304	
Psychanalyse · 9, 12, 13, 17, 25, 27, 28,	
30, 51, 57, 61, 63, 64, 67, 71, 83, 99,	
100, 112, 115, 117, 137, 148, 181, 194,	
199, 203, 207, 215, 216, 218, 223, 235,	
241, 260, 262, 263, 265, 273, 275, 287,	
292, 294, 295, 311, 314, 315, 316, 317,	
	R
	Réalité · 10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 47, 54,
	55, 56, 63, 66, 68, 69, 71, 76, 77, 78,
	102, 109, 117, 121, 146, 150, 169, 171,
	172, 173, 174, 176, 182, 198, 199, 200,
	201, 202, 214, 220, 228, 233, 238, 239,
	240, 241, 244, 245, 259, 263, 293, 303,
	304

Réel · 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 37, 47, 89, 103, 104, 119, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 172, 176, 182, 192, 230, 238, 239, 240, 243, 248, 261, 264, 265, 289, 290, 292, 298, 321, 332	Répétition · 9, 10, 12, 16, 23, 24, 29, 30, 36, 37, 38, 39, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 104, 105, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 145, 152, 153, 154, 161, 164, 165, 167, 168, 169, 180, 182, 187, 189, 190, 210, 211, 213, 216, 229, 230, 231, 237, 238, 249, 264, 272, 274, 275, 276, 277, 280, 287, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 302, 303, 304, 305, 312, 317, 320, 329, 336
Réflexivité · 192, 284, 298, 302, 329	
Refoulement · 26, 57, 66, 68, 168, 190, 209, 265, 291, 292	
Regard · 9, 11, 18, 68, 69, 131, 141, 144, 148, 155, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 170, 173, 175, 178, 218, 219, 222, 226, 228, 229, 239, 248, 262, 263, 265, 269, 276, 277, 297, 319	
Régression · 32, 33, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 72, 73, 74, 196, 198, 207, 287, 288, 293, 294, 308	Représentation · 18, 19, 20, 22, 25, 27, 28, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 52, 53, 55, 56, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 101, 104, 168, 180, 182, 183, 184, 190, 191, 193, 195, 198, 201, 204, 210, 214, 216, 232, 237, 238, 239, 242, 247, 253, 284, 287, 288, 289, 290, 293, 296, 300, 305, 307, 325
Régression formelle · 53	
Régression temporelle · 53, 54	
Régression topique · 53	
Relation d'objet · 54, 227, 241	Représentant de la représentation · 67, 82, 114, 120, 285

Représentation de chose · 55, 56, 61, 62, 64, 70, 77, 232, 288	Séparation · 35, 37, 76, 142, 143, 146, 175, 190, 203, 210, 216, 240, 263, 277, 279, 291, 292
Représentation de mot · 55, 56, 61, 62, 64, 70, 77	Signifiant · 20, 24, 26, 28, 38, 67, 68, 69, 75, 86, 87, 92, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 112, 113, 114, 120, 121, 122, 123, 126, 127, 168, 183, 190, 191, 192, 195, 196, 197, 209, 226, 231, 239, 264, 266, 291, 293, 296, 325
Représentation mentale · 193, 211, 231	Signifiant de démarcation · 191, 195
Représentation sémiotique · 191, 196	Signifiant formel · 191, 192, 193, 194, 310, 318
Représentation-cadre · 216	Sinthome · 87, 126, 127, 238, 316
Résonance · 39, 265, 278, 306, 309, 312	Solitude · 37, 41, 163, 178, 187, 219, 254, 287, 290, 295, 309
Rythme · 20, 21, 36, 37, 38, 39, 46, 47, 136, 141, 142, 151, 152, 154, 158, 169, 174, 188, 189, 190, 195, 197, 220, 221, 229, 231, 237, 248, 251, 269, 271, 276, 277, 280, 285, 287, 295, 296, 305, 306, 307, 319	Sonore · 9, 14, 62, 85, 113, 221, 260, 261, 262, 263, 265, 269, 271, 272, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 293, 304, 306, 307, 310, 312
S	
Sensorialité · 56, 212, 213, 229, 244, 245, 248, 250, 252, 268, 269, 284, 294, 313	
Sensualité · 205, 222, 246, 294, 295, 296, 298, 299, 302, 304, 315, 318, 328	

Souffrance · 32, 34, 36, 60, 127, 134, 150,
169, 173, 176, 186, 213, 232, 250, 257,
266, 267

Souvenir · 53, 57, 78, 113, 116, 117, 172,
181, 213, 255, 258, 295, 304, 327

Spéculaire · 27, 57, 58, 69

Stade du miroir · 19, 58, 68, 170, 197,
263, 266

Symbolique · 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24,
25, 58, 103, 104, 112, 113, 118, 119,
120, 122, 128, 194, 197, 224, 226, 233,
238, 241, 243, 248, 258, 262, 265, 277,
285, 305, 309

Symbolisation · 28, 38, 39, 56, 70, 71, 76,
119, 124, 125, 128, 180, 183, 186, 187,
191, 197, 198, 203, 210, 211, 216, 224,
225, 232, 234, 238, 239, 243, 245, 276,
282, 296, 301, 314, 329

Symbolisation primaire · 70, 124, 211

Symbolisation secondaire · 70

Symptôme · 25, 26, 37, 48, 87, 92, 97,
126, 127, 187, 214, 238, 273, 290, 292,
311, 318, 331, 333

T

Temporalité · 20, 21, 118, 188, 303

Thérapie par la musique · 237, 248, 249

Toucher · 62, 85, 142, 166, 170, 175, 192,
198, 201, 208, 221, 222, 231, 239, 247,
269, 270, 280, 297

Trace · 33, 36, 37, 38, 65, 71, 75, 78, 79,
113, 120, 122, 180, 192, 226, 237, 247,
253, 257, 259, 274, 276, 288, 289, 299,
305, 307

Trait unaire · 75, 113

Transfert · 11, 12, 13, 14, 27, 32, 38, 79,
99, 116, 118, 125, 138, 150, 155, 167,
168, 170, 171, 173, 174, 175, 177, 189,
191, 217, 228, 230, 231, 233, 234, 235,
240, 246, 263, 295, 296, 309, 315, 316,
318, 326, 330, 333, 335

V

283, 284, 291, 295, 304, 305, 306, 307,

309, 311, 322, 332, 333, 335

Voix · 9, 14, 15, 16, 18, 29, 34, 38, 39, 91,

106, 151, 153, 158, 160, 162, 163, 166,

177, 189, 205, 210, 222, 234, 237, 248,

250, 251, 260, 261, 262, 263, 264, 265,

266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273,

274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281,

Z

Zones érogènes · 58, 59, 207, 208, 293,

299, 300

Résumé :

L'auteure propose une réflexion sur la palilalie du sujet atteint de maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Si, la plupart du temps, ce comportement de répétition verbale est considéré comme insensé, l'objectif est d'en apporter une nouvelle approche, avec notamment l'hypothèse d'une involution du système de représentation du sujet dément

Dans la palilalie, ce n'est plus tant le contenu qui compte mais la manière de dire. Ainsi, en mettant l'accent sur le dire plutôt que sur le dit ainsi que sur les manifestations du corps, l'auteure en arrive à la conclusion que la prosodie de la palilalie devient un indicateur important concernant l'état d'angoisse du sujet dément. Dès lors, l'environnement dans lequel se trouve le sujet dément est primordial. Plus l'angoisse augmente et plus le débit de la palilalie sera rapide et la tonalité élevée.

Après avoir tenté de « répéter la répétition » avec le sujet dément, et avoir constaté que cette méthode faisait naître de nouvelles syllabes, l'auteure a proposé une thérapie par la musique aux trois sujets de cette recherche, dans l'espoir que la médiation musicale pérennise les effets bénéfiques initialement constatés. Les résultats ont permis de valider l'hypothèse selon laquelle la musique active et/ou passive a un effet positif sur la palilalie, à la fois en termes d'apaisement et de relance symbolique.

In fine, cette étude suggère plus largement que la palilalie n'a pas (seulement) une cause neurologique comme les recherches le suggéraient jusqu'à maintenant, puisque la modulation de l'environnement et la présence d'un autre bienveillant et à l'écoute sont capables de la canaliser.

Mots-clés : palilalie ; involution ; représentation ; affect ; archaïque ; corps ; musique.

Summary:

The author proposes a reflection on the palilalia of the subject suffering from Alzheimer's disease at a severe stage. If, most of the time, this behavior of verbal repetition is considered senseless, the aim is to bring a new approach, including the hypothesis of an involution of the system of representation of the subject denies.

In palilalia, it is not so much the content that matters but the way of saying. Thus, by emphasizing the saying rather than the saying as well as on the manifestations of the body, the author concludes that the prosody of palilalia becomes an important indicator concerning the state of distress of the subject. From then on, the environment in which the Alzheimer subject is located is paramount. The more the distress increases, the more the flow of the palilalia will be fast and the tone high.

After trying to "repeat the repetition" with Alzheimer subject, and finding that this method generated new syllables, the author proposed a music therapy to the three subjects of this research, in the hope that the mediation through music preserves the beneficial effects initially observed. The results validated the hypothesis that active and / or passive music has a positive effect on palilalia, both in terms of appeasement and symbolic relaunch.

In fact, this study more broadly suggests that palilalia does not (only) have a neurological cause as research so far suggested, since the modulation of the environment and the presence of another benevolent and listen are able to channel it.

Keywords: palilalia; involution; representation; affect; archaic; body; music.