



HAL
open science

L'empathie dans la démence

C. Hazif-Thomas, G. Chandès, P. Thomas

► **To cite this version:**

C. Hazif-Thomas, G. Chandès, P. Thomas. L'empathie dans la démence. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2020, 20, pp.47 - 55. <10.1016/j.npg.2019.12.004>. <hal-03490005>

HAL Id: hal-03490005

<https://hal.science/hal-03490005v1>

Submitted on 21 Jul 2022

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

L'empathie dans la démence

Empathy in dementia

C. Hazif-Thomas^a, G. Chandès^b, P. Thomas^b

a Service de psychiatrie du sujet âgé, SPURBO, EA 7479, CHRU de Brest, route de Ploudalmezeau, 29820, Bohars, France. Directeur de l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne
b Centre de recherches sémiotiques (CeReS), EA 3648, université de Limoges, 39, rue Camille-Guérin, 87000 Limoges, France

Résumé

La maladie d'Alzheimer reste encore aujourd'hui trop souvent ignorée dans sa dynamique psychopathologique propre. Si elle est bien étudiée sur le plan neuroscientifique, elle n'est que peu ou mal abordée dans sa dimension intersubjective. A l'aide de l'approche phénoménologique du philosophe Husserl, nous avons tenté cette compréhension intime, éprouvée à même le phénomène démentiel, sans omettre ce qu'il a de déroutant et d'étrangement rétif à toute rationalité. Ce qui est source d'obscurité est ici requalifié comme ressortant d'une empathie délicate de maniement, voire empreinte d'une « trop grande » transparence, au point qu'elle apparaît de bout en bout comme déconcertante. Le malade Alzheimer souffrant de troubles du comportement est ainsi retrouvé comme ce sujet parfois « trop vivant », de sorte qu'il importe à chaque soignant de reconsidérer sa conception de ce qui « dément » véritablement la perception de ce qui fait sens dans la relation, et de ce qui permet de « faire cogito » ensemble.

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer ; phénoménologie ; intersubjectivité ; empathie ; éthique

Summary

Alzheimer's disease is still today all too often neglected in its specific psychopathological dynamic. While the condition has been widely studied in the field of neuroscience, the intersubjective dimension has been very little explored. Using the phenomenological approach propounded by the philosopher Husserl, we attempt here to gain a closer understanding of the dementia phenomenon, without omitting what is confusing and strangely inaccessible to rationality. What is a source of obscurity is here requalified as emerging from empathy that is delicate to handle, or from "too great" transparency, to the point that it appears totally disconcerting. The Alzheimer's patient presenting behavioral disorders is thus sometimes perceived as "too alive", so that it is important for each caregiver to reconsider his or her conception of what really denies perception from what makes sense in the relationship, and allows shared perceptions.

Keywords: Alzheimer's disease; phenomenology; intersubjectivity; empathy; ethics

La maladie d'Alzheimer touche principalement la mémoire et d'autres registres de la cognition comme le langage verbal et la visuo-perception du monde. Il en résulte de nombreux désordres portant sur la capacité du sujet à évaluer les situations dans lesquelles il vit et l'altération des relations intersubjectives par les incompréhensions et les quiproquos. Percevoir le monde implique d'intégrer ou rationaliser les éléments perçus dans une représentation interne cohérente et continue, essentielle pour en tirer un sens et éventuellement en extraire une intentionnalité en retour. Le malade Alzheimer est en grande difficulté pour extraire le sens encore audible malgré le bruit et le chaos du monde et peine à **maîtriser** les fonctions instrumentales, les outils utiles pour interagir avec son environnement matériel. Il lui est ainsi de plus en plus ardu de s'adapter et de faire coïncider de façon opportune ses interrelations à son environnement social, ce qui se traduit par des troubles du comportement, d'autant plus fréquents que la vie psychique du malade est laissée de côté (1).

Définition de l'empathie

L'empathie est la capacité à ressentir les émotions d'autrui et de se mettre à sa place. Elle est cognitive lorsqu'il s'agit de comprendre les idées de l'autre et émotionnelle pour partager ses sentiments. Elle nécessite l'invention d'une réalité à partir de la perception du ressenti d'autrui, la re-création empreinte de sollicitude de la réalité intérieure d'un malade qui ne peut plus l'exprimer, parce qu'il ne trouve plus ses mots, **remplacés** par des blancs, parfois aussi parce qu'on ne cherche pas à le comprendre et qu'il ne trouve pas d'écoute chez un interlocuteur (2). L'empathie n'est pas la sympathie, le mimétisme émotionnel induit par et dans l'interrelation avec autrui. Elle est encore moins la fusion affective, non respectueuse de l'altérité d'autrui. Elle n'est pas la compassion : s'apitoyer sur le sort d'autrui. Elle est la prise en conscience ce que vit autrui, différent de soi dans son vécu singulier (3). Elle a une double dimension en termes de Présence intérieure, à la fois interpersonnelle à travers la compréhension de ce que vit l'autre, et subjective, ouvrant l'Être à des aspects jusque-là méconnus, inclinant l'élan vital (4, 5) vers des horizons jusque-là non invoqués. Elle est ainsi déroutante et parfois déconcertante. L'émergence de l'empathie peut être progressive ou survenir en tant que Présence de l'autre à soi, de façon involontaire et brutalement, comme une sorte de « fiat éthique », brutale prise de conscience changeant la perspective éthique du regard personnel sur le monde (6).

L'abord phénoménologique des états démentiels

Le présentisme, sous-estimation de l'éloignement du passé dans le moment présent, est un phénomène repéré par Minkowski et exposé dans « le Temps vécu » (5). Il livre une analyse phénoménologique de la démence toujours riche de potentialités de compréhension existentielle du malade. Ce dernier vit dans un présent qu'il ne peut véritablement s'approprier, tant l'écart subjectif du passé est ici constitutif de la trame temporelle qu'il perçoit. En cela, la vision de Minkowski (5) diffère sensiblement de celle qui prévaut aujourd'hui, celle d'un malade condamné à vivre au présent. « Il ne s'agit pas d'un présent physiologique mais d'un pré - sent désincarné, réifié, non situé par rapport au contexte environnemental vécu, car amputé d'une part de son épaisseur de savoirs (ou de passé) c'est-à-dire d'une part de sa signification. De plus, et c'est là un point capital, cette réification du présent aura pour conséquence un affaiblissement généralisé de la conscience préreflexive de soi, du cogito préreflexif. La démence peut ainsi être considérée comme une maladie de la conscience de soi dont l'anosognosie n'est qu'une conséquence » (7). Sans discuter la raison profonde de la réalité du phénomène anosognosique, soulignons que ce « pré-sent désincarné » n'est pas constant dans la maladie d'Alzheimer.

La mémoire défaillante peut certes conduire à des erreurs, des aberrations ou des échecs de la construction d'une représentation interne ajustée au réel quotidien. Nous avons vu que deux voies complémentaires permettent le fonctionnement de la construction d'une signification qui nécessite chez le sujet normal un référencement à des bibliothèques sémantiques ou figurale (8, 9). La première voie, est logique et analytique, apodictique. Elle mobilise les bibliothèques sémantiques et alimente la pensée discursive, démonstrative de la réalité perçue et intégrée. L'autre voie est analogique, mobilise des émotions associées aux représentations perçues, est dite par Ivanov apophantique car davantage déclarative que déductive et renvoyant davantage aux images mentales préalablement mémorisées (10, 11). En ayant recours à cette seconde voie, il est possible de construire avec le malade une pensée de secours qui fait la part belle à l'imagination et à l'analogon. Rappelons ici avec Grimaldi que « l'imagination a bien moins pour fonction de nous représenter une chose en son absence que de nous la rendre présente en la jouant » (12).

Le vécu émotionnel peut rester riche de potentialités de sémiose dans la démence malgré et peut être grâce à la maladie. Il persiste d'une part dans cette maladie une mémoire émotionnelle et d'autre part une approche du réel perçu par des fonctionnements analogiques avec les bribes mnésiques résiduelles permettant une approche de la signification du monde par mimétisme. La conscience de la représentation interne du monde perçu est bicaténaire, la construction de la signification du perçu passant par deux mécanismes coopératif, mais de prédominance variable selon les personnes, soit par le verbal, la dénomination critique des objets et la logique, soit par de

l'émotionnel, soit par la thématization et par l'analogique (13), la signification du perçu (et du mémorisé) serpentant entre deux logos, l'explicite et le monde sensible (14). Ce double mécanisme permet normalement au questeur de signification de sortir du labyrinthe de la perception du monde qui ne cesse dans le temps, avec la maladie, de changer de forme. La construction logique s'affaiblit avec l'âge et de façon caricaturale dans la démence et les souvenirs à prédominance émotionnelle et thématique (*Gist*) deviennent privilégiés par rapport à la construction logique et précise (*Verbatim*), sans toujours nécessairement faire preuve d'esprit d'à-propos.

Quand on réfléchit aux savoirs mobilisables dans la maladie d'Alzheimer, il est encore admis de conclure que « dans la maladie démentielle et particulièrement dans la maladie d'Alzheimer, ce déficit de convocation passive des savoirs sera rapidement diffus. Il concernera non seulement les objets déficitifs (comme les oublis qui constituent l'amnésie) mais aussi les autres objets de conscience, comme ceux de la perception, et de façon plus générale l'ensemble des vécus. De ce fait, le patient dément verra progressivement diminuer son aptitude à faire cogito à travers l'ensemble des objets qu'il synthétisera » (7). Il perdra progressivement son aptitude à utiliser les bons outils pour manipuler son environnement matériel.

Ainsi le patient fait de moins en moins société lorsque « faire cogito » n'est plus qu'une esquisse. Mais il est parfois loisible d'observer, avec la maladie d'Alzheimer, un pas de plus dans la « surprise cognitive » qui accompagne souvent la démence proprement dite. Un événement habituellement banal, voire prévisible pour un sujet normal, devient une irruption dans son champ de présence au monde, donc une source d'appréhension et de stress sur le moment, et d'hypervigilance, d'anxiété d'un éventuel survenir auquel il ne peut plus faire face dans le cours de sa vie. Ce qui apparaît en première analyse comme un « retournement analogique » en réaction à une stimulation, ce qui permet à certains malades de rester dans un solipsisme défensif, de sorte que le passé ou le futur sont alors bien plus imaginés que pensés. C'est la vignette clinique relatée par le docteur Lefebvre des Noettes qui a attiré notre attention (15). Un de ses patients, à qui elle avait préalablement fait visiter une structure pour personnes âgées, apprend d'elle qu'il doit aller en EHPAD : « Bonjour Monsieur, je viens vous voir pour vous informer que vous partez en maison de retraite demain » : il lui répond immédiatement avec une réelle empathie : « Bon voyage, ma fille, surtout n'oublie pas ta valise » (15). De façon comparable, une autre patiente à qui nous annonçons la sortie d'une hospitalisation eût la répartie suivante : « Préparez vos affaires. Votre famille va maintenant s'occuper de vous. » Pour donner encore un autre exemple, un patient dément à qui son fils demande au téléphone un livre de sa bibliothèque lui répond : « Dès que tu l'as, tu me l'envoies. »

Comment nommer cette transaction déroutante confrontant le professionnel de santé à l'actualité évanescence de son énoncé prescriptif ? Elle diffère du déni, de la dénégation, de la forclusion, de l'anosognosie. Par cette réponse, on voit bien que même si toute la démarche d'accompagnement cohabit les cases d'un parcours attentionné, le malade parvient à faire de la valise un fétiche indiciel d'éviction de son être avec l'autre dans la relation : autrui se substitue à soi dans l'interaction, dés-impliquant l'être-soi à venir dans le projet prescrit, épargnant de la sorte au patient toute mentalisation de nature à intégrer la trame intersubjective d'une histoire commune puisque cette annonce ne le concernerait pas, n'annoncerait rien pour lui de nouveau. De la sorte, une question se pose : le non-concernement ne prélude-t-il pas au non enregistrement de l'information ? C'est ici par le jeu d'un retournement d'autorité, que se dessine une reconfiguration identitaire, issue d'une contre-prescription orientant vers une fin de non-recevoir, de sorte qu'il y a, finalement, comme un autodafé de penser ce projet de vie, pourtant élaboré par un soignant et exprimé avec bienveillance et respect pour sa personnalité.

Si le malade « contrefait » son avenir, voire en tire un bénéfice presque paranoïaque, par projection et déplacement quasi délirant de l'objet angoissant, il parvient toutefois à convoquer l'empathie du médecin sur laquelle il s'appuie. Il l'**incorpore**, pour continuer à vaquer à son existence antérieure : celle d'avant l'annonce. Il s'appuie contre, tout contre et contre-représente son univers à lui au monde à venir... jusqu'à pétrifier son interlocuteur déconcerté qui reste interloqué et sans mot. Si l'empathie perdure, mais non la réalité du projet annoncé, c'est bien sûr par le mécanisme de déni de réalité, bien individualisé par Perruchon (16). Mais la transaction va au-delà car, outre que persiste la trace de la transaction empathique, l'interlocuteur est médusé. Celui-ci se trouve en miroir à la fois semblable et « enchaîné » dans la parole du malade.

L'aperception par analogie

Le malade continue de vivre l'empathie malgré le déni. Il peut donc continuer de se découvrir lui-même ; en effet « par empathie je peux vivre des valeurs et découvrir des strates correspondantes de ma personne qui n'ont pas encore eu l'occasion d'être dévoilées par ce que j'ai vécu de manière originaire » (3).

Comme le précise, Hochmann (17) dans son analyse de l'apprésentation, c'est-à-dire l'aperception par analogie dans la phénoménologie husserlienne (17), normalement « l'empathie n'est qu'un moyen d'accès, qui constitue l'objectivité, dans un accord de points de vue sur le monde qui fonde la certitude de l'existence de ce monde et la possibilité de sa connaissance ». Cependant, c'est précisément à ce point précis qu'échoue le dément à rejoindre l'objectivité, par l'impossible « accord de points de vue ». La co-incidence des projets et des intentions du malade et du médecin

invite chacun à co-penser leurs intentions et leurs dispositions affectives, ce qui se traduit par les mots et, en non verbal, par la prosodie et leurs corps engagés dans la relation. Ainsi le médecin doit pouvoir avoir une certaine prise sur le malade pour lui exposer son projet et le malade donner prise au médecin (18), pour comprendre son point de vue. Il y a en pareil cas négation de l'interprétation animatrice du corps de l'autre, ici représentatif du corps médical. Normalement, avec cette reconnaissance charnelle du vécu intentionnel de l'autre, l'autre a une allure en relation (19) celle d'un médecin « bienveillant » ou « consciencieux » ou « soucieux » ... certainement animé d'une intériorité qui lui est propre et laisse par là-même augurer d'un « air » singulier dont, a priori, on ne peut pas tout savoir de quoi il ressort. Il persiste toujours en matière d'interrelation individuelle, un reste de l'autre, opaque car mystérieusement attaché à cette autre subjectivité qui fait signe à l'autre. Comme le dit Hochmann : « L'éprouvé de cette opacité fait partie de l'éprouvé empathique » (17).

Husserl explicite la constitution de l'aperception : « L'aperception est une appréhension de ce qui existe de façon semblable, conformément au semblable qui existe déjà pour moi » (20). De la sorte, on comprend ainsi mieux l'aperception par analogie. « Dans l'essence de l'empathie et de la constitution de l'humanité étrangère qui s'accomplit en elle, il y a le fait que ce sont principalement des exigences analogiques, motivées depuis mon intériorité, mais allant en direction d'un analogon de mon intériorité qui ne peut résider dans le cadre de la mienne et ne pourra jamais y résider ».

L'exemple du Dr Lefebvre des Noettes semble pourtant signifier ici l'échec même de cet « analogon de l'intériorité qui ne peut résider dans le cadre de la mienne », qu'il faut néanmoins pour le clinicien réussir à penser ! Le dément est bien un sujet dément en ce qu'il « dément » mais reconnaît à la fois cette impossibilité d'assignation à résidence dans une même réalité partagée. Ce qu'il « dément » est sa vulnérabilité, son impossibilité de faire ce pas -aller en EHPAD- sans l'autre. Mais en même temps cette « vulnérabilité trahie », en partie du fait des troubles de mémoire, se « retrouve » dans l'attribution improbable d'un vécu égotique - le Moi vulnérable du malade est renvoyé à la personnalité soignante- pour s'absenter de la charge de la preuve, de la validité de la réalité « co-pensable ». En somme, l'intimité du vécu singulier de vulnérabilité devient intimation vulnérabilisante d'autrui, chargé de contrefaire fictivement cette même vulnérabilité, étant entendu que dans l'absolu, et même un médecin ne peut ici contredire le malade, « l'abstraction suppose la fiction » (21). C'est ainsi que le « pas sans l'autre » peut se transformer en « sans autre pas qu'en autrui ». Pour résumer, si le psychotique dénie malgré lui la réalité, le dément dénie la réalité malgré l'autre, sans perdre l'appoint de jouissance d'une certaine hystérisation du corps de la relation,

amenée à continuer malgré tout à se développer avec empathie. Cette hystérisation se formule ainsi : « Jamais deux sans toi ».

Par cet autodafé cognitif de sa vulnérabilité propre et de la pensée de secours incarnée ici par la pensée médicale extérieure et normée (jusqu'à un certain point d'ailleurs), le malade réussit à disjoindre l'empathie puisqu'il garde un éprouvé empathique mais il y désinstalle l'accord de points de vue qu'il contrefait parfaitement : « N'oublie pas ta valise ! ». L'empathie est déconcertante puisqu'elle trouble le jeu médical, parvenant à, selon une étymologie remontant à la fin du **XVII^e SIECLE** à « troubler les plans de quelqu'un », ici ceux du médecin.

Il oblige presque son interlocuteur d'avoir « mal à la tête » d'ailleurs et l'oblige à s'auto-retrancher de sa « visée animatrice ». Convaincre le malade de son départ en maison de retraite revient à se convaincre soi-même, c'est-à-dire à se vaincre soi par soi-même ! Ainsi il réfute toute visée « chape-chute »¹ de l'autre et le « renvoie » au leurre d'une compréhension partagée : tel est le fonds du renversement subjectif.

Le docteur Lefebvre des Noettes (22) insiste pour dire qu'elle avait coché toutes les cases de la démarche, qu'elle n'avait pas été négligente dans cet accompagnement et on la croit volontiers. Mais ici le malheur futur implicitement convoqué ne peut être démenti par la réalité à venir. Comment mieux le faire disparaître qu'en l'assignant analogiquement à résidence en autrui ? Il n'est toutefois pas question ici de l'autruicide cher à Maisondieu (23). Il s'agit d'une assignation d'autrui à résidence dans « ma » situation malheureuse que je déments quant à l'avenir de « ma » propre trajectoire. Par analogie, il persiste de « ma » douleur à la tête une empathie qui regarde l'autre en moi bien plus que lui-même. Il y a donc, à bien y regarder, un départage entre l'empathie et la réalité de l'origine objective du malheur rencontré.

Contre-disposition empathique du monde par le dément

Ce départage traduit encore une des constantes de la conscience étudiée par Ey (24), qui introduisit la structure facultative et la disponibilité de la conscience. Ey explique que « Le « je » qui parle, qui pense, qui agit, qui fait des projets, qui se livre à son imagination ou qui s'intéresse aux objets qui se présentent à lui, ce « je » est le Moi qui ne consent pas à être possédé par l'expérience mais entend la posséder » (24). Cela signifie que le malade peut disposer de sa conscience et contrer

¹ Chape-chute : Bonne aubaine due soit à la négligence, soit au malheur d'autrui.

autrui quand il entend refuser de consentir –ou dissenter- à être possédé par lui. Cette prise de distance, cette maîtrise de l’auto-disponibilité de la conscience, de sa propre disposition intime envers autrui, est néanmoins ici regardée comme défectueuse car allant fondamentalement à contre-courant du flux de conscience intersubjective. Nous ne nous attarderons pas sur les possibles raisons affectives de ce dissentiment : ne dit-on pas, de quelqu’un qui achève sa vie professionnelle, qu’il « est parti » en retraite, comme on le dit de même de quelqu’un de décédé : il est parti ? Saisir vraiment ce qu’on peut ressentir lors de l’annonce d’un départ en maison de retraite est ici révélateur du malaise normalement généré par une telle perspective. Mais ici la réorientation du concernement montre que ce départage entre l’avenir du « Je » et celui du « Tu » est aussi ratage de l’aperception par analogie. Nous proposons, pour nommer le « renvoi » du contenu refusé dans l’échange, de parler de contre-disposition. Ici, c’est en partie par ce biais que le contenu traumatogène pour l’identité est réadressé à autrui et dans la subjectivité d’autrui, utilisée astucieusement comme analogon de l’intériorité du « Je ». Cette contre-disposition a valeur de « couac communicationnel analogique » mais elle aide le malade à se ré-emparer de sa liberté.

Ce couac vient rappeler que c’est d’intersubjectivité qu’il s’agit. L’empathie fait seule, alors, encore lien, mais ne constitue pas en soi la réalité d’un projet existentiel partagé. Par cette contre-disposition, le Dasein du médecin, l’écart entre le "là" et la réalité perçue (25), est comme renvoyé à sa propre paternité du projet d’un monde, celui de la maison de retraite à venir, reconnu par le malade comme essentiel (n’oublie pas ta valise) et inessentiel puisque ne le concernant pas ! Ou plus exactement cela ne le concerne encore que dans la sphère potentielle de sa vie. Grâce à ce mécanisme de protection de soi inédit, ici analysé dans la perspective husserlienne, c’est-à-dire avec le parti pris que la sphère potentielle est intentionnelle (26, 27), le malade conserve la part de plaisir de l’empathie mais se dégage en projetant sur autrui la douleur du projet dont il dément qu’il fut compensé avec autrui. L’oubli joue bien évidemment également un rôle d’appoint ici. On vérifie une fois de plus que la douleur, et non le déplaisir, est bien le contraire du plaisir. Mais l’intéressant est de montrer que le projet du dément n’est pas autre chose qu’un effort de continuer à vivre le plaisir de penser, et par là la capacité de dire non, plutôt que de ressentir une déconstruction douloureuse qui relèverait de son penser-avec-autrui. Par cette tentative de sauvegarde identitaire, le malade dément fait davantage de son vécu communicationnel un détour par soi (il pense à l’utilité d’une valise à emporter pour la maison de retraite) plutôt qu’un retour sur soi (la réflexion). Il « fait » détour sémiotique par lequel, s’il y a bien assimilation, il n’y pas pour autant modification intentionnelle, ce qui était initialement visé par le médecin prescripteur. Ce « couac communicationnel » est une « sortie de sens » mais non une sortie du sens.

Une « sortie de sens » mais non une sortie du sens pour le malade comme pour le médecin

Par l'emploi disruptif de cette sortie de sens, le malade dément parvient, à moindre frais pensants, à « méduser » l'interlocuteur, situation qui peut d'ailleurs se rencontrer dans un contexte non soignant. Sa bonne aubaine aux dépens d'autrui, ici du médecin, vient chape-chuter (et chahuter) l'esprit logique de construction rationnelle d'un monde partagé, fondé sur une intersubjectivité sensée permettre d'élaborer un monde objectif. Avec la contre-disposition, élément original du contre-discours démentiel, le malade dément accepte la première partie du processus empathique, la sympathie réciproque médecin-malade, mais non la seconde, l'entrée en EHPAD prescrite « pour son bien ». Certes l'empathie lui permet d'élargir l'horizon à celui des autres. Cependant, ces autres ne font plus signe vers lui, ou alors ne font plus signe que dans une intersubjectivité fracturée, disjointe, pourtant accompagnée affectivement (l'empathie). Pour le dire de façon husserlienne, le sujet -dément- est bien « arraché au solipsisme transcendantal » mais il n'est pas « repensé au pôle subjectif un champ primordial où lui-même et l'objet », ici le projet de maison de retraite, « se constituent solidairement et corrélativement ». L'empathie persiste sur le plan affectif, introduisant une dissonance cognitive (28), venant témoigner que se constitue toujours quelque chose solidairement, mais elle ne persiste pas cognitivement, venant indiquer que ne se constitue plus quelque chose corrélativement.

En somme avec la contre-disposition et la disjonction cognitive de l'empathie, le malade « dément » à première vue une part du témoignage d'un monde objectif commun, il en vient, si l'on peut dire, à « dé-témoigner ». Cela revient non pas à une simulation incarnée, comme peut en faire l'expérience faisant intervenir les neurones miroirs (29), mais une **sympathie mimétique**, à la **portée concernante prorogée** : autrui en appelant à soi qui en appelle à autrui comme Moi auxiliaire, si l'on veut bien accepter de dépasser cette « notion valise », stigmatisante, de non-concernement démentiel. Le non-concernement est d'ailleurs tellement évident que personne ne se donne la peine de le prouver, et d'en restaurer la portée empathique toujours vivante adressée à autrui. Ce dont cette idée de non-concernement tente de rendre compte, c'est en fait une attitude spécifique au malade dément : sa peur voire son refus de la pression rationnelle. Normalement l'engagement dans le projet d'aller en EHPAD et son absence d'engagement le soumettent à une pression rationnelle qui devrait le forcer à résoudre ce conflit. Tel n'est pas le cas ici : il y a dès lors bien disjonction et refus d'une réaction commune à ce que génère normalement dans l'esprit de chacun une pression rationnelle. C'est ce refus de ladite pression qui génère une communication déconcertante. Cependant, l'empathie qui l'accompagne renforce d'autant le caractère déconcertant pour l'interlocuteur.

Ce couac communicationnel témoigne encore d'autre chose de positif. Le malade « dément » esquisse de façon empathique la situation de départ en maison de retraite mais il ne le retient pas *pour lui* ; en somme cette esquisse « présente » le projet soignant, elle y introduit mais elle le présente de manière partielle, fragmentaire, rendant sans doute compte en pareil cas d'une conscience de soi elle-même fragmentée (30). Ceci en dit beaucoup sur l'importance que prend « l'ambivalence de l'apparaître » dans l'univers mental du malade dément, a fortiori quand une ambivalence psychologique s'y surajoute. La première a été étudiée par Husserl et rend compte d'une esquisse qui s'efface ou se dépasse au profit de l'objet. Ici l'ambivalence de l'apparaître du projet exposé par le médecin devrait se dépasser au profit de la décision de départ. L'apparence d'accord sous laquelle ce projet se donne au malade est ambivalente, il est et il n'est pas l'accord. L'ambivalence psychoaffective du malade infléchit définitivement, malgré une interaction soigneuse et respectueuse, cette apparence d'accord vers un désaccord consommé. D'où le dépit du médecin... Il y a donc une double ambivalence : l'une constitutive de la transcendance de l'objet, ici l'objet cognitif « projet énoncé par le médecin », et l'autre de nature psychique. Cette ambivalence qui est essentielle, cette préconception ambivalente, qui est d'abord à prendre en compte pour avancer dans une communication plus constructive.

Cela implique d'avoir à tout moment en tête la fonction protectrice de l'esquisse empathique lorsqu'elle parvient pour un temps à tenter de s'extraire du temps psychique qu'opère normalement le deuil d'une réalité qui lui est chère, ici le domicile dans l'exemple analysé. L'essentiel est pour le malade de préserver son désir de rester en lien avec l'autre non pas dans une perspective égocentrée mais bien dans un partage a minima du point de vue d'autrui, qui ménage encore son désir de communiquer tel que « ça lui parle ». En somme plutôt que « s'apprêter » à aller en maison de retraite, le malade se positionne au plan intersubjectif pour que « ça prête » à autrui ce qui continue de « parler en lui » : sa valise est encore riche d'empathie. C'est ici qu'il faut bien comprendre la nouveauté de l'abord démentiel. L'empathie est déconcertante également par ce procédé de **bond cognitif** qui permet au malade de passer brutalement de l'émotion à la réflexion, rendant à la remarque personnelle (N'oublie pas *ta* valise) une pointe de chaleur émotionnelle inattendue, d'intention caressante, par utilisation de la forme hypocoristique (« *Ma fille* »). Celle-ci tranche donc avec le non-concernement, qui, par le jeu de l'empathie déconcertante, laisse place à l'instigation fabulatrice, en ce sens que par sa construction fabulatrice, le malade tente d'émouvoir et d'exciter la déraison d'autrui.

Dans certaines circonstances, l'identification noématique chez le dément, a besoin d'un recours à l'**incarnation spéculaire** (soi se rêve en autrui, qui devient son double), pour être possible,

c'est à dire pensable dans une communauté de relation protectrice. Le malade bondit du rêve à la réalité et réciproquement.

On comprendra alors que c'est une protection de soi destinée à baisser drastiquement la pression rationnelle, d'autant plus opératoire que la régression cognitive (Loi de Ribot) peut s'accompagner d'une sorte de réversion empathique, par retour au stade préalable à la mise en place d'une empathie constitutive de l'intercorporéité : l'autre est reconnu dans sa dimension corporelle (*Leib*) mais pas dans celle de corps psychique différent. La dissonance se règle ici en préservant la raison et en épargnant l'émotion (28), même si cela suppose, en même temps, d'affirmer, envers toute raison, que la personne recevable du soin est celle qui le donne. Il est ici question non de fabulation au sens psychiatrique mais plutôt de fonction fabulatrice tel que Bergson l'a explicitée, la fonction d'extraire l'intelligence de la simple expérience des faits (31), fiction et fabulation apportant dans la relation interpersonnelle leur contribution irremplaçable à la mise en forme du maintien de soi dans la promesse (32), soit « cette réponse de la création et de l'expression humaine toute entière à l'angoisse intérieure, et au silence du monde » (33).

Mais lorsque le caractère déconcertant est trop « déstabilisant », le médecin ne peut reconnaître cette position de double dans lequel l'interaction démentielle le place et, au lieu de saisir la dimension d'empathie pré-discursive encore présente « en miroir », il ne la réceptionne qu'en tant qu'excitation **brûlante** et fabulatrice, « fabrûlatrice » pourrait-on dire, dé-discursive, ce qui met fin à l'échange de sens « suffisamment bon » pour la psyché démentielle. C'est alors qu'en effet il se sent médusé, lui-même arrêté dans sa pensée par cette sorte d'autodafé cognitif (le malade aurait brûlé sa chance de rester dans la dynamique d'une communauté de sens) associé à la réversion empathique. Cette oscillation entre conduite fabulatrice et sa face « brûlatrice » est une marque de fabrique de l'empathie déconcertante, source d'ambivalence dans l'échange, de nature à donner à la communication un caractère confus (34), déroutant, voire scabreux tant cela déborde la fonction de pare-excitation soignante.

Propositions thérapeutiques

En rester à un vécu déconcertant est frustrant et c'est souvent une source d'épuisement pour le personnel prenant en charge des patients déments (35). C'est que les soignants ne peuvent penser qu'avec une grille de lecture convenue, qui met en avant les troubles cognitifs et l'irrationalité du discours démentiel. Ici le cadre conceptuel doit évoluer pour prendre en compte le retour à un stade originel de la fabrication de l'empathie, parallèlement à la régression temporelle chère à Ribot

(36). Moins que les thérapeutiques médicamenteuses, il importe de recommander des approches dites non pharmacologiques dont l'efficacité apparaît supérieure, comme démontré par la méta-analyse de Watt et al (37). Qu'il s'agisse de massages, de thérapie par le toucher et/ou de musique associée aux approches par le toucher, tout montre que le malade dément, qui en bénéficie, puisse s'en ressentir positivement, non seulement parce qu'il bénéficie d'attention, mais aussi parce que celle-ci choisit le bon canal attentionnel, et priorise la pensée analogique sur la pensée cognitive.

Dans l'exemple tiré de la vignette clinique, il est évident que la valise est l'analogon du départ en maison de retraite, de la fin du domicile, de l'abandon d'un certain passé domestique confortable. L'objet psychique mobilisé par analogie peut être une image mentale (ici la valise) ou un ressenti (un vécu d'angoisse car l'aidant est anxieux) ; ils peuvent être recrutés dans la construction de la perception en fonctionnant par **mimétisme** de situations antérieures ou d'autres vécues sur le moment (38). Par cette première compensation, le malade peut se mettre au diapason émotionnel de son environnement. Encore faut-il que ce dernier soit suffisamment bon. Mais ces « briques analogiques » ne sont pas nécessairement identiques aux images mobilisées par l'imaginaire à travers la conscience imageante de Sartre (39). Certains objets pertinents sur l'instant pour un malade, des analogons d'objets ordinaires, peuvent illuminer une présence à l'intime de lui-même et déboucher sur une conscience nouvelle, une représentation mentale ou un jeu avec la réalité lui permettant de développer une praxis (40, 41) et de s'accorder à son environnement par correspondance cognitive. Une forme d'expression est alors possible pour le malade, motrice et même verbale, le sujet pouvant alors réintégrer son propre discours dont il s'absente le plus souvent ne serait-ce que parce qu'il n'a plus les mots pour s'exprimer à partir de ce qu'il perçoit du monde. Ces objets analogons, réintroduisent chez le patient une nouvelle possibilité de penser jusque-là impossibles, introduisant une pensée de secours (42).

On comprend alors mieux pourquoi il est partiellement vrai de considérer qu'il existe « chez le dément une dégradation du processus de donation de l'ensemble des objets psychiques (perception, déficit). [Et que] De ce fait, le patient est de moins en moins ramené à son propre fondement historial lors de la synthèse de chacun d'eux. » (7). Le travail thérapeutique à partir du contenu analogique, outre qu'il recrute une voie parallèle de la compréhension du lieu ou de ses codes, redonne vie au présent et aide le malade à revivre en partie l'épaisseur historique de son vécu, sa part de biogénèse, sa mémoire émotionnelle (43), différente de la biographie qui concerne des dates précises.

Pour commencer, il convient d'abord de ne pas se mettre en colère, lorsque côté soignant, on voit ses plans troublés : il convient de ne pas ajouter de trouble au comportement déconcertant, sauf à le transformer en trouble du comportement. Une attitude contenante implique de plus de bien comprendre le rôle de l'attitude déconcertante : il s'agit de baisser la pression rationnelle et de permettre par le bond cognitif de faire se rejoindre tant bien que mal émotion et raison. En quelque sorte l'empathie déconcertante et l'instigation fabulatrice qui l'accompagne sont au service d'une rationalisation d'un vécu trop douloureux à penser. Mais là où habituellement la rationalisation a pour fonction de baisser la pression émotionnelle, ici dans la démence, la rationalisation a pour rôle de baisser la pression rationnelle. C'est donc totalement déconcertant, mais logique, si l'on se souvient que le malade Alzheimer a plus facilement accès à un savoir-faire affectif et au savoir-être émotionnel ainsi qu'à la fonction analogique, plutôt qu'au savoir cognitif et à la rationalité continue.

Une issue possible dans notre exemple clinique serait de repartir de l'assimilation et de l'approfondir, ainsi que de valider le processus empathique proprement dit. Il faut donc paradoxalement « enrichir » l'ambivalence à l'aide d'aide-mémoires que sont les analogons : « Je vous remercie pour votre encouragement mais dites-moi : « que mettriez-vous dans cette valise ? » Variation : « Voulez-vous m'aider à faire ma valise ? Doit-on y mettre ta chemise ? » Cette esquisse empathique partagée serait vectrice d'un accompagnement aménagé du malade Alzheimer autrement abandonné à son angoisse ou délaissé dans l'indifférence sociale.

Cela aurait le double avantage de reconnaître le partage affectif et d'autre part de s'appuyer sur ce qui tient encore sur le plan mnésique, donc de ne pas considérer aberrante la « sortie » du malade. Sans quoi il est évidemment mis fin à la conversation, c'est alors, en plus d'une sortie de sens, une sortie de la relation médecin-malade et par-là du projet prescrit. Le soin dans la maladie d'Alzheimer doit en effet être un soin de reconnaissance (44), faute de quoi, si l'émotion, et surtout l'esquisse empathique du futur par le malade, ne sont pas reconnus et validés, ce sera, en plus d'un vécu d'incompréhension renforcée, vers une apathie (45) que le malade « échouera ».

Si le malade accepte l'invite du professionnel de retourner au sens, il serait même possible de poursuivre par une question « téléologique », relativement à la finalité de la valise : « Suffit-il de faire sa valise pour avoir envie d'aller en maison de retraite ? » Ou convient-il, afin d'avoir une certaine idée de cette réponse, de la faire ensemble, en garantissant un accompagnement effectif, fait de sympathie et de reconnaissance d'une partie de vie dont il faut bien faire le deuil ?

L'important serait en effet de qualifier et de valider la liberté de penser du malade (46), d'ailleurs plus résistante lorsqu'il refuse les propositions extérieures que défensive lorsqu'il les admet partiellement, et fusse-t-elle sortie des limites de la raison commune. L'objectif est ici, par le lien

empathique, et la reconnaissance de la manière inédite de raisonner du malade, de ramener la pensée conjointe dans un équilibre plus juste entre « l'intelligence autonome et la raison qui légifère parmi les hommes » (47), entre choix autonome et choix téléologique. Disqualifier une fois pour toutes le jugement du malade dément, n'est-ce pas trancher d'avance le dilemme éthique que génèrent ces deux choix dissonants en catégorisant l'interlocuteur vulnérable parmi ceux qui ne peuvent que faire preuve d'autonomie apparente, à la différence de ceux qui savent « d'une connaissance intime pourquoi ils agissent » (47) ?

Dans cette courte vignette clinique, ce qui est empêché, c'est l'émergence d'une intelligence mnésique commune, ce qui pose la question de comment décoder-recoder le processus faisant d'une situation attendue de « concernement » autre chose qu'un non-concernement. Faute de quoi, ce qui devrait logiquement faire support d'une conduite informative à plusieurs, débouche sur un couac communicationnel ne laissant de la démarche initiée par le médecin qu'une impression de « presque-deux » *qui ne fait encore* sens que pour l'émetteur du message, le destinataire ne s'y reconnaissant à aucun moment propriétaire du projet énoncé : le « retour à l'expéditeur » est donc la seule issue de l'interaction ! On ne dira pas en tel cas que le monde n'est plus en position tierce.

La tiercéité du monde demeure, continuant de séparer l'ego du malade dément de l'alter ego du sujet médecin, comme en témoigne le conseil du malade au médecin : n'oublie pas ta valise... Ce qui manque est non pas le ressenti empathique mais la correspondance empathique élargie à la communauté des hommes. L'apport des thérapies narratives fondées sur l'être polyphonique (48), serait à investiguer dans cette indication. Elle permet de fonder un socle commun sur lequel bâtir ensemble un projet objectivement fondé sur une nécessité intéressante et soi et autrui, lorsqu'il est important de repenser à soi dans autrui et à autrui en soi, dans une perspective de rétablissement. Ce qui manque n'est pas l'intentionnalité d'horizon, c'est en revanche l'objet discuté comme pôle d'identité, c'est donc « l'index d'une intentionnalité noétique qui lui appartient selon son sens, intentionnalité qui peut être interrogée et explicitée » (27). Or seul le dialogue peut aider à retrouver cet index d'une intentionnalité noétique, idéalement approfondie au travers d'une éthique narrative.

Conclusion

Compenser analogiquement cette insuffisance de « l'index d'intentionnalité » suppose de faire en sorte que le support analogique produise un retentissement intime, comme on peut le voir dans certaines activités d'art-thérapie (49), s'ouvrant sur l'inattendu d'une créativité, par sympathie, par harmonie avec l'objet utilisable dans un autre sens que ce pourquoi il était initialement prévu. Il permet alors parfois une flambée de l'être dans l'imagination, au-delà de la conscience imageante : il

permet une conscience rayonnante (50). De la substance latente que représente la pensée immobilisée, interdite par la maladie, l'analogon comme le media artistique dégagent une forme, suscitent un élan vital, une puissance première fondatrice de la dignité humaine. La lumière intérieure transforme un simple objet banal en un objet existentiel pour le sujet. A nous, médecins et philosophes, de continuer contre vents et marées amnésiantes à interroger et expliciter de concert ce que l'oubli démentiel dépeint de notre commune humanité.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

1. Grosclaude M. Les troubles du comportement démentiel à l'épreuve de la psyché. *Neuro Psycho Geriatr* 2019; 19(110): 56-60.
2. Hirsch E, Brugeron P-E. *Vivre avec une maladie neuro-évolutive. Enjeux éthiques et sociétaux.* Paris : Erès Editeur; 2019.
3. Stein E. *Le problème de l'empathie. Thèse de doctorat soutenue à l'Université de Fribourg [1917].* Paris: Cerf; 2012.
4. Bergson H. *L'Évolution créatrice [1907].* Paris : PUF (Ed); 2007: 138-40.
5. Minkowski E. *Le Temps vécu [1933].* Paris : PUF (Ed); 2013.
6. Frankl V. *Le Dieu inconscient [1974].* Paris : Interéditions; 2012: 17-24.
7. Tammam D, Bensa P, Vion-Dury J. *Phénoménologie des démences : du savoir à l'anosognosie.* *PSN* 2013; 1(11): 53-68.
8. Eco U. *De bibliotheca.* Paris : Echoppe Editeur; 2000.
9. Simondon G. *Imagination et invention.* Chatoux : Editions Transparence; 1965-1966.
10. Ivanov VV. *Toward a theory of the speech of the other person.* *Elementa J Slavic Stud Compar Cultur Semiotics* 1998; 4(1): 71-96.
11. Ivanov VV, Gamkrelidze T. *The early history of Indo-European languages.* *Sci Am* 1990; 262(3): 110-6.
12. Grimaldi N. *Sortilèges de l'imaginaire, La vie et ses égarements.* Paris: PUF (Ed); 2019: 29.
13. Reyna VF, Mills BA. *Interference processes in fuzzy-trace theory: Aging, Alzheimer's disease, and development.* In: *Inhibition in cognition.* Gosfein D S and M MacLeod (Eds); Washington, 2007: 185-210.
14. Merleau-Ponty M. *Le visible et l'invisible.* Paris : Editions Gallimard; 1964.
15. Lefebvre des Noettes V. *Alzheimer : l'éthique à l'écoute des petites perceptions.* Paris : Erès Editeur; 2018.
16. Perruchon M. *Le déclin de la vie psychique : psychanalyse de la démence sénile.* Paris : Dunod (Ed); 1994.
17. Hochmann J. *Une histoire de l'empathie.* Paris ; Odile Jacob Ed; 2012.
18. Landowski E. *Avoir prise, donner prise. Actes sémiotiques-bulletin, 2009.*
<https://www.unilim.fr/actes-semiotiques/2852> Consulté le 9 décembre 2019.
19. Ricard M-A. *L'empathie comme expérience charnelle ou expressive d'autrui chez Husserl.* *Recherches Qualitatives* 2005; 25(1): 88-102.
20. Husserl E. *La terre ne se meurt pas.* Paris: Les éditions de Minuit; 1989: 86.
21. Deleuze G. *Spinoza, Philosophie pratique [1981].* Paris: Les éditions de Minuit; 2003: 64.
22. Lefebvre des Noettes V. *L'oubli démentiel : effondrement ontologique ou adaptation salvatrice ?* *Neuro Psycho Geriatr* 2018; 18: 271-8.
23. Maisondieu J. *Pas de démence sans aliénation.* *Neuro Psycho Geriatr* 2017; 17: 161-5.
24. Ey H. *La conscience.* Paris; PUF (Ed); 1963: 143.
25. Heidegger M. *Être et Temps.* Paris: Editions Gallimard; 1990.
26. Husserl E. *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps [1904].* Paris : PUF ; 1996.
27. Husserl E. *Méditations cartésiennes [1929].* Paris : PUF; 1994.
28. Festinger L. *Cognitive dissonance.* *Sci Am* 1962; 207: 93-102.
29. Thirioux B. *Perception et aperception dans l'empathie : une critique des neurones miroirs.* In: Attigui A, Codier A, Philosophie, psychanalyse, sciences sociales. Paris : CNRS éditions; 2011: 73-94.
30. Gil R. *Conscience de Soi, conscience de l'Autre et démences.* *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2007; 5(2): 87-99.
31. Bergson H. *Deux sources de la morale et de la religion [1937].* Paris: PUF; 2012.
32. Ricœur P. *Soi-même comme un autre.* Paris: Editions du Seuil; 1990.

33. Théron M. La fonction fabulatrice. Comprendre la culture générale, 2013. <http://www.michel-theron.fr/2016/08/la-fonction-fabulatrice.html> Consulté le 9 décembre 2019.
34. Ploton L. À propos de la maladie d'Alzheimer. Gerontol Societ 2009; 32: 89-115.
35. Monfort J-C, Lezy AM, Papin A, et al. L'Échelle d'évaluation des personnes âgées difficiles qui épuisent (EPADE). Validation et comparaison avec la NPI-ES, 2019: <https://www.psychoge.fr/documents-pedagogiques> Consulté le 9 décembre 2019.
36. Hazif-Thomas C. Theodule Ribot. Soins Psychiatr 2012; (282): 45-6.
37. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, et al. Comparative efficacy of interventions for aggressive and agitated behaviors in dementia: A systematic review and network meta-analysis. Ann Intern Med 2019; 179(9): 633-42.
38. Bordron J-F. L'iconicité et ses images. Collections formes sémiotiques. Paris: PUF ; 2011.
39. Sartre JP. L'imaginaire. Psychologie phénoménologique de l'imagination. Folio Essais. Paris : Editions Gallimard; 1986: 30-1.
40. Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C. Analogon au secours du sens de la vie dans la maladie d'Alzheimer. Neuro Psycho Geriatr 2018; 18(1): 18-26.
41. Thomas P, Chandès G, Hazif Thomas C, et al. Analyse du sens d'un trouble du comportement dans la démence. Ann Med Psychol 2017; 175: 906-13.
42. Hazif Thomas C, Chandès G, Thomas P. Analogon, conduite informative et pensée de secours. Annales Médico-Psychologiques 2019. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.004>.
43. Pélicier Y. Les Objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts. Paris: Editions L'esprit du Temps; 1991.
44. Malherbes M. Le soin de reconnaissance : Alzheimer. In: Durand G, Dabouis G, Philosophie du soin, Santé, autonomie, devoirs. Memphis : Editions Vrin; 2019 : 37-64.
45. Hazif-Thomas C, Thomas P, Sutter J. Anticipation et motivation dans l'âge avancé. Ann Med Psychol 1991; 155(8): 517-22.
46. Feil N, Altman R. Validation theory and the myth of the therapeutic lie. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2004; 19(2): 77-8.
47. Toussaint S. La liberté d'esprit. Paris : Editions Les belles lettres; 2019.
48. Rober P. Family as a dialogue of living persons. J Marital Family Therapy 2005; 31(4): 385-97.
49. Minkowski E. Vers une Cosmologie : fragments philosophiques [1936]. Paris: Petite bibliothèque Payot; 1999.
50. Bachelard G. Poétique de l'espace. Paris: PUF (Ed); 1961 : 7-30.