

La reconstruction de la signification dans la démence

« Que la langue soit pour toi ce que le corps est aux amants.

Lui seul sépare les êtres et les unit. »

Friedrich Schiller

L'histoire clinique de Monsieur Henri présentée n'a pas une bonne fin. Elle a été pour les soignants comme pour les médecins l'occasion de se poser de nombreuses questions et de remettre en cause nos pratiques. Elle illustre la capacité des malades déments de pouvoir reconstruire en partie la signification de ce qu'ils vivent, de la transcrire et de l'exprimer dans un discours. La forme d'expression utilisée ici est un écrit. D'autres modalités de mise en œuvre sont possibles, peinture, modelage... La reprise de la signification chez le patient passe ici par le fictif, l'imaginaire, tout en gardant des liens importants avec la réalité du présent et en l'inscrivant dans son histoire de vie. Nous verrons les questions qui se posent dans la dialectique qui s'établit entre l'imaginaire et le réel du quotidien. La rédaction du récit que Monsieur Henri entame va changer son appréciation de la vie et son comportement. La démence ne sera pas guérie mais des formes de vie sont réapparues, jusque-là non manifestées depuis des mois chez lui. Ce cas clinique a été l'objet d'une brève publication dans une revue médicale (421). Nous verrons à son propos quelques conditions permettant le bon fonctionnement des ateliers psychothérapeutiques adaptés à la démence.

Cas clinique de Monsieur Henri B

Monsieur Henri B est relativement jeune. Il a 72 ans. Il est marié et il travaillait autrefois comme pigiste pour la presse locale. Il présentait une forme particulière de démence, liée à une maladie à corps de Lewy. Outre les traits habituels que l'on trouve dans la maladie d'Alzheimer, cette maladie associe des troubles moteurs, avec des risques de chutes, un syndrome parkinsonien et très souvent, parfois de façon inaugurale, une dépression. Des hallucinations en particulier visuelles (elles sont des thèmes très variés, parfois renvoyant parfois à des chats, à des enfants) se manifestent de temps à autre de façon inopinée. Elles s'accompagnent d'agitation, de cris, de violence verbale et physique, très difficiles à contenir à domicile par un aidant non formé aux soins. Ces troubles ont été la cause de l'entrée en EHPAD de Monsieur Henri, il y a plus de six mois maintenant. Son épouse,

Madame B, elle-même âgée, ne pouvait gérer la situation. Lorsqu'il était halluciné, il levait parfois la main sur elle.

Monsieur Henri a une atteinte relativement modérée de la cognition (MMSE : 18/30). Il a perdu cependant ses repères temporels et spatiaux. Il lui arrive de se perdre entre les salles de l'EHPAD. Il est relativement autonome pour les actes de la vie quotidienne, à la condition qu'on lui prépare ce dont il a besoin. Il n'est habituellement pas agressif vis-à-vis du personnel, sauf lorsqu'il est halluciné ou après les visites de son épouse. Il est très solitaire, parlant peu, toujours avec des phrases courtes, des mots simples. Il reste silencieux la plupart du temps à table avec les autres résidents. En fait, il ne parle que pour réclamer son épouse. Quand Madame B vient le visiter, ce qu'elle fait plusieurs fois par semaine, Monsieur Henri a toujours le même discours : « *Ramène-moi la maison. Je ne suis pas chez moi ici. Pourquoi m'as-tu abandonné ? Tu ne m'aimes donc plus ?* » Son épouse en est culpabilisée. Il s'énerve souvent à la fin de ses visites. Il reste alors agité et agressif, parfois vis-à-vis des autres résidents. Puis après quelques heures, il se calme.

Monsieur Henri a une marotte. Il écrit. Son épouse lui apporte régulièrement des cahiers et des stylos. Cette habitude est déjà un peu ancienne chez lui. Son épouse nous apprend qu'il a recommencé à écrire il y a trois ou quatre ans, à peu près quand la maladie a commencé à se manifester, et qu'il a délaissé progressivement tout ce qui l'intéressait jusque-là. Ses écrits sont décousus, des suites de mots pas toujours signifiants et à l'orthographe incertaine, comportant beaucoup de phrases incomplètes, parfois sans verbe et très souvent sans complément : « *Il mange dans... ; le chat est sur la... ; la fille joue ... court boulanger* ». Parfois il parle de lui avec un "je", mais sans insistance : « *je m'ennuie, je veux..., chez moi* ». Lorsqu'il écrit, il est calme, mais il déteste être dérangé. Si on lui demande ce qu'il écrit, il ne répond pas. Ou il dit « *Ça me calme. Je n'entends plus de bruit dans ma tête. Ce bruit-là, personne ne l'entend. Je suis seul avec ma peur.* »

Son épouse nous a donné quelques détails sur son histoire de vie. Une période de sa jeunesse a été très difficile pour lui. À l'âge de douze ans, il a perdu brutalement son père à la suite d'un accident. Sa mère a dû reprendre un travail ce qui a conduit le jeune Henri en internat, à quelques kilomètres de chez lui. Il a accumulé ainsi, en quelques semaines, le deuil de son père et une rupture d'avec le domicile familial. Son épouse nous dit qu'il en était profondément marqué, et qu'il se détournait vivement des conversations lorsque celles-ci abordaient ce sujet.

À l'occasion d'un atelier récréatif, la psychologue du service, voyant écrire Monsieur Henri dans un coin de la salle plutôt que se joindre aux autres, lui dit : « Pourquoi ne pas nous écrire une histoire ? » Après quelques instants où il reste pensif, Monsieur Henri commence à écrire et ce pendant

un long moment. Il écrit une histoire, sur 2, 3 pages, celle d'un jeune garçon solitaire, qui vit chez ses parents. Son seul horizon est un jardin, mais il y est enclos, la porte qui donne sur l'extérieur est fermée. Un jour de beau soleil, la porte s'est ouverte en grand, une jeune fille est apparue. Elle lui a tendu la main et sa vie s'est remplie de joie... De façon étonnante, car tranchant avec ce qu'il écrivait auparavant, dans son texte les mots s'enchaînent, les phrases sont certes courtes mais elles sont bien construites et achevées. Les idées se succèdent de façon ordonnée dans le temps et dans l'espace. Monsieur Henri utilise parfois le "je" dans son texte lorsqu'il donne la parole au jeune garçon : « Je me souviens de la jeune fille. Je suis heureux... ». Dans l'ensemble, l'orthographe est retrouvée. Il y a parfois des erreurs, mais beaucoup moins que dans les textes antérieurs.

Monsieur Henri est manifestement heureux d'avoir écrit cette histoire. Il la lit posément et avec le sourire à la psychologue qui l'écoute avec attention et empathie. Après quelques échanges, elle lui demande : « *Quel est le titre de ce texte ?* » Et Monsieur Henri de répondre : « Le grand livre de l'éternité ». Monsieur Henri est heureux de lire aussi l'énoncé de son histoire aux autres pensionnaires, aux soignants. Il lit son histoire avec plaisir et avec le sourire. Il est détendu, jetant de temps en temps un œil pour vérifier l'intention de son auditoire. Il a du plaisir à **penser de nouveau**, à sortir du chaos de ses représentations internes (213). Il a du plaisir aussi à raconter à quelqu'un. Son temps de présence n'est pas seulement dans l'énoncé et ses composants passés et retrouvés au présent. Il n'est pas dans une énonciation* textualisée, il est dans une énonciation* vocalisée, il est dans la vie (268). Il installe un espace de plaisir dans un entre-deux où il trouve de la réciprocité avec un énonciataire. Son plaisir est partagé et donne consistance à la présence de chacun, consolidant chaque identité engagée dans la relation (218). Quand il commente son histoire, il retrouve une joie de vivre.

Cependant, il ne l'a jamais lue à son épouse. Il revient avec elle toujours à la même question : « *Quand est-ce que tu me ramènes à la maison ?* » Et il s'énerve. Il est blessant avec elle, et ensuite pendant plusieurs heures, avec toute personne qui s'approche de lui. Un soignant, un jour, a une parole très maladroite. S'adressant à son épouse, il lui demande de venir moins souvent, parce que les jours où elle vient, Monsieur Henri est énervé et qu'il ne la supporte pas. Madame B le prend très mal. Elle lui rétorque sèchement qu'elle viendra voir son mari quand elle le voudra. Ses relations avec le personnel de l'EHPAD vont se tendre, au point qu'elle décide de changer Monsieur Henri d'établissement.

II. Commentaires de l'étude

Nous retrouvons chez Monsieur Henri B ce qui a déjà été rapporté chez Madame Marguerite précédemment au chapitre 9 : un événement de vie grave, brutal, inattendu a fait basculer le cours de

la vie. La question d'un traumatisme non élaboré dans les antécédents du malade et de l'émergence de la démence a été posée dans la littérature médicale (414). Pour Monsieur Henri, le décès de son père s'est accompagné de tristesse et l'internat a été une rupture difficile du domicile pour l'adolescent qu'il était. Il n'y a pas eu chez lui, à notre connaissance, de climat dépressif durant des années comme chez Madame Marguerite. Le deuil n'était certainement que partiel, puisque son évocation suscitait chez lui de vives réactions. Monsieur Henri a toujours expliqué que sa mère ne pouvait pas faire autrement, qu'elle avait repris un travail pour lui permettre de terminer ses études. Il ne s'est jamais plaint d'un manque d'affection de sa part. L'internat pour le jeune garçon était un lieu clos sur l'extérieur. C'était l'époque. Son domicile lui manquait.

II-1. La réminiscence de l'événement et l'entrée en EHPAD

L'entrée en EHPAD, des années plus tard, ressemble à la rupture antérieure. Il quitte une personne aimée, son épouse, son domicile, et il se retrouve dans un lieu fermé pour des raisons de sécurité et pour limiter les risques d'errance des personnes âgées démentes. Jeune, il était confronté au deuil de son père. Il se confronte aujourd'hui à celui de sa bonne santé. L'entrée en EHPAD a dû rafraîchir de mauvais souvenirs chez Monsieur Henri. L'adolescent a vécu de façon similaire une rupture relationnelle et une privation de liberté.

La thématique du jardin clos et la porte qui s'ouvre, dans son récit, reprennent les dimensions tensives qu'il a parcourues préalablement. Dans son texte, le patient **reprend** le parcours précédent, mais dans un autre sens. La déprise de ce qui entrave l'actualisation des actes et la reprise dans une perspective ouverte permettent l'anticipation de l'avenir et de faire émerger une motivation (35). Dans une situation hermétiquement close, dans un jardin enclos, une porte s'ouvre (position fermée), une jeune fille apparaît, le prend par la main : la position devient ouverte. Le beau soleil, illumination extérieure renvoie à la dimension euphorique qui l'habite. Cette ouverture du monde est une ouverture à soi, une illumination en lui et pour lui. Il retrouve une liberté de mouvement pour lui et une vie relationnelle. Que ce soit par l'imaginaire ou par les émotions retrouvées et exprimées, l'éveil à une pensée apporte de la joie au patient. Il retrouve un plaisir perdu depuis qu'il était déshabitué à fonctionner mentalement (213, 294).

II-2. L'espace tensif

Jeune enfant, Monsieur Henri vivait chez ses parents, dans un espace ouvert, avec certainement des règles familiales empêchant la béance éducative. Il avait une certaine liberté pour décider pour lui (mode de fonctionnement et raisonnement implicatifs) et il s'adaptait aux contraintes habituelles de la vie familiale (mode de fonctionnement et raisonnement concessifs). Lorsqu'il décidait

de faire quelque chose, son champ de perspective était ouvert. Les deux modes de fonctionnement alternaient. Sur le plan tensif, la mort de son père, pour l'adolescent, est malheureusement une situation irréversible, fermée hermétiquement dans le son déploiement spatial, et de très forte intensité (figure 1). Ses perspectives étaient alors extrêmement limitées. Il n'avait alors aucune possibilité d'emprise sur la situation et pas d'autres choix que de continuer à vivre en dépit du deuil (mode de fonctionnement concessif sans alternative).

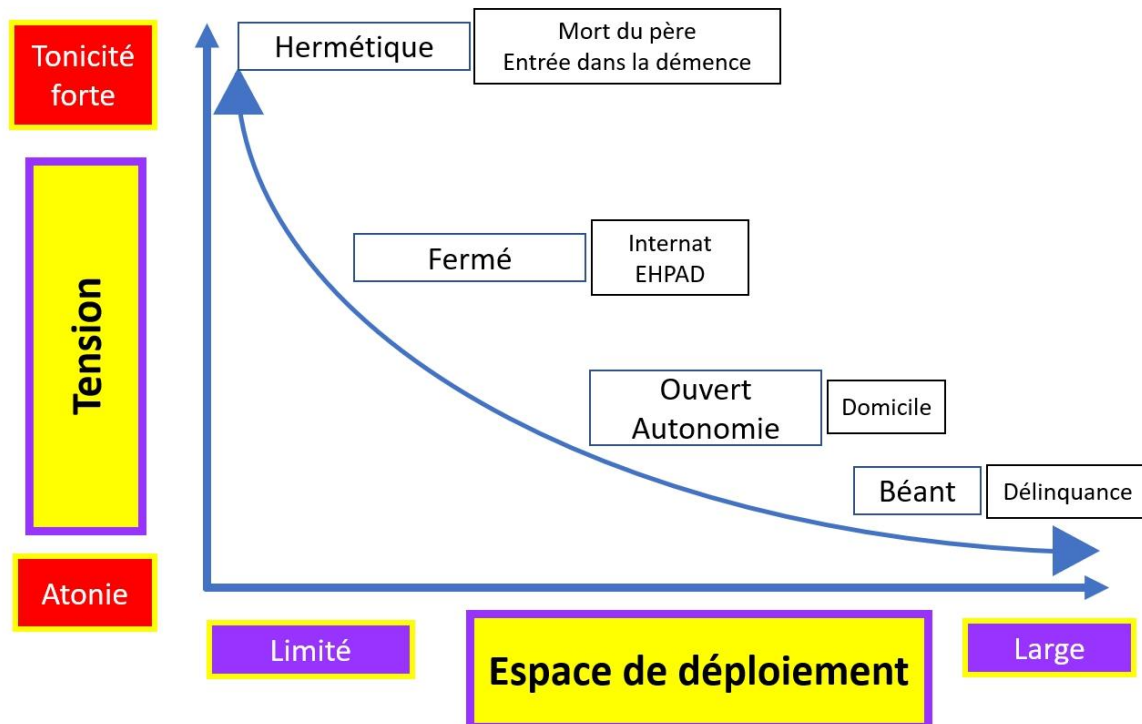


Figure 1 : Déploiement extensif spatial de l'espace tensif chez Monsieur Henri

L'internat est un lieu fermé, susceptible de s'ouvrir par exemple pour les vacances et pour le week-end, afin que le jeune puisse rejoindre son domicile. Le jeune Henri a traversé, avec de mauvais souvenirs, ces deux situations conjointes grâce à la présence affective de sa mère, malgré la séparation transitoire liée à sa scolarité. À son âge, sans l'appui et le recadrage de sa mère, une autre alternative aurait été possible, la réduction de la tensivité avec une ouverture vers une liberté totale, la béance de la délinquance, permettant un mode de fonctionnement débridé, rejetant toute contrainte extérieure : « *Si c'est ainsi, je fais ce que je veux* ». Bien entendu, cela tant que des éléments juridiques n'interfèrent pas sévèrement après un ou des actes particuliers...

Deuil de son père et internat à l'adolescence, maladie d'Alzheimer et EHPAD lorsqu'il est âgé, sont des événements marquants, fixant l'implication et privant la concession. La tension est maximale et l'extension nulle. La béance fixe l'implication et exclut la concession. La tension est ici minimale, et l'extension largement déployée. Les deux positions tensives extrêmes créent une schizie* tensive et extensive¹⁷⁵ (273). Le récit de Monsieur Henri permet par l'imaginaire de supprimer cette schizie* pour lui procurer un espace où concession et implication sont à nouveau possibles. Un champ de perspective est ouvert avec un horizon qui s'éloigne. Les troubles cognitifs de la démence ne permettent pas aux raisonnements implicatifs résiduels d'avoir une grande ampleur. Ils ne permettent pas au malade de s'ajuster aux difficultés rencontrées ni de persévérer dans ce qu'il fait pour avoir un résultat adapté à ses objectifs, d'accéder à des formes de vie de les laisser se déployer.

II-3. L'énoncé du récit

En EHPAD, avant l'intervention de la psychologue, lorsque Mr Henri écrivait, il était dans son « petit monde ». Il détestait et protestait violemment si on essayait de l'en sortir, exprimant la forte tension qui l'habitait. Le bruit qu'il entendait dans sa tête pouvait refléter celle-ci. Il pouvait être d'origine hallucinatoire, le patient critiquant sa réalité, sachant qu'il n'était pas perçu par les autres : des hallucinoses. Les hallucinations sont source d'importantes tensions psychologiques, le malade parle de peur et la tension psychologique facilite l'émergence des hallucinations.

Les fautes d'orthographe relevaient de difficultés d'accès aux bibliothèques sémantiques, point d'autant plus remarquable chez Mr Henri, qu'il se servait régulièrement de l'écrit pour son travail préalable. Ce qu'il écrivait était décousu, reflétant la discontinuité de sa pensée. Elle ne se déployait pas faute d'extensité dans sa position hermétiquement close. Il fait dans son nouveau texte moins de fautes d'orthographe parce qu'il améliore son accès aux bibliothèques sémantiques. L'espace s'ouvre à lui durant la rédaction de son histoire, sa tension interne retombe. Il retrouve du bien-être et par là une fluidité narrative. Son énoncé cohérent correspond à une représentation interne qui s'est partiellement reconstituée. Nous avons présenté avec Madame Mauricette H un effet similaire avec la chorale (chapitre 9). La patiente disait : « *Quand je chante, mes idées viennent toutes seules.* »

II-4. L'énonciation*

La proposition de la psychologue, « Pourquoi ne pas nous écrire une histoire ? », a une formulation intéressante. Elle commence par un pourquoi, ou un pour quoi : une invitation pour Monsieur Henri à choisir le thème de ce qu'il peut écrire. Elle lui suggère une position énonciative*, lui

¹⁷⁵ Zilberberg C. *Éléments de grammaire tensive*. Page 205

proposant d'être rédacteur de son futur discours. Elle institue un énonciataire à travers le "nous" qui encourage à annoncer quelque chose à quelqu'un. Elle propose, en un mot, à Monsieur Henri de participer à une instance d'énonciation*.

La position choisie par Monsieur Henri dans son texte n'est pas la sienne, un homme de 72 ans, malade et sans grand avenir. Il donne la parole à un jeune garçon, avec une large perspective de vie. Sa position dans le récit a une certaine ambiguë cependant, tantôt il fait parler le jeune garçon, tantôt il dit "je". Il inscrit sa présence dans le texte. Il ne raconte pas uniquement pour quelqu'un, la psychologue, les soignants, mais surtout pour lui. Il se dit à lui-même ses espoirs et ses rêves dans un espace-temps largement ouvert.

La psychologue a permis de faire la **médiation** entre **deux énonciataires**, l'un est externe et l'autre interne. L'histoire racontée met en scène son fantasme de retour à une jeunesse corporelle, à une liberté intérieure et extérieure. Sa présence à lui-même se fonde sur une réalité fictive, transgressive du réel qu'il n'accepte pas. Cette transgression est validée par la psychologue (422), qui sert ici d'analogon*, permettant une nouvelle médiation, cette fois-ci entre **le réel déceptif du monde naturel et le réel de la présence à soi**. La psychologue fabrique en quelque sorte un alibi référentiel pour avoir une bonne raison et les moyens de sortir d'un monde du langage impossible, inaudible, inarticulable, pour entrer dans un espace fictif où les mots enfin peuvent reprendre sens ¹⁷⁶.

Le temps du récit n'est pas celui du temps présent, inacceptable pour le malade. Dans son récit, il présentifie le présent et le passé. Hors du récit, il est dans le présentisme. Sortir le malade de son rêve pour le réinscrire dans le présent en lui disant par exemple « *Votre rêve ressemble à votre vie* », briserait la "magie" de l'instant. L'instant du récit, le temps du rêve, est le temps de la durée pour Monsieur Henri et il réfère au titre de son texte au livre à l'éternité.

La magie de l'instant est reconstituée chaque fois que Monsieur Henri reprend son discours, lorsqu'il raconte son histoire, c'est-à-dire tant qu'il a un énonciataire extérieur. Le discours pour soi n'est pas suffisant pour entretenir la flamme de l'imaginaire. Madame Marguerite après un événement lié à un chant entendu par hasard, a pu se réinscrire dans des activités de jeu, dans les relations avec les autres pensionnaires, dans les échanges avec sa famille. Cependant, nous avons rencontré

¹⁷⁶ Roland Barthes. L'Empire des signes. Page 15 : « Le rêve: connaître une langue étrangère (étrange) et cependant ne pas la comprendre: percevoir en elle la différence, sans que cette différence ne soit jamais récupérée par la socialité superficielle du langage, communication ou vulgarité; connaître, réfractées positivement dans une langue nouvelle, les impossibilités de la nôtre; apprendre la systématique de l'inconcevable; défaire notre « réel » sous l'effet d'autres découpages, d'autres syntaxes; découvrir des positions inouïes du sujet dans l'énonciation, déplacer sa topologie; en un mot, descendre dans l'intraduisible, en éprouver la secousse sans jamais l'amortir, jusqu'à ce qu'en nous tout l'Occident s'ébranle et que vacillent les droits de la langue paternelle, celle qui nous vient de nos pères et qui nous a faits à notre tour, pères et propriétaires d'une culture que précisément l'histoire transforme en "nature".

Monsieur Robert M au chapitre 5. Il s'était éveillé après un épisode de rencontre avec des gardes forestiers. Son discours s'est tari par lassitude de son auditoire, et le patient s'est à nouveau emmuré dans le silence. La qualité du résultat obtenu par ses expériences d'éveil dans des ateliers, ou parfois par des événements bénéfiques survenant accidentellement, ou lors de rencontres, est conditionnée par le maintien de l'instance d'énonciation*. Sortir le malade de sa position d'énonciateur, le priver d'énonciateurs, le ramener au réel du monde naturel avec l'idée de le réinsérer dans le temps quotidien, toutes ces intentions et attitudes détruisent la présence à soi et au monde. La réalité de la présence, pour Monsieur Henri et d'autres patients, est dans la fiction.

Monsieur Henri M prend la parole à propos de son récit avec les résidents et avec les soignants. Il n'en a jamais parlé à son épouse. Certes il l'aime, certes il a compris que sa demande de retourner chez lui est impossible à satisfaire. Mais elle est un analogon* fonctionnant dans l'autre sens que celui de la psychologue, le sortant de l'imaginaire pour le renvoyer dans le réel quotidien. Elle est celle qui le ramène, bien malgré elle, au réel du quotidien. Présence à un réel insupportable du monde naturel et présence bienveillante à l'imaginaire ne sont pas compatibles. Lors de sa réalisation d'une œuvre d'art, l'artiste est le sujet et l'objet d'une dialectique entre l'imaginaire, la fiction, et le réel de la technique. Le rêve devient réalité que lorsque celle-ci est réalisée, pour un observateur extérieur, mais la séparation du rêve, ou de la dialectique, sont difficiles parfois pour l'artiste. Certains détruisent leurs œuvres lorsqu'elles sont achevées¹⁷⁷. Comme de l'huile et de l'eau, les deux domaines ne se mélangent pas, mais se succèdent. Ricœur maintient très fermement le verrou de la distinction entre l'histoire réelle et la fiction¹⁷⁸ (423). Leur couplage et la dialectique qu'ils instituent sont une voie thérapeutique possible dans la prise en charge des déments.

II-5. Le conflit entre Mme B et les soignants

La demande faite par le soignant à Madame B, à propos de ses visites auprès de son mari allume le conflit avec les soignants. Le soignant a fait une demande de limiter ses visites, et il y a associé, grande maladresse, une opinion sur une causalité relationnelle. Toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire, surtout dans de tels termes. « La vérité persécutée n'est pas pour lui simplement une vérité mal approchée. La persécution et l'humiliation par excellence à laquelle elle expose sont des modalités du vrai. La force de la vérité transcendante est dans son humilité » (424). Madame B s'en est vexée et elle a traduit la demande comme injonction qui heurte sa liberté de venir voir son époux

¹⁷⁷ Claude Monet, Zao Wou, Ki, Francis Bacon, Paul Ducas, Georges Méliès, Georges Malkine, Nicolas Gogol et le tome II des âmes morte... ont détruits une partie de leurs œuvres.

¹⁷⁸ Paul Ricœur. La marque du passé. Revue de métaphysique et de morale. Page 15 : « La représentance exprime le mélange opaque du souvenir et de la fiction dans la reconstruction du passé. »

quand elle le veut. Le schéma narratif de l'intersubjectivité proposée au chapitre 8 (figure 1) n'a pas été mis en place. Il n'était plus possible de se mettre autour d'une table pour négocier quoique ce soit. Les formes permettant un échange avec elle n'ont pas été mises en place. Il aurait été préférable à un soignant prenant de son chef une initiative maladroite que la discussion soit entamée avec le médecin de l'EHPAD ou avec la directrice, et ceci après une concertation interdisciplinaire au sein de l'équipe de soins.

La demande du soignant d'espacer ses visites accentue la culpabilité de Madame B qui a institutionnalisé son époux contrainte et forcée. Elle a pris la remarque comme une injonction à ne plus venir et peut-être comme une agression personnelle. Il s'agit ici d'une interprétation de sa part, en raison du climat de tension généré par la forme de la demande du soignant. La réalité rapportée par le soignant est une lecture superficielle, à partir des comportements de Monsieur Henri. Un plan profond aurait dû être pris en compte, car des valeurs importantes sont mobilisées par Madame B et dans le couple : leur amour, leur désir d'être ensemble, leur volonté de satisfaire leurs désirs et leurs besoins réciproques. La **liberté sans entrave** est ici essentielle, même si les choses ne pourront plus être comme auparavant. Du côté du soignant, d'autres valeurs sont convoquées, son dévouement pour le bien être des résidents, ce qui ne concerne pas seulement Mr Henri, mais aussi les résidents qu'il côtoie, l'application à bien faire son travail, le peu de temps qu'il a à y consacrer. Le **règlement et l'autorité administrative** de l'EHPAD vont dans son sens. Leur application à la lettre génère des conflits avec les familles de résidents.

Une prévention du conflit aurait été possible, en respectant les formes, et en réfléchissant préalablement au fond de ce qui pouvait être dit et ce qu'il fallait négocier avec Mme B. Il ne fallait pas prendre Mme B de front. Le contenu de la demande du soignant aurait pu être élaboré, et éviter tout ce qui pouvait conduire à être perçu ou à être interprété comme des injonctions par Mme B. Les familles en EHPAD sont souvent sous le registre de l'affectif, les soignants sur le registre de l'efficacité de leur travail. Ce n'est pas toujours le même personnel qui recueille l'histoire de vie du malade et de sa famille à l'entrée en EHPAD, et celui qui exerce le soin sur le terrain. Le dossier d'entrée reste parfois au secrétariat, et non dans la salle de soins. Les soignants en EHPAD sont souvent seuls, les temps de transmissions où l'équipe se regroupe quelques instants pour discuter des résidents, ne sont pas suffisants pour élaborer le fond des difficultés rencontrées avec les familles et les malades institutionnalisés. Les situations ne sont souvent que simplement évoquées, des consignes claires ne sont pas toujours données ou alors ne sont pas toujours précises : « *Tu sauras bien lui dire... Tu le diras son épouse, ça fait partie ton métier...* ». En matière de psychologie des familles, les soignants n'ont guère de formations. Il en résulte ici une formulation d'interdits du côté du soignant, des injonctions,

et une interprétation des obligations qui heurtent les droits inaliénables que revendiquent toutes les familles en EHPAD (figure 2), qu'elles considèrent comme leur droit prescrit par la Loi. Une formulation à partir de leurs subcontraires que sont le **permis** (non-injonction, non interdit formel) et le **facultatif** (non prescrit, non obligation de faire) auraient pu être introduits. Le permis assouplit l'application des normes et du règlement, sans les renier, le facultatif laisse un espace d'action ou de retrait sans désavouer la liberté.

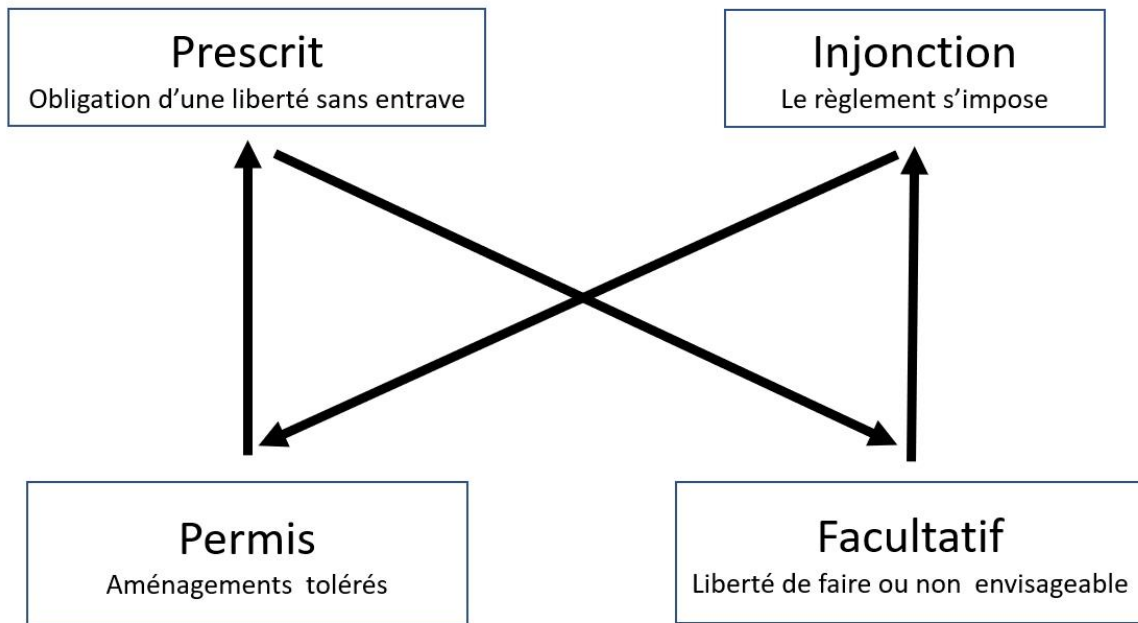


Figure 2 : Schéma d'affrontement de la liberté et des contraintes réglementaires

III. La psychothérapie de l'ellipse

« En psychothérapie, tout commence par un discours sur soi, ce que nous avons appelé "la psychiatrie de l'ellipse" ». Elle décrit une figure avec deux centres. « Le premier fonctionne en débrayage énonciatif, le second en débrayage énoncif, et c'est l'aller-retour entre ces deux centres que se déroule le chemin initiatique de la psychothérapie »¹⁷⁹ (18). Le schéma de l'ellipse¹⁸⁰ est présenté sur la figure 3. L'ellipse est ainsi proposée comme une méthode de thérapie, appliquée par Darrault-Harris et Klein dans le champ de leur travail, non pas à la démence mais à la psychose.

¹⁷⁹ Ivan Darrault-Harris et Jean-Pierre Klein. Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création. Page 87

¹⁸⁰ Ibid. Page 269

Néanmoins, nombre d'éléments proposés par ces auteurs sont transposables à la pathologie cognitive des personnes âgées.

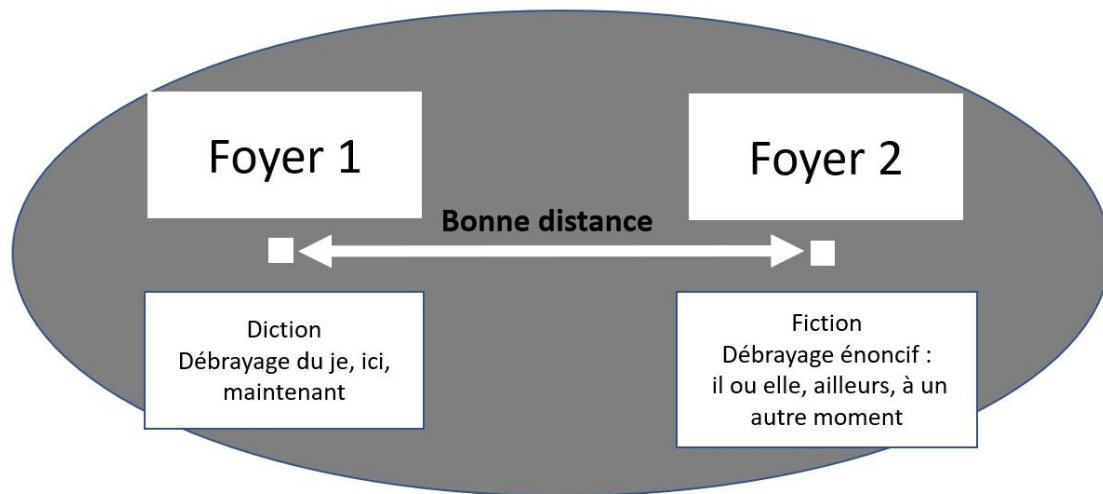


Figure 3 : Le schéma de l'ellipse

III-1. Les approches différentes entre la psychose et la démence

Un point de différence cependant l'approche psychothérapeutique des deux pathologies. Dans la psychose, il s'agit de créer, d'engendrer un sens absent chez le malade dissocié du réel. Dans la démence, il faut libérer le sens. Il est jusque-là inaccessible interdit, mais il a été présent. Il ne s'agit pas d'écrire, à proprement parler, un texte, mais d'ouvrir le livre de la vie du malade à la bonne page du passé pour qu'il puisse en reprendre la lecture dans le temps présent (présentification) et pour qu'il puisse réinscrire sa présence à lui-même. Dans la psychose, le malade ne gère pas sa présence au réel. La dialectique entre le réel et l'imaginaire est à éviter. Dans la démence, elle doit être recherchée. Le patient est en attente d'une restauration de soi au monde.

Des problématiques psychiatriques concernent aussi bien des psychotiques que des patients déments : l'organisation de la pensée. Cependant, chez les premiers, celle-ci est perturbée par des conflits remontant à la première enfance, entretenus par des tensions libidinales importantes, des problématiques œdipiennes ou transgénérationnelles, qui n'apparaissent pas ou peu chez les seconds. La désorganisation de la pensée dans la démence a une double origine, dans l'organicité, la neurodégénérescence et dans l'altération de la psychodynamique de la construction de la signification et du fonctionnement mnésique.

III-2. Les ateliers psychothérapeutiques utilisant l'ellipse

Dans la méthodologie des ateliers utilisant l'ellipse avec des malades psychotiques, une instance énonciative¹⁸¹ est construite. Les actants de l'énoncé y sont clairement distincts du malade. On peut proposer au malade sous diverses modes d'expression, dialogue, dessins, marionnettes... Divers personnages fictifs peuvent être mis en scène dans l'énoncé : un renard rattrapant des lapins, des personnages inventés etc. Le malade débraye de sa position énonciative mais il n'embraye pas pour autant dans un autre discours. Il reste à distance de l'énoncé. L'énoncé traduit une fiction de ce que pourrait être une réalité. Celle-ci peut alors refléter une difficulté de l'organisation symbolique chez le malade. Le patient psychotique est débrayé de la position énonciative et de la position énonciative. Par le dialogue et un éventuel recadrage avec le psychologue, quelques éléments constructifs du sens peuvent émerger de ce qu'il vit et qui peut faire sens pour lui. Les assemblages symboliques exprimés dans l'énoncé peuvent refléter une réalité interdite du malade ou ses efforts pour élaborer le sens absent du fait de la psychose. Dans la démence, il s'agit de faire émerger non pas un sens absent mais de faire réémerger un sens perdu. « Soit je sais ce qui est, mais je ne le sens pas, comme dans la schizophrénie, soit je ne sais que très partiellement ce qui est, et ce qui subsiste est ressenti, comme dans la détérioration mentale »¹⁸² (2).

Le centre énonciatif est provisoirement mis de côté, pour permettre la création du centre énonciatif, permettant d'établir une sorte de déviation, de construire un détour, pour éviter un obstacle psychologique, infranchissable et pourtant jusque-là incontournable. À partir de ce nouveau centre imaginaire, un sujet fictif participe à un simulacre d'action. Le sujet débraye de son "je", de l'énonciation dans le monde naturel, pour y substituer un "il" ou un "elle", pour décrire les actants de l'énoncé sans s'y impliquer. « L'/ici et maintenant/ ne peut se vivre que si ces /ailleurs/ voire /nulle part/ l'entourent, le décontaminant un peu des pensées invasives de la folie, de la mort et de la destruction »¹⁸³, disent Darrault-Harris et Klein à propos de la prise en charge d'un psychotique¹⁸⁴. Les actants de l'énoncé doivent être assez vivants pour fragiliser les réflexes défensifs, assez vibrants pour

¹⁸¹ Sujet actant dans l'espace et le temps d'un énoncé d'une situation imaginaire.

¹⁸² Jean Claude Grulier. Eugène Minkowski. Philosophe de la Psychiatrie. Page 46

¹⁸³ Ivan Darrault-Harris et Jean-Pierre Klein. Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création. Page 97

¹⁸⁴ Eugène Minkowski. Le temps vécu. Pages 367-368 : « En effet, nous avons mis en évidence que la notion du "moi-ici-maintenant" était conservée se montrait agissante chez les paralytiques généraux, et cela malgré leur désorientation dans l'espace, au sens clinique du mot, tandis qu'au contraire, elle perdait sa tonalité chez les schizophrènes. Un facteur d'ordre nettement spatial, le "ici" du "moi-ici-maintenant" se trouvait ainsi situé du côté des facteurs irrationnels de la vie et était opposé à l'espace intelligible ».

figurer et créer des êtres de chair et de sang, assez poétiques pour une représentation langagière, pour manifester une présence du référent auxquels ils renvoient¹⁸⁵.

Le deuxième centre, énoncif, imaginaire et distinct du référent, donne l'illusion et seulement l'illusion d'un embrayage réussi, permettant de dégager une certaine authenticité à la fiction, et introduisant le sujet dans un monde nouveau, comme Alice au-delà du miroir. Ce monde ne doit pas être merveilleux, mais rester proche de l'ordinaire. Des questions non formulables dans le monde quotidien peuvent être alors élaborées et exprimées dans ce petit monde artificiel adapté aux psychotiques.

IV. Retrouver le sens par les ateliers psychothérapeutiques

Une transposition de cette méthodologie est possible dans la démence. Un écueil est à éviter toutefois chez les personnes âgées, l'infantilisation. Les personnages choisis dans l'énoncé ne doivent pas renvoyer à des actes qu'un enfant produirait. La dépersonnalisation du sujet de l'énoncé n'est pas nécessaire et est probablement non souhaitable sur ce terrain.

Dans la démence, en particulier dans l'exemple présenté avec Monsieur Henri, le patient a choisi d'établir un lien entre l'actant de l'énoncé et lui-même. Les positions énonciatives ne sont pas les mêmes que pour l'ellipse. Il ne s'agit pas simplement d'une énonciation énoncée, mais d'un changement de position d'énonciateur qui, à partir du réel, entre dans la peau d'un jeune personnage, certes fictif et imaginaire, mais dont il partage les caractéristiques identitaires et actancielles. Le changement de statut de l'énonciateur ne crée pas un récit de novo, il **reprend un récit de vie jusqu'ici inaccessible et indicible.**

IV-1. Quatre conditions préalables

Dans les conditions préalables à la mise en route d'un atelier utilisant l'ellipse chez des psychotiques, Darrault-Harris et Klein insistent sur la partition entre les lieux de vie et le lieu de déroulement de la psychothérapie¹⁸⁶. Cette condition n'est pas indispensable dans la démence. Au contraire, sous la réserve de calme et de confort, la coïncidence des deux lieux évite, chez le sujet dément, un dépaysement et lui permet de se raccrocher à quelques bribes du réel de la vie quotidienne, **permettant la dialectique entre celui-ci et l'imaginaire.**

¹⁸⁵ Ivan Darrault-Harris et Jean-Pierre Klein. Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création. Page 96

¹⁸⁶ Ibid. Page 238

L'atelier peut prendre diverses configurations pour favoriser l'expression du malade selon ses goûts et les possibilités offertes par l'environnement où il vit : peinture, musique, écriture... **Le patient doit avoir la liberté de choisir** ce qui lui correspond le mieux en termes de mode d'expression et sur les thèmes qu'il souhaite mettre en scène. Toutes contraintes ou normes aboutiraient à renforcer ses résistances pour s'opposer au réel, à accroître son inertie à participer à quelque chose, et l'inviter à demeurer dans son présentisme. Le malade dément présente certes de fortes résistances. Elles pallient ses faibles défenses psychologiques, puisqu'il ne dispose plus des moyens cognitifs pour élaborer ses conflits internes, pour les contenir et pour les exprimer. Il est particulièrement vulnérable aux sollicitations incisives, parce qu'il préfère s'enfermer dans son monde pour s'en protéger.

Ceci ouvre la quatrième condition de la bonne réalisation d'un atelier : **l'empathie, la douceur et la patience du soignant** pour faciliter et encourager le malade, pour valider ce qu'il exprime (422). Un « bon » énonciataire permet au patient de contourner les obstacles à sa vie imaginative et retrouver un minimum de présence à soi.

IV-2. La place de la relation "je-tu"

Le malade est en butte à deux formes de souffrance qui doivent être prises simultanément en charge dans l'atelier. D'une part, il présente de nombreuses **tensions internes** en particulier dans la conscience de ce qu'il était et ce qu'il est aujourd'hui, mais aussi de façon ambiguë dans son désir de changer et dans ses résistances à mettre en œuvre le changement avec l'aide d'un tiers aidant. D'autre part, il peut souffrir des **résistances provenant des autres**, famille, résidents, et aussi soignants, qui ne peuvent pas matériellement ou qui ne veulent pas toujours accéder à sa satisfaction. La démence invite à remettre en cause leur économie psychologique personnelle, ce qui demande un effort sur soi pour s'adapter à l'autre.

Le soin, comme dans la vie courante, ne peut se limiter à l'approche cognitive ou affective de l'autre. Ils impliquent un engagement dans la relation "je-tu". Le "tu" est ici intéroceptif et non l'expression verbale d'un tutoiement recherchant la familiarité et la sujétion du patient vulnérable. Le "je" a une responsabilité dans la relation avec un "tu" (218). Le "je" est une présence existentielle du soignant à lui-même. Il prend position dans le champ de présence à l'autre, et ouvre une perspective pour un futur non encore défini dans le champ relationnel. La présence à soi du "je" est une parole en soi, une présence au "tu" (425). Le "je" est en soi accueillant de l'autre en ce qu'il est et en ce qu'il vit. Cette responsabilité présuppose une intentionnalité affective fondée sur l'amour. Elle présuppose encore que l'autre, le "tu" ait une réelle valeur dans ce qu'il est, dans ce qu'il fait, dans ce qu'il ressent pour le "je", et que le "tu" revête pour "je" un sens en soi (426). La participation affective du soignant

est dans le laisser-vivre d'une sympathie (426). Elle peut être une simple représentation cognitive de l'affect du malade, qu'importe le mode de saisie impressive, sémantique, molaire ou même technique. Elle présuppose cependant le respect du patient et de ses désirs, et que la thérapie soit orientée vers une réhabilitation du sens de la vie: la liberté de la **volonté du malade** opposée aux attitudes normatives et au déterminisme institutionnel, la prise en compte de sa **volonté de sens** dans les efforts qu'il fait pour la mettre en œuvre et se raccrocher à un réel où il aimerait vivre, et le **sens de sa vie**, son élan vital (264, 427). Cette triade définit la place de la logothérapie selon Frankl¹⁸⁷ (428).

La participation affective peut-être la compréhension pour soi des sentiments d'autrui et de sa souffrance pour les vivre, ce qui fait appel aux neurones miroirs (409). Elle nécessite de la part du soignant de constituer une représentation interne de son propre affect sur laquelle il peut construire une présence. La participation affective présente cependant des dangers qui nécessitent soit une supervision, par exemple par la psychologue d'un EHPAD, soit par le travail en équipe pour limiter les risques pour soi et pour l'ensemble des soignants, car exposant à la fatigue de compassion (360). Le premier risque est la contagion affective dans le groupe soignant, la dissolution de la relation "je-tu", singulière dans une relation "nous-tu" collective, dépersonnalisée. Le deuxième danger est la fusion affective, la dissolution du "je", dans le "tu", qui prend certes en compte la dimension affective, mais perd tout sens et tout appui thérapeutique.

IV-3. Relancer la narrativité"

Enfin, trois remarques seront faites sur le bon usage du kairos et temps opératoire pour relancer la narrativité du malade. Les temps opératoires et les temps du kairos sont à dissocier. L'animateur doit négocier leur dialectique en participant à un co-récit avec le patient, en lui en laissant toute fois l'initiative. La première remarque porte sur le repérage de la cible opportune pour le sujet. Elle est une piste avec le repérage des agirs du patient pour trouver le bon analogon*. Il faut rechercher dans l'histoire de vie du patient l'événement ou les événements qui entravent sa narration personnelle. De façon générale, des prises de conscience se rencontrent dans toute histoire humaine. Elles sont habillées d'événements lourds de signification, heureux ou malheureux, moments qui font basculer les décisions. Certains sont des entraves incontournables et non contournées. L'événement de vie est une « péripétia » dans le théâtre grec, un changement radical de la trame de la pièce. Il interrompt le récit qui accourt jusque-là et réorganise l'intrigue. La dimension narrative en soins et la

¹⁸⁷ Victor Frankl. Découvrir un sens de sa vie avec la logothérapie. Page 133 : « C'est à chacun de choisir ce dont il veut être responsable, envers quoi ou envers qui. »

prise en compte de l'histoire de vie du malade et de l'histoire de sa maladie, de leurs interactions. Le vécu du malade intègre cette rupture que représente pour lui la maladie. Aider le malade à mettre avec ses mots l'expérience vécue et pour le soignant l'écouter de façon empathique, puis l'aider à la mettre dans le discours et à le raconter, c'est lui permettre de construire une intention tournée vers un a-venir. Pourquoi ou pour quoi raconter à autrui « Le temps devient humain dans la mesure où il est articulé de manière narrative »¹⁸⁸ (429). La seconde porte sur le temps opératoire du déroulement de l'atelier, le soignant est actant de contrôle de ce qu'il anime. Il s'agit de soulager la souffrance qui s'impose au malade et lui est insupportable. Il doit tester les perspectives qui permettent au malade de se débarrasser de ce fardeau, « par égard pour cet être même »¹⁸⁹ (430). La troisième porte sur le kairos. Faire émerger un Kairos chez le malade n'est pas uniquement faire émerger une présentification, c'est aussi lui apporter une garantie de sollicitude et de solidarité pour le futur (377). Il s'agit donc de faire de la narration d'autrui une nouvelle expérience d'un éprouvé ancien, validé par l'empathie de l'énonciataire, pour que le sujet s'approprie la transformation du vécu de son expérience initiale.

¹⁸⁸ Paul Ricœur. Temps et récit I. L'intrigue et le récit historique. Page 17

¹⁸⁹ Frédéric Worms. Le moment du soin. A quoi tenons-nous ? Page 21

Quelques points clés du chapitre 10. Cas clinique N°2 : la reconstruction de la signification dans la démence.

L'émergence de la démence peut être liée à un traumatisme non élaboré dans les antécédents du malade. Des difficultés comportementales du malade peuvent renvoyer à des mauvais souvenirs rafraîchis par un événement ou une rencontre.

Sortir le malade de sa position d'énonciateur, le priver d'énonciataire, le ramener au réel du monde naturel avec l'idée de le réinsérer dans le temps quotidien, détruisent la présence à soi et au monde.

Comme de l'huile et de l'eau, les deux domaines du réel au monde et de l'imaginaire ne se mélangent pas, mais se succèdent. Leur couplage et la dialectique qu'ils instituent sont une voie thérapeutique possible dans la prise en charge des déments.

Un analogon est un médiateur de ce couplage, introduisant indifféremment un des deux domaines à l'autre. Outre la médiation entre le réel déceptif du monde naturel et le réel de la présence à soi, elle intervient entre deux énonciataires, l'un est externe et l'autre interne, le malade lui-même.

Le déploiement de l'espace intérieur et la réduction tensive facilitent l'accès aux bibliothèques sémantiques. Ils permettent d'organiser la représentation interne, ce qui se traduit par un énoncé structuré et d'accéder à une présence à soi et au monde, manifestée dans le discours.

La béance extensive fixe implication et exclut la concession. L'hermétique fixe la concession et fixe l'implication. L'imaginaire supprime cette schizie et procure un espace où concession et implication sont à nouveau possibles.

Dans la démence, il est nécessaire d'ouvrir le livre de la vie du malade à la bonne page du passé pour qu'il puisse en reprendre la lecture dans le temps présent (présentification) et réinscrire sa présence à lui-même.

Un énonciataire empathique permet au patient de contourner les obstacles à sa vie imaginative, et retrouver un minimum de présence à soi. Un "je" existentiel doit s'engager dans la relation "je-tu" pour se positionner dans le champ de présence ou ouvrir une perspective sur un avenir.

La démence invite à remettre en cause l'économie psychologique personnelle des aidants bien-portants, ce qui demande un effort sur soi pour s'adapter à l'autre.

La logothérapie de Frankl s'appuie sur la liberté de la volonté du malade, sur la prise en compte de la volonté de sens dans les efforts qu'il déploie, et sur le sens de sa vie qu'il cherche à retrouver.

Cas clinique de Mr Gilbert : analyse d'une pratique

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

Emmanuel Levinas

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

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

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

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

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

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

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

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