

Université de Montréal

Tomber en amour :

Essai pour réintroduire l'abjection et l'amour dans une clinique de la démence

par

Sébastien Falardeau

Faculté de théologie et de sciences des religions

Essai présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en théologie pratique : option santé,
spiritualité et bioéthique

Juillet 2014

© Sébastien Falardeau, 2014

Avant-propos

Rédigé et soumis en 2014, cet essai m'a été redemandé à plusieurs reprises au fil des années. Parce qu'il a aussi été utilisé dans certains cours, il m'a semblé juste et utile de le rendre aujourd'hui plus accessible en le publiant. Cet essai a d'abord été rédigé dans un contexte de recherche et de pratique clinique qui a profondément marqué mon parcours.

Bien que ce texte date de 2014, sa thèse me paraît toujours actuelle. À ma connaissance, aucune étude n'a encore abordé de manière directe la question de l'amour de transfert en soins spirituels auprès de patients atteints de démence sévère. À cet égard, il est significatif que même des auteurs majeurs comme David Keck et John Swinton n'aient pas poussé l'analyse jusqu'à cette question spécifique. Certes, quelques travaux en soins spirituels, en théologie et en accompagnement ont été consacrés à la démence depuis lors; néanmoins, ce champ demeure encore restreint et traite rarement de front l'enjeu délicat examiné dans le présent essai. Nombre d'approches théologiques et pastorales privilégient encore des réponses centrées sur Dieu, sur la dignité ou sur la persistance d'une relation d'amour, sans toujours affronter directement l'épreuve clinique de l'impuissance, la souffrance concrète des personnes atteintes de démence sévère, ni proposer une véritable perspective clinique d'accompagnement en soins spirituels. Le sujet abordé ici demeure délicat, parfois difficile à nommer, mais il m'a semblé d'autant plus important de ne pas le laisser dans l'ombre.

Le présent essai a fait l'objet de retouches légères. Faute de temps, je n'ai pas repris le contenu de manière substantielle. J'ai plutôt veillé, dans la mesure du possible, à reformuler certaines phrases et à corriger des fautes de frappe.

J'espère que cette publication pourra intéresser aussi bien les intervenants en soins spirituels que les étudiants, chercheurs et cliniciens appelés à accompagner des personnes atteintes de démence sévère. En espérant que cette publication puisse nourrir la réflexion et accompagner celles et ceux qui travaillent auprès des personnes atteintes de démence sévère, je vous souhaite une bonne lecture.

Résumé

Notre essai veut mettre en évidence des enjeux reliés à la question de l'abjection dans l'amour de transfert en intervention en soins spirituels auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence. Comment intervenir, en préservant un espace de vie, auprès de ces personnes dont le corps et la conscience sont situés aux frontières de la vie et de la mort? Notre essai interroge la façon dont une prise en compte du concept d'amour de transfert dans la relation d'intervention pourrait mener à une compréhension différente des enjeux propres à l'intervention auprès des personnes démentes. Plus particulièrement, il s'agit d'interroger la manière dont la prise en compte de l'abjection, dimension intrinsèque à l'amour de transfert vécu avec les personnes démentes, pourrait aider à mieux comprendre les enjeux propres à ce champ d'intervention. Prendre en compte l'abjection, sa réalité, oser y réfléchir et la conceptualiser pourraient-ils permettre d'ouvrir un espace relationnel qui accepte de reconnaître la dimension du vivant toujours présente chez la personne démente?

Abstract

Our essay aims to highlight issues related to the question of abjection in transferential love within spiritual care interventions with persons living with Alzheimer's disease or another form of dementia. How can one intervene, while preserving a space for life, with these persons whose bodies and consciousness are situated at the boundaries between life and death? Our essay examines how taking into account the concept of transferential love within the helping relationship could lead to a different understanding of the issues specific to interventions with persons living with dementia. More specifically, it seeks to explore how attention to abjection, an intrinsic dimension of transferential love as experienced with persons living with dementia, could help us better understand the issues specific to this field of intervention. Might taking abjection into account—its reality, daring to reflect on it and to conceptualize it—make it possible to open a relational space that accepts and recognizes the dimension of life still always present in the person with dementia?

0.0 Introduction

L'admission d'un patient dans un CHSLD l'inscrit *de facto* dans un rapport de limite, puisque son admission le projette d'emblée dans une zone grise, entre la vie et la mort. Dans cet entre-deux présenté par les administrateurs comme un milieu de vie mais vécu par les patients comme une perte inéluctable, l'enjeu de la mort se pose dans le réel quotidien des patients et des intervenants. La mort en CHSLD ne revêt pas cette aura poétique ou romantique où l'on aimerait voir les mourants rendre leurs derniers souffles entourés des leurs, sans souffrance, calmement et paisiblement. La mort en CHSLD, en particulier dans les unités de démence, s'apparente plutôt à une ombre qui plane sur la vie. En fait, chez les déments parvenus au dernier stade de la maladie, la mort semble parfois s'être déjà emparée de la vie, au point où la frontière entre les deux, habituellement tranchée, se trouve ténue, incertaine. Comme nous essaierons de le montrer dans le présent essai, l'effritement de cette frontière n'est pas sans effets, pour les patients déments, ni pour les familles ou le personnel œuvrant auprès des personnes atteintes de démence sévère.

0.1 L'actualité de la recherche

Cet essai vise à réfléchir sur la crainte, l'horreur, voire le dégoût que peut susciter la personne démente atteinte dans son corps et dans son esprit par une maladie dégénérative qui n'en finit pas de marquer tout son être du sceau de la perte, afin de mieux cerner les enjeux éthiques et méthodologiques d'une clinique auprès des malades souffrant de démence en contexte de CHSLD. Cet effort nous paraît d'autant plus important que, selon une statistique récente, il y aurait actuellement environ 35 millions de personnes dans le monde souffrant d'une démence de type Alzheimer¹, dont au moins 120 000 cas au Québec². Ces chiffres ont de quoi inquiéter, d'autant plus qu'ils ne tiennent pas compte d'autres types de démence (vasculaire, parkinsonienne, etc.) régulièrement retrouvés en CHSLD dans les unités de démence³.

¹ <http://www.alzheimer.ca/french/media/adfacts2010.htm>. Ces statistiques ne tiennent pas compte des autres types de démences dégénératives (démence de corps de Lewy, démence parkinson, démence frontale, démence temporale et démence de Huntington).

² Société Alzheimer du Québec, *Bulletin la mémoire*, juillet 2011, <http://www.societealzheimerdequebec.com/?mn=accueil>.

³ Dans cet essai, nous allons prendre le terme démence synonyme d'Alzheimer.

Les unités de CHSLD consacrées à la démence constituent un milieu de pratique fort différent de celui rencontré dans les centres hospitaliers classiques.

De récents travaux axés sur le champ spécifique de l'intervention auprès des personnes démentes ont mis en évidence une problématique qui est spécifique au travail clinique auprès de ces patients dans les unités en CHSLD. Un des aspects qui ressort de notre propre expérience, vécu personnellement et par d'autres soignants, parfois avec honte et remord, et peu verbalisé parce que tabou, est celui de l'abjection.

À notre connaissance, la *dit-mention* de l'abjection, trop souvent éprouvée à la vue d'un patient dont le corps et l'esprit sont situés à la limite du cadavre et du vivant, mais sitôt déniée par un sentiment de pitié ou de compassion plus socialement acceptable, n'a fait l'objet d'aucune étude spécifique dans ce contexte. Bien que négligé dans la littérature scientifique, le problème n'en est pas moins réel. Comme nous l'avons souligné au Congrès international sur l'âme à Oxford⁴, malgré le fait qu'il peut sembler moralement et politiquement inacceptable de parler d'abjection, il importe tout de même de prendre acte du fait socialement admis selon lequel la démence, surtout la démence de type Alzheimer, est considérée comme la maladie la plus horrible de la vieillesse : la perte de la conscience et l'agonie du corps sont les tourments que les gens craignent le plus au cours de la vieillesse⁵. En effet, qui n'est pas horrifié par la possibilité de perdre la tête au point de ne plus se souvenir de ses proches et de constater que son propre corps ne parvient plus qu'à maintenir un état végétatif? Ignorer cet aspect de la pratique, n'est-ce pas déjà orienter le savoir dans un je n'en veux rien savoir, dans un je ne veux pas voir ça, qui ne sont pas sans influencer le geste même de l'intervention auprès de ces malades ? La prise en compte spécifique

⁴ Le titre de ma présentation : « Soul in Alzheimer's Disease. Believe as an Integral Part of the Psychic Functioning in Spiritual Care ». (Professional/research scholar in spiritual care invited for the topic "The Soul" at the International Conference at the department of philosophy, University of Oxford, Uk, (in collaboration with the Center of Theology & Philosophy of the University of Nottingham & Brigham Young University, 29 June 2013).

⁵ O. Douville, « Alzheimer : représentations des professionnels soignants », *Le Journal des Psychologues*, 250 (2007) 26-27.

de l'abjection dans ce contexte contribuerait sûrement à ouvrir de nouvelles voies de recherche autrement inaccessibles.

Cet essai veut contribuer à la recherche clinique en ouvrant une plage de dialogue sur les difficultés spécifiques d'une clinique en soins spirituels auprès des personnes démentes, et, en particulier, en proposant la création d'un espace pour penser l'amour de transfert en son point le plus vif, soit l'abjection. Cette approche relève du défi. En effet, l'amour, si central soit-il dans les différentes approches d'intervention et de relation d'aide, semble poser problème lorsqu'il s'agit d'une clinique auprès des personnes sévèrement atteintes par la démence, surtout face au déni de l'abjection dans le processus amoureux. Malgré la non-équivalence conceptuelle entre folie et démence, est-il néanmoins possible qu'il advienne une rencontre de type amoureux avec une personne atteinte de démence au dernier stade de la maladie ? La question de Maurice Zundel, dans un contexte de folie, peut aussi se poser dans une clinique des personnes démentes en mettant directement en jeu la dimension amoureuse de la relation avec un malade :

C'est le philosophe Alain qui se demandait, je crois : "pourrait-on aimer une femme folle ?" Et il répondait "Non". On peut aimer, folle, une femme qu'on a aimée avant qu'elle le soit, mais on ne pourrait pas aimer une femme folle qui serait dans un état d'aliénation évidente, parce que, ce que l'on cherche, même au plus épais de la passion charnelle, c'est quand même "quelqu'un", c'est un partenaire humain, c'est une réponse possible, c'est une intimité dont on cherche à percer le mystère⁶.

⁶ M. Zundel, « Le corps est une personne, nous avons à l'humaniser », Suite 2 de la 10^e conférence donnée à Timadeuc en avril 1973. En 1962, Zundel écrit : « Si l'on nous demande : " Que dis-tu de toi-même? Si nous tentons de donner à cette question une réponse, nous verrons immédiatement l'impossibilité de le faire, nous ne savons pas qui nous sommes et quand nous cherchons à le définir, nous trouvons un être préfabriqué qui peut bien entrer dans certaines catégories psychologiques, mais jamais nous ne pourrions trouver ce secret et ce mystère que nous sommes ! Ce secret qu'une mère cherche dans son petit enfant. Elle le regarde, il lui sourit, qu'est-ce qu'elle cherche à travers ce sourire sinon la révélation de ce qu'il est. C'est bien cela en effet le premier élan de l'amour demander à l'être aimé qui il est : la mère à son enfant, l'homme à la femme, la femme à l'homme. Et l'on comprend que un philosophe se soit posé cette question : " Un homme pourrait-il épouser une femme folle ? " et qu'il ait répondu " non " ; il ne pourrait pas épouser une femme folle parce que dans l'amour, même le plus charnel, le plus obscur, il y a le désir d'atteindre un secret humain. Le désir de saisir cette source, le désir de savoir qui est cet être et d'obtenir de lui la confiance de son mystère ». M. Zundel, *Que dis-tu de toi-même?*, Lausanne, 3^e dimanche de l'Avent 1962.

Ce préliminaire sur l'amour esquisse l'orientation de notre essai, consacré à la question de l'amour de transfert dans ses rapports avec l'abjection au sein d'une clinique des personnes atteintes de démence sévère. Car, même si certaines études ont eu le mérite de mettre en relief les enjeux de l'amour dans une clinique de la démence, elles ont eu tendance à situer l'amour comme une dimension allant de soi : une injonction donnée au clinicien qui doit aimer suffisamment ses patients pour les accompagner jusqu'à la fin ultime. Mais, comme le souligne Alain, peut-on véritablement aimer une personne atteinte de démence ? Comment cela peut-il advenir, et à quel prix ?

0.2 Observations cliniques sur l'abjection et l'amour de transfert en soins spirituels

S'il est vrai que les professionnels de la santé œuvrant en soins aigus⁷ s'épuisent psychiquement et physiquement au contact des patients (en médecine, chirurgie ou psychiatrie), il n'en demeure pas moins que leur pratique est différente de la nôtre, en particulier dû au fait qu'en général les troubles psychiques et physiques aigus s'inscrivent dans une logique de rétablissement ou tout au moins d'amélioration. Dans le cadre de l'intervention auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la visée du soin est fondamentalement autre, dès lors que la démence, liée à un processus dégénératif, ne peut faire l'objet d'une guérison. Dans ce sens, les personnes atteintes de maladies démentielles dégénératives ne semblent pas s'inscrire dans une logique de mieux-être. Elles ne peuvent que chuter inexorablement vers la mort, en subissant des pertes encore et *en-corps*.

À cet égard, il importe de souligner les rapprochements souvent établis entre une clinique de la démence, une clinique en soins palliatifs et une clinique psychiatrique de longue durée. Par exemple, un rapprochement est souvent établi entre

⁷ Les départements hospitaliers de soins aigus où nous avons travaillé depuis 2008 sont : maternité, oncologie, cardiologie, chirurgie, pneumologie, psychiatrie, gériatrie, soins intensifs, soins palliatifs et médecine.

une clinique auprès des personnes atteintes de démence et la clinique psychiatrique, sur la base de l'observation de certains symptômes relevant de l'atteinte psychique — hallucinations, perte de contact avec la réalité, comportements étranges — communs aux personnes atteintes de démence et à celles vivant avec une maladie mentale. S'il est vrai que les unités de soins psychiatriques de longue durée et les soins palliatifs présentent certaines ressemblances avec une clinique auprès des personnes atteintes de démence, notre expérience des cinq dernières années en soins spirituels tend à montrer qu'il existe aussi des différences notables qu'il importe de souligner.

Bien que cette ressemblance soit pertinente à souligner, il semble important de considérer qu'une clinique auprès des personnes démentes confronte les cliniciens à la vue d'une dégénérescence psychique et physique de façon beaucoup plus marquée qu'en psychiatrie puisque la dégénérescence s'inscrit dans un processus de perte irréversible. En psychiatrie, malgré tout, il y a une certaine stabilité psychique plutôt qu'une dégénérescence continue. De plus, en général, la parole reste présente chez les personnes atteintes d'une maladie mentale, contrairement aux patients atteints de démences sévères. Ainsi, dans le cas de la démence, jusqu'à présent, il n'y a pas d'espoir qu'une médication ou un traitement puisse apporter un mieux-être aux patients atteints de démence.

Par ailleurs, il est vrai que, comme dans une clinique auprès des personnes démentes, l'intervention en soins palliatifs confronte les cliniciens à des patients qui peuvent être atteints d'une décomposition corporelle, d'un arrêt de la conscience et d'une perte de la parole semblables à ce que nous pouvons observer chez les personnes démentes. Il importe cependant de mentionner qu'en soins palliatifs ces pertes se produisent dans les tout derniers moments de vie, soit en raison de la progression de la maladie et/ou de l'augmentation de la médication. Les pertes physiques et cognitives en soins palliatifs signent donc en quelque sorte la perte finale, la mort. Or, dans une clinique en unité de démence, les pertes dégénératives de la conscience et des facultés cognitives ne peuvent pas être associées d'emblée à la mort imminente du patient, puisque ces personnes peuvent vivre des années durant dans état de dégénérescence qui n'ira qu'en progressant. Plus particulièrement, une clinique auprès des personnes

démentes est une clinique où l'intervention des soignants s'inscrit généralement dans un contexte de pertes sévères, irréversibles et prolongées, sans espoir de délivrance par une mort généralement à moyen ou long terme⁸.

0.3 De l'observation clinique à la revue de la littérature

À notre connaissance, il y a très peu d'études québécoises sur la problématique particulière de l'intervention en soins spirituels auprès des patients atteints de démence notamment sévère. Cette situation est curieuse lorsque l'on considère l'existence d'une abondante littérature américaine, anglaise, canadienne et européenne axée sur l'accompagnement spirituel auprès des personnes démentes en milieu de santé. Cela dit, si le sujet de l'intervention auprès des personnes démentes a retenu l'attention de la recherche internationale, la dimension particulière de l'amour de transfert est rarement abordée. Seul Olivier Douville⁹ a soulevé la question de l'amour de transfert, mais seulement dans un paragraphe de conclusion et de prospective. Ses propos ne prennent pas en compte la dimension de l'abjection qui nous apparaît pourtant importante à considérer dans la clinique auprès des personnes démentes. Suivant l'état actuel de nos recherches, il apparaît que seul le psychiatre Jean Maisondieu a osé aborder la démence sous l'angle de l'abjection. De son point de vue, le problème majeur dans une clinique des personnes démentes, c'est que les professionnels de la santé ne prennent pas acte de l'abjection des patients déments dans leur clinique, ce qui peut conduire à un rejet des personnes démentes. Cependant, son analyse ne prend pas en compte la place de l'abjection dans la relation patient/intervenant et ses effets symptomatiques sous l'angle du transfert.

⁸ Les personnes atteintes de démence ne meurent pas de leur maladie. La démence ne fait que dégénérer le corps et l'esprit, sans que la mort n'intervienne à court terme comme une limite à la perte. Ainsi, les personnes démentes, par exemple, qui ne développent pas de pneumonie ou de cancer, deux maladies qui causent souvent la mort des patients déments, peuvent vivre des années en position fœtale, sans conscience de son état, sans pouvoir parler ou même bouger, mais subissant encore et en-corps des pertes cognitives et physiques.

⁹ O. Douville, « Alzheimer : représentations des professionnels soignants », *Le Journal des Psychologues*, 250 (2007) 26-32.

0.4 Question de recherche, hypothèse de travail et objectifs

La question au centre du présent essai est la suivante : si, comme le soutient Sigmund Freud, la *Liebesbedingung*¹⁰ (la condition d'amour et la cause du désir) s'articule dans l'histoire singulière du sujet à partir d'un trait d'amour unique permettant une structuration et une organisation psychiques, est-ce que prendre en compte les rapports entre l'amour et l'abjection en tant que dimensions du sujet¹¹ pourraient orienter de nouvelles avenues d'intervention pour mieux situer l'amour de transfert dans une clinique auprès des personnes démentes?

Cette interrogation nous conduit à remettre en question l'injonction d'amour et de neutralité bienveillante propre à l'intervention clinique et à questionner l'amour de transfert dans ses rapports à l'abjection. Nous formulons en ce sens deux hypothèses de recherche ayant chacune un statut heuristique pour la réflexion que nous soutenons dans le présent essai :

- 1) Le fait de privilégier une injonction d'amour et de neutralité bienveillante plutôt qu'une véritable réflexion sur les liens de la relation soignant/dément peut amener l'intervenant à investir son être propre dans un rapport de transfert abject du manque à être qui le propulse dans une chute d'amour, et le risque d'une identification aux symptômes du patient.

¹⁰ S. Freud, *Psychologie de la vie amoureuse*, Paris, Payot, 2010.

¹¹ Dans cet essai, bien qu'il soit important d'y apporter des nuances qui dépasseraient largement le cadre de l'essai, lorsqu'il est question de sujet, il s'agit du sujet de l'inconscient où nous retrouvons les vestiges ou la source de l'abjection et de l'amour, du moins leur structure. Les termes de « moi », d' « individus » et d' « a-sujet » proviennent des sources étudiées et ne renvoient pas à la notion de sujet de l'inconscient tel que nous pouvons le développer dans une logique de l'inconscient. De manière générale, ces termes sont utilisés pour discuter de l'être dans un rapport à la conscience et à sa cognition et ne prennent pas en compte le rapport du manque à être. Cette distinction permet de fonder le cadre conceptuel qui sous-tend notre question : l'observation de pertes cognitives chez des personnes atteintes de démences est-elle suffisante pour postuler que la dimension psychique dégénère jusqu'à produire une absence alors qualifiée d'a-sujet?

2) Autour de l'hypothèse clinique s'articule une hypothèse théorique, qui concerne la fonction de l'abjection. Tel que nous la déployons, l'abjection ne constitue pas une dimension esthétique comme le dégoût, par exemple. L'abjection est une structure de l'amour, une structure qui, d'une part, limite l'amour, et que, d'autre part, l'amour limite. En tant que telle, l'abjection est une structure limite qui fait frontière et borde l'amour. Penser l'abjection en termes de limite implique de considérer que l'amour peut déborder et dépasser la frontière ténue que constitue l'abjection. Suivant cette considération, il s'agit de soutenir que tomber en amour au sens le plus strict du terme constitue une chute psychique qui implique un mouvement de re-jet de la limite structurante qui concerne le désir. Porter une attention spécifique aux rapports entre l'abjection et l'amour sous le versant de l'amour de transfert autant que sur le versant des personnes démentes invite à réfléchir à la manière dont le désir peut être pris en charge dans l'intervention auprès des personnes démentes. Les personnes démentes pourraient-elles s'inscrire dans un rapport désirant qui les pousserait à leur insu à oublier encore et *encore*, allant même jusqu'à s'oublier, dans une chute d'amour vertigineuse? Les intervenants qui travaillent avec et auprès des personnes démentes pourraient-ils ouvrir un espace pour que soit entendue la demande d'amour des personnes démentes? Se mettre à l'écoute des personnes démentes, reconnaître l'abjection que leur chute suscite, et les aimer suffisamment pour ne pas les réduire à des symptômes de gênes et de tics pourrait-il permettre une clinique qui se supporte d'un nouvel amour? Autrement dit, le passage d'une lecture neurologique à une logique du nœud¹² (ou plutôt à une *nœud-ro-logique*) pourrait-il permettre de créer une clinique différente auprès des personnes démentes?

Cette seconde hypothèse pose une question de recherche innovante dans le champ d'une clinique auprès des personnes démentes. Serait-il possible que les causes de la démence ne soient pas exclusivement neurologiques? Bien que cette thèse puisse

¹² Au sujet du nœud borroméen, voir la section Annexe.

être choquante en contexte québécois, cette question est abondamment traitée par la clinique en soins spirituels et en médecine, particulièrement en Angleterre et en Allemagne où l'on considère que des problèmes psychiques pourraient induire une dégénérescence neurologique. Sous ce versant, il devient possible de questionner la démence comme une *dit-mention* humaine et non plus strictement comme une maladie uniquement génétique. Nos hypothèses de travail nous permettent de soulever la question suivante : serait-il possible que le refus d'une relecture des histoires d'amours des personnes démentes provoque un dénouage psychique qui entraîne une chute inexorable de la personne dans un trou de mémoire démentielle? Le fait de considérer les déments en tant que personnes qui tombent en amour, qui chutent dans un rapport amoureux qui provoque un trou de mémoire, a l'énorme avantage de permettre aux cliniciens en soins spirituels de voir les personnes démentes non plus comme un déchet humain (ou comme un cerveau incompatible avec la vie), mais de les considérer comme un sujet, un vivant, un souffle à accompagner jusqu'au dernier souffle.

Suivant ces considérations, il apparaît qu'une évaluation adéquate de la dimension de l'abjection dans une clinique auprès des personnes démentes ouvre un espace pour un travail de mise au savoir qui permet :

- D'abord, développer auprès des patients souffrant de démence, une intervention en soins spirituels qui prend en compte le désir et qui ouvre ainsi la voie à une pratique différente.
- Ensuite, amorcer une réflexion, ou une théorisation, sur la place de l'amour de transfert dans ses rapports à l'abjection chez les personnes démentes.

0.5 Questions de méthodes

0.5.1 Stratégie méthodologique

Sur la base de l'hypothèse selon laquelle l'abjection est l'élément déclencheur de l'amour de transfert, nous proposons de développer une approche méthodologique qui tient

compte des enjeux éthiques rencontrés dans notre clinique en soins spirituels auprès des personnes atteintes de démences sévères et qui ouvre la voie à une pratique différente.

Il importe de mentionner que, si notre méthode s'inspire de la notion d'amour de transfert propre à la psychanalyse, elle ne relève pas pour autant d'une démarche psychanalytique. Notre essai ne vise pas tant à analyser le transfert qu'à explorer comment une compréhension du transfert peut influencer la pratique en soins spirituels auprès des personnes atteintes de démences sévères. En ce sens, notre méthode est heuristique dans la mesure où elle fait appel à l'art de trouver les composantes propres à notre clinique et à les faire découvrir à nos lecteurs¹³.

Pour cette raison, il importe de bien délimiter la portée de notre essai : il traite d'une clinique particulière et singulière en soins spirituels. Notre méthodologie utilise la grille de lecture appelée communément l'échelle de Reisberg pour caractériser la démence sévère. Dans cet essai, nous nous intéressons plus particulièrement à la démence sévère au stade 7, ce stade étant lui-même subdivisé en sept degrés¹⁴.

Cette caractérisation de la démence permet de délimiter la portée de notre essai en fonction de notre propre clinique. En effet, les personnes auprès desquelles nous travaillons sont dans un état de dégénérescence sévère et, à ce jour, la recherche ne permet pas d'entrevoir un espoir de guérison ou de mieux-être.

¹³ Par la notion de démarche heuristique, nous désignons une hypothèse servant d'idée directrice à la recherche. Voir : Noella Baraquin et al., « Heuristique » dans : *Dictionnaire de philosophie*, 3^{ème} éditions, Paris, Armand Collin, 2005, p.163.

¹⁴ Selon cette nomenclature, le stade 7 est considéré un stade sévère de la maladie, malgré une distinction : les degrés 7a (Parole limitée à une douzaine de mots (cri, bruit, hurlement et néologisme), 7b (Parole limitée à un seul mot et non-reconnaissance des membres de la famille ou des personnes familières), sont considérés comme des états avancés de l'évolution de la maladie tandis que les degrés 7c (perte de la capacité de marcher), 7d (perte de la capacité de s'asseoir), 7e (perte de la capacité de sourire) et 7f (perte de l'état de conscience) sont considérés des degrés sévèrement avancés. Cette échelle a été conçue pour la démence type Alzheimer, mais utilisée aussi pour les autres démences dégénératives. Reisberg, B., Ferris, S.H., (de) Leon, M.J. & al., "The Global Deterioration of Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia", *American Journal of Psychiatry*, 139 (1983) 1136-1139. De plus, s'il est vrai que 90% des démences dégénératives sont de types Alzheimer, il n'en demeure pas moins que les études médicales ont de la difficulté à distinguer clairement et avec certitude les sortes de démences dégénératives. Pour cela, il est fréquent que la littérature emploie uniquement le terme démence pour tous les types de démences dégénératives.

Ces personnes sont souvent perçues comme étant rendues au dernier stade d'une maladie dégénérative, au point où, pour les cliniciens, la mort peut sembler constituer le seul horizon de libération pour un corps dont la présence spirituelle paraît s'être presque entièrement retirée, sans toutefois pouvoir être tenue pour totalement abolie. Notre clinique nous oblige donc à reconnaître cet état de fait et à côtoyer jour après jour ce type particulier de patients atteints de démence. Cela ne veut toutefois pas dire qu'il n'y a pas d'espoir pour les patients qui en sont au premier stade de la démence. En ce sens, notre essai ne constitue pas un guide d'intervention auprès de toutes les personnes atteintes de démence. Il se construit dans les limites de notre clinique et propose d'explorer, à l'aide de la notion d'amour de transfert, les enjeux éthiques et méthodologiques qui en émergent afin de rendre vivable l'in-supportable d'une clinique auprès de ces patients.

0.5.2 Cadre conceptuel

En tenant compte de l'épuisement, du sentiment d'incompétence et de la fragilisation physique et psychologique des professionnels de la santé qui œuvrent à proximité des personnes démentes, nous proposons de situer l'intervention auprès de cette catégorie de patients dans sa logique particulière. Afin de mieux cerner la particularité de l'intervention à proximité de ces malades atteints de démence, et pour mieux comprendre comment des intervenants en arrivent à épouser les symptômes de leurs patients, nous allons, dans cet essai, nous référer à la notion d'amour de transfert. L'amour de transfert est une notion issue du champ de la psychanalyse freudienne. Ce concept renvoie à la relation entre un analyste et un analysant dans une cure analytique. L'amour de transfert est une dimension qui est particulière à la psychanalyse, le transfert étant pris en charge dans l'analyse et s'inscrivant dans une logique d'interprétation et de son maniement.

Pourtant, comme nous le montrerons, si la psychanalyse a pour particularité de prendre en charge le transfert, l'amour de transfert ne concerne pas uniquement le champ de la psychanalyse, puisque toutes les relations d'intervention, selon Freud, sont sujettes au transfert, même si peu d'intervenants acceptent d'en prendre acte :

Ne croyez d'ailleurs pas que le phénomène du transfert, dont je ne peux malheureusement vous dire ici que trop peu de choses, est créé par l'influence psychanalytique. Le transfert s'instaure spontanément dans toutes les relations humaines de même que dans le rapport malade/médecin; il est partout le vecteur proprement dit de l'influence thérapeutique, et il agit avec d'autant plus de force qu'on soupçonne moins sa présence. La psychanalyse ne le crée donc pas; elle le découvre simplement à la conscience, et elle s'empare de lui pour diriger les processus psychiques jusqu'au but souhaité¹⁵.

La notion d'amour de transfert¹⁶ telle qu'élaborée par S. Freud est considérée sous un double aspect : l'amour de transfert est à la fois un moteur qui permet la réussite d'une cure analytique et un obstacle à son progrès. Sous ce deuxième angle, l'amour de transfert est compris comme une résistance¹⁷. Comme le phénomène de transfert est présent dans toutes les pratiques d'intervention, il importe d'en tenir compte afin de mieux en caractériser l'expression dans une clinique de la démence. Comment situer la dynamique de transfert avec les patients atteints de démence? Ces patients seraient-ils insensibles au transfert? Doit-on plutôt, comme Jean-Jacques Amyot le propose, partir de l'hypothèse que le transfert auprès des personnes atteintes de démence existe bel et bien, mais dans une logique différente de l'amour, une logique de pertes et de traces psychiques et physiques¹⁸?

Dans le présent essai, l'amour de transfert sera étudié dans ses liens avec l'abjection. Cette approche procède de notre observation selon laquelle une clinique auprès des personnes atteintes de démence met en jeu une dimension d'abjection à laquelle ni l'intervenant ni le patient ne peuvent se soustraire. L'abjection est un concept issu des travaux de Julia Kristeva¹⁹. Il fait appel à la dimension de l'extrême :

¹⁵ S. Freud, *Sur la psychanalyse. Cinq leçons données à la Clark University 1910*, Paris, Flammarion, 2010, p. 152.

¹⁶ Assoun, avec raison, rappelle que la notion d'amour de transfert est née en milieux hospitaliers. P.-L. Assoun, *Le Transfert*, Paris, Economica, 2006, p. 8.

¹⁷ C'est en 1895, dans les *Études sur l'hystérie*, qu'apparaît pour la première fois chez Freud la notion de transfert. S. Freud, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 2002, p. 245.

¹⁸ J.-J. Amyot, « Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD », *Gérontologie et société*, 1-2/128-129 (2009), p. 275.

¹⁹ Voir, J. Kristeva, *Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection*, Paris, Seuil, 1980, pp. 1-5.

l'abjection est ce qui atteint les bornes, les limites. L'abjection renvoie aux frontières du dedans/dehors, du vivant/non-vivant, et aux abords de la limite/de l'illimité. La prise en compte de l'abjection dans le phénomène de l'amour de transfert pourrait-elle permettre de suivre la trace d'une extrême-limite qui rend in-supportable l'amour de transfert dans une clinique des personnes démentes? En se penchant sur le sens de *tomber en amour*, cette prise en compte de la dimension de l'abjection pourrait-elle nous aider à clarifier les enjeux cliniques de l'amour de transfert freudien auprès des personnes atteintes de démence?

0.6 Démarche réflexive

La première partie de notre essai propose un bref aperçu de la démence contemporaine. En partant des travaux du docteur Alzheimer, nous tiendrons compte des travaux de la neurologie actuelle afin de mieux comprendre et décrire l'état des personnes atteintes de démence sévère.

Dans un second temps, nous partirons de notre expérience clinique afin de montrer comment elle interpelle à la fois l'étude de la démence et la notion de transfert et d'abjection.

Dans un troisième temps, nous porterons une attention particulière aux notions d'amour de transfert et d'abjection telles qu'elles ont été développées dans le champ de la psychanalyse.

- CHAPITRE I – À LA DÉCOUVERTE DE LA MALADIE D’ALZHEIMER

Ce chapitre de présentation veut délimiter le champ d’étude de la démence de manière à rendre compte de l’évolution des perceptions et de la compréhension de la maladie d’Alzheimer. Ce parcours permettra de mieux comprendre les a priori qui orientent la manière dont nous abordons les personnes atteintes de démence. Pour cette raison, il importe de mieux définir la façon dont les cadres conceptuels actuels influencent notre approche avec des personnes démentes.

Les maladies démentielles dégénératives, et plus particulièrement la démence de type Alzheimer, ont longtemps été une dimension peu présente dans les grands champs d’études de la médecine et des sciences humaines. Ceci s’explique, particulièrement, par le fait qu’avant la fin du XIX^e siècle, la démence représentait un concept clinique mal défini et se classait dans la catégorie des maladies mentales²⁰. La démence n’était donc pas une maladie spécifique, puisqu’elle était décrite en termes de maladie mentale (en l’occurrence la schizophrénie) ou en termes de démence sénile perçue comme un aspect normal du processus de vieillissement²¹. Pour cette

²⁰ Voir, G.E. Berrios, « Dementia During the Seventeenth and Eighteenth Centuries: a Conceptual History », *Psychological Medicine*, 17/4 (1987) 829–837.

²¹ [Démence sénile](#) sur *Santeweb*. Consulté le 1^{er} septembre 2012.

raison, il y avait peu d'études portant sur des sujets atteints de maladies démentielles²². D'autre part, jusqu'aux années soixante-dix, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies démentielles dégénératives, étaient internés dans des hospices où ils ne disposaient d'aucun statut politique ni d'aucune reconnaissance en tant qu'individus. En raison de l'irréversibilité de leur maladie, ces patients étaient laissés pour compte, réduits à la position d'a-sujet.

Il aura fallu attendre le début des années soixante-dix pour que des études issues du champ de la psychanalyse, de la psychologie et de la pastorale de la santé commencent à traiter de la dimension psychopathologique de la démence²³. Pourtant, la maladie d'Alzheimer avait été décrite de manière spécifique par le Dr. Aloïs Alzheimer. Il est important de retracer comment ce médecin a découvert et décrit cette maladie et ses répercussions dans la médecine moderne.

1.1 La maladie démentielle de type Alzheimer selon Dr. Alois Alzheimer

En 1901, le premier cas étudié par le Dr Alzheimer fut celui d'une patiente âgée d'une cinquantaine d'années. À partir de préparations histologiques et de l'examen microscopique du cerveau, Alzheimer mit en évidence les caractéristiques neuropathologiques de la démence, en particulier la présence, dans le cortex cérébral²⁴, de lésions analogues à celles de la démence sénile, soit une dégénérescence neurofibrillaire et des amas anormaux de fibrilles au sein des neurones. Les observations et les hypothèses du Dr Alzheimer sur la démence de type Alzheimer revêtent une importance particulière, non seulement pour son époque, mais également pour le propos de notre essai. Gzil le rappelle en soulignant que l'un de ses apports décisifs tient à la distinction entre psychiatrie et neurologie, ainsi qu'à la subdivision,

²² S. Payan & A. M. Safouane, « Transfert et vécu du temps avec les patients Alzheimer », *Topique*, 112 (2010), pp. 119-120.

²³ S. Payan & A. M. Safouane, « Transfert et vécu du temps avec les patients Alzheimer », *Topique*, 112 (2010), pp. 119-120.

²⁴ F. Gzil, « Problèmes philosophiques soulevés par la maladie d'Alzheimer. Histoire, épistémologie, éthique », *European Journal of Disability Research*, 2 (2008), pp. 184-186.

à l'intérieur des maladies psychiatriques, entre psychoses organiques et psychoses fonctionnelles:

Les travaux d'Alzheimer apportent également des éclairages très intéressants sur la difficile question du statut de la maladie d'Alzheimer au sein des affections qui touchent le psychisme. Alzheimer distinguait, en effet, plusieurs plans qui sont aujourd'hui souvent confondus. En premier lieu, il faisait une distinction très claire entre la psychiatrie (qu'il définissait comme la discipline s'occupant des affections du système nerveux *central*) et la neurologie (qu'il définissait comme la discipline s'occupant des affections du système nerveux *périphérique*). Puis, au sein des maladies « psychiatriques », il faisait une distinction entre les psychoses « organiques » ou « exogènes » (comme la démence sénile ou la neurosyphilis), qui se développent comme quelque chose d'extérieur à la personnalité, et les psychoses « fonctionnelles » ou « endogènes » (comme la schizophrénie ou les troubles maniacodépressifs), qui se développent, pour ainsi dire, à partir de la personnalité. Enfin, au sein des troubles démentiels, Alzheimer faisait une distinction entre les démences vasculaires (où le noyau de la personnalité est assez longtemps préservé) et les démences dégénératives (où l'on observe davantage de troubles de l'humeur et du caractère).

Aussi, la maladie d'Alzheimer est une forme atypique de démence et non pas une simple variante précoce de démence sénile. Bien qu'Aloïs Alzheimer ait noté l'importance clinique de l'anatomopathologie dans son investigation des démences, il considérait que l'apport de la psychiatrie était aussi important que celui de la neurologie dans la compréhension de la maladie.

En fait, selon Dr. Alzheimer, la contribution de ces deux sciences médicales est essentielle à un bon encadrement à la fois des observations et des interventions cliniques : la neurologie permet de définir le vieillissement neuropathologique et la psychiatrie de prendre en compte les dimensions psychiques antérieures et subséquentes à la maladie.

Pour le Dr. Alzheimer, la cause première de la maladie d'Alzheimer n'est pas neurologique, les distorsions neuronales n'étant qu'un effet secondaire de la maladie psychique du sujet. Pour lui, il s'agissait davantage d'une problématique psychiatrique que neurologique :

Ces analyses sont intéressantes, car elles conduisent —paradoxalement— à définir la maladie d'Alzheimer comme une maladie « psychiatrique » (et, de fait, à Munich, les malades d'Alzheimer sont encore, à l'heure actuelle, pris en charge par des psychiatres). Elles suggèrent aussi que ce qui distingue l'Alzheimer des

maladies mentales, c'est moins la nature ou l'origine des troubles que le fait que la maladie paraît ici se développer comme quelque chose d'étranger qui vient (pour paraphraser Alzheimer) « se surajouter à —et anéantir— la personnalité »²⁵.

Dr. Aloïs Alzheimer s'inscrit donc, d'une certaine manière, à contre-courant de la neurologie contemporaine.

1.2. Les démences dégénératives post-Alzheimer

La médecine d'Amérique du Nord de la fin du 20^e et du début du 21^{ème} siècle s'est positionnée à l'encontre des hypothèses d'Alzheimer. Aujourd'hui, en Amérique du Nord, la cause de la maladie d'Alzheimer est réduite à une dimension neurologique irréversible. La littérature médicale postule que l'Alzheimer découle d'une dégénérescence des cellules et des neurones et que cette dégénérescence, due à un vieillissement prématuré ou non, occasionnerait tous les troubles psychiques observés chez les personnes atteintes de démence. Si la cause de la démence de type Alzheimer est posée d'emblée comme étant neurologique, il importe de souligner qu'aucune étude ne parvient pas encore à établir, hors de tout doute, une relation de cause à effet entre la dégénérescence neuronale et les manifestations de la maladie chez les personnes atteintes de démence²⁶.

Pour cette raison, le diagnostic de démence ne se saisit pas par sa cause supposée, mais bien par ses symptômes. Selon les critères actuellement admis, un des traits caractéristiques de la démence de type Alzheimer, c'est qu'elle débute par un déficit de la mémoire²⁷ et une altération des fonctions phasiques, praxiques et gnosiques. Cela dit, outre ces symptômes, ce qui caractérise la maladie d'Alzheimer est son évolution sur une vingtaine d'année²⁸ avec son cortège de pertes cognitives

²⁵ Gzil, « Problèmes philosophiques soulevés par la maladie d'Alzheimer. Histoire, épistémologie, éthique », p. 186.

²⁶ Voir, A.C. Homer & al., « Diagnosing Dementia: Do We Get it Right? », *British Medical Journal*, 297 (1998) 894-896.

²⁷ A. Quadéri, « La psychanalyse au risque de la démence. Le pari pascalien dans la clinique du dément », *Cliniques méditerranéennes*, 67/1 (2003), p. 34.

²⁸ B. Groulx & J. Beaulieu, *La maladie d'Alzheimer. De la tête au cœur*, Québec, Logiques, 2005, p. 47.

dégénératives irréversibles : « Les patients souffrant de maladie d'Alzheimer subissent un déclin progressif et inexorable de leurs capacités cognitives, leur espérance de vie est réduite, leur indépendance sociale perdue, et l'impact de leur condition sur leurs proches est dévastateur »²⁹. En fait, selon Groulx et Beaulieu, avec la maladie d'Alzheimer, le processus d'apprentissage des patients déments s'inscrit dans un mouvement inverse : « Les commutateurs du cerveau d'une personne de la maladie d'Alzheimer se refermeront aussi dans l'ordre inverse dans lesquels ils ont été allumés »³⁰.

Il est important de souligner que la lecture contemporaine de la démence ne fait pas qu'inverser la posture du docteur Aloïs Alzheimer, elle implique aussi un déplacement dans la signification même du terme de démence. L'étymologie latine de *dementia* alors prend un tout autre sens. Dans l'étymologie latine, le mot *mens* revêt une double signification, désignant à la fois l'âme et l'esprit, ce qui permet de jouer sur l'un ou l'autre plan. L'ajout du préfixe *de* privatif signifie littéralement perte de l'esprit. La conception contemporaine de *mens* se réduit à esprit ou plus précisément au mental, autrement dit, l'aspect cognitif des humains. Dans la médecine post-Alzheimer, *dementia* signifie alors perte de l'intelligence, de la raison, du jugement ou de la conscience de soi, ce qui, d'une certaine manière, équivaut au *mens* dans le sens de l'esprit (incluant l'intelligence, la volonté, la raison, etc.). En réduisant ainsi le mot *mens* à une seule signification, on perd l'équivoque, en l'occurrence le rapport à l'âme.

1.3 D'une certitude scientifique à une incertitude éthique ?

S'il est vrai que les traumatismes crâniens (accidents de voiture, chocs au cerveau, sports violents, etc.) causent des désordres neurologiques et peuvent

²⁹ P. Giannakopoulos, P.R. Hof, J.-P. Michel & C. Bouras, « Vieillesse cérébrale normale, troubles de la mémoire et maladie d'Alzheimer : des lésions neuropathologiques à l'altération de la cognition », *Cliniques méditerranéennes*, 67/1 (2003), pp.67-68.

³⁰ Groulx & Beaulieu, *La maladie d'Alzheimer. De la tête au cœur*, pp. 47-48.

potentiellement créer des démences³¹, il nous apparaît risqué de conclure d'emblée que la démence est une maladie exclusivement neurologique. Des incertitudes existent et il serait important d'en prendre acte plutôt que de clore le débat sur une hypothèse trop souvent élevée au rang de vérité. Nous ne sommes pas les premiers à souligner les limites d'une compréhension strictement neurologique de la démence. En effet, de plus en plus de chercheurs questionnent le postulat de base des neurologues sur l'antériorité des problèmes neurologiques par rapport aux problèmes psychiques³².

Premièrement, ce n'est qu'à la suite d'une autopsie du cerveau que les neurologues peuvent affirmer avec certitude les variations et changements neuronaux du cerveau. Du vivant des personnes démentes, le diagnostic demeure une probabilité, une hypothèse sans cesse à risque d'être confondue avec des états confusionnels ou des maladies psychiatriques³³.

Une deuxième limite à une vision exclusivement neurologique pour caractériser le type de démence propre à des patients est le fait que la neurologie procède par la négative pour construire une hypothèse : les médecins reconnaissent des symptômes qui les incitent à exclure certains types de démence et à en privilégier un autre. Ce type de procédé n'est pas sans difficulté, dans la mesure où il se révèle non concluant pour différencier les altérations neuropathologiques des lésions séniles qui sont aussi présentes dans le vieillissement normal³⁴. En outre, notre propre expérience clinique permet de soulever la question suivante : qu'advient-il, avec cette approche, des signes

³¹ <http://www.prnewswire.com/news-releases/brain-injury-may-more-than-double-dementia-risk-in-older-veterans-125728743.html>, <http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201107/18/01-4418900-un-lien-entre-traumatismes-cerebraux-et-maladie-dalzheimer.php>, Voir, M. (De) Jouvencel, F. Narcyz-Fadoul, C. Bourdon et J. Masse, « Vieillir après un traumatisme crânien. Aspects neuropsychologiques et psychologiques », *Journal de réadaptation médicale*, 28 (2008) 53-58.

³² Voir, A.C. Homer & al., « Diagnosing Dementia : Do We Get it Right? », *British Medical Journal*, 297 (1998) 894-896; C. Baldwin & A. Capstick, *Tom Kitwood on Dementia*, Maidenhead, Open University Press, 2007; *Tom Kitwood, Dementia Reconsidered : The Person Comes First*, Buckingham, Open University Press, 1997. A. Sixsmith, J. Stilwell & J. Copeland, « 'Rementia' : Challenging the Limits of Dementia Care », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12/8 (1993) 993-1000. D. Greenwood, « A Review of 'Dementia Reconsidered: The Person Comes First' », *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 1/1 (1988) 154-157.

³³ Giannakopoulos, Hof, Michel & Bouras, « Vieillissement cérébral normal, troubles de la mémorisation et maladie d'Alzheimer : des lésions neuropathologiques à l'altération de la cognition », pp.67-68. J. Touchon & F. Portet, *La maladie d'Alzheimer*, Paris, Masson, 2002.

³⁴ Voir, O. Guard & B. Michel, *La maladie d'Alzheimer*, Paris, MEDSI/ Mc Graw-Hill, 1989.

et symptômes qui n'entrent pas dans les principales catégories de base? Par exemple, il arrive que les personnes atteintes de démence au dernier stade de la maladie puissent prononcer des mots. Ces mots ne sont pas pris en compte, car ils sont considérés comme des mots involontaires. Un autre exemple est celui de la tristesse qui serait considérée comme étant un dérèglement neurologique, dans les cas démentiels. Est-il encore possible d'entendre les personnes démentes et de prendre en compte leurs paroles, leurs états d'âme?

Ces limites de la neurologie contemporaine ont mené plus récemment à une voie d'interprétation de la démence qui situe de manière concomitante l'apparition des troubles neurologiques et des problèmes psychiques³⁵. Dans cette optique, il ne s'agit pas de déterminer si la cause de la démence est neurologique ou psychique, il s'agit d'admettre que les deux dimensions coexistent chez un même individu. Cette tentative de réhabilitation d'un espace psychique dans la démence pourrait-elle ouvrir un espace de recherche et d'intervention différent, qui permettrait de porter une attention au dire de la personne atteinte de démence ?

La question a son importance car si depuis les années 70 les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont retrouvé, au sein des unités des CHSLD, un milieu de vie qui veut les réhabiliter comme individus politiques et sociaux, il n'en demeure pas moins que leur reconnaissance comme sujets demeure problématique. En effet, si les patients maintenant devenus clients ont droit à des services, à des traitements et à des soins, l'espace réservé à l'écoute de leur parole est minime. Ainsi, lorsque des personnes souffrantes de démence mélangent les événements, ressassent leur passé et confondent une personne avec une autre, cela est considéré d'emblée comme une conséquence de la maladie. Or, nos observations indiquent que, malgré la maladie, les personnes démentes ne répètent pas n'importe quoi, ne posent pas n'importe quel geste : elles reprennent plutôt des éléments signifiants de leur vie, de leur histoire et de leur parcours singulier. Que pourrait apporter l'élaboration d'une approche

³⁵ Voir, M. Péruchon, *La maladie d'Alzheimer. Entre psychosomatique et neuropsychanalyse. Nouvelles perspectives*, Paris, Hermann, 2011.

d'intervention prenant en compte le dire et le faire de ces personnes comme une composante du sujet plutôt qu'une simple conséquence de la démence ?

Cette nouvelle approche des personnes démentes, jumelée à l'influence du travail auprès des personnes démentes sur les intervenants³⁶ (lesquels seraient plus à risque de développer des symptômes s'apparentant à la démence), nous conduit à porter une attention particulière à la dimension de l'abjection et du transfert. Ces deux points constitueront le développement des chapitres 2 et 3 du présent essai.

En terminant ce chapitre, soulignons que, curieusement, le docteur Aloïs Alzheimer est lui-même décédé prématurément d'une affection neurologique dégénérative, au même âge que la patiente chez qui il a posé son premier diagnostic de démence.

³⁶ Voir, Douville, « Alzheimer : représentations des professionnels soignants », pp. 26-28.

-CHAPITRE II – ENJEUX ÉMERGEANT DE L’INTERVENTION CLINIQUE EN SOINS SPIRITUELS. Introduction à l’amour de transfert

Que le docteur Aloïs Alzheimer ait développé des symptômes analogues à ceux de sa première patiente est questionnant, voire surprenant, d’autant plus si l’on considère que les études d’Olivier Douville portent une attention, entre autres, sur la possibilité que les intervenants puissent ressentir des symptômes apparentés à ceux de leurs patients. Comme nous le montrerons dans le présent chapitre, cette identification aux symptômes n’est pas étrangère à la dynamique du transfert et plus particulièrement à l’amour de transfert, dont la prise en compte permet de tracer la limite de l’abjection suscitée par le contact avec les personnes démentes.

Ceci dit, il convient d’amener notre hypothèse pas à pas, car chercher à prendre en compte, dans une clinique auprès des déments, la dimension particulière de l’amour de transfert dans son rapport à l’abjection, est une tâche complexe dont il importe de préciser et de cerner les contours. D’autant plus que la prise au sérieux de la plainte des intervenants amène à considérer la dimension de l’abjection comme une dynamique en acte qui fait partie intégrante de la clinique des soins spirituels auprès des patients atteints de démences sévères. En fait, nous irions jusqu’à dire que l’amour de transfert avec les personnes démentes implique une dimension psychique et corporelle qui va

jusqu'à mettre en cause la vie psychique et spirituelle des intervenants, parfois même à leur insu.

L'objectif de ce préambule n'est pas d'élaborer sur les caractéristiques psychiques des cliniciens avec qui nous travaillons. De notre point de vue, une telle approche relèverait davantage de la curiosité, d'un voyeurisme narcissique³⁷ ou d'un égocentrisme mal placé. Notre approche consiste plutôt à se servir de ce qui a déjà été publié et à montrer comment la prise en compte de l'identification des intervenants avec leurs patients a été traitée par la recherche et comment elle interroge notre propre clinique auprès des patients atteints sévèrement par la maladie d'Alzheimer. Pour ce faire, nous proposons un parcours en trois temps.

Premièrement, il s'agira de tracer les enjeux éthiques et méthodologiques reliés à l'intervention spirituelle. Deuxièmement, nous poserons les conditions d'élargissement de la notion de transfert au champ de l'intervention en soins spirituels. Enfin, en tenant compte de l'aspect problématique de l'intervention en soins spirituels cliniques auprès des patients sévèrement atteints d'une démence dégénérative, nous développerons les jalons d'une éthique clinique orientée par l'abjection en jeu dans l'amour de transfert, ce qui nous semble constituer une étape nécessaire à l'établissement d'une trajectoire d'intervention clinique prenant en compte l'impact de l'abjection située à la limite du psychique, du corps vivant et du cadavre. Ces trois temps d'analyse permettront de mieux cerner l'intervention en soins spirituels auprès des patients atteints de démence sévère.

2.1 Enjeux éthiques et méthodologiques en intervention spirituelle

La littérature récente foisonne de travaux et de recherches axés sur la question de l'efficacité d'une clinique du vieillissement. Ces travaux proviennent de champs aussi divers que la psychiatrie, la psychologie, les soins spirituels, la psychanalyse et la neurologie. Ce que nous retenons de ce parcours de la littérature, c'est qu'il n'y a

³⁷ Voir, M. Safouane cité par C. Ivaldi, « Psychogériatrie : démences et turbulences », *L'infirmière magazine*, 238 (2008).

pas à l'heure actuelle de consensus sur l'efficacité d'une clinique du vieillissement. L'observation n'est pas nouvelle. Déjà, Freud et Ferenczi manifestaient leur réticence à entreprendre une cure analytique chez des personnes âgées, chez qui ils soupçonnaient une rigidification de la plasticité et de la malléabilité de l'appareil psychique³⁸. Cela dit, peu importe la question de l'efficacité du traitement des personnes âgées sur le plan analytique, le vieillissement de la population mondiale et le nombre sans cesse croissant de personnes démentes relancent la question de l'accompagnement de ces personnes. Notre perspective n'est pas de discuter de la possibilité d'un traitement analytique, mais plutôt de prendre en compte la dimension du transfert dans l'intervention clinique en soins spirituels. Pour cette raison, nous nous référerons essentiellement, mais non exclusivement, à une littérature issue du champ de la psychanalyse. À cet égard, il importe de mentionner que dans le champ de l'analyse, le transfert est une dynamique qui ne se comprend que dans une logique de l'amour :

On maintient l'amour de transfert, mais on le traite comme quelque chose de non réel, comme une situation par laquelle il faut passer dans la cure, qu'il faut ramener à ses origines inconscientes, et qui aidera forcément ce qui est le plus caché dans la vie amoureuse de la malade à accéder à la conscience et, par là, à être maîtrisé³⁹.

Nous y reviendrons plus en détail dans le troisième chapitre. Pour l'instant, soulevons seulement la question concernant la manifestation du transfert dans le champ de l'intervention auprès des patients souffrants de démence.

2.2 Les effets de l'abjection dans l'intervention spirituelle

L'abjection que peuvent susciter la vue des personnes atteintes de démence et la relation avec elles, à mesure que leur corps et leur conscience tombent en décrépitude, confronte les intervenants à une épreuve extrême. En effet, comment

³⁸ Voir, K. Mercier, « Fine ou sourde oreille : Les effets du vieillissement de l'analyste sur son écoute clinique et sa fonction thérapeutique », <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/oreille.htm>. Page consulté le 16 février 2014.

³⁹ S. Freud, *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2007, p. 136.

rester insensible à l'expérience de perte extrême vécue par les patients atteints de démence? Pertes langagières, néologismes, ratages linguistiques, ces différentes formes de pertes physiques, psychiques et cognitives des personnes démentes⁴⁰ revêtent une dimension in-supportable lors du contact que l'on a avec une personne qui semble tout perdre de son vivant. Curieusement, notre propre expérience de travail montre que, même en face de l'in-soutenable, plusieurs professionnels de la santé privilégient de faire d'une clinique de la démence une clinique de la censure : « [...] si, rebutés par l'abjection, nous censurons ce qui la concerne, nous ne pouvons rien savoir sur l'aliénation qu'elle provoque »⁴¹.

Selon nos recherches, seuls quelques rares cliniciens ont porté attention, sans en utiliser le terme, à la dimension de l'abjection et à ses répercussions pour le professionnel de la santé. Par exemple, le philosophe F. Gzil mentionne sa crainte, voire l'angoisse suscitée par ses propres réactions lors de ses contacts auprès des personnes démentes. Cette angoisse in-supportable conduit Gzil à prendre une décision radicale, celle de ne jamais intervenir seul auprès des patients déments⁴².

Pour sa part, O'Connor a vu ses fondements éthiques se modifier au cours de sa pratique auprès des personnes démentes. Après avoir initialement considéré sa pratique auprès des personnes démentes comme une clinique du désespoir et de la mort, ce qui suscitait chez lui fureur et mal-être⁴³, O'Connor a finalement fait une injonction éthique à partir de l'apriori selon lequel les personnes démentes sont empreintes d'une sagesse et d'un amour que les intervenants doivent découvrir pour ensuite se laisser éduquer par les personnes démentes⁴⁴. Ce retournement, écrit-il, lui permet de passer

⁴⁰ A. Quadéri & C. Védie, « Néologisme et maladie d'Alzheimer », *Annales Médico-Psychologiques*, 165 (2007), p. 680.

⁴¹ Cela dit, il importe aussi de souligner que dans certains cas, l'abjection peut s'inscrire dans une logique d'attirance. J. Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », *Perspectives Psy* 35/4 (1996), pp. 319-320.

⁴² Gzil, « Philosopher sur le terrain? Réflexions d'un chercheur en éthique appliquée », pp. 99-100.

⁴³ T. St. J. O'Connor, « Ministry Without a Future: A Pastoral Care Approach to Patients With Senile Dementia », *The Journal of Pastoral Care*, 46/1 (1992), pp. 8-10.

⁴⁴ O'Connor, « Ministry Without a Future: A Pastoral Care Approach to Patients With Senile Dementia », pp. 8-10.

d'une clinique du désespoir à une clinique de l'amour. Mais ce retournement n'est possible qu'en raison d'une logique de la loi divine qui vise, devant l'in-supportable, à produire une illusion plus grande que l'abject, mais forgée à même celui-ci, et à la faire fonctionner comme impératif éthique religieux fondé sur le modèle de la miséricorde et de l'amour du Christ.

Un autre clinicien, Klapp, soutient que, malgré l'anéantissement de la conscience chez les personnes atteintes de démence, Dieu continue de maintenir avec elles une relation d'amour, relation que les intervenants sont appelés à imiter⁴⁵. Il y a ici une reconnaissance de l'abject, mais sa charge affective, jugée impossible à soutenir, se trouve en quelque sorte transférée à Dieu, ce qui permet aux cliniciens de continuer à voir dans le patient atteint de démence une personne à part entière malgré son état. Cet exemple n'est pas isolé : nombre d'auteurs cherchent ainsi à discerner les signes d'une persistance de la relation d'amour, rendant possible l'élaboration d'un nouveau type de lien avec les personnes atteintes de démence⁴⁶.

Mentionnons ici le témoignage du psychanalyste Olivier Douville quant aux répercussions d'une clinique des personnes démentes chez les professionnels de la santé :

La première donnée, centrale aux gammes de représentations recensées, est que cette maladie fait peur. L'ensemble des personnes rencontrées parle volontiers de l'impact de la maladie d'Alzheimer dans la population générale et il leur semble que souffrir de cette maladie est l'une des façons les plus tristes, les plus inquiétantes ou les plus terrifiantes et absurdes de vieillir. La maladie est ressentie par la plupart des sujets de l'enquête comme l'expression la plus complète de la perte de soi, la plus radicale, la plus brutale, la plus cruelle. En effet, pour beaucoup, cette peur est aussi une peur de vivre leur propre vieillissement, comme le subissent les patients. La maladie d'Alzheimer, souvent définie comme une perte quasi totale de la capacité de se souvenir et de se représenter, est, elle-même, de l'ordre de l'irreprésentable⁴⁷.

Ainsi, toujours selon Oliver Douville, précisément pour se protéger des réactions suscitées au contact avec des personnes atteintes de démence, les soignants

⁴⁵ D. Klapp, « Biblical Foundations for a Practical Theology of Aging », *Journal of Religious Gerontology*, 15 (2003), pp. 71, 76, 81.

⁴⁶ A.L. Simmonds, « Dementia, My Father's Final Gift ! », *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 61/1-2 (2007), p. 136.

⁴⁷ Douville, « Alzheimer : représentations des professionnels soignants », p. 26.

préconisent une approche de la démence qui consisterait à soutenir l'in-soutenable en proposant une causalité et une symbolique aux maladies démentielles :

Il est nécessaire pour les soignants de supposer à ce patient, ou même de lui inventer, une vie psychique en amont, et de se laisser aller, dans ce fil-là, à imaginer une causalité à la maladie afin de trouver une meilleure distance avec le patient. C'est là qu'interviennent les fonctions défensives de représentations causales qui visent non pas à produire un supplément de savoir, mais à camper un scénario, une scène au sein de laquelle, au cours de laquelle, le patient peut être situé et hébergé. Ces représentations défensives visent à produire des unités de sens offrant une rationalisation permettant aux soignants de mieux vivre des mises en relation avec les patients⁴⁸.

Bien qu'intéressante pour la sauvegarde de l'équilibre de l'intervenant, cette approche qui consiste « à inventer une vie psychique » au patient est problématique⁴⁹ dans la mesure où elle constitue un déni de l'état actuel de la situation et laisse libre champ à l'intervenant de s'enfoncer dans une rêverie où l'imagination est sans limite, autrement dit d'introduire une conceptualité étrangère au récit des personnes démentes. Ici nous rejoignons tout à fait les travaux du psychiatre Jean Maisondieu pour qui il importe de ne pas sombrer dans un déni et de prendre le temps de mieux comprendre les effets et les impacts que peut avoir un travail clinique quotidien auprès de ces personnes⁵⁰. Dans le but précis d'articuler ce qu'il en est de l'abjection dans la clinique auprès des personnes atteintes de démence, Jean Maisondieu propose de tenir compte des sentiments opposés explicités par son travail clinique auprès des personnes démentes : l'attirance et la répulsion. Selon Jean Maisondieu, quoi qu'il en soit du langage courant, la clinique auprès des personnes démentes ne s'articule pas strictement dans une logique d'attirance (donc de séduction), mais aussi et surtout dans une logique de répulsion et d'horreur :

(...) le mouvement qui anime le sujet, éventuellement à son insu, est en sens inverse de celui du désir. Il ne s'agit pas d'aller vers l'objet, mais de s'en éloigner ou de le repousser.

⁴⁸ Douville, « Alzheimer : représentations des professionnels soignants », p. 27.

⁴⁹ D'emblée, Olivier Douville le mentionne : « Bien évidemment, tout cela ne va pas sans utopies, toujours nécessaires à condition de ne pas trop s'en faire la dupe. Le réel des processus déficitaires ou dégénératifs existe, et insiste ». Douville, « Alzheimer : représentations des professionnels soignants », p. 18.

⁵⁰ Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », pp. 319-320.

Le goût est remplacé par le dégoût, la pulsion par la répulsion et la convoitise par la nausée⁵¹.

À l'encontre de l'approche du déni trop souvent rencontrée dans les milieux de soins, il ne nous apparaît pas du tout opportun de taire les effets et les impacts d'une clinique de la démence chez les intervenants. Ceci, précisément parce que la recherche démontre que les effets et les symptômes ressentis par les cliniciens confrontés à des cas de démences graves contribuent à la création d'a priori et de principes qui guident inconsciemment leur clinique⁵². En fait, lorsque nous sommes confrontés aux limites de notre condition de vivant, en présence de personnes démentes inscrites dans un système symbolique de fin de vie difficile à intégrer dans un rapport signifiant, il appert que, devant l'abjection, la limite et la dimension symbolique sont nécessaires afin que les intervenants puissent véritablement accompagner ces patients. Le risque de ne pas tenir compte du rapport à l'*abjectus*, dans une clinique des personnes démentes serait de mettre à l'écart ces personnes singulières ou de les réduire à une logique de l'*abjectus*. En ce sens, comment prendre en charge la notion d'amour dans la dynamique transférentielle, sans pour autant la réduire à une illusion de beauté, de bonté, de sagesse, tout en tenant compte du versant de la haine et de l'abjection ? N'est-ce pas là un rapport à l'amour de transfert des intervenants en soins spirituels ? D'où vient ce désir de sauver à tout prix une relation, autrement dit le transfert, parfois même au prix de sa propre santé ?

2.3 De l'abjection à l'amour de transfert

La forme particulière de notre clinique en soins⁵³ spirituels se situe sur le plan de l'intervention courte et ponctuelle dont les modalités propres à l'intervention auprès des patients atteints de démence sévère sont toujours à cerner et à discerner. En ce sens,

⁵¹ Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », p. 320.

⁵² Il est assez questionnant aussi d'observer que le désir des cliniciens de vouloir maintenir une relation à tout prix se situe à l'inverse de celui des personnes démentes elles-mêmes qui refusent cette relation. Comme l'écrit Lauru, le choix de pratiquer avec tel type de patient a des échos sur l'amour de transfert du clinicien. D. Lauru, « Parlez, je vous écoute. Le temps de la consultation et de la psychothérapie pour un adolescent », *Enfances PSY*, 30/1 (2006) 56-70.

⁵³ L'étymologie de soin est « souci » et « reconnaissance ».

introduire la question de l'amour de transfert en soins spirituels en milieu de santé n'est pas évident, car cette notion est issue du champ d'étude de la psychanalyse, un champ distinct de celui des soins spirituels. Aussi, notre approche ne veut en aucun cas proposer une schématisation visant à réduire les soins spirituels à une cure analytique. Pour autant, nous ne pouvons pas faire comme si les soins spirituels n'étaient pas concernés par la psychanalyse et par les concepts propres à ce champ disciplinaire. En effet, comme le soulignait Sigmund Freud, bien que le transfert soit une notion issue de la psychanalyse, sa manifestation ne se confine pas exclusivement au domaine de la cure. Le transfert se manifeste dans un rapport à l'amour, à une idée, un enseignement, un objet, une personne, bref, il concerne le sujet parlant qui parle d'Autre lieu. Cela implique donc que les soins spirituels sont eux aussi concernés par le phénomène du transfert, puisqu'ils reposent sur une relation de soin où entrent en jeu l'autre, les croyances, les valeurs et le sens de la vie.

S'il paraît évident que la dimension de l'amour et du transfert questionne la clinique des intervenants en soins spirituels auprès des personnes démentes, certains auteurs émettent des réserves quant à l'élargissement de cette notion à d'autres champs que celui de la psychanalyse. Ainsi, d'après Assoun, « on a inventé la thérapie brève (préméditée) pour se débarrasser des ennuis du transfert »⁵⁴. Selon Cadéac et Lauru, il est vrai qu'un rapport de proximité s'inscrit plus rapidement en interventions ponctuelles puisqu'elles répondent à une urgence pulsionnelle ou du Moi ; cependant, en aucun cas, il ne s'agit pas de l'amour de transfert qui intervient après plusieurs années d'analyse⁵⁵. D'une part, les arguments de ces auteurs semblent assez faibles, puisque Jacques Lacan lui-même faisait des entretiens préliminaires où l'amour de transfert n'était pas ignoré. D'autre part, bien qu'il importe de distinguer le transfert analytique et la relation à caractère transférentiel qui surgit lors des soins spirituels, cette distinction ne vise pas le concept lui-même mais plutôt sur la gestion d'une telle relation. Une intervention ponctuelle ne peut pas provoquer le transfert comme le fait l'analyste dans une cure à long terme. Mais cela ne veut pas dire pour autant que le

⁵⁴ Assoun, *Le Transfert*, p. 20.

⁵⁵ B. Cadéac & D. Lauru, « L'entretien clinique au téléphone », *Le carnet PSY*, 121/8 (2007), pp. 23-24.

transfert est absent de la pratique des intervenants en soins spirituels. N'est-ce pas J. Lacan qui insistait sur l'importance des premiers entretiens en lien avec le transfert ? À trop vouloir réserver cette notion à la psychanalyse, nous prenons le risque de laisser les intervenants en soins spirituels sans repères sémantiques pour entendre et rendre compte de leur pratique. En effet, l'hypothèse de Quadéri et Védie est aussi à considérer : « Sans repère sémantique, le clinicien s'efface et classe hors-jeu (hors je) de sa compétence professionnelle la clinique du dément »⁵⁶. Le risque est alors qu'émerge la figure d'un clinicien en soins spirituels qui, à l'image de ses patients, se trouve sans parole, réduit à une liste de symptômes parlant à sa place, et rendu muet par l'abjection inhérente à son travail. Les symptômes et les difficultés rencontrés par les intervenants en soins spirituels pourraient-ils être la manifestation d'une demande d'amour que les cliniciens ne savent pas nommer et qui viendrait alors s'inscrire dans leur propre corps et esprit, au point de les conduire à s'identifier à leurs patients, parfois à leur insu ? Ne s'agirait-il pas d'une tromperie d'amour ?

2.4- Les enjeux cliniques de l'amour de transfert

Suivant ce constat, la question de savoir comment lire le rapport significant lacanien lorsque la parole ne peut plus se dire pour laisser entendre autre chose prend une importance capitale, car elle interpelle les intervenants en soins spirituels directement au lieu de ses propres principes. Un tel risque d'identification des intervenants aux symptômes des patients sans désir peut conduire à des intervenants sans désir, à une éradication du désir et, de plus, de réduire les personnes démentes à une logique de l'abjecte.

Pour cette raison, une clinique des personnes démentes questionne la notion d'amour de transfert, du moins sur le versant des cliniciens. Pour les patients atteints de démence, la situation est plus délicate. Que savons-nous réellement des effets d'une visite, d'une main tendue, d'une parole sur des personnes démentes ? Nous pouvons

⁵⁶ A. Quadéri & C. Védie, « Néologisme et maladie d'Alzheimer », *Annales Médico-Psychologiques*, 165 (2007), p. 682.

certaines interpréter des signes, comme les soubresauts du corps, ou les sons émis, mais cette interprétation ne semble rien dire des patients, puisque les composantes de l'amour de transfert ne semblent, à première vue, pas évidentes chez les personnes démentes et leur interprétation peut laisser place à des significations multiples, qui ne relèvent évidemment que de l'interprétation des cliniciens en soins spirituels. Faudrait-il pour autant sortir les cliniciens des chambres sous prétexte que les effets de leur intervention sur les patients ne sont ni quantifiables ni qualifiables, afin d'y introduire des objets transitionnels tels que, par exemple, le phoque proposé par le ministre Bolduc et les clowns de la ministre Blais⁵⁷? Certes non ! Car la logique à l'œuvre dans le discours de ces ministres paraît être une logique d'exclusion et d'abjection.

La conséquence d'une telle optique serait d'exclure sournoisement la relation possible au sujet en introduisant un objet transitoire. Il est vrai cependant que l'exclusion ou la mise à l'écart n'est pas synonyme d'abjection (bien que souvent les deux notions soient réunies, même si elles sont distinctes) parce que, dans l'acte d'exclusion, le sujet est seulement exclu d'un groupe en vertu de son acte, du *faire*, mais garde sa dignité d'une certaine manière, alors que dans une logique d'abjection, la personne perd son être propre⁵⁸.

Dans une logique des milieux de santé assujettie à des budgets de performance, un tel risque est toujours présent. Mais, et c'est précisément là que la notion de transfert devient majeure, si l'effet de l'amour de transfert en soins spirituels semble se situer exclusivement du côté des cliniciens, un transfert tout seul peut-il vraiment exister? Autrement dit, quel effet d'amour serait créé pour les patients déments si une clinique des soins spirituels inscrivait dans sa démarche l'amour de transfert, autrement dit, une clinique qui tiendrait compte du transfert et de sa composante d'abjection? Un tel a priori pourrait-il permettre de maintenir ouverte la possibilité que du sujet puisse

⁵⁷<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201204/04/01-4512519-des-bebes-phoques-electroniques-pour-divertir-les-aines.php>; <http://www.journaldequebec.com/2012/04/04/des-bebes-phoques-robotises>; <http://www.journaldequebec.com/2012/04/06/les-chasseurs-de-phoques-en-colere>; <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/251364/la-ministre-blais-prend-le-parti-des-clowns-dans-les-chsld>; http://www.drclown.ca/1.0/francais/chsld_lizotte.htm.

⁵⁸ Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », p. 321.

émerger d'une intervention en soins spirituels? Pourrait-il permettre d'ouvrir un espace où le patient n'est pas d'emblée campé dans une relation d'objet ouverte à diverses interprétations imaginaires possibles?

- CHAPITRE III – UN ESPACE CLINIQUE DIFFÉRENTIEL EN SOINS SPIRITUELS AUPRÈS DES PERSONNES ATTEINTES PAR LA MALADIE D'ALZHEIMER

Comme nous l'avons montré, la démence de type Alzheimer, par sa complexité et ses mystères, questionne l'amour de transfert et l'abjection. En effet, avec la vieillesse, le corps et l'esprit changent en eux-mêmes et deviennent vulnérables comme l'a constaté Freud lui-même, secoué par sa propre vieillesse⁵⁹. Il y a de l'inacceptable dans les pertes psychiques et somatiques qui viennent interférer avec le processus normal du vieillissement : dans la démence de type Alzheimer, le corps et l'esprit ne font pas que changer, ils subissent des altérations dégénératives irréversibles. La maladie d'Alzheimer est-elle un amour déchu?

Nous nous pencherons d'abord brièvement sur la notion d'amour de transfert selon Sigmund Freud. Ensuite, nous exposerons les pertes psychiques et corporelles telles que rencontrées dans une clinique de l'Alzheimer en soins spirituels. Ces deux points serviront de tremplin pour tracer une théorie de l'abjection dans son rapport à l'amour de transfert en soins spirituels.

3.1 L'amour de transfert selon Freud

⁵⁹ S. Freud, 1873-1939, *Correspondance*, Paris, Gallimard, 1979, p. 463.

Les textes de Sigmund Freud sur l'amour de transfert ne semblent pas donner une définition de l'amour proprement dit. En effet, les observations cliniques de Freud sont davantage orientées vers la structure amoureuse que vers l'amour de transfert. Un court rappel de la définition de l'amour freudien s'avère donc nécessaire afin d'y relever non seulement les enjeux du transfert, mais aussi de l'amour:

(...) nous n'en séparons pas toutes les autres variétés d'amours telles que l'amour de soi-même, l'amour que l'on éprouve pour les parents et les enfants, l'amitié, l'amour des hommes en général, pas plus que nous n'en séparons l'attachement à des objets concrets et à des idées abstraites. Pour justifier de l'extension que nous faisons subir au terme « amour », nous pouvons citer les résultats que nous a révélés la recherche psychanalytique, à savoir que toutes ces variétés d'amours sont autant d'expressions d'un seul et même ensemble de tendances, lesquelles, dans certains cas, invitent à l'union sexuelle, tandis que dans d'autres, elles détournent de ce but ou en empêchent la réalisation, tout en conservant suffisamment de traits caractéristiques de leur nature pour que l'on ne puisse pas se tromper sur leur identité⁶⁰.

Il y a lieu de souligner d'abord que l'amour freudien est décrit de façon plurielle, les variétés d'amours, bien que différentes en apparence, étant l'expression d'un seul et même phénomène. L'amour freudien ne se limite donc pas uniquement à la relation amoureuse, même dans sa dimension avec l'humain, mais comprend aussi le mouvement qui peut naître à partir d'« objets concrets » et d'« idées abstraites ».

Deuxièmement, l'amour de transfert, selon les textes freudiens, est défini en termes de relation. L'amour de transfert est un phénomène fréquent et régulier s'actualisant entre autres dans les revendications du patient à l'endroit du clinicien et qui se répète à chaque visite. L'amour de transfert a comme fondement le fait que dans le passé du sujet, il y a eu refoulement du désir, refoulement qui se manifesterait au présent dans la relation avec l'analyste sous forme de variétés d'amours. Selon cette interprétation, il y a une tromperie d'amour, une tromperie d'adresse dans la relation transférentielle, car le sujet en cause semble être occupé par une place tierce, un autre

⁶⁰ S. Freud, « Psychologie des foules et analyse du moi », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1983, pp. 150-151.

objet d'amour⁶¹, qui met en scène des effets de sujet à la fois chez le clinicien et chez le patient. L'amour de transfert, selon Freud, est « le plus puissant moyen adjuvant du traitement »⁶² dans la cure analytique, mais il est aussi très difficile à manier dans la mesure où il est en même temps le principal obstacle à la cure.

L'amour de transfert se révèle par diverses manifestations comportementales et surgit au cœur même du dire du sujet qui dit être amoureux de son analyste⁶³. La dimension d'amour en analyse « se manifeste par un "calage" : le sujet ne peut plus embrayer ni "enchaîner". S'il "sèche", ce n'est pas qu'il manque d'inspiration, c'est qu'il est sur-inspiré, à son propre insu, par un autre objet qui occupe et court-circuite ses pensées. L'analysant est confronté à un objet d'amour sur sa voie...qui lui coupe la voix »⁶⁴. L'objet d'amour en cause a des conséquences sur le contrat analytique :

« Il (l'analysant) se comporte comme en dehors de la cure, juste comme s'il n'avait conclu aucun contrat avec le médecin »⁶⁵. En fait, sous ce versant, « Le texte en serait : "Je t'aime, oublions (ensemble) l'analyse !" »⁶⁶. Paradoxalement, « Sa nocivité foncière réside en ce que le sujet s'estime guéri (par son amour). Phénomène remarquable : le sujet se croit désormais libéré de son symptôme, au moment même où il tombe sous l'emprise d'un symptôme encore plus virulent, qui a remplacé tous les autres et les représente en quelque sorte »⁶⁷.

Pour Sigmund Freud, si l'amour de transfert est une tromperie de l'amour, il n'est pas pour autant factice, c'est « un amour véritable » dont l'analyse permet de connaître les ressorts. Si l'amour de transfert est un phénomène que l'on retrouve évidemment dans les relations humaines de la vie quotidienne, Freud semble aussi

⁶¹ S. Freud, *Études sur l'hystérie*, « Pour une psychothérapie de l'hystérie », G.W.I., p. 309. Assoun, *Le transfert*, p. 46.

⁶² S. Freud, *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953, p. 54.

⁶³ S. Freud, *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, XXVII, G. W. XI, p. 456; Freud, S., *Remarques sur l'amour de transfert*, G.W.X., p. 307.

⁶⁴ Assoun, *Le transfert*, p. 28.

⁶⁵ S. Freud, *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, XXVII, G. W. XI, p. 457.

⁶⁶ Assoun, *Le transfert*, pp. 52-53.

⁶⁷ Assoun, *Le transfert*, p. 54.

établir une corrélation entre la naissance de cet amour et le processus de la cure. Cette assertion sera reprise par Jacques Lacan qui a mis en relief la relation à la demande d'amour que l'analyse instaure. Nous ne pourrions pas, dans le cadre de cet essai, développer la manière dont les travaux de Lacan ont permis de comprendre le rapport à l'amour, mais soulignons tout de même que, pour Lacan, toute cure met en jeu la dialectique du besoin, de la demande et du désir: « Le besoin est responsable du cri qui en lui-même n'a aucune signification. C'est l'Autre qui, entendant ce cri, lui donne valeur d'appel, appel qui donnera naissance à des demandes de plus en plus articulées. C'est dans la déchirure de ce qui s'est tissé entre le besoin et la demande que le désir peut s'ébaucher »⁶⁸. Sur ce terrain, le transfert se développe et, tout autant, l'amour vrai.

3.2 La dimension de perte dans la démence

Avant d'introduire la notion d'amour de transfert dans le champ clinique des soins spirituels et les conditions de l'élargissement de cette notion, il importe de rappeler que si, d'un point de vue médical, la démence dégénérative est comprise comme une maladie neurologique⁶⁹ ayant pour effet de produire un mouvement inverse de celui de l'apprentissage et de causer des pertes dégénératives et irréversibles d'ordre physique, psychique et cognitif⁷⁰, nous avons fait le choix, à l'instar d'autres chercheurs, de ne pas réduire la démence à une dimension purement neurologique. Pour réintégrer la place du sujet et lui ouvrir un espace de parole et d'acte, nous faisons l'hypothèse que l'intervenant ne peut pas faire abstraction de la dimension psychique et, plus particulièrement, des pertes psychiques en cause dans la démence.

Cette attention se justifie par la prise en compte, sous le versant analytique, de la dimension de l'inconscient. Dans cette perspective, un chercheur comme B. Verdon postule qu'il peut y avoir, chez le sujet atteint de démence, un rapport à la perte déjà présent dans le complexe œdipien qui est directement concerné par un renoncement et

⁶⁸ J. Lacan, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 617.

⁶⁹ Groulx & Beaulieu, *La maladie d'Alzheimer. De la tête au cœur*, pp. 47-48.

⁷⁰ Giannakopoulos, Hof, Michel & Boudras, « Vieillissement cérébral normal, troubles de la mémorisation et maladie d'Alzheimer : des lésions neuropathologiques à l'altération de la cognition », pp.67-68.

un désinvestissement de l'objet d'amour⁷¹. Pour sa part, Marion Péruchon y voit la possibilité d'un retour destructif à l'objet d'amour soit : « au besoin primaire de proximité fusionnelle, bref à la pulsion d'attachement »⁷². En fait, selon Marion Péruchon, la perte d'objet⁷³ pourrait déclencher une « dépsychisation »⁷⁴, une déliaison des instances psychiques. Ce qui serait en jeu dans le conflit topique⁷⁵ serait, entre autres, la perte du Moi⁷⁶:

L'instantané qui en résulte pour le dément est subordonné à un vécu d'angoisse majeure induite par la perte, donc l'absence d'objet interne et d'objet externe. En conséquence de cette dérobade des capacités de synthèse du moi, le dément ne sait plus qui il est, ni qui est l'autre. Qu'advient-il alors de son statut de sujet, dans la mesure où son langage n'est plus structuré par le symbolique et qu'il n'occupe plus sa place dans la singularité de son histoire? Le registre symbolique lui devenant progressivement inaccessible, le dément va subir l'attaque de la déliaison, corollaire des défaillances du processus secondaire. Un peu comme cela se produit dans la psychose, les mots sont alors traités comme des choses et surtout le patient perd sa capacité d'énonciation, du fait notamment de son impuissance à s'inscrire au cœur de sa propre histoire qui lui échappe et rend ainsi sa propre place, de sujet de l'énoncé, vacante⁷⁷.

Payan et Safouane constatent un effacement du sujet et une perte « des coordonnées de l'Autre »⁷⁸ chez les personnes atteintes de démence, autrement dit, un « dénouage » à l'intérieur de la chaîne signifiante et de la structure⁷⁹ du sujet jusqu'à une « ruine du langage »⁸⁰. Ce qui est mis en jeu ici, c'est le schéma L de Jacques Lacan⁸¹ qui permettrait, selon les auteurs consultés, au sujet de construire sa structure identitaire et l'unification du Moi et de l'Autre. Le schéma L permet au sujet un rapport à l'évolution dans la temporalité. Selon Payan et Safouane : « Ces "confusions" »

⁷¹ B. Verdon, « Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant », *Cahiers de psychologie clinique*, 23/2 (2004), pp. 45-55.

⁷² M. Péruchon, « Le déclin de la vie psychique à travers le Rorschach », *Psychologie clinique et projective*, 2 (1996), pp. 279-291.

⁷³ M. Péruchon, « Figures de l'hypercomplexité en gériatrie, ou du destin des forces de déconstruction et de construction », *Cliniques méditerranéennes*, 1/79 (2009), p. 95.

⁷⁴ Péruchon, « Le déclin de la vie psychique à travers le Rorschach », pp. 279-291.

⁷⁵ G. Le Gouès, « La psychanalyse tardive », *Champ psychosomatique*, 24 (2001), p. 48.

⁷⁶ A. Green, *Idées directrices. Pour une psychanalyse contemporaine*, Paris, PUF, 2002.

⁷⁷ Gardey, « L'atteinte des repères et des limites identitaires dans la démence sénile », p. 198.

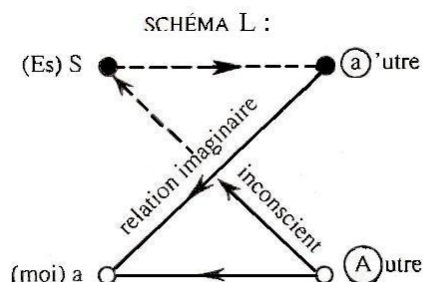
⁷⁸ Payan & Safouane, « Transfert et vécu du temps avec les patients Alzheimer », p. 120.

⁷⁹ Payan & Safouane, « Transfert et vécu du temps avec les patients Alzheimer », p. 121.

⁸⁰ Payan & Safouane, « Transfert et vécu du temps avec les patients Alzheimer », p. 121.

⁸¹ S. Leclaire, *Schéma L*, <http://malaguarnera-psy.wifeo.com/index-fiche-6028.html>, page consulté 13 avril 2013.

traduisent la perte des limites entre la réalité interne et la réalité externe que connaissent les patients déments, générant l'avènement d'un sentiment d'étrangeté »⁸².



Comme on peut le constater par leur prise en compte de l'inconscient, les approches psychanalytiques rendent possible la création d'un espace différent pour considérer la démence, un espace qui accepte de tenir compte du sujet et de sa demande, qui est toujours une forme de demande d'amour. Toutefois, en situant la dimension de perte intrinsèque à la démence tantôt sur le versant imaginaire et tantôt sur le versant symbolique, l'approche psychanalytique nourrit l'hypothèse selon laquelle le patient veut ou bien détruire le Moi ou bien détruire le sujet. Pour notre part, nous sommes d'avis qu'il est problématique de réduire la perte à une dimension symbolique ou imaginaire, puisque cela suggère une relation duelle où le transfert pourrait se produire sous l'un ou l'autre des versants de manière exclusive. Nous posons ici l'hypothèse, sur laquelle nous reviendrons, que ce qui semble en jeu, ce n'est ni exclusivement le versant imaginaire, ni exclusivement le versant symbolique, mais la structure même qui relie les deux dimensions à une troisième, soit le réel. Dans cette optique, ce serait le mouvement de l'amour entre les instances qui n'aurait plus de limite et qui serait à considérer dans l'intervention auprès des personnes atteintes de démence. Cette hypothèse ouvre un espace pour prendre en compte l'abjection dans la démence.

3.3 Amour de transfert et abjection

⁸² Payan & Safouane, « Transfert et vécu du temps avec les patients Alzheimer », p. 124.

Dans le cadre des citations psychanalytiques ayant servi à circonscrire le sujet de cet essai, nous n'avons pas explicitement trouvé le terme d'abjection mis en lien avec l'amour de transfert concernant la clinique des personnes démentes. La question qui se pose est celle de savoir comment prendre suffisamment au sérieux la condition des personnes démentes pour porter le rapport à l'*abjectus* jusqu'au savoir issu d'une situation d'amour de transfert, soit dans l'articulation même d'une clinique auprès des personnes démentes. Pourquoi introduire la dimension de l'abjection dans l'intervention auprès des patients atteints d'Alzheimer? La question est délicate, il ne s'agit pas de d'évoquer simplement et bêtement l'aspect moral, voire le dégoût que pourrait susciter la vue du corps et de l'esprit des personnes atteintes de démence sévère qui en sont au dernier stade de leur maladie. La dimension de l'abjection invite à une prise en compte de la démence dans une logique différente qui n'est pas sans lien avec l'amour et la limite. En effet, comme le mentionne le psychiatre Jean Maisondieu, le seul à notre connaissance à avoir introduit l'abjection comme paradigme dans l'intervention auprès des personnes démentes, dans l'abjection, ce qui est abject, c'est que le sujet devient un objet, un objet qu'il faut abandonner. Selon Jean Maisondieu, puisqu'il n'y a plus de distinction entre le sujet et l'objet, le sujet dément se prend lui-même en abjection comme un déchet dont il veut se débarrasser⁸³. Ainsi, dans cette perspective, une des dimensions à considérer dans l'intervention auprès des personnes atteintes de démence sévère concerne le rapport à la limite, rapport qui se manifesterait dans l'abjection. Nous y reviendrons. Pour l'instant, avant même de tracer les contours de l'abjection, il convient de mieux déplier l'amour de transfert, lieu d'où il est possible de prendre en compte l'abjection.

3.3.1 Le jeu symbolique de la demande d'amour comme point d'ancrage de l'intervention en soins spirituels auprès des personnes atteintes de démence

S'il est vrai, comme le soutient Sigmund Freud, que la *Liebesbedingung* (la condition d'amour et la cause du désir) s'articule à partir de l'histoire d'amour

⁸³ Voir, J. Maisondieu, *Le crépuscule de la raison*, Paris, Bayard, 2001.

singulière du sujet, d'un trait d'amour unique permettant une structuration et une organisation psychiques, la prise en compte du rapport à l'abjection en tant que dimension du sujet ne pourrait-elle pas orienter de nouvelles avenues cliniques notamment auprès des personnes atteintes de démence sévère? La question a son importance, d'autant plus si l'on considère qu'actuellement les politiques en milieu de santé insistent sur le traitement compris dans une stricte logique de réponse à un besoin, les soins spirituels n'y faisant pas exception! Or, en réduisant le besoin à une dimension biophysique, la clinique en soins spirituels ne laisse plus de place à la prise en compte de la demande du patient dans son rapport au désir et à l'amour. Or, comme nous l'avons mentionné, dans une perspective lacanienne, le désir s'ébauche dans la marge où la demande s'ébauche en besoin.

Cette perspective est d'une importance majeure car elle implique de prendre en compte le fait que l'être humain est un être désirant d'amour. De ce point de vue, la demande apparaît comme une articulation du besoin et du désir. Dans ce contexte, la demande adressée par le patient apparaît comme une non-demande puisque seul le besoin est pris en compte, non pas le désir. Bien souvent se dissimule derrière la demande une foule d'autres choses comme une réassurance, une demande d'aide ou bien encore une demande d'amour, comme le souligne Jacques Lacan : « Par l'intermédiaire de la demande, tout le passé s'entrouvre jusqu'au fin fond de la première enfance. Demander, le sujet n'a jamais fait que ça, il n'a pu vivre que par ça, et nous prenons la suite »⁸⁴. Considérant le statut particulier de la demande que la perspective lacanienne permet de mettre au jour, il convient de questionner la manière dont nous traitons les demandes des personnes démentes dans une perspective d'intervention en soins spirituels. En traitant la demande sous le seul angle du besoin, peut-il résulter autre chose de nos interventions qu'une privation du sujet, étouffé sous et par le poids de son besoin ?

⁸⁴ J. Lacan, *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 617.

La question revêt une réelle importance, car les demandes des patients atteints de démence peuvent rapidement devenir éprouvantes pour un personnel déjà débordé, en particulier lorsqu'elles s'inscrivent dans un rapport d'opposition. Ainsi, lorsque des patients refusent de s'alimenter, demandent à rentrer chez eux ou insistent pour aller se promener, la réaction première consiste souvent à les ramener à la réalité en leur signifiant qu'ils doivent s'alimenter, que le centre d'hébergement constitue désormais leur maison et qu'il ne leur est plus possible d'aller se promener. Prendre en compte le rapport à la demande et son lien avec la dimension de l'amour oriente une perspective différente qui consiste à ouvrir un espace de parole. Plutôt qu'un « vous devez manger », l'intervenant qui prend en compte la demande sera amené à formuler « pourquoi refusez-vous de manger ? », plutôt qu'un « votre maison est ici maintenant » l'intervenant sera intéressé à entendre la personne parler de ce qui lui manque de sa maison et ainsi ouvrir un espace pour que le désir de ce retour puisse se dire et être entendu.

En répondant d'emblée à la demande sous l'angle du besoin, le risque est de ne jamais parvenir à une ébauche du désir, un désir qui met en jeu l'amour. A cet égard, les travaux de Jacques Lacan insistent sur le fait que le désir amoureux prend naissance dans et à partir du manque dans l'autre, du manque à être⁸⁵. En effet, Jacques Lacan définit l'acte d'aimer comme étant ; « donner ce qu'on a pas à quelqu'un qui n'en veut pas »⁸⁶ L'amour est donc lié au manque : il manque toujours quelque chose, quelque chose ne peut pas être symbolisé et c'est précisément à partir de ce manque que l'amour devient possible. Un tel amour n'unifie pas, ne fabrique pas du « un », pas plus qu'il ne permet d'être à deux, il permet tout au plus de laisser advenir la nomination d'un sujet désirant.

Cette compréhension conduit à insister sur le fait qu'il n'y a aucun objet qui puisse répondre au double versant de la demande d'amour inconditionnel qui ne se réduit pas au strict besoin biophysique, mais qui met aussi en jeu le désir. Suivant

⁸⁵ Payan & Safouane, « Transfert et vécu du temps avec les patients Alzheimer », pp. 125-126.

⁸⁶ Jacques Lacan, *Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, p.279

cette considération, l'amour serait-il cette dimension qui peut permettre de nouer ou de dénouer les dimensions psychiques?

- CHAPITRE IV – SYNTHÈSE ET OUVERTURE

4.1- L'abjection de l'amour de transfert du point de vue des personnes atteintes de démence : un retour vers une compréhension différente de la démence

La prise en compte de l'amour de transfert dans l'intervention auprès des personnes atteintes de démence sévère conduit vers la dimension de l'abjection. L'abjection, selon Julia Kristeva, est une dimension du vivant qui met en jeu la limite :

Le cadavre (*cadere*, tomber), ce qui est irrémédiablement chuté, cloaque et mort, bouleverse plus violemment encore l'identité de celui qui s'y confronte comme un hasard fragile et fallacieux. Une plaie de sang et de pus, ou l'odeur douceuse et âcre d'une sueur, d'une putréfaction, ne *signifie* pas la mort. Devant la mort signifiée – par exemple un encéphalogramme plat – je comprendrais, je réagis ou j'accepterais. Non, tel un théâtre vrai, sans fard et sans masque le déchet comme le cadavre m'*indique* ce que j'écarte en permanence pour vivre. Ces humeurs, cette souillure, cette merde sont ce que la vie supporte à peine et avec peine de la mort. J'y suis aux limites de ma condition de vivant. De ces limites se dégage mon corps comme vivant. Ces déchets chutent pour que je vive, jusqu'à ce que, de perte en perte, il m'en reste rien, et que mon corps tombe tout entier au-delà de la limite, *cadere*, cadavre. Si l'ordure signifie l'autre côté de la limite, où je ne suis pas et qui me permet d'être, le cadavre, le plus écœurant des déchets, est une limite qui a tout envahi. Ce n'est plus moi qui expulse, « je » est expulsé. La limite est devenue objet.

En effet, l'étymologie latine du terme abjection inscrit cette dimension de limite dans le rejet. La préposition *ab* marque l'éloignement et *jacere* signifie jeter. *Abjectus* signifie d'abord et avant tout re-jeté. Il n'y a donc pas, dans l'étymologie latine, un

sens de dégradation morale ou de dégoût, comme on le retrouve ultérieurement dans de nombreux dictionnaires définissant l'abjection comme « le dernier degré de l'abaissement, de la dégradation morale », « rejeté moralement » ou « complètement méprisable ». L'abjection est ce qui concerne le statut du vivant qui n'est plus tout à fait un sujet, ni un objet; elle est à la limite du corps vivant et du corps cadavre.

Cette caractéristique de l'abjection correspond en partie à l'observation que nous faisons dans notre clinique auprès des personnes atteintes de démence sévère. En partie, car si l'abjection est bien une dimension qui concerne la limite, qu'elle met en scène ce qui dépasse les bornes jusqu'à l'extrême limite, qu'elle se situe à la frontière du dedans/dehors, du vivant/non vivant, aux abords de la limite/l'illimité, aux excès du juste milieu aristotélicien, en dehors des normes, d'une structure normalisée, des règles du jeu, elle met aussi en jeu ce qui est re-jeté, soit la dit-mention propre à l'amour. L'abjection est un mouvement, un mouvement de re-jet, un re-jet de la limite, et un tel rejet de la limite constitue la demande d'amour en tant que telle.

Si la perspective de Julia Kristeva tend à réduire la dimension de l'abjection à une dimension morale où la mort, et plus particulièrement le cadavre, font figure de summum de l'abjection, prendre en compte ses liens avec l'amour et plus particulièrement avec la demande d'amour n'est-ce pas ce qui pourrait permettre de ne pas enfermer les personnes atteintes de démence sévère dans un corps mort-vivant ? En effet, pour Julia Kristeva, « le cadavre m'*indique* ce que j'écarte en permanence pour vivre »⁸⁷, le cadavre nous confronte aux limites de notre condition de vivant d'où se dégage notre corps comme vivant⁸⁸. Or, en réintroduisant la dimension du réel de l'abjection dans l'intervention auprès des personnes atteintes de démence sévère, en acceptant de se porter à l'écoute de la dimension symbolique de la demande qui concerne le sujet et l'amour et où se noue l'abjection, pourrait-on ouvrir un espace de relecture différent? Autrement dit, la prise en compte de la dynamique de la demande des patients atteints de démence, dans son lien au sujet et à l'amour, pourrait ouvrir une voie de réflexion novatrice pour penser la maladie autrement que selon les logiques

⁸⁷ Kristeva, *Pouvoirs de l'horreur. Essai sur l'abjection*, p. 11.

⁸⁸ Kristeva, *Pouvoirs de l'horreur. Essai sur l'abjection*, p. 11.

neurologiques et génétiques, logiques qui ne prennent pas en compte la dimension psychique du sujet.

Dans la démence, l'histoire singulière du trait d'amour se réduit jusqu'à se faire silence, jusqu'à se dissoudre dans le fond anonyme du corps défaillant, pour laisser libre cours au manque à être, sans limite encore et *en-corps*. Dans cette perspective, nous en venons à postuler que l'abjection est ce qui permet précisément de *tomber en amour*, au sens le plus strict du terme : la démence en tant que chute de l'amour. Julia Kristeva semble viser juste lorsqu'elle affirme : « Il y a, dans l'abjection, une de ces violentes et obscures révoltes de l'être contre ce qui le menace et qui lui paraît venir d'un dehors ou d'un dedans exorbitant, jeté à côté du possible, du tolérable, du pensable. C'est là tout près mais inassimilable »⁸⁹. Mais, à notre avis, pour atteindre la véritable dimension de l'abjection, il importe aussi de souligner comment celle-ci met en cause la structure même du sujet dans son rapport au manque à être. Cette distinction est importante car, comme nous l'avons montré, avant même d'être un problème moral, l'abjection est un problème de structure qui met en jeu la limite. Suivant cette orientation, prendre au sérieux l'abject que donne à voir, à entendre et à sentir les personnes atteintes de démence sévère, nous amène à nous demander si ce qu'elles refusent n'est pas précisément la dimension d'amour de transfert, soit la demande d'amour proprement dite. En refusant l'amour, et donc aussi l'amour de transfert, il semblerait que les personnes démentes s'inscrivent dans un rapport à l'*abjectus* : elles ne demandent plus, elles ne demandent plus d'amour, elles ne demandent même plus rien : elles laissent place pleinement et entièrement au manque à être qui le cause comme sujet. Or, si la démence s'inscrit dans une dynamique de refus d'amour, qu'en est-il de la relation clinique ?

4.2- L'abjection en tant que structure de l'amour au centre de l'intervention

Cet essai se veut tout d'abord une inscription du clinicien dans une clinique de la démence et l'ébauche d'une théorisation de l'abjection et de l'amour à partir de la

⁸⁹ Kristeva, *Pouvoirs de l'horreur. Essai sur l'abjection*, p. 9.

clinique qui est la nôtre. Il semble important d'étudier de plus près les impacts de nos a priori conceptuels qui orientent, parfois à notre insu, notre intervention auprès des personnes avec qui nous œuvrons, par exemple le lien de causalité entre la maladie et le sujet : « (...) identifié à sa maladie, il perd l'altérité qui le fonde comme sujet, c'est l'œuvre surnoise de l'abjection. L'altérité non reconnue en tant que telle cesse de déranger : elle n'est plus que différence à supprimer en supprimant la maladie. Mais c'est au prix de la mort du sujet (...) »⁹⁰.

Les théories, si utiles soient-elles, demeurent le plus souvent des élaborations abstraites, insuffisamment fondées sur l'expérience clinique, relevant d'un savoir généralisant dont la portée pratique reste limitée. Elles risquent alors de produire une clinique savante, dans laquelle les notes au dossier et les constructions théoriques finissent par prendre le pas sur la parole des personnes atteintes de démence :

Les théories sont des abstractions, or, quasi par définition, les abstractions nient la vie en laissant de côté la réalité vécue. De ce fait, si nécessaires qu'elles soient en psychiatrie, elles sont également dangereuses et à manipuler avec précautions dans la pratique car la tentation est toujours plus grande de soumettre le patient au système qui rend compte du savoir sur lui plutôt que de mettre ce dernier au service du soulagement de sa souffrance. Par des théories qui, la négligeant, l'enrobent d'une science aveugle et aveuglante, l'abjection a une action particulièrement délétère. Privilégiant le vrai de la théorie par rapport à la vérité du patient, elle entretient en douce la chronicisation de la maladie, et, plus subtilement que des fers grossiers, enchaîne le patient à son aliénation⁹¹.

Les effets d'une telle orientation clinique mènent à confondre les patients déments avec l'abjection : « Ne faire d'un patient qu'un objet de soins dont on sait mieux que lui ce qui est bon pour lui et dont on interprète tous les mots et les comportements, c'est le tuer comme sujet précisément au nom de sa maladie »⁹². N'y aurait-il pas un double vice dans une telle logique?

En soignant les personnes démentes par une réponse stricte aux besoins perçus, sans même tenter d'entendre leur demande, ne les maintient-on pas dans une dimension

⁹⁰ Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », p. 321.

⁹¹ Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », p. 323.

⁹² Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », p. 323.

d'abjection contre laquelle elles ne peuvent que se battre à leur corps défendant? L'idée de vouloir le bien des personnes démentes ne camouflerait-elle pas implicitement une théorie de l'abjection : « Dans ce contexte, l'acharnement thérapeutique est à la mesure de la confusion entre résistance de la maladie aux traitements et résistance du patient à l'abjection mortifère de ceux qui voulant son bien, refusent de l'écouter »⁹³. Chose certaine, en réduisant ainsi la personne à des besoins au nom de sa maladie, nous ne parlons plus à une personne. Nous laissons des symptômes et des signes parler d'elle. En ce sens, la manière dont nos a priori conceptuels orientent l'écoute est d'une importance majeure puisqu'elle mène à un déplacement conceptuel :

En accordant trop d'importance à l'interprétation par rapport à l'écoute, nous avons peut-être perdu cette crédulité qui consiste à *"écouter davantage qu'à interpréter"*, mais nous sommes à l'inverse trop souvent amenés à *"interpréter pour ne pas écouter [...]"*⁹⁴.

En ce sens, le patient dément est parlé, car il s'inscrit dans la parole des professionnels de la santé et surtout de la famille des patients : le patient dément vit donc encore par un acte de parole et à travers la parole s'inscrit la trace du sujet d'où émerge un trait d'amour particulier et singulier. Le travail des intervenants n'est-il pas de reconnaître le vivant jusqu'à son dernier souffle?

La clinique auprès des personnes atteintes de démence sévère pose une question fondamentale en ce qui a trait à l'abjection. Si dans la vie quotidienne il est possible de soutenir que la mort constitue une limite, dans notre travail quotidien auprès des personnes démentes, le cadavre ou la mort ne relève plus de l'abject en tant que tel, en ce sens que la mort apparaît alors comme une délivrance bienfaitrice. La vue d'un corps vivant qui trace le sillon de l'abjection dans chacune des fibres de son corps et de son esprit n'est pas sans illustrer l'horreur fondamentale : le manque à être qui nous cause comme sujet.

⁹³ Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », p. 323.

⁹⁴ Maisondieu, « Jalons pour une théorie de l'abjection », p. 323.

Il importe ici d'être prudent car, si le manque à être du patient dément se manifeste dans une dimension d'abjection, cela ne veut pas dire que l'amour de transfert n'a pas de place dans l'intervention. Au contraire, cela montre la nécessité d'interroger de plus près les aléas de l'amour qui tendent à conduire le praticien à vouloir répondre aux besoins de l'autre. En effet, si, comme nous en faisons l'hypothèse, les patients déments sont précisément ceux qui chutent dans le jeu de la demande d'amour, que faisons-nous vraiment en répondant strictement à leurs besoins sans porter attention à la dimension subjective que met en scène la demande? Si, comme nous l'avons montré, toute demande est une demande d'amour, de par le fait même qu'elle met en scène une dimension symbolique mi-dite, en réduisant notre intervention à une réponse aux besoins, notre refus de l'amour ne contribue-t-il pas à notre insu à enfermer les personnes sévèrement atteintes par l'Alzheimer dans leur demande? Si, selon notre hypothèse, ce qui fait abjection dans une clinique du dément, ce qui est re-jeté, c'est l'extrême limite de la demande, que donnerait un transfert qui s'amorcerait en prenant en charge un rapport à l'amour, aux histoires d'amour, qui sont in-supportables et qui permettent, à l'insu même du dément, de tomber en amour ?

A cet égard, notre essai permet de postuler qu'une prise au sérieux de l'abjection dans son rapport à l'amour pourrait permettre d'ouvrir un espace différent, l'espace d'un nouvel amour, qui prend acte de l'abjection de manière structurante. S'ouvre alors un espace clinique pour qu'un amour nouveau s'inscrive, un amour qui saurait jouer du mouvement de sa propre limite, sans se réduire à une dimension mensongère et narcissique, mais qui révélerait quelque chose de la relation toujours ratée et le ratage sans cesse répété de l'Autre.

ANNEXE : Abjection et structure borroméenne

Nous proposons de situer l'abjection dans son rapport à la structure borroméenne, soit ce nœud particulier qui fait tenir ensemble le réel, le symbolique et

l'imaginaire⁹⁵ et qui permet de présenter des bouts de réels qui peuvent s'écrire à défaut de pouvoir se dire⁹⁶. Ainsi, nous proposons, à l'instar de la perspective lacanienne, de prendre appui sur le nœud pour que quelque chose de l'impossible se démontre⁹⁷. Cet impossible à dire, nous essaierons de le cerner en regardant de près la place qu'occupe l'objet *a*, soit cet objet cause du désir, cet objet du corps projeté vers l'extérieur dans un mouvement de re-trouvaille que Jacques Lacan et ses commentateurs situent au centre de la structure borroméenne. Pour aider la compréhension, voici une représentation du nœud borroméen⁹⁸ :

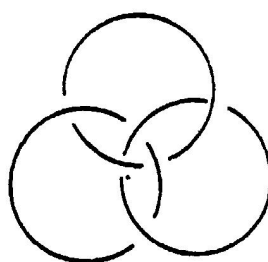


Figure 1

L'objet *a* est traditionnellement posé au centre du nœud, là où les trois registres, Réel, Imaginaire et Symbolique, forment un espace. Cette place de l'objet *a* assure le nouage des trois registres. On comprend les raisons de cette place si l'on tient compte du fait que l'objet *a* est défini par Jacques Lacan comme étant l'*agalma*, la chose précieuse de Socrate et le *palea*, le déchet rejeté⁹⁹. En ce sens, l'objet *a* lacanien est très près de l'abjection telle que nous la définissons, surtout si l'on considère que l'objet *a* n'existe que dans un rapport de mouvement de retrouvaille. Tout en étant conscients

⁹⁵ Le nœud borroméen semblerait être davantage une topologie de la parole singulière, d'un dire singulier que d'une structure ontologique et métaphysique, « le nœud borroméen n'est pas une définition du sujet comme tel d'un univers, [...] ma tentative n'a rien de métaphysique [...] c'est en tant qu'elle suppose un sujet que la métaphysique se distingue ». J. Lacan, *Les non dupes errent*, leçon du 14/5/74.

⁹⁶ J. Lacan, *L'étourdit, scilicet* 4, 1973, p. 39.

⁹⁷ J. Lacan, *Les non dupes errent*, leçon du 15/1/74.

⁹⁸ Le nœud borroméen se caractérise par le nouage de trois ronds ou plus qui ont la caractéristique de tenir ensemble par un nouage particulier. En effet, le nœud borroméen a la propriété de réaliser un lien entre trois registres, chez Lacan, l'Imaginaire, le Réel et le Symbolique, sans être enchainés. Une seule coupure d'un des trois anneaux, et peut importe lequel, suffit pour libérer les autres.

⁹⁹ Jacques Lacan, *Le transfert*, Paris, Seuil, 2001.

du raccourci épistémologique qu'une telle hypothèse implique et qui devrait être démontré dans une étude ultérieure, nous posons, dans le présent essai, que l'objet *a* pourrait être envisagé comme l'*abjectus*, au sens où nous l'entendons ici.

L'objet *a* est donc un objet cause du désir qui comprend dans sa structure même la brillance de l'*agalma* tout autant que le *palea*, le déchet, l'un pouvant devenir l'autre : ainsi, un déchet peut devenir précieux et ce qui est précieux peut être rejeté. Une fois à l'intérieur du nœud borroméen, l'objet *a*, bien que placé au cœur de la structure, est de fait hors structure. Ce qui fait la structure, ce sont les trois triskels qui se nouent de manière borroméenne. Pour cette raison, et parce que notre étude nous conduit à situer l'abjection comme une dimension structurelle du vivant, nous soulevons la question à savoir s'il est possible de situer l'abjection dans la trace même des abords du contour du nœud, ce qui aurait deux implications majeures.

Premièrement, l'*abjectus* (le triskel) sert de fondement au nœud borroméen. L'*abjectus* n'est pas encore le nœud, mais il en constitue la base, une constante qui concerne les trois écritures. En tant que tel, l'*abjectus* donne le départ, le go pour permettre d'autres inscriptions. Placer l'objet *a* en son centre impliquerait de considérer que l'abjection, ou l'objet *a*, est une structure interne, autrement dit, qu'elle se situe sur la face intérieure du nœud borroméen tandis que l'amour se trouve sur la bordure ou la surface extérieure. L'amour et l'abjection seraient donc les deux versants d'une même structure à deux faces. Une telle orientation de la structure topologique permet de constater que l'abjection est une structure de mouvement qui est concernée par l'amour et que l'amour concerne. Ainsi, si on ne prend pas en compte l'abjection, le risque est que le sujet tombe en amour. L'amour et l'abjection réunis au centre du triskel constitueraient-ils un seul et même objet manquant en rapport avec l'identification?

Deuxièmement, comme nous venons de l'évoquer, dans cette structure borroméenne, ce qui côtoie l'objet *a* (l'abjection) est la bordure. Or, cette bordure n'est-ce pas précisément la demande ? La demande, en tant que dit-mention symbolique, met

en jeu le manque, le désir et l'amour. En tant que telle, la demande serait ce qui limite structurellement l'abjection. Si, comme nous le soutenons, la demande borde à la fois l'abjection et l'amour, tomber en amour (« la chute d'amour ») oriente, sans limite, un dénouage extrême qui peut s'apparenter à ce que nous observons dans la démence, soit une demande symbolique qui s'inscrit jusqu'au cœur du corps vivant et le fait chuter inexorablement. Une telle perspective permet de poser la question à savoir si, avant l'émergence de la maladie démentielle, une relecture de la demande d'amour comme limite pourrait modifier quelque chose dans la chute inexorable du sujet dans l'abject encore et *en-corps* en ouvrant un espace pour que du désir puisse se dire et être entendu ? Cela conduirait à postuler que le désir intervient dans l'amour autant que dans l'abjection, voire qu'il en est un enjeu essentiel qui concerne moins l'objet aimé que le manque d'amour. Suivant cette considération, il y a lieu de se demander si la prise au sérieux de l'abjection dans son rapport à l'amour pourrait permettre l'ouverture d'un espace différent, l'espace d'un nouvel amour ? Une telle orientation implique de considérer que l'amour altruiste mis au centre de nos pratiques de soins comme un amour idéalisé, exalté, joue un double jeu : il peut ouvrir vers la vie comme il peut enfermer l'autre dans une fonction d'objet de soins, un objet cadavérique qui vient boucher le trou de la demande. Il reste donc à travailler sur ce que pourrait être un autre amour, un amour qui prend en compte l'abjection comme élément structurel et structurant.

BIBLIOGRAPHIE

- Amyot, J.-J., « Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD », *Gérontologie et société*, 1-2/128-129 (2009), 273-283.
- Assoun, P.-L., *Le Transfert*, Paris, Economica, 2006.
- Baldwin, C. & Capstick, A., *Tom Kitwood on Dementia*, Maidenhead, Open University Press, 2007
- Baraquin, N. et al., « Heuristique » dans : *Dictionnaire de philosophie*, 3^{ème} éditions, Paris, Armand Collin, 2005.

Berrios, G.E., « Dementia During the Seventeenth and Eighteenth Centuries: a Conceptual History », *Psychological Medicine*, 17/4 (1987) 829–837.

Cadéac, B. & Lauru, D., « L'entretien clinique au téléphone », *Le carnet PSY*, 121/8 (2007) 22-24.

Douville, O., « Alzheimer : représentations des professionnels soignants », *Le Journal des Psychologues*, 250 (2007) 26-32.

Freud, S., *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 2002.

Freud, S., « Sur la dynamique du transfert », dans : *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953.

Freud, S., « Psychologie des foules et analyse du moi », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1983.

Freud, S., 1873-1939, *Correspondance*, Paris, Gallimard, 1979.

Freud, S., *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Quadrige, 2013.

Freud, S., « Observations sur l'amour de transfert » (1915), dans *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1989.

Gardey, A.-M., « L'atteinte des repères et des limites identitaires dans la démence sénile », *Annales Médico Psychologiques*, 161 (2003) 197–202.

Giannakopoulos, P., Hof, P.R., Michel, J.-P. & Bouras, C., « Vieillesse cérébrale normale, troubles de la mémorisation et maladie d'Alzheimer: des lésions neuropathologiques à l'altération de la cognition », *Cliniques méditerranéennes*, 67/1 (2003) 67-74.

Green, A., *Idées directrices. Pour une psychanalyse contemporaine*, Paris, PUF, 2002.

Greenwood, D., « A Review of 'Dementia Reconsidered: The Person Comes First' », *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 1/1 (1988) 154-157.

Groulx, B. & Beaulieu, J., *La maladie d'Alzheimer. De la tête au cœur*, Québec, Logiques, 2005.

Guard, O. & Michel, B., *La maladie d'Alzheimer*, Paris, MEDSI/ Mc Graw-Hill, 1989.

Gzil, F., « Problèmes philosophiques soulevés par la maladie d'Alzheimer. Histoire, épistémologie, éthique », *European Journal of Disability Research*, 2 (2008) 182-190.

Gzil, F., « Philosopher sur le terrain? Réflexions d'un chercheur en éthique appliquée », *Interrogations*, 2 (2005) 99-108.

Homer, A.C. & al., « Diagnosing Dementia: Do We Get it Right? », *British Medical Journal*, 297 (1998) 894-896.

Ivaldi, C., « Psychogériatrie : démences et turbulences », *L'infirmière magazine*, 238 (2008).

Jouvencel, M. (de), Narcyz-Fadoul, F., Bourdon, C. & Masse, J., « Vieillir après un traumatisme crânien. Aspects neuropsychologiques et psychologiques », *Journal de réadaptation médicale*, 28 (2008) 53-58.

Kitwood, T. *Dementia Reconsidered. The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press, 1997.

Klapp, D., « Biblical Foundations for a Practical Theology of Aging », *Journal of Religious Gerontology*, 15 (2003) 69-85.

Kristeva, J., *Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection*, Paris, Seuil, 1980.

Lacan, J., *Les non dupes errent*, leçon du 14/5/74.

Lacan, J., « L'étourdit », *Scilicet*, 4, (1973) 5-52.

- Lacan, J., *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.
- Lauru, D., « Parlez, je vous écoute. Le temps de la consultation et de la psychothérapie pour un adolescent », *Enfances & Psy*, 30/1 (2006) 56-70.
- Le Gouès, G., « La psychanalyse tardive », *Champ psychosomatique*, 24 (2001) 45-55.
- Leclaire, S., *Schéma L*, <http://malaguarnera-psy.wifeo.com/index-fiche-6028.html>, page consulté 13 avril 2013.
- Maisondieu, J., *Le crépuscule de la raison*, Paris, Bayard, 2001.
- Maisondieu, J., « Jalons pour une théorie de l'abjection », *Perspectives psychiatriques*, 35/4 (1996) 319-324.
- Mercier, K., « Fine ou sourde oreille : Les effets du vieillissement de l'analyste sur son écoute clinique et sa fonction thérapeutique », <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/oreille.htm>. Page consulté le 16 février 2014.
- O'Connor, T. St. J., « Ministry Without a Future : A Pastoral Care Approach to Patients with Senile Dementia », *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 46/1 (1992) 5-12.
- Payan, S. & Safouane, A.M., « Transfert et vécu du temps avec les patients Alzheimer », *Topique*, 112 (2010) 119-129.
- Péruchon, M., *La maladie d'Alzheimer. Entre psychosomatique et neuropsychanalyse. Nouvelles perspectives*, Paris, Hermann, 2011.
- Péruchon, M., « Figures de l'hypercomplexité en gériatrie, ou du destin des forces de déconstruction et de construction », *Cliniques méditerranéennes*, 1/79 (2009) 91-101.
- Péruchon, M., « Le déclin de la vie psychique à travers le Rorschach », *Psychologie clinique et projective*, 2 (1996) 279-291.
- Quadéri, A. & Védie, C., « Néologisme et maladie d'Alzheimer », *Annales Médico-Psychologiques*, 165 (2007) 680-684.
- Quadéri, A., « La psychanalyse au risque de la démence. Le pari pascalien dans la clinique du dément », *Cliniques méditerranéennes*, 67 (2003) 33-52.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., (de) Leon, M.J. & al., "The Global Deterioration of Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia", *American Journal of Psychiatry*, 139 (1983) 1136-1139.
- Simmonds, A. L., « Dementia, My Father's Final Gift! », *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 61/1-2 (2007) 135-136
- Sixsmith, A., Stilwell, J. & Copeland, J., « 'Rementia': Challenging the Limits of Dementia Care », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12/8 (1993) 993-1000.
- Touchon, J. & Portet, F., *La maladie d'Alzheimer*, Paris, Masson, 2002.
- Verdon, B., « Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant », *Cahiers de psychologie clinique*, 23/2 (2004) 35-57.
- Zundel, M., « Le corps est une personne, nous avons à l'humaniser », Suite 2 de la 10^è conférence donnée à Timadeuc en avril 1973.
- Zundel, M., *Que dis-tu de toi-même?*, Lausanne, 3^è dimanche de l'Avent 1962.

<http://www.alzheimer.ca/french/media/adfacts2010.htm>.

Société Alzheimer du Québec, *Bulletin la mémoire*, juillet 2011, <http://www.societealzheimerdequebec.com/?mn=accueil>.

Démence sénile sur *Santeweb*. Consulté le 1^{er} septembre 2012.

<http://www.prnewswire.com/news-releases/brain-injury-may-more-than-double-dementia-risk-in-older-veterans-125728743.html>

<http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201107/18/01-4418900-un-lien-entre-traumatismes-cerebraux-et-maladie-dalzheimer.php>.

<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201204/04/01-4512519-des-bebes-phoques-electroniques-pour-divertir-les-aines.php>.

<http://www.journaldequebec.com/2012/04/04/des-bebes-phoques-robotises>.

<http://www.journaldequebec.com/2012/04/06/les-chasseurs-de-phoques-en-colere>.

<http://www.ledevoir.com/politique/quebec/251364/la-ministre-blais-prend-le-parti-des-clowns-dans-les-chsld>.

http://www.drclown.ca/1.0/francais/chsld_lizotte.htm.