



***36<sup>me</sup> journée de l'ARAGP, 19 janvier 2024***  
***Sens dessus dessous :***  
***Viellissement et sensorialité***

Dès le début de la vie, la sensorialité est présente ; elle est pour le sujet au plus près du corps, avec les spécificités de chacun. Elle s'inscrit d'emblée dans la relation, car elle est accueillie (ou pas), accompagnée (ou pas) par l'environnement parental. Si elle est pour partie tournée vers le dehors par les organes de perception externe, elle est aussi tournée vers le dedans du corps. Au fil de la vie, dans les meilleurs des cas, cette sensorialité s'élabore, s'affine, se psychise ; dans d'autres, elle ne parvient pas à s'organiser, à faire enveloppe, à soutenir les affects, la pensée. C'est sur fond de ce parcours que le sujet aborde la vieillesse, sans omettre les transformations de la vie, qu'elles soient « naturelles » (ménopause) ou accidentelles, ordinaires ou liées à une pathologie. Dans le vieillissement et la vieillesse, cette sensorialité, présente en partie en toile de fond, peut tout autant être effacée par des mécanismes de désinvestissement, que devenir envahissante ou désorganisée, en particulier dans les troubles cognitifs avancés. Cette journée de l'ARAGP explorera la sensorialité dans la clinique de l'âge tant du point de vue de celui-ci, quant à sa vie intrapsychique et intersubjective, relationnelle, que de celui des familles et des professionnels : comment le sujet âgé entre-t-il en relation, en contact ? Que font vivre la distance comme la proximité, dans la dimension maternante, entre dégoût et tentative d'érotisation ? Comment le corps dépendant est-il présent ou absent, ou présentifié ou absentifié dans la relation, ressenti et senti ? Comment, avec les sujets présentant des troubles cognitifs avancés, est-il nécessaire d'en passer par le sensoriel, dans une co-sensorialité ? Comment la scène du soin peut-elle venir relancer la liaison psyché-soma via la sensorialité, et à quelles conditions ?

**Ouverture** (p3)

**Jean-Marc Talpin**, psychologue, Professeur émérite, président de l'ARAGP

**Du début à la fin de la vie : la mémoire de forme de Tact-Pulsion** (p 6)

**Régine Prat**, Psychanalyste

**« Entre chien et loup, saisir les entre-corps" : une approche sensible du vieillir dans nos sociétés technicisées** (p 20)

**Carole Baudin**, Anthropologue sociale et ergonomiste

**Pour une clinique du sensible en gériatrie : un étayage pour la mise en travail des sens des soignés et des soignants** (p 42)

**François Maréchal**, PH gériatre

**A la rencontre de l'objet dans l'expérience de la maladie d'Alzheimer ; Rôles et limites de la sensorialité.** (p 56)

**Catherine Fourques**, Psychologue, Docteur en psychologie

**A plein nez, odeurs de fleurs fanées, de bière frelatée et de sarrasin** (p 67)

**Mireille Trouilloud**, psychologue, psychanalyste, docteure en psychopathologie

Exposition photos de Samuel Halbert « Sensorialités »



## Ouverture de la journée Jean Marc TALPIN

Comment vous sentez-vous, voyez-vous, entendez-vous... aujourd'hui ? Au chaud, au froid, à l'humide, au sec, ébloui par la lumière, gêné par le contraste des lumières, endormi encore, ankylosé ou dynamique, détendu après un parcours agréable, tendu par un ralentissement, un trajet pénible sur la route, bercé ou agressé par les bruits qui nous entourent, que nous faisons nous-même... ? Heureux des retrouvailles, des embrassades, des mains serrées, heureux ou embarrassé de la proximité d'un voisin, d'une voisine, du siège vide à côté de vous ? Bref, quelles sensations dans votre corps, peut-être aussi, un peu, dans votre tête, pour peu que vous y preniez attention ?

« La tradition veut qu' « au début était le verbe ». Je dis non ! « au début était l'émotion ». L'amibe qu'on effleure, ne parle pas, elle se rétracte, elle est émue. » écrivit L-F Céline dans une lettre du 9 juin 1959 à Henri Mondor (Gallimard 2013, cité par G. Pirlot L'affect et ses troubles de pensée).

Au commencement était quoi ? Le verbe, l'émotion, l'affect, le social, les autres parentaux, les sensations, le sensoriel, le tact-pulsion... ? Question ancienne posée d'abord par les philosophes, bien avant que les psy n'apparaissent, qui les ont reprises à leur manière, avec leurs concepts, en partant de Freud, en passant par E. Bick, W. Bion et D-W. Winnicott, D. Anzieu, et tant d'autres après eux, en appui sur la psychanalyse, la neurologie, l'observation éthologique... Question à plus d'un égard vertigineuse, à moins de la penser au pluriel plutôt qu'un singulier, au grès des nouages du sujet en devenir, du groupe familial. A moins d'en penser les articulations et, au fil de la vie, les éventuelles désarticulations et, pourquoi pas, réarticulations, par exemple en passant par certaines médiations thérapeutiques mobilisant l'archaïque de la sensorialité, telles la terre et le modelage ?

C'est la première fois que le thème de la sensorialité occupe la place centrale dans notre journée annuelle d'étude, même si bien sûr il fut présent en arrière-fond de présentations au fil des ans. Pensons en particulier à la 4<sup>ème</sup> journée, en 1987, A propos du corps, à la 15<sup>ème</sup>, en 2001, A fleur de peau, enveloppe et contenance, à la 17<sup>ème</sup>, en 2003, Corps et psyché,

comment vieilliront-ils ensemble. Pensons aussi à ce qui circula après les confinements, plutôt du côté du négatif, de la déprivation, entre autres sensorielle. S'il n'y a pas eu de journée spécifique sur ce thème avant, c'est sans doute en partie du fait d'un mouvement défensif chez nous et nombre de professionnels du champ du vieillissement vis-à-vis du toujours possible risque d'écrasement du vieux sur le bébé et, plus largement, de l'envahissement par l'archaïque, surtout ici, dans la culture psychanalytique lyonnaise. Nous avons fait voici quelques années le même constat quant au thème de la mort. Ceci témoigne de l'élaboration inachevable, mais en mouvement, des questions nées de la clinique du vieillissement, élaboration qui permet de démutiser certaines problématiques. A ceci participe l'accueil régulier au sein du bureau de l'ARAGP de nouveaux membres, ce qui permet un riche travail de transmission, de créativité et d'interpellation mutuelle.

Pour travailler et questionner la sensorialité au cours du vieillissement, normal et pathologique sous diverses formes, s'est, plus encore que pour les journées précédentes, imposé de faire appel à des intervenants qui pensent en appui sur différentes disciplines, sur différentes pratiques professionnelles. Si la psychanalyse demeure notre référence centrale, elle qui de diverses manières creuse les dimensions de la sensorialité, nous avons aussi fait appel à une anthropologue sociale ergonomiste, à un médecin gériatre ainsi, dans la tradition de nos journées, qu'à deux psychologues cliniciennes référées à la psychanalyse ou psychanalyste.

Afin d'amorcer cette journée, voici quelques questions presque en vrac, sachant que nous ne pourrions pas toutes les traiter, sachant que d'autres émergeront aux fils des conférences et des discussions, ainsi qu'au fil des déambulations devant les photographies que Samuel Halbert a conçues pour nous, au fil des feuilletages des livres proposés par la librairie Mangeurs d'étoiles, de Vaise.

Dans la vieillesse, qu'en est-il des aléas de l'archaïque, de l'infantile, de la construction de la sensorialité telle qu'elle s'organise à partir des appareils sensoriels somatiques ? Qu'en est-il des altérations de ces appareils sensoriels mais aussi de leurs effets dans l'après-coup ? Qu'est-ce qui se cache, se compense, est désinvesti, surinvesti ? Quels palliatifs singuliers mais aussi intersubjectifs, familiaux, groupaux ? Qu'en est-il de la sensorialité lorsque la pensée est altérée, lorsque la démence gagne du terrain : se défait-elle, devient-elle un lieu refuge, un nouvel investissement y compris dans la relation aux autres, pour autant qu'ils s'y prêtent ?

Quelle.s sensorialité.s des âgés, des familles, de professionnel.les ? Tandis que nous préparions cette journée, plusieurs d'entre nous ont partagé que l'expérience de la gériatrie avait d'abord été pour eux une expérience sensorielle désagréable tant sur le plan olfactif que sonore, voire visuel. Et que dire de ces souvenirs tactiles de bisous imposés aux enfants que nous étions lors de visites à des très âgé.es ?

Avant de donner la parole à Régine Prat, notre première conférencière, qui nous accompagnera ensuite tout au long de notre journée, je remercie au nom du bureau (Cécile et Cécile, Céline, Mireille, Solène, Julien) tous nos intervenants, et vous public et souvent collègues, qui avez répondu à notre proposition.

Lorsque le thème de notre journée fut fixé et que notre choix se fut porté sur Régine Prat comme intervenante principale, j'ai pris contact téléphoniquement avec elle. Sa réaction a d'emblée été des plus favorables, d'autant qu'à ce moment-là son nouveau livre, Tact-pulsion. La mémoire de forme de notre psychisme, était en voie de parution. Ce livre est dédié à Genviève Haag, ce qui n'est au fond guère surprenant tant celle-ci su aussi travailler le plus archaïque des sensations, en particulier lorsqu'elles sont, d'abord, désorganisées, ou plutôt inorganisées, de même que la pulsionnalité. Et puis, surtout, je l'entendis aussitôt de mettre au travail, me disant, toujours au téléphone, comment elle pourrait intervenir, les questions qui lui venaient... Je sais d'expérience que c'est toujours un très bon signe, cette pensée qui s'anime, se relance... et a eu le temps, depuis, de s'élaborer plus avant, entre modèle fondamental, issu de la clinique du bébé, de sa mère, de ses parents, et clinique des âgés.

# Du début à la fin de la vie : la mémoire de forme de Tact-Pulsion

Régine PRAT

Je vais partir de votre argument et non pas prendre le contrepied mais plutôt faire un contrepoint : je ne vais pas partir de la sensorialité mais plutôt de la pensée.

Je pars d'une définition de la pensée comme un « Ensemble des fonctions psychiques et psycho-physiologiques ayant la connaissance pour objet <sup>1</sup> » ; l'étymologie, issue du latin pensare, fixe le lien avec l'activité et plus spécifiquement dans une activité d'estimation sensorielle ; pensare : peser, apprécier, évaluer, ( ce qui est bien sur un raccourci des 2 pages de définition du petit robert, pour ne pas parler des milliers de pages de la philosophie, à laquelle la psychanalyse est venue ajouter son propre tribu), mais cela fixe une base : **l'origine de la pensée est d'abord dans le ressenti à partir duquel va se construire une connaissance.**

- a) Le dictionnaire Larousse la définit comme l'« Ensemble des processus par lesquels l'être humain au contact de la réalité matérielle et sociale élabore des concepts, les relie entre eux et acquiert de nouvelles connaissances. »

« **Au contact de la réalité matérielle** » ...si l'on se demande comment commence le contact avec la réalité matérielle, alors nous allons obligatoirement être conduits à nous demander comment commence la perception de cette réalité matérielle, c'est-à-dire la réalité du monde qui sera la base de la connaissance du monde. Je n'ai pas d'expérience des patients pour qui la question est de ne pas perdre, trop, trop vite, la connaissance du monde, et vous allez devoir transformer et adapter mes propositions théoriques issues de ma clinique à celles qui seront utiles pour votre clinique. Mais je pense qu'il ne s'agit pas d'une conversion ou traduction comme dans une langue étrangère mais plutôt d'un reticottage avec des mailles organisées différemment, avec la même forme, la même utilité.

---

<sup>1</sup>Définition du CNRTL Centre national de ressources textuelles et lexicales : « Créé en 2005 par le [CNRS](#), le CNRTL fédère au sein d'un portail unique, un ensemble de ressources linguistiques informatisées et d'outils de traitement de la langue ».

Je vais vous proposer de réfléchir à ce qui pourrait être « **penser avec le toucher** » ? La pensée en lien avec le toucher serait une forme de cognition corporelle, dans laquelle le corps et ses mouvements sont au centre du processus de perception et de compréhension de l'environnement.

- b) **Comment l'esprit vient-il au corps**<sup>2</sup> questionnait Geneviève Haag ; la conception de la vie psychique sur laquelle je m'appuie, et inversement vers laquelle je fais retour dans mon expérience clinique, est celle d'une **nécessité vitale de traiter les informations sensorielles**, c'est-à-dire les vécus corporels accessibles.

Ma démarche, telle qu'elle m'apparaît clairement maintenant avec un fil directeur rétrospectif, a été de chercher comment commence la vie psychique, la pensée. Avec en arrière-plan la préoccupation clinique, issue de mon travail avec des malades psychiatriques très graves, de comprendre ainsi comment revenir à une normalité entravée ou déviée par une organisation pathologique. S'intéresser à cette question suppose de remonter le temps : « comment » ça commence est indissociable de « quand » ça commence, car les premières expériences laissent des traces, qui vont déterminer des formes qui seront les creusets du développement de la pensée future.

Une précision, d'une certaine façon indécidable, est de savoir si on considère qu'il s'agit « déjà » de pensée, ou si on va parler de « protopensée », s'il s'agit « déjà » de conscience ou de pré ou proto conscience... Vous allez voir que pour moi il est important de considérer qu'il s'agit « déjà » de pensée, car **je m'intéresse à ce qui détermine une continuité, une persistance qualitative de la forme**, un invariant qui va nous permettre une approche thérapeutique non hiérarchisée. De la même façon où va-t-on mettre le curseur pour distinguer les formes de symbolisation, ou de représentation ? Je crois important de maintenir le terme de symbolisation qui rend compte du travail de transformation du psychisme et je ne parle pas de proto ou pré ou para symbolisation, c'est-à-dire des niveaux de symbolisation : de la même façon, le langage d'un enfant de deux ans est très différent de celui d'un agrégé de philo... mais nous considérons toujours qu'il s'agit de langage !

---

<sup>2</sup>Geneviève Haag, Comment l'esprit vient au corps : enseignements de l'observation concernant le premier développement et leurs implications dans la prévention pages 273 à 279 in Les liens d'émerveillement : l'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications dir Marie-Blanche LACROIX, Maguy MONMAYRANT Toulouse : Érès, 1995

Dans les propositions des psychanalystes, maintenant suivies par les scientifiques et chercheurs d'autres disciplines apparaît actuellement comme un consensus, que corps et esprit ne sont pas séparés, mais profondément intriqués l'un dans l'autre ; c'est montré, voire démontré, de plus en plus tôt, et je me suis donc intéressée à la vie à son origine, c'est-à-dire à la vie avant la naissance.

- **Penser l'origine de la vie psychique ne peut se dissocier de la question de l'origine de la vie sensorielle**

Le toucher est le premier organe des sens, ébauché très précocement dans l'embryogénèse : à partir de 8-9 semaines de développement fœtal les premiers récepteurs tactiles sont identifiés sur l'épithélium de la bouche et de la zone péri-buccale selon les embryologistes. Avant 8 semaines de développement fœtal, lors de la stimulation de la zone péri-buccale, il semble que l'embryon ait des réactions d'éloignement ; dans un 2ème temps il réagira à la stimulation buccale en effectuant des mouvements de la langue et de la bouche. Pour le moment il s'agit d'une hypothèse, insuffisamment étayée par la recherche en laboratoire ; des travaux sont en cours.

Entre 11 et 14 semaines, la même stimulation entraînera un rapprochement de la tête, et par la suite de tout le corps. Ainsi, entre 8 et 11 semaines, on passerait d'un « évitement » du contact, à une « recherche » du contact : première transformation, première marque d'un mouvement orienté : c'est donc selon moi le premier traitement « psychique » d'un éprouvé sensoriel.

Une caractéristique du toucher a des conséquences considérables pour l'ensemble du développement : le toucher est un **sens réflexif**, on ne peut toucher sans être touché dans le même temps. Si l'on pense que les traces s'inscrivent et génèrent une mémoire, ce qui peut s'étayer sur de nombreux travaux, on va alors considérer que l'expérience de toucher définit une forme primitive<sup>3</sup>, et cette forme inclut la rencontre. La dualité présence/absence du contact détermine un premier rythme que j'appelle le « tenu/lâché », qui va être l'organisateur

---

<sup>3</sup>Régine Prat : La préhistoire de la vie psychique : son devenir et ses traces dans l'opéra de la rencontre et le processus thérapeutique Revue Française de Psychanalyse n°1/2007 (je propose dans cet article la notion de « formatage » que j'ai ensuite remplacée par celle de « forme primitive », plus juste.

central de la vie à cette période. Cette première expérience sensible d'un monde découvert en termes de présence-absence constitue un modèle engrammé pour tout le développement

1. **La peau, dont le rôle** est connu depuis longtemps, peut être **mise en place de premier organe des sens** : le premier lieu de la rencontre avec l'autre se superpose à la recherche très précoce de la reproduction du plaisir.

« La peau est le premier organe des sens formé<sup>4</sup>[...] Mais elle n'est pas un organe localisé, elle est la base de tous les autres, qu'elle recouvre et qui se développent à l'abri de la peau. La peau... est le premier né de nos organes des sens et aussi le plus vaste de nos moyens de communication avec l'extérieur, puisque représentant une surface d'échange de près de 2 m<sup>2</sup> chez l'adulte. Si l'on en croit la loi énonçant que plus un organe se développe précocement, plus il sera fondamental, le revêtement extérieur du corps et le revêtement interne du tube digestif sont essentiels ; sensibilité tactile, sensibilité digestive ou respiratoire, toutes sujettes aux phénomènes allergiques (Wolf-Quenot, 2001, p. 137).

- **Le mouvement, contemporain et indissociable du début du toucher, est indispensable pour exercer la recherche active du contact.**

C'est ce qui permet de parler, non d'une simple dualité de fait dans la présence/absence, mais d'un « **jeu** » **actif**, cherchant à se reproduire et à faire varier ses paramètres.

Selon Piontelli, les premiers potentiels évoqués les plus précoces correspondent aux premiers mouvements spontanés à 7 semaines et demi d'âge gestationnel. A partir de ce moment, le fœtus commence à répondre à des stimuli provenant à la fois du dedans et du dehors de son corps.<sup>5</sup> « L'imagerie par ultrasons nous montre l'émergence d'un comportement indépendant dès 6 ou 7 semaines<sup>6</sup> ». Alessandra Piontelli rappelle que pour Prechtl, précurseur dans ce domaine (1989), dont les premières découvertes ont été confirmées par la suite<sup>7</sup>, les premiers

<sup>4</sup>Wolff-Quenot M.J. (2001), *In utero : mythes, croyances et culture*, Paris, Masson « Mais elle est plus qu'un organe, car elle est l'enveloppe de tout le corps fœtal et la limite des annexes (placenta, membranes). La peau est soumise à différents stimuli et ne bénéficie d'aucune protection externe. Par contre les autres organes des sens se développent à l'abri (de la peau) : l'épithélium olfactif est au fond des narines obstruées par un bouchon. La langue dans la cavité buccale. L'oreille interne protégée par un bouchon auditif. L'œil abrité derrière des paupières soudées. »

<sup>5</sup>The timing of the earliest evoked responses was seen to correspond closely to the first spontaneous movements at 7.5 weeks gestational age. Therefore by that time the fetus begins to respond to stimuli coming both from the inside and the outside of its body

<sup>6</sup>« Ultrasonic imaging shows us the emergence of independent behaviour at as early as six or seven weeks »p.233 traduction personnelle in Alessandra Piontelli *From Fetus to Child: An Observational and Psychoanalytic Study*. Edit Kindle

<sup>7</sup> *Studies in Fetal Behavior: Revisited, Renewed, and Reimagined Broché - 20 juillet 2015*

mouvements visibles sont repérés vers 7 semaines et demie, et consistent en flexions et extensions de la colonne vertébrale qui entraînent des déplacements passifs des bras et des jambes.

Piontelli estime que « **la proprioception<sup>8</sup> est une sensation sous-estimée chez le fœtus humain** »<sup>9</sup>, alors qu'elle est fondamentale pour fournir des informations sur les positions relatives, les mouvements partiels du corps et la force et la nature du mouvement. Il s'agit d'un mécanisme de feedback qui donne des informations permettant en retour des ajustements. Prechtl qualifiait les mouvements du fœtus de « souples, gracieux et élégants<sup>10</sup> », ce qui n'est possible qu'à partir des informations proprioceptives.

A 10 semaines il y a des contacts mains-visage, des étirements, des bâillements, l'ouverture de la mâchoire et des mouvements de la langue ; à 12 semaines des contacts mains-bouche, des fins mouvements des doigts et des mouvements de succion et de déglutition : à 15 semaines «le fœtus dispose déjà du répertoire complet des mouvements qui seront observés après la naissance<sup>11</sup>». On peut même aller un peu au-delà : si l'on regarde à l'échographie les saltos et triple salto arrière que font les fœtus à cette période lorsqu'ils ont encore suffisamment de place, il est clair que ce ne sera pas un mouvement observé après la naissance.... C'est une capacité bel et bien perdue, que seuls pourront retrouver ceux qui feront un entraînement intensif d'acrobates de cirque !

On observe des mouvements de protrusion de la langue vers 16 semaines ; ils vont être plus marqués vers 23-25 semaines, et les fœtus vont se livrer à des explorations de léchage et suçotement des éléments de leur environnement, cordon, placenta, mais également beaucoup de leurs mains. Les enregistrements d'échographies montrent l'importance de ses activités exploratoires : suçage du pouce, mais également exploration des parties du corps, les mains touchent le visage, des parties du corps, les pieds qui sont proportionnellement très grands et dont la plante est très innervée (les bras du fœtus sont proportionnellement plus longs et le fœtus peut attraper ses pieds). « On peut supposer, dit Piontelli, (p115) que **nous commençons à construire un sens global de notre corps dans l'espace à partir des formes variées de mouvement** ». Les stupéfiantes observations d'échographies anténatales,

---

Édition en Anglais de [Janet A. DiPietro](#) (Auteur), [Kathleen A. Costigan](#) (Auteur), &

<sup>8</sup>La proprioception est le sens qui permet à notre corps de percevoir la position de ses différentes parties, ainsi que leur mouvement et leur effort musculaire.

<sup>9</sup>Piontelli last 15 weeks p 115

<sup>10</sup>Prechtl, H. F. (1984). Prenatal and early postnatal development of human motor behavior. In Handbook of physiology (pp. 1055-1065). American Physiological Society.

<sup>11</sup>Ibid. « the fetus has already the full repertoire of movements which will be found in the neonate » p.29

démontrent que in utero nous avons affaire à des comportements complexes organisés, soutendus par des différences individuelles très importantes, permettant de parler de personnalité fœtale : A. Piontelli considère que « dès le moment où le fœtus commence à avoir des expériences sensorielles il semble manifester des préférences et réactions hautement individuelles ».

- a) L'échographie du « fœtus au ballon » montre un fœtus de 15cm à 3 mois et demi, « jouant » à attraper et lâcher, un caillot sanguin, résultant d'une amniocentèse : On observe des mouvements de la main palpant le « ballon » qui est ainsi placé devant le visage puis posé sur les genoux et repoussé par les jambes. On assiste à ce « jeu de ballon » répété pendant tout le temps de l'observation<sup>12</sup> » (Farges, 2007, p.22).
- b) Alice est ainsi décrite par l'échographiste à 24 semaines de développement embryologique : Maintenant sa main est près de sa tête, touche son visage... revient vers la paroi...revient vers le visage...puis vers la paroi...à nouveau vers le visage... vers la paroi...Peut-être peut-elle ressentir la différence...ça c'est moi, ça ce n'est pas moi, moi, non moi...elle bouge tous ses doigts un par un, le pouce l'index, le medium, l'annulaire, le petit doigt. La maman rit et dit que son mari aime jouer du piano<sup>13</sup> ». (Piontelli, 2003, p. 128)

Dans son temps de vie prénatale, le bébé va passer l'essentiel de son temps de veille à des activités d'exploration de son environnement et de lui-même.

2. **Mon hypothèse centrale est que la dualité présence/absence du contact détermine un premier rythme que j'appelle le « tenu/lâché » : cette première expérience sensible détermine une forme qui sera organisatrice pour tout le développement psychosensoriel ultérieur, sur la base d'un monde découvert par le toucher, en termes de présence-absence, expériences d'activité que réalise le bébé et qui génèrent une conscience de son « agentivité », et de lui-même**

Ainsi, la **dimension de jeu dans le « tenu-lâché » se déploie dans le « style » de ce jeu** : les préférences individuelles sont marquées, certains bébés sont accros au placenta, traité comme un coussin dans lequel se blottir, ou un sein-objet à sucer ; d'autres sont passionnés des

---

<sup>12</sup>Farges F. (2007), Le fœtus au ballon : Contribution à l'étude du passage du fœtus au nourrisson Dans *Cahiers de PréAut* 1 (N° 4), pp. 19-28.

<sup>13</sup>Piontelli ibid

activités de tirer le cordon, ce qui aboutit du reste à l’allongement du cordon, dont la longueur n’est pas anatomiquement fixée. Ces différences individuelles apparaissent dès le début de la vie sur la base du tenu-lâché. Nous avons donc avant même la naissance un ensemble d’expériences maturatives, d’exploration du monde et de soi-même, qui à l’intérieur d’un modèle commun développemental génère des différences individuelles très importantes : certains fœtus ont des activités récurrentes préférentielles.

3. **La compréhension du mécanisme de la transmission** est encore largement une énigme, de l’aveu même des spécialistes : « Il y a pour le moment un décalage entre les données d’observation et les données anatomiques... » qui en somme ne permettent pas d’expliquer ce qu’on voit ! : « les fibres nerveuses se développent dans la moelle épinière du fœtus à partir de 8 semaines. Ces fibres sont toutefois spécialisées pour le contrôle des mouvements et certains aspects du toucher ou de l’impulsion du corps ou du positionnement d’un membre ...A 13 semaines, un sillon ou une rainure apparaît de chaque côté du cerveau, qui fait partie du cortex insulaire vers 15 semaines, une région clé impliquée dans l’expérience des stimuli externes, y compris la douleur. Malgré cela, le cerveau du fœtus est encore largement lisse à 26 semaines. La croissance massive du cerveau après 34 semaines entraîne rapidement les plis et les caractéristiques de surface caractéristiques du cerveau plus mature<sup>14</sup> ».
4. L’étude menée par Di Pietro et ses collègues en 2016 suggère que **les mouvements fœtaux pourraient jouer un rôle clé dans le développement du cerveau**. Les chercheurs ont enregistré les mouvements fœtaux chez 19 fœtus à différents stades de la grossesse, en utilisant une échographie de haute résolution. Ils ont également enregistré l’activité cérébrale des fœtus à l’aide d’un électroencéphalogramme (EEG). Les résultats ont montré que les fœtus qui bougeaient plus avaient une connectivité cérébrale plus avancée que les fœtus qui bougeaient moins. En d’autres termes, les mouvements fœtaux semblaient stimuler le développement des réseaux neuronaux dans le cerveau en développement. Les chercheurs ont également noté que cette relation entre les mouvements fœtaux et la connectivité cérébrale était la plus forte à la fin du deuxième trimestre, ce qui suggère que c’est à cette période que **les mouvements fœtaux pourraient être les plus importants pour le développement du cerveau**.

---

<sup>14</sup>Fetal Awareness: Review of Research and Recommendations for Practice Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

5. Des études expérimentales ont pris en compte les mouvements des bras et des mains vers le visage entre la 19<sup>ème</sup> et la 35<sup>ème</sup> semaine<sup>15</sup> : la moitié des mouvements est dirigée vers la bouche ; mais plus intéressant dans la perspective d'une possible représentation, est le fait que les fœtus commencent à ouvrir la bouche avant le contact avec la main, marquant ainsi une anticipation et la représentation de la séquence complète de mouvement. Une autre étude a montré l'allure différente des mouvements vers les yeux et la bouche – leur profil cinématique- ainsi que leur calendrier développemental : en moyenne cette différence apparaît vers 22 semaines de développement fœtal ; mais lorsqu'il s'agit d'une grossesse gémellaire, les profils se différencient à 14 semaines. Selon le chercheur, cela « pourrait montrer la précocité des premières formes d'interaction sociale<sup>16</sup> ».
6. On peut alors faire l'hypothèse que l'interaction, le fait **d'être au contact d'un autre qui réagit en retour, est une formidable stimulation à penser**, ou, pour reprendre le vocabulaire piagétien, à développer des schèmes sensori-moteurs, qui en constitueront les éléments de base.

**L'étayage du développement sensoriel sur la forme primitive du toucher permet de faire remonter au début de la vie l'organisation d'un modèle, que l'on pourrait dire précurseur du fort-da.** (le fort-da, également décrit comme « jeu de la bobine <sup>17</sup>», est la description qu'a rapportée Freud du jeu de son petit-fils de 18 mois faisant apparaître et disparaître une bobine, qu'il a interprétée comme symbolisation, élaboration, des alternances de présence-absence de sa mère.)

Au fur et à mesure du développement de ses capacités et de l'élargissement de ses informations sensorielles, le bébé va être plus actif dans le traitement des événements et dans la construction des fonctions psychiques correspondantes. Ainsi il va **passer de la perception de présence-absence du contact, à des jeux actifs de tenu-lâché**, à tenir et lâcher, prendre et jeter, mettre-dehors/mettre-dedans, qui contiennent et construisent les concepts d'intériorisation/projection. En explorant les cavités, avec le pouce en bouche, mais également avec les activités de la bouche, lors de l'exploration de la langue et du palais,

<sup>15</sup>Myowa-Yamakoshi, M., Takeshita, H. (2006). Do Human Fetuses Anticipate Self-Oriented Actions? A Study by Four-Dimensional (4D) Ultrasonography. *Infancy*, 10, 289-301.

<sup>16</sup>Stefania Zoia, Giuseppina D'ottavio, Laura Blason, Marina Biancotto, Maria Bulgheroni, Umberto Castiello Développement De L'action Planifiée Chez Le Foetus Humain Necplus | « Enfance »2012/1 N° 1 | Pages 9 - 23

<sup>17</sup>Freud, S., (1923a), Au-delà du principe de plaisir in *OCF XV* ;p.284-285

déterminant une perception de forme de cavité, on peut penser **qu'il construit au fil de ses expériences, un concept de dedans/dehors, de moi/non-moi et la base d'un schéma corporel** constituant les fondations d'un sens du soi propre.

7. Quelle **conscience** peut-il avoir de ce qui se passe en lui ? nous sommes évidemment dans un domaine extrêmement spéculatif...mais qui s'ouvre depuis quelques années à la recherche scientifique, dans différentes approches.

En 2020 un nouveau mot est entré dans le dictionnaire Larousse : **Sentiencie** (du lat. *sentiens, ressentant*) : pour un être vivant, capacité à ressentir les émotions, la douleur, le bien-être, etc. et à percevoir de façon subjective son environnement et ses expériences de vie.

*La perception se trouve désormais sortie de son seul repérage neuro-anatomique pour être associée à la subjectivité, l'identification du sujet : la question n'est plus seulement qu'est-ce que je perçois et comment ? mais qu'est-ce que JE en fais, qu'est-ce que ça ME fait ? La conscience perceptive, sentiment même de soi de Damasio, fait l'objet de nombreuses recherches et ouvre la voie à des connaissances encore insoupçonnées il y a peu.*

Penser en termes de forme donnée par l'expérience du tenu-lâché signifie que le monde, enrichi par les autres modalités sensorielles, va également être traité sur le modèle déjà opérationnel, c'est-à-dire un mode présence/absence déterminant à la fois une rythmicité et un territoire : un mode de connaissance temporel et spatial.

- **La transmodalité est un point fondamental dans ma proposition : la forme issue du toucher va être transférée aux autres sens.**

La transformation est permise par le mode de perception transmodal (amodal ou synesthétique) : capacité de convertir un mode sensoriel dans un autre, un son en image par exemple. Cela va permettre d'éprouver dans une modalité sensorielle différente, mais équivalente à la sensation initiale. Ainsi, on peut penser que les jeux de toucher, d'exploration par le fœtus de sa tête et de son visage, qui sont parmi les premiers mouvements que l'on va pouvoir observer, vont lui permettre de dégager une forme, et de former une représentation : il peut percevoir des différences, des distances et les faire varier. L'odorat est légèrement postérieur au toucher, et on peut penser que dès le départ il y a des liens de transmodalité ; je renvoie aux travaux de Vittorio Bizzozzerro, sur lesquels je me suis beaucoup appuyée au début de mes recherches sur ces sujet<sup>18</sup>.

Je vais seulement donner deux exemples, saisissants à mon avis :

<sup>18</sup>Bizzozzerro V. : Le processus prépsychique Rev. Franç. Psychana/., 5/2004

- c) Marisa López-Teijón a mené une étude publiée en 2015 dans la revue *Ultrasound* sur **l'audition** de musique intravaginale et son effet sur les expressions faciales fœtales. L'étude a été menée auprès de 100 femmes enceintes entre la 14<sup>ème</sup> et la 39<sup>ème</sup> semaine de grossesse, et les résultats ont montré que les fœtus exposés à la musique intra-vaginale avaient tendance à afficher des expressions faciales plus positives que les fœtus non exposés. Elle montre que la perception des sons est beaucoup plus précoce qu'on ne le pensait. Elle a mis en évidence des réactions des fœtus de 16 semaines (âge auquel l'oreille interne est pleinement développée) à des musiques émises directement dans le vagin : les fœtus réagissent par des mouvements d'ouverture de la bouche et en particulier de large protrusion de la langue, qui vont accompagner toute la durée de la présentation musicale (à la différence des présentations externes sur la paroi abdominale, ou d'émissions internes seulement vibratoires qui n'entraînaient aucune réaction). La réactivité du fœtus montre sa participation, et vraisemblablement sa participation émotionnelle, en utilisant le répertoire expressif à sa disposition à cet âge si précoce. Lors de l'exposition à la musique, « Partita pour flûte seule de Bach », (et non des bruits ou vibrations, ni des sons externes) à peu près 50% des fœtus ont réagi, de manière frappante et caractéristique, en ouvrant largement la bouche et en tirant la langue aussi loin qu'ils le pouvaient. Les photos sont très impressionnantes (et disparues du site ???).
8. Si on prend en compte les modes de correspondance organisés entre divers modes de perception, on pourrait y voir l'accompagnement en « touchant » le son avec la langue, et même plus spécifiquement en « cherchant » activement à toucher le son, peut-être en l'avalant ou le suçant, en tous cas avec une expérience autour de « prendre dedans », organisé autour du sensoriel déjà connu : "dans la bouche » devient équivalent à « dans les oreilles » et constituerait un bon exemple de perception transmodale

- d) **La vision** va être le dernier sens à se développer mais les paupières sont défusionnées à partir de 24 semaines et au 7<sup>ème</sup> mois il y a clairement des mouvements de suite oculaire. In-utero le bébé est intéressé par les mouvements de lumière externe.<sup>19</sup>

Le Professeur Vincent Reid, à l'Université de Lancaster, a conduit une recherche qui fournit des éléments pour penser que le bébé dans l'utérus maternel préfère regarder des visages

<sup>19</sup>[www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-4583810/Babies-learn-human-faces-WOMB.html](http://www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-4583810/Babies-learn-human-faces-WOMB.html)

plutôt que tout autre stimulus. Tout comme le nouveau-né, le fœtus a une très faible acuité visuelle. S'appuyant sur le fait que le nouveau-né préfère regarder des points lumineux disposés comme les yeux et la bouche d'un visage humain, les chercheurs ont présenté des points lumineux organisés comme des yeux et une bouche d'un humain à travers la paroi utérine à des femmes enceintes de 34 semaines. Les scientifiques ont utilisé un modèle informatique pour voir de quelle façon la lumière est modifiée quand elle passe à travers la peau et l'abdomen de la parturiente, de sorte qu'ils ont pu produire le même arrangement de lumière. Leur étude publiée dans le journal « Current Biology », montre que, lorsque cette image organisée comme un visage est projetée à travers l'utérus, les bébés orientent leurs têtes dans cette direction. Si l'arrangement de lumière était présenté à l'envers et donc plus difficile à reconnaître comme un visage, les fœtus ne réagissaient pas. Il montre que l'expérience visuelle existe de façon prénatale, dans un environnement où la luminosité perçue est beaucoup plus importante que ce que l'on avait d'abord pensé, et en particulier présente des variations, perçues dans les derniers mois de la grossesse, qui permettent des expériences visuelles variées. Reid considère que la reconnaissance de ces formes est le résultat d'une expérience prénatale et non innée<sup>20</sup>.

9. **L'extraction d'un rythme et d'une configuration spatiale vont constituer les premiers « outils », en dégagant un invariant qui va permettre le passage aux autres modalités sensorielles et leur reconnaissance, en transmettant un modèle de base du « connu » et du « pas-connu ». Il s'agit d'une fonction symbolique, présymbolique, ou précurseur du symbolisme ...mais que nous devons associer à la suite du développement dans une continuité qui s'ancre dans cette abstraction d'une sorte de principe actif, une forme qui sera le dénominateur commun à toutes les autres modalités.**

Le mode de perception amodal, (transmodal ou synesthétique), qui est la capacité de convertir un mode sensoriel dans un autre, un son en image, va permettre d'éprouver dans une modalité sensorielle différente qui sera ainsi équivalente. En fait il s'agit de la continuité de l'expérience de la vie intra-utérine : les expériences répétées de contact, et lâcher du contact, permettent une représentation de la distance, de la délimitation des bords de l'expérience

---

<sup>20</sup>Vincent M. Reid, Kirsty Dunn, Robert J. Young, Johnson Amu Tim Donovan, Nadja Reissland: The Human Fetus Preferentially Engages with Facelike Visual Stimuli Current Biology  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2017.05.044>

sensorielle, indispensable à sa reproduction. Ainsi, on peut penser que les jeux de toucher, d'exploration par le fœtus de sa tête et de son visage, qui sont parmi les premiers mouvements que l'on va pouvoir observer, vont lui permettre de dégager une forme, de percevoir des différences et des distances, et de les faire varier. La perception tactile répétée du contact avec son propre visage pourra être convertie en données visuelles et ainsi permettre la reconnaissance d'une identité de forme, y compris dans des signaux aussi éloignés que la configuration du visage présentée en points lumineux à travers la paroi abdominale. Cela permet une compréhension logique du phénomène décrit par Reid ; ni magique, ni génétique.

- **La pulsion à la base du développement psychique, aussi bien émotionnel que cognitif, serait donc une pulsion à toucher que j'aie appelée TACT-PULSION.**

Elle est la base du fonctionnement psychique et constitue un invariant commun à toutes les modalités sensorielles que l'on va retrouver tout au long de la vie. La notion de **mémoire de forme** m'a semblé particulièrement éclairante pour indiquer un invariant essentiel qui reste central dans le psychisme et dans la vie relationnelle. **Considérer tact-pulsion comme notre mémoire de forme, le met en position d'acteur central pour toute la vie psychique, et d'organisateur pour le développement.**

### **En quoi cela me paraît-il une notion fondamentale ? :**

Je ne vais pas développer ce qui se passe après la naissance mais simplement vous inviter à considérer que cela se situe dans une continuité où **le contact avec l'autre et avec le monde permet d'être au contact avec soi-même dans le développement d'un ancrage somato-psychique donnant sa cohérence au sujet.** Cela fait remonter la vie psychique avant la naissance, dans sa double valence affective et cognitive : cela signifie que sur ces 2 aspects le bébé arrive au monde à la naissance avec des conceptions (ce que Bion considérait comme des préconceptions). Il « **s'attend** » à **établir le contact**, il s'attend à un certain nombre de formes rythmiques, spatiales, il s'attend à obtenir certains résultats de ses actions, il s'attend à ce que certains événements se produisent.

10. Cette attente de contact est la plus ancienne de notre vie ; commencée avec nous elle finira avec nous.

Regarder les connaissances apportées par la recherche en psychologie développementale sous cet angle permet de penser que Tact-Pulsion va s'inscrire dans les interactions affectives avec

les partenaires relationnels, qui vont incarner les expériences de « tenu-lâché », cela va se traduire par des **éprouvés émotionnels d'être avec, et par un affect de tendresse, qui devient dès lors premier** et non comme classiquement considéré en métapsychologie comme pulsion sexuelle inhibée quant au but.

Je trouve notable que cela nous ramène à une origine de la psychanalyse, contemporaine de Freud, et qui est une validation du courant psychanalytique d'Europe de l'est, Ferenczi, Herman, Balint auxquels on peut rajouter Esther Bick. ...

Nous pourrions suivre l'ensemble du développement de la motricité comme des gestes en direction de l'autre, dont le but, l'intention, est d'établir le contact, ou au contraire d'éviter le contact. Cela ouvre le sens **du langage corporel comme communication essentielle, accompagnant, ou contredisant le langage verbal**.... Et donc un outil théorico-clinique majeur. La parole ne peut être conçue qu'incarnée, la voix représente le corps du verbe, les gestes racontent une histoire, l'histoire de la rencontre affective et expriment le désir de la continuité : au départ on parle avec les mains, avec le corps...et on continue toute sa vie !

C'est à partir de cela que j'ai décrit le modèle de la communication entre deux personnes comme un opéra<sup>21</sup> où le texte, la musique, et la mise en scène expriment possiblement des sens divergents.

Cela constitue à mon sens le vecteur de la transmission intergénérationnelle, et de façon générale, la transmission des affects qui n'ont pu faire l'objet d'une secondarisation, être symbolisés, dont nous devons apprendre le vocabulaire en tant que clinicien. Je proposerais que c'est exactement la même question avec les affects « désymbolisés » : ce qui semble avoir été perdu du fonctionnement psychique nous laisse néanmoins des portes ouvertes ou entrouvertes pour refaire le trajet, de la peau à la pensée. <sup>22</sup>

La notion **de mémoire de forme** entraîne la nécessité de prendre en considération le maintien de la problématique des modalités de contact dans tous les développements ultérieurs y compris classiquement sexuels. La solidité dans le temps de cette mémoire de forme, comme

---

<sup>21</sup>R. Prat, La préhistoire de la vie psychique : son devenir et ses entraves dans l'opéra de la rencontre et le processus thérapeutique, *Revue Française de Psychanalyse* 1/2007

<sup>22</sup>« du temps de Freud, le refoulé c'était ce qui du psychique se rapportait au sexe(..) maintenant que le sexe n'est plus tabou, le refoulé aujourd'hui c'est le corps, le corps sensoriel et moteur(...) dans notre société où le langage des machines, celui des mass-média sont devenues tellement prédominants, où les communications à distance sont perfectionnées (...) le refoulé c'est le corps »

Zazzo René (compte-rendu)Anzieu (D.), *Une peau pour les pensées* [Enfance](#) Année 1986 [39-1](#) p. 131  
In Anzieu, D., & Tarrab, G. (1991). *Une peau pour les pensées : entretiens avec Gilbert Tarrab. (No Title)*.

ce que Bowlby avait décrit comme Modèle Interne Opérant<sup>23</sup>, en fait un outil précieux pour tous les états très régressés, les handicaps, les personnes âgées...

---

<sup>23</sup>Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships, *Infant Mental Health Journal* 11, 259–277

# « Entre chien et loup, saisir les entre-corps » : une approche sensible du vieillir dans nos sociétés technicisées

**Carole BAUDIN**

## *En préambule*

Entre chien et loup, alors que le soleil tombe et la lune s'élève, la lumière, comme le savent les photographes, est magique. Elle module les couleurs pour n'en garder que leur essence profonde, elle pose un voile mystérieux qui révèle les interstices, les coulisses en jouant des tonalités aux éclats pâles et des esquisses de contours aux contrastes délicats, parfois inquiétants. Cette esthétique figurative est celle qui m'est venue à l'esprit à l'heure de parler des corps vieillissants, de leur sensorialité certes, mais avant tout de leur sensibilité. Des sens mais aussi du sens.

Vaine ambition pourriez-vous me dire, tant le sensible est volatile, instable, éphémère et pourtant immanent à notre condition d'être de chair. Tous les penseurs qui s'y sont frottés ont commencé par admettre la difficulté de sa description. « Le sensible, c'est cela : cette possibilité d'être évident en silence, d'être sous-entendu » disait Merleau Ponty (1959).

Permettez-moi pourtant de m'essayer à l'exercice pour parler si ce n'est du sensible des corps vieillissants, tout au moins de saisir ces corps vieillissants depuis un regard sensible, ethnologique et sensible.

Ce regard suppose que l'on se déplace. Que nous délaissions le corps objectif, le corps articulé bio-psycho-social pour poser notre attention sur le corps en métamorphose, le corps ou corporéité dans sa nature d'«entité organique, polysensorielle et symbolique » (Bernard, 2001) qui se forme et déforme à chaque instant du rapport au monde qui se joue dans chaque geste et qui raconte un passé, un présent et un devenir (Baudin, 2024). Ce corps est celui qu'observent et travaillent les chorégraphes, et penseurs de la danse, un corps qui transcende la dualité corps-esprit, car du corps en geste naît l'esprit, la conscience, la psychée.

C'est donc à travers un regard chorégraphique et ethnologique des corps que je vous propose de mettre en lumière les univers sensibles qui sont alors convoqués dans le vieillir au sein nos sociétés techniques, en observant les danses quotidiennes qui les façonnent.

Ces danses se donnent dans les interstices, les entre-deux : entre corps et idées ; entre corps et matières ; entre corps et soin et bien sûr dans l'entre-corps ... sensible.



## 1. ENTRE CORPS ET IDEES : LES DANSES DISTENDUES

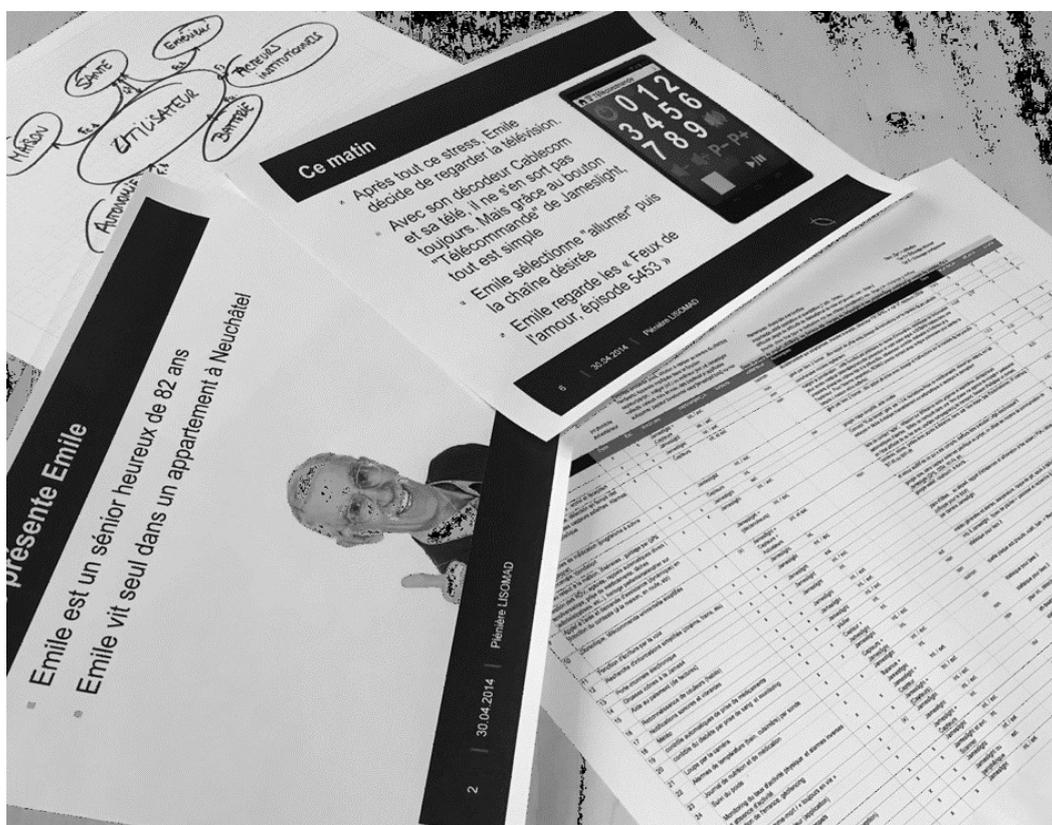
### 1. Au château : début d'une histoire entre deux

L'entrée dans la première danse s'est faite au Château de Neuchâtel, haut lieu de la politique du Canton. J'y été conviée un matin pour une grand'messe autour de la thématique devenue sens commun : « le maintien à domicile ».

« *La vieillesse est devenue l'objet d'une politique* » disait Simone de Beauvoir (1970). Heureuse de me retrouver dans cette place prestigieuse, je ne savais pas encore que j'allais voir les coulisses de la manière dont la politique tire les ficelles des chorégraphies imposées aux corps vieillissants.

Une grand'messe introduite par un magistral « storytelling » pour nous inviter avec d'autres représentants académiques, associatifs et industriels à réfléchir autour de projets à mener pour « maintenir nos aînés » dans leur domicile. Nous voici donc amenés dans l'histoire d'Émile, qui bien que souriant sur les photos du powerpoint, était accablé de toutes les déficiences de la vieillesse. Au fur et à mesure de la narration, nous comprenions qu'Émile était souriant car grâce aux utopies technologiques qui nous étaient racontées, il vivait presque « normalement ». Smartphone greffé à la main, pour lui rappeler sa prise de médicament, son RdV chez le médecin, interagir avec son téléviseur, pour lui proposer des jeux stimulants et

j'en passe, il était affublé de sa canne intelligente qui lui permettait d'éviter tout obstacle lors de ses sorties et de ses lunettes de réalité augmentée qui lui fournissait tout un tas d'informations pertinentes pour ne pas se perdre et palier à ses pertes cognitives. Splendeur des mythes techniques pour appuyer un discours, qui loin d'une forme d'éthique, nous démontrait, à coup de graphiques colorés, l'importance économique de préserver nos aînés chez eux, tant il coûte cher à l'État de créer et faire vivre les structures adéquates pour « garder » nos aînés. Les lignes étaient donc posées, nous étions convoqués pour trouver des solutions techniques permettant de faire que nos « vieux » dérangent le moins possible la stabilité socio-économique et politique mise en place.



C'est ainsi que je me suis retrouvée partie prenante du projet LISOMAD, acronyme de « lien social pour le maintien à domicile ». Son ambition : étudier et développer un « bouquet technologique » permettant de mettre en place un réseau d'acteurs de toute sorte, garants de la préservation de l'autonomie de « la personne âgée » et par là-même de la réduction de sa dépendance aux services publics (Baudin & Maillard, 2014).

Place privilégiée pour observer la manière dont on conçoit les personnes vieillissantes dans ces projets, dont la pensée technique vient façonner un regard sur le vieillir et créer des chorégraphies parfois insupportables pour nos aînés.

## 2. De la pensée technique des corps vieillissants

Bien sûr, mes collègues de projet, y compris celles (car il s'agit essentiellement de femmes) travaillant directement avec les « seniors » comme nous les appelions pudiquement, envisagent les corps vieillissant comme des corps déclinant, dysfonctionnels que la technique viendrait compenser. Concept gérontechnologique jamais réfléchi ou discuté, à l'instar de la notion de « bien vieillir » comme le montre Balard (2013), il vise à maintenir le corps dans un mythe de performance fonctionnelle mais aussi sociale, suivant la croyance d'un « corps immuable ». Mais là n'est pas la seule traduction qui éloigne progressivement les acteurs projet de la réalité des corps sensibles. A force « d'identification et hiérarchisation des besoins » dans des tableaux excel, à coup « d'analyse fonctionnelle » et d'élaboration de cahier des charges, nos vieux, de senior passent à « utilisateurs », dans une montée en généralité supposée nécessaire à la conception technique. Ils deviennent dès lors, non plus le centre d'un questionnement visant à étudier comment la technique peut accompagner les corps vieillissants, mais bien un élément « lambda », composant d'un système sociotechnique qui se met en place au fur et à mesure des réunions de travail. Dans ces assemblées, les corps des acteurs projet sont bien éloignés des réalités vécues, bien que dans un arrière-coin des pensées, chacun repousse l'idée de pouvoir bientôt en être. Comme le rappelle S. de Beauvoir, je crois, il est intéressant de voir que si bien nous pouvons penser l'idée de mort, il nous est plus difficile de penser l'idée de vieillir.

Or, les processus de conception sont avant tout des processus situés et incarnés qui produisent des objets à l'image du « faire » qui a été convoqué tout au long des pratiques des acteurs, notamment, en mettant en jeu, ce qu'à l'époque de ma thèse j'avais appelé la « tactilité », c'est-à-dire, la manière dont les acteurs-projet se donnent à voir, à comprendre et à négocier, dans les allants de soi des corps, les dimensions plus tacites et sensibles en jeu dans la conception d'objets (Baudin, 2012).

C'est donc assis autour d'une table ronde dans des corps encore toniques, entourés de poster commerciaux de produits gérontologiques présentant des vieillards souriants et alertes, que sont pensés les futurs artefacts de nos vieux jours. Les danses mimées qui tentent de projeter les usages futurs ne parviennent pas à s'ancrer dans la sensibilité des corps vieillissants. Ces pâles pantomimes figurent surtout d'une conception performative des corps en action, envisagée hors sol, qui ont peu de résonance avec la danse des petits pas qui se donne avec l'âge. Dissension entre la danse des concepteurs celle des aînés, qui pourrait créer de l'esthétique (dans le sens premier de *aesthesis*, sensible) mais qui ne fait que naître des fragilités, des ruptures, des chocs.

Obnubilés par la technologie à développer, les esprits et les corps concepteurs en oublient les contextes matériels, sociaux, symboliques, affectifs, historiques dans lesquels les futurs objets devront prendre place et qui sont les substrats des danses quotidiennes des corps vieillissants. Pourtant nous avons commencé ce projet par mettre à l'épreuve une technologie existante que les ingénieurs pensaient être le point de départ de notre « bouquet technologique ». Un système de visio-conférence qui se connecte sur le téléviseur - compagnon indétrônable des vieux jours -, dont les ingénieurs voulaient évaluer la performance comme outil de communication entre le « senior » et les différents acteurs qui pourraient graviter autour de lui : acteurs sociaux (aide-soignant, médecins, curateurs, etc) ; proche aidant ; voisinage, etc.... Le « maintien à domicile » pris au pied de la lettre : depuis son téléviseur, la personne était censée pouvoir dialoguer avec tous, sans se déplacer, et tous pouvaient lui prodiguer une forme de soin « à distance ».

« *Quelle en est l'utilité ? si mes petits-enfants ont cela, ils ne prendront plus la peine de venir me voir* » soulignait à juste titre une des participantes de cette expérimentation. Oui, le terme de l'utilité est très relatif.



Ce fut aussi l'occasion d'observer comment l'implémentation et l'explication de l'usage de cette technique se mettaient en place entre infantilisation et impatience ; entre quiproquo et angoisse. Voici une petite anecdote, qui n'en est pas moins significative, alors que les ingénieurs montraient à Germaine comment faire fonctionner l'engin depuis la télécommande :

« *Il suffit de sélectionner contact dans le menu* »,

« *Ah ! comme au restaurant* » (air amusé de Germaine).

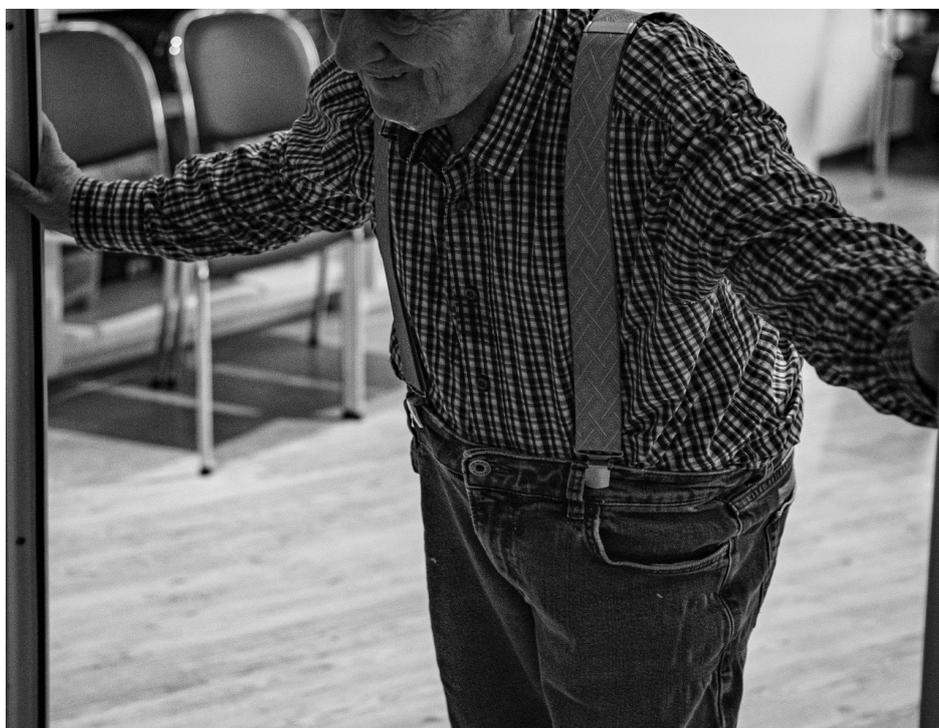
Par cette phrase un peu moqueuse, Germaine met en relief « les allants de soi » de ces jeunes générations pour lesquelles « menu », ou « sélectionner » étaient des évidences à la fois sémantiques et gestuelles. Elle renvoyait avec une sagesse taquine le ton infantilisant et les évidences de ces ingénieurs à l'échelle de l'Histoire. Son histoire, l'histoire des techniques, l'histoire de nos sociétés. Ce geste de « sélectionner » au moyen d'un curseur contrôlé par une télécommande est un geste bien contemporain ; cette logique de « menu », une manière de faire parmi d'autres, qui pourtant s'impose dans nos chorégraphies modernes. Ceux qui ne s'y font pas en sont exclus. Nouvelle forme de fragilité dans cet exodarwinisme dont parlait M. Serres, qui ne touche pas seulement les plus âgés. Le fils de Yvonne (70 ans), dans une tentative d'aider sa mère à manipuler seule l'appareil lui avait fait des fiches-mémoire : « *carré bleu => (pour entrer dans) contact ; triangle jaune => (pour entrer dans) images, etc.* » C'était sans compter sur la logique *menu*, qui propose de « cliquer » sur le carré ou triangle de manière indexée et non systématique. La mémorisation des gestes inscrite sur le « pense-bête » se frottant à l'instantanéité des opérations proposée par le menu. Les nouvelles fragilités se donnent dans la confrontation des temporalités cognitives à l'œuvre. Agilité des heuristiques contre stabilité de la mémoire. Le corps vieillissant, moins agile, préfère la stabilité. Il en est ainsi de beaucoup d'artefacts qui peuplent progressivement la vie de nos aînés et qui, dans leur logique, s'opposent aux routines stables que les corps vieillissants mettent en place pour les équilibrer .

Les logiques, les gestes, les temporalités sont autres, mais aussi les matérialités, leurs spatialités et leurs symboles. Câbles, boîtes noires et caméra ont dû être implémentés autour et sur le téléviseur pour mettre en place la technologie. Envahissement de l'espace, parfois tel qu'une des participantes a réclamé que le dispositif soit enlevé quelques jours après la mise en place, car son mari n'en dormait plus. L'angoisse était due au chamboulement de l'installation des câbles mais aussi à l'affordance des objets. Boîte noire et lisse envoyant des signaux lumineux, dont « *on ne sait pas vraiment ce qu'elle fait* », elle renvoie une image de surveillance, de perte de maîtrise et de contrôle, renforcée par la caméra au-dessus du téléviseur. Un des participants dira que cela lui rappelle « *la Gestapo* ». Ces cultures matérielles contemporaines renvoient à des mémoires parfois traumatisantes, expressivité des matières dont les effets ne sont pas pris en compte par les concepteurs.

## 2. ENTRE CORPS ET MATIERES : LA DANSE DES PETITS PAS

Forts de ces premiers constats, nous avons mis en place au sein du laboratoire d'anthropotechnologie<sup>24</sup>, un autre projet, visant celui-ci à étudier les liens que nous construisons avec les objets, tout au long de la vie (Baudin, Geslin & Schirlin, 2018). De la machine à écrire aux ustensiles de cuisine, en passant par l'horloge à coucou, chère aux habitants neuchâtelois, ce fut l'occasion, à travers les objets, d'approcher les danses quotidiennes du vieillir, dans leur façonnage matériel, corporel, affectif, expressif et d'explorer in situ les décalages inscrits par les danses des concepteurs.

C'est en effet la danse des petits pas qui se déroulait sous nos yeux. De la marche qui se transforme, d'un pas qui se fait à chaque visite plus raide, plus proche du sol, plus étroit dans l'empan. Un dialogue avec la gravité qui se met en place, dans lequel les intérieurs, les murs et les meubles ont le rôle de partenaires. Ils invitent à stabiliser les appuis chancelants, ils accueillent les phrasés de gestes déséquilibrés, ils façonnent les nouvelles formes structurelles du corps qui s'amaigrît et raidit. Certains comme les fauteuils se couvrent de textures moelleuses et chaudes pour soutenir les squelettes qui se plient, se replient et se refroidissent, d'autres gardent les traces obscures des appuis quotidiens. Ces objets supports ponctuent les déplacements, les activités du quotidien. Ils sont des partenaires silencieux mais fidèles, de ceux que l'on connaît par cœur et sur lesquels on peut compter.



---

<sup>24</sup>Laboratoire de recherche en anthropotechnologie que j'ai dirigé de 2015 à 2021 au sein de la Haute École Arc de Neuchâtel.

Il y a les objets supports, mais aussi les objets acteurs. Ce sont ceux qui permettent de prolonger l'activité par la connivence qui s'est installée dans le « corps à matière ». Ils peuvent être nouveaux, mais ils ont été choisis avec soin. La chaussure, qui permettra de prolonger la marche, qui malgré son esthétique stigmatisante sera adoptée car l'expression du geste de marche est première et fondamentale... Les lampes aussi, celles qui viennent se caler entre le mur et le fauteuil et permettent de perpétuer les formes de « voyance » qui accompagnent les gestes primordiaux : geste de lecture, geste d'écriture, geste de manipulation des choses, nombreuses, qui entourent le fauteuil. La cuisine est aussi le lieu dans lequel certains appareils « modernes » peuvent apparaître à côté des ustensiles-compagnons de tâches de toujours. Des nouveautés adoptées mais dont les multiples fonctionnalités sont délaissées au profit des seules fonctions connues et jugées utiles... et encore, il faut ancrer les routines apprises par les enfants, ou les petits enfants (souvent ceux qui les ont offert d'ailleurs) car on ne voit pas les commandes. « *A croire que les concepteurs ne connaissent pas ou n'aiment pas les contrastes !* ». L'implexe<sup>25</sup> proposé par les nouveaux engins intéresse peu. Le potentiel, et donc le virtuel tel que Socrate l'avait défini, n'appartient pas à la logique du corps vieillissant qui est celui du présent antérieur et non du subjonctif futur.

Entre objets supports et acteurs, il y a ces choses qui sont attachantes car permettant ce qui importe à cette étape de la vie : la transmission et le lien.



Que ce soient des objets d'antan qui se passent et se lèguent comme une trace symbolique de ce que l'on souhaite marquer de soi, de ses actes/gestes, de ses passions, du « sel de sa vie »

---

<sup>25</sup> que j'utilise ici en m'inspirant de la définition de Paul Valéry comme étant multitude de potentialités contenu dans une forme (Baudin, 2024).

pour reprendre le titre du dernier ouvrage de Françoise Héritier<sup>26</sup>, ou ceux dont on passe le relais aux générations d'après, marqueurs d'une généalogie, d'un héritage, d'une forme de patrimoine. Dans cette perspective temporelle et identitaire, au milieu des objets plus anciens, les nouveaux artefacts (cadre électronique, tablette, smartphone) peuvent prendre place, garants de la mémoire graphique des moments importants.



Alors que le corps vieillissant s'accommode dans ses ambiances intimes sans encore penser ou admettre que bientôt il sera vieux, ces artefacts ont pour beaucoup pris une place privilégiée qui sera progressivement abandonnée au rythme des doigts arthrosés moins agiles qui ne parviendront plus à la légèreté du *swipe* attendu par l'écran lisse ni à la précision éphémère du *touch* qui fait vivre l'application. Car si les fonctions nouvelles qu'ils offrent grâce à leur caractère digital sont incorporées, ces artefacts techniques n'ont de digital pour les corps vieillissants que leurs possibilités de lien. Ne présentant que des surfaces, souvent petites, lisses, froides et reflétantes, ils sont des pièges sensoriels pour les corps vieillissants qui ont besoin d'aspérités et de relief pour prendre des appuis visuo-tactiles et haptiques.

---

<sup>26</sup> Magnifique ouvrage en fin de vie de cette anthropologue, qui, sous forme de listes de résurgences intimes montre que c'est un « terreau d'affects » qui nous forment, un amoncellement de petites sensations, qui font l'essence d'une vie.



Ce moment progressif d'abandon forcé par le changement du corps vieillissant est aussi celui lors duquel de nouveaux objets commencent à envahir les milieux. Le pilulier, la barre de douche, et autres aménagements que les enfants, ou institutions du Care ont recommandés et viennent installés. Mais les plus problématiques sont ceux qui deviennent nécessaires en continu, ceux qui doivent accompagner le corps qui vieillit. Le bracelet anti-chute est encore celui sur lequel beaucoup luttent, avec l'achat nécessaire de nouvelles parures, il fait partie de ces objets qui mettent en abîme l'image de soi, l'image sociale (Segalen, 2018), le passage à *une esthétique du vieux*.

**« Du point de vue de l'habillement, le blue-jean qu'ils portent tous, pantalon depuis longtemps universel, unisexe et intergénérationnel, est un terrible marqueur du temps qui passe. Chez l'homme, le jean a la particularité de se vider avec l'âge, et chez la femme de se remplir. Les poches arrière de l'homme fassent sur les fesses désormais fondues, se plisse, la braguette flotte, le jeune homme n'habite plus son jean fétiche, un vieux l'y a remplacé, qui déborde autour de la ceinture. La femme mûre, elle, remplit pathétiquement le sien. Ah ! Cette braguette, comme une cicatrice enflée ! De mon temps, nous avions l'âge de notre costume. Culottes bouffantes des bébés, short et col marin de l'enfance, pantalon de golf de l'adolescence, premier costume de la première jeunesse (flanelle souple ou tweed aux épaules rembourrées), et enfin ce costume trois-pièces, uniforme de la maturité sociale dans lequel on me mettra en bière d'ici peu. « La trentaine passée vous faisiez tous vieux là-dedans », disait Bruno. C'est vrai, le costume trois-pièces nous vieillissait prématurément, ou plutôt il vieillissait à notre place, quand l'homme et la femme d'aujourd'hui vieillissent dans leurs jeans ». (Daniel Pennac, *Journal d'un corps*, 2014, p 431).**



Mais il semble que l'objet dont l'arrivée est la plus traumatisante est celle du déambulateur. Marqueur définitif de la présence de la vieillesse. Son arrivée, superbement décrite par Martine Ségalen (2018), est un chamboulement à tous les niveaux du sensible. Le milieu familial doit se reconfigurer pour permettre à cette carcasse d'aluminium sur roue de laisser place au corps marchant-roulant-chancelant dans les parties routinières de la maison. Mais il a dû mal à se frayer chemin sans se cogner dans les murs, les chambranles de porte ; il a dû mal à trouver sa place de repos au côté de la personne, notamment dans la cuisine. Son maniement nécessite un apprentissage par essais-erreurs dont les meubles et les murs se souviennent. Surtout, il oblige les corps vieillissants à une posture de marche repliée, le corps en fléchissement raidi cherchant l'équilibre dans l'équerre, amenant le regard vers le sol plus que vers l'horizon. Et bien sûr, la marche par à coup forcée : « faire glisser (souvent presque frotter sur le sol) puis suivre, on frotte, on suit, etc. ». Une marche scandée par l'encombrement du déambulateur. Les concepteurs, ont-ils pensé à cette posture contraignante? Ont-ils vu la qualité de corps qui s'imposent dans l'usage du déambulateur ? Ont-ils pensé qu'ils venaient par cet artefact perturber et obliger la danse des petits pas ? Ces objets qui arrivent avec l'âge, ces objets du Care qui s'introduisent dans les foyers, agissent les corps vieillissants plus que les corps vieillissants ne les agissent !



*3 . ENTRE CORPS ET SOIN : LES DANSES AGILES*

**Ce sont donc des danses contraintes que nous infligeons à nos aînés. A eux le soin de s'adapter aux nouvelles logiques, temporalités, spatialités, matérialités qui sont censées les accompagner dans le vieillir !**

Ce paradoxe se joue aussi pour les accompagnants professionnels. Autrement, mais non moins difficilement. A toutes ces infirmières qui par vocation, par envie d'accompagner les autres se retrouvent prises en étau entre la tablette et le patient. Tablette que les organisations imposent désormais pour sous-tendre la mobilité et digitaliser les dossiers. Elles se retrouvent à tapoter sur écran au lieu de palper les corps vieillissants. Nous avons ainsi accompagné des infirmière RAI<sup>27</sup> dans leurs courses quotidiennes, affublées désormais de leur tablette qui déroule les cinquantaines de questions dont les réponses établiront le niveau d'autonomie des personnes qu'elles visitent et actionneront automatiquement grâce aux algorithmes les services nécessaires à son maintien à domicile. Finis les petits cafés accompagnés de madeleine chez l'un et l'autre alibi à l'observation des corps, finies les visites curieuses et attentives des maisons et appartements, on s'installe désormais sur une table, regard vissé sur l'écran, entre les ordonnances, documents annexes, cahier de prise de notes qui malgré la tablette reste de vigueur, car toutes les choses plus subtiles qui permettent de juger de la capacité du corps vieillissant ne rentrent pas dans les cases prédéfinies et les informations objectives demandées par l'interface.



---

<sup>27</sup> Projet pédagogique menés avec des étudiants en réponse à la demande du service NOMAD (Unité du canton de Neuchâtel chargé des services de Maintien à Domicile).

Les impressions, les ressentis, les captations immédiates des « états de corps », des ambiances domestiques sont relégués à des savoirs impropres à la prise de décision. Savoir sentir n'est plus requis. Il est même empêché par les formes d'attention qu'impliquent ces nouveaux objets, ces nouvelles organisations. Car savoir sentir, c'est savoir être dans une écoute sensorielle, une attention plus qu'une intention (Fest Tetedoie, 2012). Savoir regarder plus que voir . Or le regard est porté sur l'écran.

Le rapport aux corps vieillissant devient interaction plus qu'incarnation. Ces nouveaux « objets intermédiaires » qui viennent prendre place dans les services au patient s'interposent désormais dans la relation intime, dans le « peau à peau » qui faisait soin, qui faisait sens pour ce corps de métier.

*« Pas de moyens de rentrer dans ce truc les choses que l'on perçoit dans le son de la voix, dans la teinte du visage, dans la vibration des mouvements, dans le rangement des maisons... Toutes ces choses que l'on pouvait se transmettre entre nous avant. Maintenant, tout doit passer par les écrans, on ne se parle plus. » (Francine, projet Nomad).*

Perte de sens pour ce corps de métier, qui perd de son corps social car les stratégies collectives pour transmettre les informations, pour décompresser entre deux patients deviennent fugaces, face au « tête à tête » imposé avec l'écran. La digitalisation crée l'individualisation et l'isolement des corps soignant.



Certains diront que ces artefacts et les modes d'organisation qu'ils supportent permettent d'optimiser les temps, rendre plus efficaces les processus, faciliter les flux autour des corps vieillissants. Oui. Dans une vision algorithmique plus qu'organique des flux et dans une vision hygiéniste, performante plus qu'empathique des corps. De tous les corps que les nouvelles logiques du Care convoquent. Dans les nouvelles chorégraphies imposées aux corps de métiers du soin, *mobilité, agilité, flexibilité* en sont les consignes. Pour que les interprétations des danseurs du soin soient pourtant harmonieuses, ce sont aux corps soignants de trouver des stratégies... souvent *à leur corps défendant* (pour reprendre le terme de Céline Racin, 2019). On rogne sur le temps personnel pour remplir le soir les données demandées ou s'occuper des patients des collègues dont le corps est épuisé, on mange et remplit encore les données dans les voitures car on n'a pas pu tout rentrer chez le patient et qu'il faut pouvoir être à temps chez Mme. R. pour la lever de son lit ; on reçoit les énervements des enfants qui n'ont d'autres interlocuteurs, ayant cessé d'appeler les centrales téléphoniques qui ne répondent jamais.

Au final, *mobilité, agilité, flexibilité* font chuter les corps soignants, comme chutent les corps vieillissants.

Ces chutes se dévoilent sans doute plus encore dans les institutions, où l'absence des uns et des autres se rend tangible à travers les remplacements de dernière minute, les tournus incessants qui font que les équipes se connaissent peu et que les rapports aux patients se tendent. Comment laisser le soin de son corps à des personnes dont seule la couleur de la blouse permet une forme de re-connaissance ?

#### 4. ENTRE-CORPS SENSIBLES

« Laisser le soin de son corps, laisser son corps ». C'est bien là ce qui se joue dans les entre-corps du vieillir. Laisser son corps aux mains de l'autre, dans les gestes que l'on ne peut plus réaliser, laisser son corps se transformer et se replier, au bout d'un certain temps, l'abandonner au vieillissement.

Plus agi que agissant, écoutant plus qu'écouté (d'un point de vue sensoriel comme social, Balard, 2013), le corps vieillissant est-il pour autant plus touché que touchant ? L'expérience

vécue du corps vieillissant transforme-t-elle cette voie médiane de nos sens, chiasme intra-sensoriel (Bernard, 2001), entre actif et passif, mis en avant par Merleau Ponty ?



Ne serait-ce pas cette logique du care, logique du « bien vieillir » du corps performant qui amènerait à ce tronçage phénoménologique. Ne serait-ce pas, malgré toute la bonne volonté des corps soignants, un certain regard sur la « vieillesse », le coudolement quotidien à la dégradation corporelle, cognitive et psychique, la crainte en filigrane de la finitude qui accompagnent les gestes de soin, les contacts, les liens qui se nouent aux corps vieillissants. Lors de mes observations dans un Home en Suisse (EHPAD), nombreux sont les gestes vus que l'on peut qualifier de tendres, d'empathiques. Mais il s'agit d'une empathie affective plus que kinesthésique qui se joue dans ces corps à corps. Le corps de l'un pour soutenir, porter, supporter le corps de l'autre, plus que maintenir ou accompagner. Des gestes béquilles. Le dialogue tonique est déséquilibré car il se donne dans des gestes performatifs. Registre de l'agir et de l'expression qui n'est plus celui des corps vieillissants. Ce qui n'en enlève pas moins d'autres formes de sensibilité. Notamment, comme le souligne Balard, « l'imaginaire et les réminiscences » semblent être « des adjuvants » aux corps vieillissants (Balard, 2013)



Le contact entre corps soignés et soignants, bien que pouvant être délicat, est fonctionnel plus que relationnel. Il n'est pas dans la conscience du toucher de l'un et l'autre. Il n'est pas dans l'attention de la qualité de corps, de l'ambiance, du pli de la peau, de la tension des muscles, de la pulsation des flux organiques, cellulaires que peut avoir un toucher sensible. Ce toucher-là part d'un corps « poreux », et se déroule dans la temporalité de la rencontre de corps à corps, dans un temps organique bien loin des temporalités contraintes des corps soignants.



Dans un mouvement antinomique entre le raidissement des squelettes qui se déforment (ou se reforment) et le relâchement de la conscience corporelle, le vieillir transforme les modalités de la sensibilité, qui malheureusement ne sont pas vraiment étudiées, tant le corps opérationnel celui qui doit « faire » dans le rapport au monde est une ontologie fondamentale

dans nos sociétés. Bien sûr, il faut pouvoir compenser les gestes fonctionnels de première nécessité, mais le geste d'accompagnement ou le geste de remplacement peut être geste *inspiré*, comme le qualifié le philosophe Jean-Luc Nancy, un geste expressif qui se nourrit de l'entre-corps, du contact, de l'interstice entre le corps tonique et le corps raidi. Des gestes de soin qui se jouent dans l'inter-corporéité.

En regardant les corps non comme entité individuelle et close mais comme système de relations – relation à son propre corps, relation au corps de l'autre, relation à l'espace -, on peut tenter d'approcher la transformation des chiasmes perceptifs du vieillir.

En observant la qualité des gestes, on peut saisir non pas les corps dans leurs déficiences mais les corps dans leurs transformations voire leurs potentiels sensibles. Qualité de geste, dans le sens d'Hubert Godard qui distingue le mouvement qu'il comprend comme « phénomène relatant les stricts déplacements des différents segments du corps dans l'espace », du geste qui « s'inscrit dans l'écart entre ce mouvement et la toile de fond tonique et gravitaire du sujet : c'est-à-dire le pré mouvement dans toutes ses dimensions affectives et projectives ». Je rajouterais à cette citation, culturelle et contextuelle.



Dans les entre-corps, l'attention se porte donc sur les gestes relationnels dont j'ébauche ici quelques trames. Relation à l'autre entre corps soignés et soignants mais aussi relation à son propre corps et à l'environnement. Dans les activités proposées aux corps vieillissants, les activités sensorielles par exemple se basent sur la représentation d'un corps morcelé, que l'on stimule par partie. Ce corps touche mais ne rentre pas en dialogue avec la matière. Les chiasmes perceptifs ne sont pas mis en action, empêchant la fonction fictionnelle, - mis en

avant par le neuroscientifique Alain Berthoz, dans son « 6ième sens » - et imaginaire des sens, mis en avant par les penseurs de la danse.

Les chiasmes perceptifs sont décrits par le philosophe Michel Bernard – dans le prolongement du concept merleau pontien- selon 3 types : le chiasme intra-sensoriel, qui comme nous l'avons vu active la fonction passive-active des sens ; le second est le chiasme inter-sensoriel, « celui de la correspondance de tous les sens entre eux ». C'est par exemple le regard haptique de Deleuze ; enfin le troisième est le chiasme para-sensoriel qui est « l'acte d'énonciation des sensations » ou l'imaginaire de la sensation, celui qui nous donne la qualité de geste, en les teintant de ce que nous ressentons, dans une grammaire propre au corps articulant tous nos sens, les qualités d'ambiance qui influencent nos gestes.



A travers ces chiasmes sensoriels, c'est l'énigme de la perception des corps vieillissants que l'on approche. L'hypothèse étant que ce sont les temporalités, les spatialités, les matérialités, les modes de relations essentiellement fonctionnels qui contribuent à façonner des corps vieillissants, des corps qui s'abandonnent, faute de les comprendre dans leurs transformations sensibles, l'évolution des chiasmes sensoriels qui se jouent avec l'âge et les histoires de vie. Les logiques du care, basées sur une ontologie des corps « performants », considérant le vieillir comme une déficience à compenser laisse peu de place au « plaisir de se sentir agir » qui ne soit pas de l'ordre de la stimulation vers un corps « normal » mais l'encouragement à l'accompagnement des transformations des chiasmes sensoriels.

Écouter les corps vieillissants, porter l'attention vers ce qui se négocie entre corps soignés et corps soignants. « La bonne distance », l'empreinte sensorielle de l'un sur l'autre se joue dans ces entre-corps « poreux », dans les « Moi-peaux tamis » comme dirait Anzieu. Se délester un

instant des injonctions d'agilité, de mobilité et de flexibilité productive pour entrer dans une forme de fluidité et de trans-port sensible.

Ces entre-corps là pourtant se donnent dans certains moments : moment de danse, ou le corps se vie comme corps de relation, moment de jeu où l'on taquine l'autre, on le scrute, on l'écoute, on le rencontre. Instants fugaces me direz-vous mais instants où les chiasmes sensoriels sont mis en action. Instants qui montrent que dans le dialogue des corps, et non dans un monologue de l'un vers l'autre, dans le contact partagé de mains qui se tiennent, se chamaillent, qui marchent ou danse de concert dans l'espace, dans ces moments le vieillissement n'est plus la condition première. Dans cette perspective, la lecture d'analyses comme celle de Kushtanina et al. (2017) sur les trajectoires d'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer viennent renforcer l'idée que en « faisant ensemble », en marchant de concert, en étant à l'écoute des modes de sensibilité des corps qui se transforment, en privilégiant le partage dans l'inter-corporéité alors l'accompagnement se fait plus doux pour tous.

#### ENTRE CHIEN ET LOUP... LE SENSIBLE

Pour conclure, certes nous pouvons voir l'inquiétude et l'angoisse quand la lumière de la vie se trouve entre chien et loup, mais nous pouvons y voir aussi la poésie des contrastes, la beauté des couleurs qui se tamisent. L'approche ethno-chorégraphique que j'ai tenté ici de vous présenter se veut une approche écologique des sens. Elle suppose de changer nos attentions, nos regards sur les corps, les corps vieillissants, pour y regarder les corps en gestes, les corps en danse. Même s'il s'agit d'une « petite danse » comme la nomme Steve Paxton, celle où le corps en apparence ne bouge pas.

Le regard chorégraphique nous enseigne à observer les « subtilités du corps dans ses tensions, ses relâchements, ses jeux d'équilibres ou déséquilibres, ses transferts de poids, son lien à la gravité -condition terrestre- qui se donnent dans les rythmes organiques sous-tendu par le souffle -condition de vie-, et se joue dans une relation à l'autre et à l'espace-temps » (Bernard, 2001). Observer cette qualité de gestes, pour permettre une qualité d'accompagnement. Se rendre attentif aux potentialités des fragilités, plutôt qu'aux freins des vulnérabilités que nos sociétés technicisées ont fait émerger.

## Références bibliographiques

- Balard, F. (2013) « “Bien vieillir” et “faire bonne vieillesse”. Perspective anthropologique et paroles de centenaires », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44-1 | 2013, 75-95. <https://doi.org/10.4000/rsa.925>
- Baudin, C. (2012). *Produits conçus – Objets vécus : une approche ethnométhodologique sensible des pratiques de conception et d’usages des objets industriels ordinaires*, Ed. Universitaires Européennes. (Issu de la thèse de doctorat présentée en 2003).
- Baudin C. (2024). *Danser les invisibles. Exploration ethno-chorégraphique de nos corporalités contemporaines*. Ed. l'Harmattan.
- Baudin, C.; Geslin, Ph.; Schirlin, O. (2018). «Projet WATA: Well Aging Technology acceptability», N°1-2018, La Gazette Médicale.
- Baudin, C; Maillard, L. (2014) « Projet LISOMAD : Étude d’acceptabilité des technologies pour le maintien à domicile des personnes âgées ». Actes du colloque SwissErgo, 6 Novembre 2014, Neuchâtel.
- Beauvoir de, S. (1970). *La vieillesse*. Ed. Gallimard. Folio.
- Bernard, M. (1993). « Sens et fiction, ou les effets étranges de trois chiasmes sensoriels », in *Nouvelles de danse n° 17 : A l’écoute du corps*. Ed. Contredanse.
- Bernard, M. (2001). *De la Création chorégraphique*. Ed. Centre National de la Danse.
- Fest Tetedoie, V. (2012). *Corps du soigné, corps du soignant : la danse un espace de relations*, Mémoire de DU « Techniques du corps et monde du soin », sous la direction de Violetta Salvatierra, université Paris 8 Vincennes-St Denis, 2012.
- Godard, H. (1998). « Le geste et sa perception », in Michel Marcelle & Ginot Isabelle, *La danse au XXe siècle*, Bordas éditions, 1998, p. 224-229.
- Kushtanina, V., Chamahian, A., Balard, F. & Caradec, V. (2017). « Expériences croisées face à l’épreuve de la maladie d’Alzheimer. Quand personnes malades et proches dessinent des trajectoires d’accompagnement contrastées », *Enfances Familles Générations* [En ligne], 28 | 2017, mis en ligne le 22 décembre 2017, consulté le 05 janvier 2024. URL : <http://journals.openedition.org/efg/1600>
- Merleau Ponty, M. (1959). *Le visible et l’invisible*. Ed. Gallimard.
- Pennac, D. (2014/2012). *Journal d’un corps*, Ed. Gallimard, Folio.
- Racin, C. (2019). « La chute : “ à corps défendant ”, une ouverture sur le travail du vieillir ? ». *Gérontologie et Société*, 2019, 37 (148), pp.35-46. 10.3917/gsl.148.0035. hal-03015558
- Roquet, C. (2015). “Diffractionner le sensible. Handicap, vieillesse et danses traditionnelles ”, *Recherches en danse* [Online], 4 | 2015, Online since 15 November 2015, DOI: <https://doi.org/10.4000/danse.1126>
- Segalen, M (2018). « Privation de vieillesse ». *Ethnologie française* 2018/3 (Vol. 48), pages 527 à 530. Éditions Presses Universitaires de France
- Serres, M (2013). *Variations sur le corps*. Ed. Pommier.

# Pour une clinique du sensible en gériatrie : un étayage pour la mise en travail des sens des soignés et des soignants

**François MARECHAL**

Chers collègues,

Merci à l'ARAGP de m'avoir invité aujourd'hui pour parler des sens des personnes âgées et leur évanescence. Parler de ce sujet, c'est tel Sisyphe tenter de remonter ce rocher de chaos sensoriel, ce bétalome (Ferro, 2019), pour peut-être apporter une réflexion plus approfondie sur la place des sens dans les soins, et laisser la dynamique des sens imprimer leur propre mouvement.

Parler des sens, de la sensorialité, c'est, il me semble, se mettre à l'épreuve d'un discours, qui par ses vibrations, sa texture sonore et conceptuelle, doit faire ressentir toute la subtilité de la sensorialité à l'œuvre dans les soins hospitaliers gériatriques.

## **Les sens porteurs de sens, exemples de clinique**

Commençons par les sens porteurs de sens à l'aide d'exemples cliniques. Les sens amoindris et les stéréotypes liés aux personnes âgées vont parfois tourner en dérision, en interprétations hallucinatoires, les perceptions des sujets étiquetés « déments » forcément, car grisonnants. Je repense à cette collègue anesthésiste, qui me racontait comment une patiente percevait des animaux au plafond, alors qu'elle la préparait pour une anesthésie. Elle me disait avoir pensé : « Ouh là là, elle hallucine complètement la vieille... » Jusqu'à ce qu'une de ses collègues lui fasse remarquer qu'ils étaient, ce jour-là, dans le bloc réservé à la pédiatrie et qu'il y avait des animaux dessinés au plafond pour distraire les patients, des véritables trompe-l'œil. Nous commençons à voir se dessiner cette thématique d'aveuglement des soignants quand nous identifions comme pathologie psychique ou cognitive, une perception qui nous a échappé ou une erreur d'interprétation due à un déficit sensoriel du patient. Nous avons tendance parfois à nier ainsi l'autonomie sensorielle du sujet âgé comme le dit Roland Covelet dans son article « Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées » (Covelet, 2007).

D'ailleurs, ne sommes-nous pas souvent, involontairement, inconsciemment, responsables des hallucinations de nos patients ? On connaît les effets observés des études expérimentales de privation sensorielle : les sujets présentent une fatigue diffuse, des difficultés de

concentration, et après un certain temps, des états confusionnels avec désorientation et anxiété, ainsi qu'un déficit cognitif et des hallucinations (Covelet ,2007).

Le syndrome confusionnel est un syndrome gériatrique fréquent, mais est-il une réaction « pathologique » lors d'une hospitalisation, ou au contraire : ces symptômes, parmi lesquels l'agitation et l'hallucinatoire, ne constituent-ils pas une réaction adaptée chez nos patients hospitalisés ? Je ne peux m'empêcher de faire l'association avec le concept d'iatrogénie hospitalière, c'est-à-dire tout ce qui fait qu'une hospitalisation devient une source de souffrances pour une personne âgée : l'immobilisation forcée, la prise de psychotropes sans que les patients en aient été informés et la privation sensorielle « forcée ». Je veux dire : passer une nuit sans sommeil, pour un patient aveuglé par les lumières des plafonds des urgences, en y ajoutant la perte des lunettes ou des appareils auditifs, pour des patients immobilisés sur un brancard. Toutes ces contrariétés sont-elles équivalentes ? On en vient donc à penser que tous les troubles sensoriels peuvent être sources de traumatismes et être vécus avec angoisses si aucun contact humain, aucun soignant n'est là pour mobiliser le sujet, l'aider à élaborer une parole, à reprendre soin de son Moi-Peau (Anzieu, 1995). Moi-peau maltraité, parfois retourné, mis à vif par les actes subis dans ces lieux de soins. Car ses hallucinations non mises en sens éloignent le sujet du groupe auquel il appartient. Elles délient, dés-acculturent. Par un soin de parole et de lien, le patient et son appareil psychique désaccordé peut être réaccordé, être re-lié aux humains et être remis en contact avec sa culture par une culture de soin, telles les œuvres symboliques de l'artiste Joseph Beuys qui emmitouflait des objets ou des blocs de graisse dans du feutre, avec des insignes médicaux peints dessus, à l'image des soins qu'il aurait reçus après un trauma. Pour cet artiste, en effet, l'art se définit comme un baume, donc un soin.



J Beuys. Infiltration homogène pour violoncelle, 1966–85

Je vais vous présenter maintenant une vignette clinique pour commencer à illustrer les hypothèses précédentes. J'ai suivi pendant quelques temps un patient de 95 ans en consultation. Ce patient, Mr M, sans trouble cognitif, était affaibli déjà depuis un certain temps par une insuffisance cardiaque qui limitait ses déplacements. Il est venu me voir un moment, en consultation, pour des hallucinations visuelles polymorphes, survenues suite à une hospitalisation où il avait cru que « son cœur allait le lâcher ». Ce patient hallucinait et voyait des enfants, ou des ballons qui surgissaient parfois dans des moments circonstanciés. Les hallucinations venaient le déranger, quand il regardait le foot à la télévision le soir : une des rares activités qui lui apportait encore du plaisir.

Nous avons rapidement déterminé que ces éléments étaient liés à une déprivation sensorielle visuelle, due à une dégénérescence maculaire rentrant dans le cadre d'un syndrome appelé le Syndrome de Charles Bonnet (Fénelon, 2002). Il a fallu pendant quelques temps voir régulièrement le patient en consultation pour contenir l'angoisse qui était associée à ces éléments hallucinatoires. La production hallucinatoire venait-elle signer à l'extérieur les conflits que le patient n'arrivait pas à résoudre à l'intérieur (Kapsambelis, 2002) ? Etaient-elles en relation avec des souvenirs réprimés ou demeurés inconscients ? (Kapsambelis, 2002). Etaient-elles juste des artefacts neurologiques ? Qui sait ?

Dans tous les cas, la perte des éléments sensoriels peut être vécue avec beaucoup de déplaisir, et un travail de mise en sens par la parole permet d'étayer ce qui est perdu dans l'acuité du sens visuel par un « travail de construction introjectée d'une structure encadrante » (Green, 2005). Mr M, que je vient d'évoquer, ne se percevait alors plus comme avant, et pouvait, lors de nos échanges, voir différemment quel sens apporter à ces éléments. Avec le temps, l'affect

anxieux s'est considérablement atténué, les hallucinations sont restées mais étaient alors devenues des « compagnes » visuelles mieux acceptées par le patient.

Dans un autre sens, les sens qui ne peuvent plus être développés à l'extérieur peuvent encore être développés à l'intérieur, par la sollicitation sensorielle lors de temps d'échanges permettant de remobiliser des souvenirs enfouis ou des rêveries, chez nos patients. Cette réactivation sensorielle stimule la sollicitation de la mémoire et ainsi l'inscription ou la réinscription du patient dans son histoire singulière (Le Grégam, 2016).

Je me souviens aussi de Mr S qui était immobile suite à une fracture de la jambe et une infection pulmonaire et avec lequel nous aimions, lors du tour du matin, co-penser dans une rêverie à deux : une co-rêverie dans son jardin et plus particulièrement dans son potager qu'il entretenait avant, tous les jours, et qu'il continuait ainsi à entretenir et à faire vivre par la parole. Alors que j'étais assis à côté de lui, le regard perdu au loin, Mr S me décrivait ce qu'il sentait dans cette balade odorante et colorée, à travers les différentes histoires et émotions qu'il associait à chaque plantation : l'histoire de la repousse de son pied de vigne courageux détruit après la grêle, celle de ses tomates vigoureuses qui avaient survécu au mildiou, etc... Je percevais tout ce champ (Ferro, 2019) à l'intérieur de moi, avec tous mes sens, ce champ où pouvait alors s'exprimer et se vivre un espace de plaisir dans lequel il se baladait avec son corps rêvé guérissant, loin des souffrances de son corps immobilisé par la fracture. Cela lui permettait de percevoir ce qu'il ne percevait que moins bien en raison de ses troubles auditifs et de certains troubles sensoriels induits indirectement par les médicaments qui déformaient son goût.

### **Les sens, essence de la relation de soin**

Passons maintenant aux sens, essence de la relation de soin.

Les différents sens de la personne âgée vont constituer l'essence de la mise en relation avec son environnement : son environnement de vie et parfois son environnement de soin. Nous devons prendre le temps de co penser les déficits sensoriels à défaut de pouvoir toujours les compenser.

En effet, la différence, notable, entre ces deux environnements est que celui de leur vie, de leurs repères, est parfois suffisamment intériorisé pour permettre au sujet d'y vivre malgré ses éventuelles déficiences sensorielles. Ces repères, dans lesquels il peut trouver refuge, ne sont pas toujours opérants dans les services de médecine. Car en fait, les services de soins sont souvent inhospitaliers. On sait que ce sera à nous, soignants, de « faire corps » avec et pour eux, pour les accompagner parfois à cheminer, pour les aider à compenser leur perte de sens même si cela est difficile (Covelet, 2007).

Car les soins peuvent devenir « enveloppes » protectrices. Ils les protégeront contre les sources d'excitations, d'angoisses, internes et ou externes, en se faisant « bain de parole » (Anzieu, 1995). Mais cette membrane de sollicitude peut être parfois effractée par des plaies ou des blessures multiples. La parole incarnée dans les soins, le « talking-care », aide, alors, à restructurer et à restituer la sécurité interne du patient et permet d'accompagner la cicatrisation des plaies physiques et psychiques. Cette parole contenante accompagne ainsi un mouvement d'intégration essentielle, réassemble les patients, même ceux qui, écorchés vifs par la vie ou le soin, ont un moi-peau qui se résume à une peau de chagrin. Ce travail de soin, de proximité est un vrai travail sensible, à fleur de peau : il vient mettre en éveil tous les sens notamment par le toucher. Même si le toucher renvoie soigné et soignant à un ensemble de fantasmes de liaisons, d'agressions, de régression et de fusion : un brouillage des limites (Juliens, 2023), il vient aussi mettre en œuvre la réflexivité de la pensée. En effet, la réflexivité de la pensée vient s'enraciner dans la réflexivité sensorielle : dès que l'on touche, on est touché par ce que l'on touche (Golse, 2016). Si on est attentif à tous ses ressentis, dans l'après coup, on peut, avec tact, laisser notre subjectivité et celle de l'Autre se déployer. Je pense par exemple à certains patients qui nous ensèrent par leurs mains parfois jusqu'à nous faire mal. Que veulent-ils nous dire par ce geste : ont-ils mal ? Souffrent-ils d'isolement ? Manquent-ils d'affectivité ? Toutes ces questions soulevées, devront trouver une réponse, peu à peu, dans la temporalité des échanges de paroles rythmés par les soins.

### **Un Accordage dans le soin et pour les soins**

Il faudra, donc, c'est ma troisième partie, un accordage des soins pour les soins.

Pour que tout cet échange de pensées, de soins et de sens, cet espace de réflexivité soient possibles, il faudra que la personne âgée puisse entrer en contact avec les soignants.

Plus précisément, nous devons nous rendre corporellement accessibles aux sens restants de la personne âgée : lui parler en face pour qu'elle lise sur nos lèvres, se mettre à côté d'elle en privilégiant son oreille appareillée ou encore vive, celle qu'elle accepte de nous tendre pour mieux nous entendre, même si parfois c'est son voisin de chambre qui nous répond... Transmettre les vibrations du son par le toucher ou l'intention du geste pour permettre à ce mode de communication enfoui au plus profond de nous, dans le monde préverbal, d'être à l'œuvre. La présence rassurante du soignant pourra être marquée par le toucher, comme pour lui signifier que « nous sommes là, vous n'êtes plus seul ». Le soignant, dans cette posture, dans ce contact « peau à peau », transmis par le toucher acceptera, dès lors, d'être lui aussi touché par cette personne en soin, par sa fragilité. Fragilité inhérente au grand âge mais

finalement inhérente aussi à notre condition humaine que ce simple contact viendra alors inconsciemment réveiller.

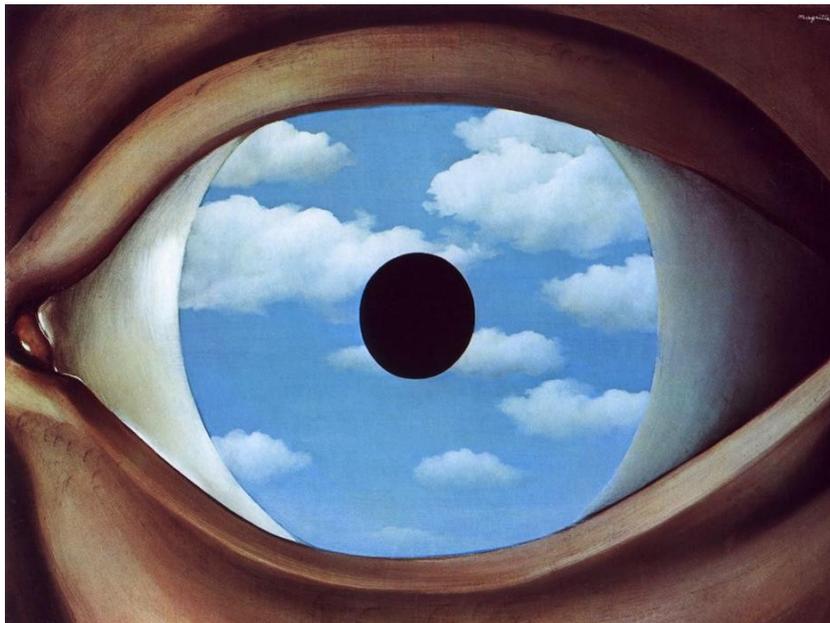
Nous devons trouver avec ingéniosité les différents paramètres d'accordage pour adapter nos systèmes communicationnels afin de nous permettre, soignants et soignés, de jouer le jeu des identifications croisées avec suffisamment de souplesse (Racin, Verdon, 2021). De jouer ce jeu d'identification croisée intergénérationnelle qui permet à deux personnes, soignant et soigné, de s'entendre sur un mode de communication singulier, cela, pour se mettre sur la même longueur d'onde au niveau de la communication consciente et inconsciente (Bollas, 2008). Permettre de donner le juste son du soin, permettre le don et le recevoir, dans un jeu de rôle, à tour de rôle, pour ajuster le soin au mieux, pour qu'il atteigne son point de résonance mutuelle.

Faire cela, c'est reconnaître les sens atrophiés de chacun, comme autant d'incapacité à explorer l'Autre en soi car marqué par nos points aveugles. Tout cela pour permettre au soignant de se faire entendre du patient, même celui ayant des troubles sensoriels ou cognitifs. Cela permettant aussi de fixer un point d'amarrage pour les patients parfois en dérive dans leur vécu de leur séjour à l'hôpital.

Dans le soin, il faudra parfois utiliser différentes sources de médiation pour cela. Dans le service, j'observe avec plaisir l'ingéniosité d'autres soignants, mettant à profit leurs « tours de mains » (De Certeau, 1990), leur habileté pour créer « des objets médiateurs » qui auront une fonction étayante, facilitant l'élaboration ou l'interaction. Ces objets pourront réveiller certains de leurs autres sens avec un réel génie. Nous serons, alors, à même, de répondre à la demande des patients, de les examiner avec soin, de les « ausculter » comme ils disent, sous entendant que l'on examine un corps d'abord en écoutant ce qu'il a à nous dire avant de poser nos mains dessus. Le soignant en gériatrie aura souvent l'habitude, pour cela, de se mettre au niveau de la personne âgée afin de limiter les malentendus et qu'un échange puisse se faire de façon accordée au niveau visuel. Comme source de médiation, je pense, par exemple, à l'utilisation d'ardoise pour mettre en mot par écrit ce qui ne peut plus être oralisé suite à un accident vasculaire cérébral, ou à une grande surdité, ou, quand cela n'est plus possible, l'utilisation de fiches d'émoticônes ou de symboles visuels où sont résumées des activités simples de la vie quotidienne. Certains dessinent des lettres sur le corps du patient comme pour communiquer avec des pictogrammes. Un autre moyen qui peut être utilisé, c'est d'appliquer un renversement des rôles, et pas des moindres, en donnant notre stéthoscope au patient afin que celui-ci puisse alors ausculter notre voix et que nous puissions tous deux mieux nous entendre.

Concernant le regard, élément sensoriel, prédominant dans notre culture, il sera à accueillir et à utiliser avec douceur, car les patients se voient aussi à travers le regard de l'Autre et la manière dont nous leur renvoyons leur propre image. Le regard peut être contenant de la même manière que nos parents ont constitué, comme le dit René Kaes (Kaes, 1979), : « notre premier miroir, réunifiant les éparpillements, le chaos, les morceaux de notre moi corporel dans l'imgo qui en forme l'unité. Si cette activité fait défaut dans la figure parentale, si elle n'est pas soutenue par un groupe, Narcisse meurt d'un éclat de miroir brisé ».

Dans le service, une fois de plus, j'observe tantôt avec un œil subjugué, tantôt amusé et admiratif, comment chaque soignant s'efforce de regarder les patients âgés, en particulier ceux ayant des troubles cognitifs, avec un regard neuf pour les prendre en charge de façon singulière dans le théâtre des soins. J'observe comment chacun accepte de jouer ce rôle au mieux, à travers un regard changeant et renouvelé, dans toutes les « micro-représentations » suscitées par les soins des patients. Accepter de jouer ce « je », réclamé inconsciemment par le patient pour qu'il puisse prendre appui sur le soignant et déjouer, peut être en partie, le rôle dans lequel il s'est enfermé (Maréchal, 2023).



Le faux miroir, René Magritte 1928

### **Faire sens avec le langage insensé des patients atteints de troubles cognitifs dans le soin**

Un autre point d'accordage qui se fera, plus ou moins consciemment, repose sur la forme du langage. En particulier quand il s'agit de communiquer avec les personnes âgées ayant des troubles cognitifs.

Au fur et à mesure de l'évolution de leurs troubles, nous nous efforçons d'entendre la puissance des métaphores, qui sont encore bien présentes dans leur langage, pour éviter tout

malentendu. Pour cela, nous nous efforçons d'être sensibles au sens poétique de la parole Alzheimer (Molinier,2021). Nous utilisons aussi la force de la métaphore en retour (George M-Y,2009) en en faisant un message en miroir pour interagir avec leurs esprits plus délicatement, plus sensiblement.

Puis, à un stade plus avancé, il faudra utiliser notre voix et les mots, non plus pour leurs significations, mais essentiellement pour leurs effets sonores dans une communication semblable à celle de la communication préverbale (Castarède, 2007). Cette communication fera résonner la vitalité de la présence de l'enfant en eux, fera résonner ce qui peut représenter avec naturel les émotions ou les affects. Le patient âgé ne comprendra peut-être pas le sens des mots, mais les inflexions de la voix et sa pertinence affective (Racin, Talpin, 2023). Etre compris par l'Autre pourra être pour lui encore une source de plaisir dans un jeu autour de la musique et du rythme des mots : un jeu d'inconscient à inconscient autour du sonore pour « ouvrir le territoire d'une expression inconsciente encore plus largement, plus densément et plus profondément » (Bollas, 2008). Enfin, la poétique Alzheimer nécessite de mobiliser nos ressources pour endurer la répétition, comme en témoigne par son expérience personnelle Pascale Molinier dans son texte « Faire présence au présent répété d'Alzheimer. Une attention plurielle ». Nous nous efforcerons de décaler, si possible, la séquence, pour une mise en relation à chaque fois renouvelée, ce qui nous permettra de rester vivant psychiquement dans la relation et d'éviter d'en épuiser le sens.

Il nous faudra décoder aussi le langage du corps, surtout quand la parole se fait de plus en plus rare. Que reste-t-il de la voix de la personne quand elle ne parle plus ? Il reste, pour nous, la présence du sens du corps vocal du sujet dément, corps agi et tendu, comme une corde vocale, qui émet une polyphonie de sens. Comment interpréter, comment transformer tout ce qui a été incorporé par cette écoute du patient ? « La pulsion prend place dans les systèmes du discours, celui qui révèle le sujet » dit André Green (Green, 2011). Nous nous efforçons de respecter leurs émotions et de rechercher avec eux du sens, à leurs déambulations ou à leurs « troubles du comportement », car tout cela doit être « entendu » et traduit par nos soins. Cela nous demande de substituer nos sens pour entendre avec notre regard... Ce sera à nous, soignants, d'ouvrir nos oreilles, de scruter l'écho de l'expression de leurs corps et cela aussi à l'intérieur de nous. Nous devons « jouer » avec notre sensorialité pour permettre un échange communicationnel et lui donner sens. Il s'agit de construire et de maintenir une relation de confiance. Nous avons bien conscience, par contre, que dans cet investissement relationnel, on ne peut négliger les risques d'interprétation, de projection (George, 2009). Mais pour nous, il est important de prendre ce risque car la prise en compte de toutes ces dimensions

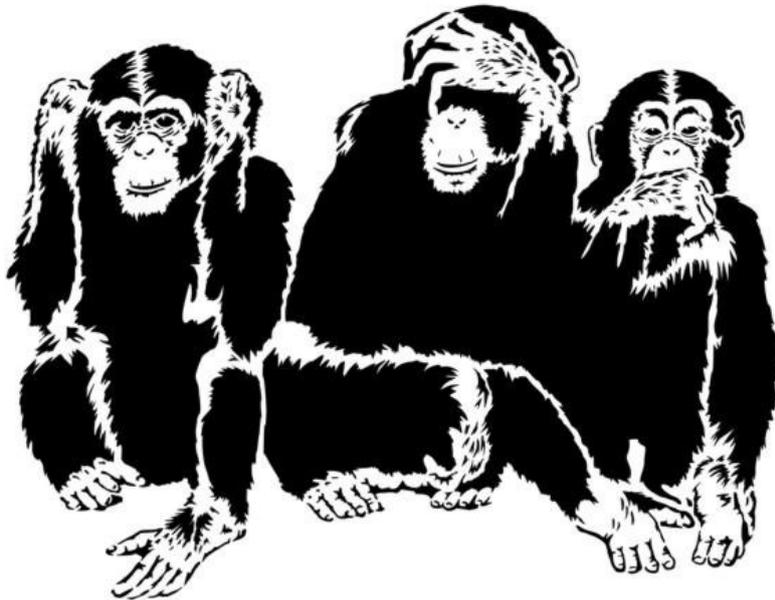
messagères peut être transformatrice de ce qui sous-tend l'agir et en conséquence, le sujet lui-même (Talpin, 2015). Cette recherche de sens pourra alors produire du ou des liens pour lutter contre les effets de la déliaison (Talpin, 2015).

Peut-être, à ce moment-là, le modèle symphonique de l'inconscient de Christopher Bollas peut nous venir en aide pour décoder tous les « ordres » d'expression de l'inconscient, comme il le décrit si bien dans le « Moment Freudien » et « La Question Infinie » : « C'est une sorte de jeu d'improvisation, quelque chose qui n'est pas révélé par le contenu narratif mais qui se produit dans le jeu entre soi et l'autre - quelque chose qui ressemble plus à la spontanéité du jazz » dit-il (Bollas, 2007).

### **Limites de nos perceptions : les points aveugles dans nos soins**

Mais il y a des limites à nos perceptions. Dans un cinquième temps, je vais vous parler des points aveugles dans nos soins.

Sommes-nous capables de tout voir, de tout entendre ce que nos sens perçoivent des patients ou ce qu'ils nous renvoient ? N'avons-nous pas, comme eux, des points aveugles ou des zones de surdité auxquels nous ne sommes pas sensibles ? Où se situent les points aveugles de nos rencontres : ce que l'on ne voit pas, ce que l'on n'entend pas, ce que l'on ne se représente pas.



Les 3 singes, inconnu

Nous soignons les patients et leurs maux et laissons souvent de côté leurs troubles sensoriels. D'ailleurs, la littérature, sur ce sujet, est peu développée, peu mise en valeur. Pourquoi sommes-nous peu sensibles à ces problématiques chez les personnes âgées alors que l'altération sensorielle va accélérer l'isolement social de nos patients et les renfermer en eux-

mêmes (Covelet, 2007). Peut-être que nous ne voulons pas voir ou entendre ce que nous pouvons devenir. Nous ne voulons pas être en contact avec les représentations négatives que la vieillesse peut nous renvoyer. De surcroît, quand nous voulons soigner les troubles sensoriels, c'est pour les corriger par des prothèses externes mais qu'en est-il de l'accompagnement intérieur de ces patients ? D'ailleurs, ceux-ci se retrouvent souvent contraints, par dysfonctionnement de leurs prothèses externes, à être en contact en dedans avec ce qu'ils ne peuvent plus percevoir en dehors et, cela, sans guide, pour faire face à la pulsionalité source de vitalité mais aussi de terreur.

Dans son livre : « L'aveuglement », José Saramago, le romancier Portugais, nous raconte l'histoire d'une épidémie de « cécité blanche » survenant chez plusieurs personnes qui se mettent alors à voir « tout blanc ». Comme cette épidémie est incontrôlable, ces personnes sont mises à part dans un ancien asile d'aliéné désaffecté où ils seront en contact à l'intérieur avec l'expression de la pulsionalité la plus brute. Un petit groupe se forme que l'on suivra durant tout le récit. Ceux-ci survivent à ce chaos car l'un d'entre eux, une femme (une travailleuse du care, invisible par tous), qui elle, n'a pas perdu la vue, continue de les guider avec soin. Durant ce périple, ils ressentiront toutes leurs limites, leurs dépendances vis-à-vis de ceux qui voient. Ils développeront alors un regard nouveau et singulier sur eux-mêmes. Je ne peux m'empêcher de vous citer les paroles de l'un d'entre eux, médecin, qui a perdu la vue et en réfléchissant à cette situation, dit: « Je pense que nous ne sommes pas devenus aveugles, je pense que nous étions aveugles, des aveugles qui voient, des aveugles qui, voyant, ne voient pas ».

Finalement, le fait d'être bien voyant ou bien entendant ne nous empêche pas d'être des êtres sensoriels imparfaits, car nous ne connaissons en fait que ce que nous reconnaissons (Green, 1993), que ce que nous sommes conditionnés à percevoir. Finalement, nous ne faisons que ressentir ce que nous avons déjà perçu enfant, ce que notre monde culturel nous a appris à reconnaître et donc à percevoir, via le langage qui cristallise le réel (Le Breton, 2006). Malgré l'accompagnement et le sens donnés à nos perceptions par notre famille, notre culture, nous restons aveugles et sourds à beaucoup de phénomènes... Nos sens sont intacts mais nous resterons, à jamais, incomplètement sensibles par essence. Est-ce que cela ne nous rapproche pas, finalement, de nos patients dont les sens sont appauvris ?

Comment sommes-nous arrivés à nous détacher de notre sensorialité pour privilégier l'omnipotence de la pensée ? André Green, dans la déliaison, nous rappelle (Green, 1992), à plusieurs reprises, que Freud dans son texte : « l'homme Moïse et la religion monothéiste » avait fait l'hypothèse évolutionniste que l'espèce humaine s'était détachée de ses perceptions

sensorielles par le développement notamment du langage permettant, je cite, au « royaume nouveau de l'intellectualité » de s'ouvrir et permettre la domination des « représentations, remémorations, et raisonnement, par opposition à l'activité psychique subalterne qui avait pour contenu les perceptions immédiates des organes sensoriels » (Freud, 1939). Mais nous sommes ainsi devenus, en partie, insensibles à l'intelligence sensorielle du corps, notamment par la rationalisation (surtout nous, médecins) qui éloigne notre conscience du déplaisir (Green, 1992) induit par les données différentes, voire contradictoires, fournies par nos organes sensoriels.

### **Le 6<sup>ème</sup> sens et l'inconscient récepteur du soignant**

Comment, alors, renouer dans le soin, avec une part plus importante de cette intelligence sensorielle incarnée ? N'avons-nous pas la possibilité d'accéder, lors des interactions avec nos patients, à une autre sensorialité, celle que l'on nomme dans le langage commun le 6<sup>ème</sup> sens ? Quand celui-ci est-il mis en œuvre ?

Dans la pratique soignante, le sixième sens que nous pouvons utiliser s'appelle l'intuition. Celle-ci vient : « créer ou conserver des manières de rester profondément humain dans notre manière de concevoir le soin et de le prodiguer, malgré la tendance au déclin de la subjectivité dans le soin » (Lecointre, 2020).

« L'intuition se définit communément comme un élément qui s'impose à notre esprit, que nous devinons mais qui s'oppose à toute forme de rationalité » (Lecointre, 2020). C'est le célèbre : « je le sens pas », « je ne sais pas pourquoi elle me fait penser à ça ou à une autre situation déjà vécue ». Comment mettre à profit cette « idée première d'appréhension du réel par les sens », qui intervient à tout moment dans les soins et que nous avons parfois du mal à accorder à notre pratique dite scientifique ? Au niveau de l'étymologie du mot : « intueri, intuitus », on comprend que ce sens nous amène à voir dedans, à tourner notre regard vers notre for intérieur mais aussi vers l'intérieur des choses. L'intuition relève du champ du sensible : sensations et sentiments ont toute leur place dans l'approche sensorielle du patient en gériatrie. Grâce à cette approche qui se base sur la phénoménologie, il est possible d'avoir une compréhension des soins qui met l'accent sur la perception subjective et intuitive, constituant un élément fondamental de notre posture professionnelle (Becker, 2019). Elle répond aux problèmes de l'incertitude et de l'impasse et révèle, de ce fait, les conflits que nous devinons sans pour autant les connaître ou les nommer (Lecointre, 2020). L'intuition peut aussi faire appel à notre mémoire inconsciente et donc à notre expérience passée, si

toutefois nous acceptons de les regarder en face, de ne pas mettre à distance cette expérience sensorielle vécue dans le corps à corps du soin (Juliens, 2022).

On peut faire, peut-être, un lien, il me semble, avec la métapsychologie et la pratique de la psychanalyse dans le sens où Freud et ceux et celles qui l'ont suivi se sont efforcés de théoriser et de mettre en pratique ce savoir intérieur pour le mettre au profit des patients dans ce que l'on peut appeler le contre transfert et l'insight.

Pouvons-nous, alors, nous cliniciens somaticiens, utiliser le modèle de l'inconscient récepteur développé aussi par Freud à côté de l'inconscient refoulé ? Celui-ci nous met en contact avec tous les points nodaux du discours du patient, même en dehors d'une situation de cadre analytique.

Freud, dans l'article « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », précise :

« Le médecin analysant doit tourner son propre inconscient comme un organe de réception vers l'inconscient émetteur du patient, et s'ajuster à l'analysant comme un récepteur téléphonique au microphone du combiné. A l'instar du récepteur qui reconvertit en de nouvelles ondes sonores les signaux électroniques de la ligne téléphonique, l'inconscient du médecin est à même de pouvoir reconstituer précisément cet inconscient à l'origine des associations libres du patient, à l'aide des productions de ce même inconscient qui lui ont été communiqués. » (Freud, 1912)

Dans son ouvrage: « Le Moment Freudien » et dans un ouvrage plus tardif « La Question Infinie », Christopher Bollas pose la question de savoir si un modèle de l'inconscient est plus pertinent qu'un autre (Bollas, 2011). Il y répond en précisant qu'un modèle n'est pas meilleur qu'un autre mais qu'il amplifie notre compréhension du psychisme. Pour aller plus loin, il précise même qu'une théorie (il se réfère ici aux théories psychanalytiques), sont toutes également à connaître et à utiliser car elles permettent, je cite : « d'accroître ses facultés perceptuelles, élargir son esprit, accueillir les patients avec une sagesse qui ne s'acquiert que par la rencontre de la différence. »

Christopher Bollas va plus loin, et vous comprendrez alors le lien que je voulais faire avec cette journée de l'ARAGP quand il dit : « une théorie est un phénomène métasensuel. [...] Elle permet de voir quelque chose que les autres ne voient pas. [...] Se déclarer contre d'autre écoles de pensée équivaut à s'affirmer comme une personne visuelle qui n'aime pas les informations sensorielles auditives, ou comme quelqu'un qui se fie à son oreille mais jamais à son nez » (Bollas, 2011).

J'irai donc plus loin, en risquant la disruption épistémologique, en précisant que médecine et psychanalyse doivent continuer à cheminer ensemble car elles ne perçoivent pas les patients de la même manière et c'est en confrontant leurs perceptions qu'elles pourront apporter plus d'éléments à la compréhension des souffrances des patients, induites parfois par leurs troubles sensoriels, et permettre ainsi de redonner du sens à leurs sens.

Il faudra, pour cela, prendre le temps essentiel à ce décryptage métasensuel et continuer à observer, avec tous nos sens, avec tous les pores de notre peau. Il faudra utiliser notre corps entier comme un outil de perception (Juliens, 2022) car, comme le dit Bernard Golse « le penser passe par la sensorialité. [...] L'observation passe par tous les sens et c'est en se laissant d'abord imprégner par les données de tous les sens, c'est-à-dire par tout ce qui émane de la situation observée (le vu, l'entendu, le senti) que l'on pourra seulement, dans un deuxième temps, voir émerger du sens. Autrement dit, il faudra savoir laisser du temps au temps afin que le sens puisse advenir en son temps. » (Golse, 2002).

Alors, prenons et perdons notre temps, dans le corps à corps des soins avec nos patients sans âge. Faisons vivre les associations libres des soignants dans un travail en cœur et en accord pour déchirer le mur du son, déchiffrer le mur des sens que nos patients portent en eux. Pas à pas, dans ce cheminement porte à porte, laissons la chair de leurs maux, continuer à entrer dans notre chère médecine et soignons-les avec tous les sens que notre nature nous donne. Soignons, par ce sens, dans un combat sensible, sensé et ensemble contre la déliaison, car il s'agit de relier à l'extérieur et entre nous, ce que certains de nos patients n'arrivent plus à lier à l'intérieur.

## Références bibliographiques

- Anzieu D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.
- Becker D, Schwermann M, Carlen F. (2019). Quand l'intuition passe par le corps. *Soins Infirmiers*, 2, 58-61.
- Bollas C. (2007). *The Freudian Moment*. London : Karnac. Traduction française Ana De Staal.
- (2011). *Le moment Freudien*. Paris : Ithaque.
- Bollas C. (2008). *The infinite question*. Routledge (traduction groupale sous la direction de Colette Combe à paraître aux éditions d'Ithaque en juin 2024)
- Castarède M-F. (2007). Métapsychologie de la voix. *Champ psychosomatique*, 4(48), 7-21.
- Covelet R. (2007). Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 30(132), 249-262.
- De Certeau M. (1990). *L'invention du quotidien. Vol 1 Arts de faire*. Paris : Folio essais.
- Ferro A. (2019). *Les viscères de l'âme*. Paris : Ithaque
- Fénelon G, Sellal F. (2002). Hallucinations liées à une désafférenciation. In. *Hallucinations : regards croisés*. Paris : Masson.
- Freud S. (1912). *Conseils aux médecins sur le traitement analytique*, trad. Française : Carolina Buck de Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW* 8, S. 381.
- Freud S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris : PUF
- George M-Y, Bouvel B, Manciaux M-A. (2009). *La fin de vie : échec programmé ou rite de passage ?* In. *Vieillir dans la dignité, un combat pour demain*. LEH Editions
- Golse B. (2002). *Le bébé à l'épreuve des sens*. In. *La vie sensorielle : La clinique à l'épreuve des sens*. Paris : PUF.
- Golse B. (2016). *Des sens au sens : la place de la sensorialité* *Eprouver, percevoir, construire*. *Revue Française de psychanalyse*, 4(80), 998-1011.
- Green A. (1992). *La déliaison*. Paris : Hachette.
- Green A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Editions de minuit.
- Green A. (2005). *L'intuition du négatif dans jeu et réalité*. In. *Jouer avec Winnicott*. Paris : PUF.
- Green A. (2011). *Du signe au discours*. *Psychanalyse du langage*. Paris : Ithaque.
- Juliens C. (2022). *Le toucher dans le soin : La formation des étudiants*. In. *Les sens au cœur du soin*. Paris : Séli Arslan
- Juliens C. (2023). *De « l'usage » du corps du soignant dans la rencontre*. *Santé mentale*, 274 :43-45.
- Kaes R. (1979). *Introduction à l'analyse transitionnelle*. In. *A Crise, rupture et dépassement*. Paris : Bordas
- Kapsambelis V. (2002). *Le point de vue psychanalytique sur les hallucinations*. In. *Hallucinations : regards croisés*. Paris : Masson.
- Le Breton D. (2006). *La Saveur du Monde. Une anthropologie des sens*. Paris : Métailié

- Lecointre C. (2020). Intuition : génie ou folie ? Réflexion autour de l'usage et de la légitimité de l'intuition dans le soin en pédiatrie. *Revue française d'éthique appliquée*, 1 (N° 9), 129 -143.
- Le Grégam E (2011). La médiation sensorielle dans les petits groupes de personnes âgées. *Le journal des psychologues*, 2 (N°285), 52-55
- Maréchal F. (2023). Revoir les arts du soin. *Pratique*, 100, 62-63.
- Mercadier C. (2022). L'acceptation sensorielle de l'interaction corporelle par le soignant. In. *Les sens au cœur du soin*. Paris : Séli Arslan.
- Molinier P. (2021). Faire présence au présent répété d'Alzheimer. Une attention plurielle. In. *Le Vieillessement saisi par le soin*. Paris : In Press.
- Verdon B, Racin C. (2021). Ambivalence, emprise, soutien. De la difficulté d'entourer le patient âgé à « suffisamment bonne » distance. *Evol Psychiatr*, 86(1), 5–16.
- Racin C, Talpin J-M. (2023). Les démences. IN. *Psychologies clinique du vieillissement normal et pathologique*. Paris : Dunod.
- Saramago J.(1995). *L'aveuglement*.
- Talpin J-M. (2015). Les équipes soignantes face aux agirs des sujets déments : les actes, les actions, les mots. *Cliniques*, 1(9), 80-95.
- Talpin J-M, Racin C. (2023). Les démences. IN. *Psychologies clinique du vieillissement normal et pathologique*. Paris : Dunod.

# A la rencontre de l'objet dans l'expérience de la maladie d'Alzheimer ; Rôles et limites de la sensorialité.

**Catherine FOURQUES**

La question de la sensorialité dans la clinique du vieillissement est une question qui m'a beaucoup mise au travail et notamment au cours d'une démarche de recherche doctorale. L'objectif de cette recherche était l'exploration du devenir du fonctionnement psychique des hommes et des femmes âgées qui font l'expérience de la maladie d'Alzheimer et qui vivent en institution, s'attachant à reconnaître et à comprendre leurs grandes fragilités mais aussi leurs ressources potentielles. Je me suis intéressée aux conditions de rencontre de la personne âgée malade dans sa subjectivité au-delà des oublis, des discours décousus et incohérents, des absences de reconnaissance d'êtres chers. L'idée qui sous-tendait cette démarche était d'apporter une variation éthique précieuse à la représentation déficitaire d'inquiétante étrangeté et de déshumanisation qui peut émerger au contact d'une personne malade d'Alzheimer, potentiellement déjà fragilisée par les effets de l'âge et/ou des polyopathologies.

Pour introduire mon propos, je souhaiterais évoquer une séquence vidéo disponible sur internet et qui d'emblée annonce un lien fort entre sensorialité et mémoire. Il s'agit d'une vidéo tournée par une association qui défend l'intérêt de la musique dans la stimulation de souvenirs anciens peu ou plus accessibles du fait de la maladie. Elle fut largement relayée sur les réseaux sociaux<sup>28</sup>, notamment en novembre 2020.

Cette vidéo met à l'image une femme âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, Maria C. Gonzalez, ancienne danseuse étoile qui esquisse les gestes d'une chorégraphie de danse classique lorsqu'elle entend l'air du *Lac des cygnes* de Tchaïkovski. Au travers de mouvements gracieux, fluides, précis et harmonieux, elle semble raconter une partie de son histoire. Son visage s'anime et reflète l'émotion qui la saisit dans le réel ou qui l'habitait lorsqu'elle dansait. Les souvenirs et les moments présents se confondent, comme une fenêtre entrouverte sur son intériorité.

Cette séquence illustre bien le rôle de la sensorialité, pour la personne âgée faisant l'expérience d'une maladie d'Alzheimer relativement évoluée, dans la possibilité de faire lien

---

<sup>28</sup>Cette vidéo fut tournée par l'association *Musica para despertar* et est accessible à l'adresse : <https://www.leparisien.fr/video/video-atteinte-d-alzheimer-l-ancienne-etoile-se-remet-a-danser-sur-le-lac-des-cygnes-10-11-2020-8407737.php>

avec soi, ses objets internes, ses souvenirs.... Dans la possibilité de faire lien avec l'objet, l'environnement, de rencontrer l'autre. Finalement, elle invite à questionner en quoi la sensorialité est-elle un vecteur favorisant le lien ?

Dans le cas de ma recherche, la réflexion autour du rôle de l'objet externe et notamment de la sensorialité est partie, notamment, de deux éléments saillant dans la clinique des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer : la fluctuation des troubles et la conservation d'un investissement objectal fort, malgré l'aggravation de l'atteinte cérébrale, de la détérioration cognitive et de la désorganisation psychique dues à la maladie.

La fluctuation des troubles correspond à une régression des symptômes cognitifs et psychiques au profit d'une lucidité fragile, permettant à la personne malade, de manière transitoire, de faire preuve d'une pensée partageable et sensée montrant des capacités d'accès à des souvenirs enfouis encore quelques minutes plus tôt. La personne recouvre des capacités de liaison des éléments internes et livre à son interlocuteur des éprouvés, des affects reliés à des représentations, des prises de conscience sur sa situation. Elle peut reconnaître, de manière transitoire, de nouveau un proche, tenir un discours construit et cohérent, montrer un jugement éclairé.

Cela remet en question la linéarité de l'atteinte des processus de pensée dû à la maladie. Sans nier la présence effective des lésions cérébrales et d'une détérioration cognitive sévère, elle invite à se questionner sur le sens de ces irrégularités et de leur contexte d'expression.

Sur le plan métapsychologique, la maladie d'Alzheimer est caractérisée par une désorganisation psychique, que G. Le Gouès (1987) propose de considérer comme le résultat d'une « psycholyse »<sup>29</sup>, c'est-à-dire une déconstruction progressive de l'appareil à penser induisant une régression de la symbolisation secondaire pour retourner vers un état plus proche du corporel et du pôle sensori-perceptif. Il s'agit donc d'un désordre, une attaque contre les liens entre les éléments qui composent la psyché au demeurant organisée (enfin, on ne peut que le supposer). On est proche « d'une pensée en archipel » pour reprendre la belle image de G. Le Gouès. L'action de la maladie d'Alzheimer peut être considérée comme une action de déliaison, touchant davantage les processus de liaison entre les éléments internes que les éléments en eux-mêmes, entre les traces mnésiques que les traces en elles-mêmes.

---

<sup>29</sup>En appui sur le schéma freudien de l'activité psychique repris par Donnet et Green (1973) : *Soma > Excitation > Pulsions > Emotion > Affect > Représentation de chose > Représentation de mot > Pensée réflexive*. Fonctionnant dans un rapport d'emboîtement, le niveau supérieur comprend le niveau inférieur vers une psychisation de la pensée de plus en plus évoluée.

Malheureusement, avec l'aggravation de la maladie, les traces s'estompent ou se perdent trop profondément.

Le second élément est donc le constat d'un investissement objectal fort. Il n'est pas rare d'observer des conduites d'agrippement (de la main, du bras, d'un aidant, d'un proche), d'agitation motrice tel que le syndrome de Godot (Engasser, 2015), des comportements d'accrochage à un objet du quotidien, un tissu, un sac (qui évoque parfois l'objet transitionnel Winnicottien). On peut aussi repérer des comportements dits « aberrants » de rangements répétés du sac, de l'armoire ou bien un mouvement stéréotypé. Ce surinvestissement questionne par son intensité et sa présence, même dans les phases très sévères de la maladie. Dépassant l'aspect troublé, il peut également être compris comme des tentatives de gestion de cette angoisse, une recherche d'étayage auprès de l'autre.

Avec l'avancée de la maladie, la psycholyse (Le Gouès, 1987) poursuit son chemin inexorable et rend compte de la déroute psychosomatique des capacités représentationnelles et du retour des excitations. Aussi, les gestes répétitifs et stéréotypés (gratter un endroit de la table...), dans les phases avancées de la maladie, pourraient être le signe d'une décharge motrice pure, dénuée de signification et coupée de l'objet. Toutefois, certains comportements qui peuvent paraître, au premier regard, incohérents ou inadaptés semblent témoigner d'une recherche de relation objectale (Brossard & Caron, 2018 ; Engasser, 2015). Le surinvestissement de la sphère sensori-motrice pourrait être un écho aux premières expériences primitives de satisfaction au cours du développement psychique. Ces premiers auto-érotismes dans lesquels s'originent les premières représentations de l'objet, les premières traces mnésiques de l'objet. Dans la maladie d'Alzheimer, les souvenirs, les représentations ne peuvent plus assurer une fonction d'étayage de la cohérence et de la continuité de la vie pulsionnelle. L'objet extérieur est alors investi d'une mission immodérée, celle de rétablir un équilibre psychique supportable.

Je pense à Denise qui m'interpelle lorsque je la croise dans le couloir : « tu viens me voir ? reste avec moi... ». Le ton n'est pas plaintif mais plutôt encourageant, séducteur, comme une invitation à être auprès d'elle. Elle associe ces paroles au geste qui lui est plus injonctif. Denise accroche le bras ou la main de celui ou celle qui s'approche, elle le tient, le retient, le serre contre elle. Cet agrippement est souvent vécu comme une injonction à rester auprès d'elle et provoque un vécu de passivation chez celui ou celle qui « se fait prendre au piège » comme dit un soignant de l'EHPAD où est accueillie Denise. La main ou le bras est saisi par

elle dans le réel. Sur la scène interne, elle ou il semble jouer le rôle d'un objet partiel que Denise pourrait conserver, conquérir et qui panserait le vécu de solitude, de manque, voire l'angoisse de néantisation qui l'étreint lorsqu'elle est seule.

### **Rôle de la sensorialité dans la rencontre avec l'objet**

Ainsi, l'objet réel apparaît comme une ressource potentielle pour la personne malade. Objet personne ou objet chose, il semble toutefois qu'il ne soit pas choisi au hasard et que, pour se révéler étayant, il doit être suffisamment adapté, remplir un certain nombre de conditions en lien avec ses caractéristiques intrinsèques et en lien avec le sujet, sa maturité physique et psychique, son contexte de vie, son histoire.

L'analyse du symptôme ou des rêves montre combien la présentation, la forme de la réalisation d'un désir inconscient reste imprégnée d'un déterminisme psychique et n'est pas due au simple hasard (Freud, 1909) : elle fait écho à une trace d'un souvenir infantile. Si le choix de la forme que prendra le symptôme dans le réel ou bien le désir/fantasme dans le rêve, n'est pas dû au hasard, on peut supposer qu'à l'inverse ce n'est pas n'importe quelle forme dans le réel qui réactivera de manière inconsciente une représentation interne ou un souvenir conscient. Dans certains cas, la connexion entre forme/présentation de l'objet dans le réel et souvenir paraît évidente et le sujet a conscience du lien. Dans d'autres cas, le lien objet-souvenir se révèle plus difficile à établir tant le souvenir constitue un entremêlement des traces mnésiques, de leurs effets d'après coup et des nouveaux enregistrements en mémoire qui en découlent, ainsi que des désirs et fantasmes du sujet. Il arrive qu'un détail sensoriel réactive ce que l'on prend pour un souvenir et qui dissimule finalement un souvenir plus enfoui, depuis longtemps refoulé tel le goût de la madeleine pour Proust qui lancera ce dernier sur les traces de ses fantasmes et désirs inconscients par-delà le souvenir écran que la saveur de la madeleine trempée dans l'infusion de thé de sa tante avait réactivé. L'objet étaye le souvenir en ce qu'il fait écho à une représentation, une trace mnésique qui est alors susceptible de ré émerger.

Dans la maladie d'Alzheimer, l'action de déliaison engendre une régression des capacités de symbolisation et d'élaboration de la pensée suggérant que les traces mnésiques à un état de traduction moins symbolisé, telles que les représentations de chose, les images, ou les traces perceptives sont davantage mobilisables.

Au cours de leurs travaux sur les médiations thérapeutiques, Roussillon (2008, 2011) et Brun (2018, 2019) mettent en évidence le rôle du médium dans la réactivation sur un mode

hallucinatoire des expériences non symbolisées, c'est-à-dire qui sont restées à l'état de traces mnésiques perceptives. Le médium par la sollicitation sensori-motrice va permettre de faire écho à une mémoire sensorielle inconsciente. Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, le principe reste le même, le choix de l'objet de transfert dans le réel reste déterminé par ses aspects perceptifs et sa capacité à répondre à la logique de l'objet trouvé-créé. L'objet n'est donc pas choisi par hasard, tous les objets présentés ne réactiveront pas de représentations internes : pour que les « traces perceptives se réactualisent [...] sous forme de sensations hallucinées [...], une coïncidence entre hallucinations de perceptions antérieures et perception actuelle » est nécessaire (Brun, 2018, p. 189).

Afin de mettre à l'épreuve cette hypothèse, j'ai constitué une recherche doctorale. L'idée était donc de m'intéresser aux conditions de présentation de l'objet externe-interne favorables à un étayage des processus de symbolisation : la réactivation de traces mnésiques perceptives est soutenue par la stimulation de la sensori-motricité de l'objet et notamment ses qualités figuratives.

La recherche était basée sur une étude longitudinale à visée comparative prévoyant deux grands temps de rencontres espacés d'un intervalle compris entre huit et seize mois. Le dispositif méthodologique comprenait un entretien clinique, un bilan neuropsychologique afin de contrôler que les protocoles recueillis étaient bien interprétables au regard des modalités de fonctionnement psychique des personnes sollicitées et non pas biaisés par des difficultés liées à l'âge ou à la maladie, ainsi que trois outils projectifs : le test de Rorschach, le TAT (Thematic Apperception test) et le Scéno-test.

Ces derniers ont été présentés dans cet ordre pour respecter une certaine hiérarchisation de la dimension concrète et figurative.

Le test de Rorschach se compose de 10 planches présentant des tâches d'encre incluant la couleur noire, grise, blanche, rouge ou pastel, reproduites fortuitement et symétriquement conférant à l'image un aspect peu figuratif et fort énigmatique. Le sujet est invité à dire tout ce à quoi les planches, présentées une à une, lui font penser, ce qu'il voit à partir de chacune des planches.

Le T.A.T. propose des images plus figuratives en deux dimensions, représentant des personnages identifiables pour la plupart selon leur sexe et leur âge, plongés dans des scènes de la vie quotidienne. La consigne est ici de raconter une histoire à partir de chacune des images présentées.

Le Scéno-test permet de manipuler des figurines (personnages), animaux, petits objets ou éléments de construction en trois dimensions. Il est, de fait, celui des trois outils qui présente le plus haut degré de figurabilité. La consigne consiste à proposer au sujet de découvrir, manipuler, jouer avec les différents éléments de jeu contenus dans la boîte, dans un espace délimité par le couvercle (qui comporte des bords d'environ trois centimètres et dont le fond aimanté permet de disposer les personnages en position verticale), tout en demeurant en interaction avec le clinicien. Il offre la possibilité d'associer au langage verbal, une autre modalité d'expression, au travers des processus de jeu, de l'expression motrice d'affect et des projections du corps en mouvement.

Deux groupes ont été constitués : un groupe cible de 6 personnes âgées faisant l'expérience de la maladie d'Alzheimer et vivant en institution et un groupe contrôle de 6 personnes âgées ne présentant pas d'atteinte cognitive et vivant également en institution.

### **Pourquoi avoir choisi le dispositif projectif ?**

Il soutient le déploiement d'une aire transitionnelle susceptible de rassembler les conditions propices à trouver-crée l'objet ; il permet de repérer des indices de symbolisation et d'apprécier les capacités représentationnelles du sujet en observant la manière dont ce dernier s'accommode de la consigne d'attribuer des qualités projectives (issues du monde interne de la personne) à un matériel perceptif.

Le choix du Scéno-test auprès de cette clinique est plus exploratoire...

En appui sur les travaux de Brun et de Roussillon, mon hypothèse était que les qualités figuratives et sensorielles de l'objet vont ainsi réactiver les premières inscriptions perceptives (correspondant au premier enregistrement de l'information dans la proposition de Freud concernant l'appareil de mémoire (1896)). L'idée est que la réactivation de la symbolisation primaire va permettre de restaurer des capacités de symbolisation plus élaborée, plus secondarisée et permettre au sujet de refaire lien avec ces objets internes.

**L'analyse des résultats** montrent, en effet de manière globale, un étayage de la dimension figurative de l'objet. Mais celui-ci revêt un caractère paradoxal :

Globalement, que ce soit au test de Rorschach ou au TAT, le recours aux éléments figuratifs, perceptifs et sensoriels du matériel, lorsqu'ils sont présents, s'avèrent être un étayage pour les représentations de chose permettant ainsi aux sujets de produire une réponse ou un récit.

**Au Rorschach**, les réponses données par les sujets du groupe cible semblent guidées par la découpe de la planche, la délimitation naturelle et l'évidence perceptive. La couleur est également prise en compte. Elle peut alors être associée à l'aspect formel ou utilisée en relais et participer à isoler une forme identifiable permettant au sujet de donner une réponse. En revanche, lorsque la forme de la tâche ne fournit pas un repère évident, les sujets souffrant de la maladie d'Alzheimer peinent à imaginer une représentation. Cela met en évidence une perte de la capacité représentationnelle et témoigne de l'atteinte des processus de symbolisation.

**Le TAT** apparaît moins heurtant que le test de Rorschach et laisse la possibilité d'exploiter les éléments perceptifs, sensoriels et figuratifs des planches. En effet, les personnes peuvent davantage identifier et décrire un certain nombre d'éléments, objets choses, personnages... La perception pouvant alors faire écho à une représentation interne de chose (une femme, un homme, un livre, un arbre...). Leur difficulté est davantage autour du fait de relier l'ensemble de ces éléments perçus en un récit, une histoire. Dans la maladie d'Alzheimer, l'action de déliaison est active entre les différents éléments internes des sujets. Les souvenirs, les représentations de mots, les représentations de choses, les sensations, les affects ne sont plus reliés entre eux (une pensée en archipel). L'accès à l'imagination en est fortement compromis. La mise en récit, l'historisation des éléments perçus qui signerait l'articulation entre perception et projection s'avère une véritable gageure.

C'est ici, que le rôle de l'affect apparaît.

La qualité de la relation à l'autre, les capacités d'investissement objectal, la présence d'affect (Le Gouès, 2000 ; Le Gouès et Péruchon, 1992) jouent un rôle d'étayage fort dans la reprise des processus de liaison. Ainsi l'affect de plaisir éprouvé au contact de l'objet test (plaisir de la manipulation, plaisir de l'esthétisme, notamment au Scéno-test) ou dans la relation au clinicien favorise l'accès aux souvenirs et soutient les capacités de contenance des tensions et excitations. La qualité de l'affect (plaisir ou dysphorie) ainsi que son économie seront déterminantes dans la qualité de cet étayage. Il doit être présent suffisamment, mais sans excès car, trop excitant, il risquerait de court-circuiter les voies internes et menacerait le lien à l'objet, du fait de la grande fragilité des processus de régulation des tensions et excitations des sujets malades.

**Au Scéno-test**, confrontées à l'espace de jeu vide, en l'absence de perception « imposées », les personnes du groupe cible vont choisir un élément « plaisant » au sens du jugement d'attribution (plaisant/déplaisant) puis un autre, etc... Satisfaisant le principe de plaisir plutôt que celui de réalité. Elles ont été grandement sensibles à l'esthétique des objets proposés. Elles ont apprécié la qualité de la confection des vêtements des figurines des personnages

humains, ont remarqué les couleurs, les textures. Elles ont pu manipuler les objets du quotidien (chaise...), les animaux (vache), les extraire du couvercle de rangement, les replacer... Confirmant le rôle de l'affect de plaisir dans la reprise des processus de liaison et de remémoration, le Scéno-test met particulièrement en évidence le lien d'interdépendance entre le souvenir et l'objet externe. Le choix d'un objet plaisant stimule la réactivation d'un souvenir qui s'accompagne également d'une part affective et qui, à son tour, va influencer sur le choix d'un autre objet... Le lien aux souvenirs est également observé du côté du groupe des personnes âgées qui ne présentent pas de trouble cognitif, néanmoins, la convocation dans le réel de ces souvenirs n'est pas systématique et ne conditionne pas l'accès aux processus de jeu, de même que le souvenir n'est pas conditionné à l'élément de jeu sélectionné. Du côté des personnes du groupe cible, globalement, il y a peu de distance entre le souvenir et l'objet perçu. Le souvenir semble dépendant de l'objet ou s'organiser dans un lien d'interdépendance, de co-construction. Les éléments de jeu soutiennent l'évocation d'un souvenir qui guide à son tour le choix d'un autre élément de jeu.

L'analyse des protocoles de ces trois outils montre que pour les personnes âgées faisant l'expérience de la maladie d'Alzheimer, les éléments figuratifs, la forme, la sensorialité des images ou objets présentés viennent soutenir la représentation de chose (comme si ces éléments donnaient accès au stock de représentations du sujet). La dimension figurative est étayante du processus de symbolisation. Mais c'est un étayage paradoxal car, les sujets peinent à se dégager de ce qu'ils perçoivent au détriment de leur imagination. Si les éléments (objets, personnages...) ne sont pas visibles sur la planche, ou disponibles à manipuler (dans le cas du Scéno-test), les sujets sont en difficultés, voire échouent à fournir une réponse ou un scénario, révélant alors, leur grande dépendance à la présence effective de l'objet dans l'environnement concret immédiat.

Face à un matériel peu figuratif (comme au test de Rorschach), la difficulté des sujets à percevoir quelque chose qui ferait écho à un élément subjectif interne, invite à penser que tout fonctionne comme si la perception dans le réel venait confirmer la présence d'une représentation sur la scène interne. La régression des capacités symboliques induite par la maladie d'Alzheimer engage le sujet à fonctionner en processus primaires et vise à retrouver une perception identique à la représentation de l'objet.

Cela rejoint ce que constate Grosclaude dans son travail auprès des personnes souffrant d'Alzheimer au stade démentiel : le sujet « tend à traiter les mots comme des choses, au pied de la lettre, excluant polysémie, double sens, et jeu de mots. » (2003, p. 143). Je me souviens

lors d'un atelier « dit mémoire », nous discutons en groupe des endroits où avant, on pouvait aller danser. Une dame nous raconte qu'elle avait l'habitude de danser avec son mari. Quand je lui demandais de nous dire où elle dansait avec son mari, elle me répondait sur du parquet.

### **Pour conclure**

L'analyse des protocoles aux trois outils projectifs a pu fournir des éléments de compréhension sur la manière dont les personnes âgées souffrant d'Alzheimer abordent le monde, la réalité, sur les possibilités qu'elles ont de jouer dans cet entre-deux, réalité et intériorité, perception et imagination, plaisirs et contraintes. En l'absence de capacités représentationnelles conceptuelles signant l'atteinte des processus de symbolisation, il apparaît précieux de recourir à la symbolisation primaire qui permet le lien entre affect et sensation et soutient la subjectivation (du fait de la reprise du travail de liaison entre les éléments internes du sujet). La motricité et la sensorialité sont les canaux par lesquels « la libido va se lier aux objets extérieurs » (Denis, 2007, p. 63). La fonction dynamique de la liaison de l'affect se perçoit dans sa qualité de représentant psychique qui pousse le sujet à rechercher la représentation à laquelle il renvoie, c'est-à-dire le souvenir. Objet, sensorialité et affect se révèlent alors trois piliers primordiaux dans la relance des processus de symbolisation, trois ressources précieuses pour la personne âgée faisant l'expérience de la maladie d'Alzheimer.

### **Quelques pistes de prolongements cliniques dans la prise en charge des personnes âgées faisant l'expérience de la maladie d'Alzheimer**

Du fait d'une perte des capacités de symbolisation, notamment secondaire, les qualités figuratives et sensorielles sont à privilégier dans le contact. Il peut se révéler pertinent de compléter le langage verbal par des éléments sensoriels et les accorder ensemble pour fournir une mélodie cohérente entre le contenu du message verbal (une information, une consigne...) et les éléments infra verbaux qui l'accompagnent (les mimiques, le ton de la voix, la prosodie, la posture corporelle...).

Les personnes malades procèdent d'une autre manière pour appréhender le monde, guidée par le jugement d'attribution privilégiant le principe de plaisir/déplaisir plutôt que celui de la réalité, de la raison. Cela montre l'importance du climat affectif dans lequel une rencontre, un soin peut avoir lieu ; et l'importance du climat environnemental en lien avec des éléments/perceptions sensoriels tels que l'inconfort du trop froid ou la présence d'une douleur physique...

La dépendance à la présence effective de l'objet (chose ou personne) illustre la perte de la permanence de l'objet et invite à penser le soin autrement. Les personnes âgées malades d'Alzheimer ont besoin de temps pour pouvoir se représenter le soin proposé, pour que les mots « faire la toilette » prennent corps et sens, pour que le proche ou le soignant associe les mots aux gestes, montrent les objets signifiants (gants, savon...), qu'il instaure un climat émotionnel apaisant.

Quel sens prendra l'absence (même de quelques instants), d'un soignant qui sort de la salle de douche pour aller chercher un vêtement ? Si le lien sensoriel (visuel, auditif, par le toucher) se rompt dans la réalité, la représentation de celui qui n'est plus là persiste-t-elle en interne ?

L'étayage des qualités figuratives et son caractère paradoxal : si les qualités figuratives peuvent soutenir les représentations de chose, on a vu qu'elles pouvaient également réduire le champ des possibles du fait de la difficulté pour les personnes à s'extraire d'une perception. D'un côté, elles contiennent et rassurent, de l'autre, elles enferment au risque d'un effacement de l'imagination, de la subjectivité. La difficulté est qu'il faut trouver le bon équilibre dans les gestes/situations du quotidien. Le moment du goûter, en institution permet d'illustrer ce jeu complexe : montrer les gâteaux, les boissons, associer le geste et l'image au langage verbal est sans doute étayant pour la personne malade ; réduire le choix entre deux éléments plutôt que plusieurs, sera moins angoissant. Par exemple, proposer deux boissons plutôt que cinq ou six permettra davantage à la personne de faire un choix. Mais en même temps, cela risque de réduire la liberté de faire ce choix puisqu'il est difficile pour la personne de se représenter et de dire autre chose que ce qu'elle voit.

Ces éléments de compréhension du fonctionnement psychique des hommes et des femmes âgées faisant l'expérience de la maladie d'Alzheimer ouvrent des perspectives dans l'adaptation du savoir-être des soignants en institution mais également des proches. Les potentialités de rencontre mises en évidence, soutiennent leurs capacités empathiques et réduit l'inquiétante étrangeté parfois éprouvées. Elles invitent à reconnaître la préservation de la subjectivité des personnes malades.

## **Bibliographie**

- Brossard, F. & Caron, R. (2018). Productions corporelles dans les derniers stades de la maladie d'Alzheimer comme expression subjective. *Annales Médico-Psychologiques*, 176(10), 991-998.
- Brun, A. (2018). Corps et sensorialité : les formes primaires de symbolisation dans les épreuves projectives. *Psychologie clinique et projective*, (24), pp. 181-196.
- Brun, A., et all. (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Denis, P. (2007). La pulsion pour moi faire. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, (15), pp. 61-72.
- Engasser, O. (2015). « C'est un jeu pour la survie » : le syndrome de Godot dans la démence. *Cliniques*, (9), pp. 63-79.
- Freud, S. (1896). Lettres 40 à 61. In *La naissance de la psychanalyse* (2009, pp. 138-177). PUF.
- Freud, S. (1909). Troisième leçon, in *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Payot, 1997.
- Green, A., Donnet, J.-L. (1973). *L'Enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*. Aux éditions de minuit.
- Grosclaude, M. (2003). Les déments parlent donc ? *Gérontologie et société*, 26(106), 129-145. <https://doi.org/10.3917/gs.106.0129>
- Le Gouès, G. (1987). La Psycholyse. *Actualités Psychiatriques*, (8), pp. 76-82.
- Le Gouès, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir*. Dunod.
- Le Gouès, G., & Péruchon M. (1992). Ultimes processus de pensée. *Revue française de Psychanalyse*, (53), pp. 135-148.
- Roussillon, R. (2008). Corps et actes messagers. In B. Chouvier & R. Roussillon (dirs.), *Corps, acte et symbolisation : psychanalyse aux frontières* (pp. 23-37). De Boeck Supérieur.
- Roussillon, R. (2011). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques. In A. Brun (dirs.), *Les médiations thérapeutiques* (pp. 23-35). Érès, 2014.

**A plein nez, odeurs de fleurs fanées, de bière frelatée  
et de sarrazin**

**Mireille TROUILLOUD**