

La vie psychique de la personne âgée démence

psychismes

collection fondée par Didier Anzieu

Christine Louchard Chardon

La vie psychique de la personne âgée démence

Approche psychanalytique et psychodynamique

Préface du Dr P. Charazac

DUNOD

Illustration de couverture :
Le Temps ordonne à la Vieillesse de détruire la Beauté,
Batoni Pompeo Girolamo (1708-1787)
Royaume-Uni, Londres, National Gallery
Photo © The National Gallery, Londres, Dist. RMN-Grand Palais
/ National Gallery Photographic Department

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	 <p>DANGER LE PHOTOCOPIAGE TUE LE LIVRE</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--	--

© Dunod, 2021
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082090-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

À Camille, Mathilde, Clément et aux générations à venir

REMERCIEMENTS

UN OUVRAGE COMME CELUI-CI ne pourrait voir le jour sans l'engagement d'un éditeur, le soutien de ma famille et la confiance de ceux qui m'entourent. Je tiens particulièrement à remercier le professeur P. Charazac pour la richesse de sa pensée, la portée de ses écrits et pour son attention bienveillante. J'ai eu la chance de travailler avec lui en psychiatrie et ai beaucoup appris. La pratique clinique auprès de patients grandement désorganisés est un exercice difficile. Elle demande beaucoup de rigueur et d'humilité, elle oblige à la sincérité. Cette exigence d'authenticité rencontrée auprès du professeur Charazac est un repère solide.

Il est souvent difficile dans un contexte hospitalier de préserver chacun, de prendre en compte les dimensions humaines et symboliques du travail soignant et de ne pas perdre de vue l'essentiel. C'est pourtant ce que je trouve dans le service dans lequel je travaille aujourd'hui. Mes remerciements et ma gratitude vont aux professionnels de ce service et à ceux qui les soutiennent. La qualité de ce qui est partagé doit beaucoup à l'implication toute particulière du Dr J. Allombert et de Mme C. Alias.

Mon travail s'inscrit dans une chaîne de transmission universitaire, professionnelle et personnelle. Il est nourri d'échanges et de rencontres, d'attention portée par mes collègues à mes questions et à mes doutes. Je voudrais remercier ici les membres et chercheurs associés du Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique de l'Université Lumière Lyon 2 (CRPPC). Leurs travaux sont vivifiants, leur compagnonnage est précieux. Mes remerciements vont notamment au professeur N. Dumet pour

son regard porté sur les aspects psychosomatiques de la démence et au professeur Y. Morhain pour son engagement dans mon travail de thèse.

Je ne saurais terminer sans avoir une pensée pour mes proches collègues et amis qui font ce que je suis, pour ma famille qui compose avec mes journées à écrire, à lire et à relire. Je les aime. Mes pensées vont aussi à ces hommes et ces femmes qui m'ont fait confiance pour les accompagner pour certains jusque dans les derniers jours de leur vie. Leur cheminement est une leçon de vie, ce travail leur doit beaucoup.

« L'intégration de la personnalité ne se produit pas un certain jour à une certaine heure, elle se fait et se défait ; même lorsqu'elle est bien établie, un concours de circonstances ambiantes défavorables peut amener sa disparition. »

D. W. Winnicott, De la pédiatrie à la psychanalyse¹

« Si j'en crois une expérience clinique probante, c'est paradoxalement lorsque l'individu n'a pas peur de se défaire qu'il a le plus de chances d'atteindre réellement ce qu'il est. »

Michel de M'Uzan, De l'art à la mort²

1. D. W. Winnicott (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 151.

2. Michel de M'Uzan (1977). *De l'art à la mort*. Paris : Gallimard, p. IX.

PRÉFACE

Dr P. Charazac

ROLAND KUHN, qui découvrit en 1957 l'effet antidépresseur du premier imipraminique, nous disait trente ans plus tard qu'avec ces médicaments l'on saurait un jour traiter efficacement toutes les dépressions, mais que cela ne nous dévoilerait pas pour autant ce que signifie pour un malade l'expérience de sa dépression. En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, non seulement rien n'annonce encore un pareil succès thérapeutique mais on peut être assuré qu'aucun des modèles animaux sur lesquels se fondent la plupart des recherches en laboratoire ne nous permettra jamais d'approcher ce que cette affection représente pour ce que Winnicott appelait la nature humaine. Ni *a fortiori* ce qu'est pour une personne soigner son semblable entré dans la démence.

L'ouvrage de C. Louchard Chardon tente de répondre à cette question en commençant par reconnaître le besoin qu'éprouvent cliniciens et soignants de comprendre, au sens de prendre ensemble, les expressions de la personne démente, en les liant non seulement entre elles mais aussi avec les attitudes et les expressions de son environnement. Sans remettre en cause la part qui revient à l'organicité dans les origines de cette pathologie, il est permis d'affirmer que les limites ou les carences de cet environnement rendent plus facilement compréhensibles et abordables les symptômes comportementaux de ces patients que leur rattachement à tel ou tel dysfonctionnement neurophysiologique.

Contrairement à certaines constructions d'école qui s'éloignent du réel de la maladie et du malade, les références théoriques qui constituent l'une des richesses de cet ouvrage ont toujours pour objectif de nourrir la réflexion des soignants, en commençant par

préservé ou restauré la capacité même de penser des équipes travaillant avec des patients ou des résidents déments. Mais cette démarche indissociable du soin, dont l'extinction symbolique frappant la vie psychique et relationnelle de la personne démente renforce la nécessité, recouvre deux conceptions possibles de la parole qui ne sont pas nécessairement complémentaires et peuvent même aboutir à des attitudes opposées.

Winnicott écrit « qu'il lui est apparu d'un coup que "précoce" n'est pas "profond". Il faut une vie d'enfant et son développement avant que la profondeur n'apparaisse, de sorte que lorsqu'on va vers le plus profond, ce n'est pas le commencement que l'on rencontre. »¹ Cela a changé, ajoute-t-il, sa conception de l'origine de l'agressivité, mais nous ne doutons pas que cela se soit aussi inscrit dans sa manière d'accompagner en séance la régression de ses patients. C'est au fond la même conception que Maldiney exprimait à sa manière en écrivant : « Aux bavards tout est bavardage. Mais aux hommes de parole, tout n'est pas que paroles. »² La profondeur du sentiment d'exister, comme celle de la rencontre, dont dépend la réalité de l'un comme de l'autre, remet en cause la place faite dans notre quotidien au discours et à ses symboles.

L'attention apportée à ce qu'il est d'usage d'appeler le non-verbal, avec l'arrière-plan inhérent d'ordinaire à ce terme négatif, est au centre du travail soignant. Aussi nous sentons-nous en total accord avec la réserve mise ici par C. Louchard Chardon sur l'existence d'authentiques phénomènes transitionnels dans la forme d'existence habituellement faite aux résidents déments vivant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). En dépit des efforts des équipes de ces établissements et à cause des résistances de tous ordres qu'elles rencontrent, la vie culturelle, qui constitue pour Winnicott l'aboutissement adulte de l'espace transitionnel, est trop carencée pour soutenir la créativité indispensable à entretenir chez ces résidents le plaisir et l'amour de la vie. Relégués au secteur de l'animation, lui-même dépouillé

1. Sur D.W.W. par D.W.W. (1967) dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr. fr. Paris : Gallimard, 2000, p. 27.

2. Kuhn, R. & Maldiney, H. (1971). Préface à *Introduction à l'analyse existentielle* de L. Binswanger, Paris : Éditions de Minuit, 1971, p. 13.

de leur valeur, les objets culturels que sont le rêve, le jeu, les arts, la spiritualité et la religion perdent vite en Ehpad leur capacité transitionnelle de maintenir le contact entre la réalité intérieure et extérieure, avec pour ultime conséquence la fermeture de l'accès au principe de réalité et la privation, pour ces personnes, de vivre réellement leur fin de vie.

La primauté du symbolique dans la vie relationnelle des soignants ne doit pas faire oublier que l'espace transitionnel a son origine dans le non-verbal, avec la coïncidence de la présentation du sein et du moment où l'enfant en éprouve le besoin qui lui donne l'illusion de l'avoir créé. Le fait que la mère accompagne ce geste de paroles n'est pas indifférent mais, à ce stade où elle n'existe pas encore en tant qu'objet, ce ne sont pas ces paroles mais l'apparition du sein qui rend possible l'expérience du « trouver-crée » fondatrice de l'espace transitionnel. Avec nos patients déments, ce ne sont plus nos paroles, si pertinentes soient-elles, qui peuvent restaurer cet espace et encore moins lui donner la profondeur dont parlait Winnicott dans la citation précédente. Notre conviction est que tout ce qui se manifeste entre eux et nous, y compris leur silence, leurs cris et leurs conduites en apparence les plus stéréotypées et dépourvues de sens, tire son existence de notre présence, de notre absence ou de notre disparition.

L'ouvrage de C. Louchard Chardon possède à cet égard le mérite de ne jamais recourir à la théorie sans en définir les termes ni la laisser prendre le pas sur la complexité et parfois même la résistance des faits cliniques. Un respect qui rejoint celui que nous devons à nos patients lorsque nous comprenons qu'une parole inopportune ne ferait que nous éloigner d'eux et accentuer leur angoisse de nous avoir détruit ou perdu. Pour avoir travaillé avec C. Louchard Chardon, nous savons que sa rigueur de chercheuse rejoint ici sa compétence et ses qualités humaines de clinicienne. Notre vœu est que son ouvrage soit lu et remis en travail par toutes les équipes soignantes accompagnant des personnes âgées démentes.

AVANT-PROPOS

LA DÉMENGE est un phénomène complexe qui modifie le rapport à soi et à l'autre, au temps et à l'espace. Elle atteint la conscience et déloge le sujet de tout ce qui jusqu'alors lui était familier. Elle questionne jusqu'au fondement de l'identité, elle remet en cause ce qui a été construit quelquefois à grand-peine. Les mots, le langage, les savoirs viennent à se dérober et le sujet ne sait plus où il est, ce qu'il doit faire et pour quelle raison. Il se sent « perdu » et le dit, quand c'est encore possible. Il se défend d'un effondrement qu'il pressent ou d'une catastrophe en cours. Il lutte ou abdique selon son histoire et sa personnalité. Le sens de ce qu'il vit ne cesse de lui échapper et le sujet finit par s'égarer ou se retirer. La clinique nous montre qu'il n'existe pas *un* sujet âgé dément mais *des* sujets aux destins singuliers. Les constructions psychiques antérieures sont mobilisées et elles viennent, dans la démence, à se révéler comme se révèlent dans une solution liquide les impressions successives laissées sur le papier photosensible. La démence éclaire en négatif ce qui fonde le soi et le sentiment d'identité, elle nous donne à comprendre ce que sont les processus de subjectivation et de symbolisation. Elle nous oblige à prendre en compte d'autres façons d'être au monde.

Les sujets âgés déments nous renvoient, non sans effroi, à qui nous sommes et à ce qui nous constitue. En ce sens, la démence ne peut se réduire à une maladie dont il serait urgent de venir à bout, quand bien même nous le souhaiterions. Étudiée par les neurologues depuis plus d'un siècle, placée au centre de recherches médicales poussées, la démence échappe à la connaissance comme

aux thérapeutiques. Bien que les altérations neuropathiques soient de plus en plus cernées, les mécanismes neurophysiologiques précisés, et la symptomatologie affinée, l'origine des perturbations reste inconnue (Charazac, 2011 ; Rigaux, 2012). Aucun traitement ne peut à ce jour ralentir ou réduire les effets de la démence de manière significative. Elle reste en ce début de XXI^e siècle incurable. Elle s'impose comme une production du vivant conduisant paradoxalement à son délitement et à sa mort. L'évolution démentielle conserve néanmoins un caractère d'imprévisibilité et nous avons été étonnée de découvrir que 19 % de sujets atteints par des lésions sévères sont indemnes de troubles cognitifs (Desrouesné, 2008). Le sujet peut-il rester partie prenante de ce qui lui arrive ? La démence se présenterait-elle comme une solution psychique dans un contexte de vieillissement et de contraintes pesant sur la psyché ? Il ne s'agit pas pour nous de déterminer ce qui des dysfonctionnements neurophysiologiques ou des débordements psychiques est premier mais d'interroger la manière dont le sujet s'organise ou se désorganise dans ce contexte. Nous questionnons en quoi il se saisit ou est saisi par les processus démentiels. Nous prenons en compte ce que la démence impose au sujet comme à ceux qui l'entourent.

S'engager dans la relation avec la personne âgée démente n'a rien d'évident : la personne ne répond pas ou répond à côté, elle s'accroche à notre bras ou nous rejette, nous reconnaît ou nous prend pour un autre. Les instants partagés peinent à constituer des souvenirs communs, la réciprocité se perd et la confusion guette. L'âgé dément se détourne bien souvent de nos sollicitations, il se fige, s'agite ou s'absente à l'autre et à lui-même. Chacun se vit dans la difficulté de se faire entendre et se heurte à l'impossibilité de se faire comprendre. La connaissance nosographique n'est pas à cet égard d'un grand secours, elle peut même renforcer la mise à distance des dimensions relationnelles et subjectives de l'accompagnement du dément. Nous pensons ici à cette infirmière qui, sous couvert de propos entendus d'un médecin, disait à ses collègues aides-soignants que c'était normal que le patient crie puisqu'il était atteint *de démence à type de cris*. La description, l'accoutumance ou le contrôle des symptômes prennent parfois le pas sur ce que la personne cherche à nous dire. Mais comment

comprendre les déments ? Qui parle ? Le sujet ou le symptôme démentiel ? Le terme même de démence prête à discussion. Le DSM-5 tend à l'escamoter au profit du vocable Troubles Cognitifs Majeurs (TCM). Le changement terminologique serait pour une part motivé par le fait que le terme de démence serait connoté de façon négative (Desrouné, 2013). Nous ne pouvons cependant nous empêcher de penser ici à une famille qui, après l'annonce diagnostique d'une démence de type Alzheimer pour l'un des parents âgés disait : « on veut bien lui dire qu'il a une démence mais pas la maladie d'Alzheimer », le coup de folie étant préférable à l'évolution neurodégénérative. La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) proposée par l'OMS conserve cependant le terme de démence en précisant qu'il n'a aucune connotation péjorative. La Haute Autorité de Santé insiste également sur ce point : « Même si l'on peut regretter l'usage de ces termes [déments/démence]¹ qui ont une tout autre signification dans le langage courant, il paraît plus simple de les utiliser, car on ne peut résumer la démence à la maladie d'Alzheimer qui, si elle est la cause de démence la plus fréquente, n'en est pas la seule »². Les avancées en neurologie, notamment les avancées diagnostiques, et les liens de plus en plus étroits entre neurosciences et psychiatrie amènent à de nouvelles terminologies. Il est aujourd'hui question de pathologies cérébrales à expression démentielle et de maladies neurologiques à expression psychiatrique (Haroche *et al.*, 2017). Ce qui s'entend au travers de ces changements terminologiques est le désir grandissant d'objectivation des maladies et l'attrait, ou le retour, des approches organicistes. J. Vion-Dury (2012) attire cependant notre attention sur les limites de l'approche neuroscientifique et la difficulté du modèle médical à rendre compte de la complexité de la démence. La problématique des états et processus démentiels comporte, au-delà des atteintes somatiques et du tableau clinique, des aspects éthiques, philosophiques, sociaux, familiaux, psychiques et subjectifs. Elle nous oblige à ne pas perdre de vue

1. Notre ajout.

2. HAS (2008), *Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. www.has-sante.fr/

que nous parlons d'hommes et de femmes qui au grand âge ont affaire avec le temps, la perte, l'oubli et la dépendance.

La démence perturbe la manière d'être, et d'être en relation, et il n'est pas rare pour les proches comme pour les soignants d'osciller entre abattement et surinvestissement, mouvement dépressif et hypomanie. Le mal-être et la souffrance des professionnels travaillant en gériatrie ne sont pas nouveaux. Ils font l'objet d'études qui, pour la plupart, mettent en évidence les contraintes et conditions de travail des soignants (Estryn-Behar *et al.*, 2013). Mais les effets des processus démentiels sur la relation soignante sont moins étudiés et compris. Les professionnels parlent pourtant d'une charge psychologique ou mentale importante. Ils se décrivent confrontés à l'agressivité, aux refus, aux appels incessants, ils se sentent pris dans des répétitions mortifères, ils font face à l'apathie, au vide, à la perte du lien avec la réalité et à la déliaison. Travail de Sisyphe au résultat incertain, le soin en gériatrie a affaire avec la régression, la dégradation et la mort. Il est un travail sans perspective d'amélioration de l'état de santé ou de l'autonomie du patient. Il peine à trouver sens et finit par épuiser chacun. Pourtant, il apparaît que les professionnels travaillant en gériatrie sont « des personnels très engagés » (Drees, 2016). Comment comprendre cet écart ? En quoi les processus démentiels entament-ils particulièrement les investissements des professionnels ? Comment soutenir la relation soignante ? Une collègue nous faisait remarquer qu'il était sans doute plus facile d'accompagner un patient schizophrène plutôt qu'un patient atteint de démence de type Alzheimer dans la mesure où la question de devenir schizophrène ne se posait pas pour nous-même. Que nous le voulions ou non, la rencontre avec les personnes aux prises avec la démence nous confronte à nous-même et à notre devenir. Elle nous conduit à mettre en place un système de représentations et de défenses contre nos propres angoisses. Ce qui n'est pas sans influencer sur notre manière d'être et de travailler, et plus avant, sur nos dispositifs et politiques de soin.

Cet ouvrage a pour objectif de donner à partager ce qu'est la démence du point de vue du sujet et d'aider les professionnels à ajuster leurs interventions. Il met en évidence ce qui est en jeu dans la relation de soin et ouvre à la possibilité de nouveaux

positionnements. Il découle de plusieurs années de pratique clinique en institution gériatrique et d'un travail de recherche en psychologie. Il a pour finalité l'amélioration de nos dispositifs et de nos pratiques soignantes. Il porte attention à ce que vit la personne et à ce qu'elle donne à vivre à ceux qui l'accompagnent. Il articule deux niveaux : celui des concepts dont la reprise nous permet d'accéder à des représentations partagées de la démence et par là même au sens de notre travail ; celui de la clinique qui nous apprend qui sont ces personnes âgées démentes et ce que nous pouvons créer et soutenir au quotidien. Que pouvons-nous proposer à ces personnes ? À quoi nous faut-il répondre ? Nous ne pouvons ignorer que les pathologies démentielles font aujourd'hui l'objet d'un marché commercial. Des « solutions Alzheimer », des indications nutritionnelles, des tests, des espaces sensoriels, des produits lestés, des jeux, des peluches robotisées ou non et des poupées d'empathie sont recommandés aux familles comme aux institutions. Mais sur quelles bases théoriques et éthiques penser l'utilisation de ces objets proposés à la vente ? À quoi répondent-ils pour l'institution, les soignants et les personnes âgées ? Ne sommes-nous pas en train de confondre sirènes de la modernité et réelles avancées thérapeutiques ? Sans doute avons-nous, cliniciens, à cet égard une responsabilité, celle du moins de théoriser nos pratiques.

TABLE DES MATIÈRES

<i>REMERCIEMENTS</i>	VII
<i>PRÉFACE</i> DR P. CHARAZAC	XI
<i>AVANT-PROPOS</i>	XV

PREMIÈRE PARTIE

À PROPOS DE LA DÉMENCE

1. Vieillissement et démence	3
Ce que le vieillissement impose à la psyché	3
<i>Vieillir : un processus, des crises, 3 • Une question d'âge, 6 • L'âge d'or, 8</i>	
La démence liée à l'âge	10
<i>Une histoire ancienne, 10 • Définir la démence, 12</i>	
La modification du rapport au temps et à la mémoire	15
<i>Chronos : le temps, 15 • Mnémosyne et Léthé : la mémoire et l'oubli, 16</i>	
2. Vers une conceptualisation de la démence	23
Les différentes approches de la démence du sujet âgé	23
<i>Les approches neuroscientifiques et cognitives, 24 • Les approches psychopathologiques et psychanalytiques, 28</i>	

Étiologie et psychogenèse	31
<i>Du point de vue neurologique, 31 • Du point de vue psychologique, 31 • Du point de vue psychosomatique : la démence est-elle une somatose ?, 33</i>	
Évolution de la recherche et des thérapeutiques	36
<i>La recherche, 36 • Les thérapeutiques, 38 • Les prises en charge psychologiques, 40</i>	
La pensée et la psyché	41
<i>Régression et involution psychiques, 42 • Démentification et démentalisation, 44</i>	
De la conception déficitaire de la démence à l'approche psychodynamique	45
<i>Déficits et troubles, 45 • La notion intermédiaire de symptôme, 48 • L'approche psychodynamique, 49</i>	
3. Contexte et enjeux de la démence	51
Un enjeu politique et social	51
Un enjeu clinique	54
Une société malade d'Alzheimer	58

DEUXIÈME PARTIE

ASPECTS THÉORIQUES ET CLINIQUES DES PROCESSUS DÉMENTIELS

4. Le sujet en question	63
La notion de sujet	63
Désir et processus hallucinatoire chez le sujet âgé atteint de démence	65
Le moi et le soi	67
Moi corporel et moi psychique : une déliaison aboutie	70
Pulsion et démence	71
<i>Du travail de psychisation de la pulsion, 71 • Une pulsion en voie d'ex-pulsion, 73 • L'affect, 74</i>	
La voie de la motricité	75

Du devenir du pare-excitation	76
Des pleins et des déliés du narcissisme	78
<i>Le narcissisme à l'épreuve de la démence, 78 • Démence et anti-narcissisme, 79 • Narcissisme et pulsion de mort, 81</i>	
5. Destins de la subjectivité	83
De l'image de soi dans le miroir à l'effroi spéculaire	83
<i>Miroir, mon beau miroir..., 83 • Une image de soi sans soi, 86 • De la superposition des images et du vide, 88 • Le double et la doublure, 90 • L'effroi, 91</i>	
Effets de la démence sur les processus d'identification	93
<i>Les processus d'identification, 93 • L'identification projective au vide, 96</i>	
Négatif et négativité dans la démence	99
<i>Le négatif, 99 • Désinvestissement et attachement au négatif, 101 • L'échec de la répétition, 104</i>	
Aux limites de la subjectivité	105
6. La démence : un recours pour la psyché	107
Angoisses et processus démentiels	107
<i>Les types d'angoisse, 107 • Une chute sans fin, 109</i>	
Les organisations défensives	111
<i>Les défenses, 111 • La défense par clivage, 112 • La défense par le vide, 115</i>	
L'évidement comme processus défensif propre à la démence	116
<i>L'échec du processus de deuil et de la mélancolie, 116 • Les ratés de la symbolisation, 118 • Le travail de « très pas », 120 • L'évidement, 122</i>	
7. Cas cliniques	125
L'énigme du sujet : Mme Palud	126
<i>Madame Palud, 126 • La confusion, le trouble et l'inquiétante étrangeté, 127 • De la contrainte de répétition, 128</i>	
L'identité est-elle soluble dans la démence ?	131