



Clinique de la maladie létale : de l'effraction corporelle à la réponse du sujet

Benoît Maillard

► To cite this version:

Benoît Maillard. Clinique de la maladie létale : de l'effraction corporelle à la réponse du sujet. Psychologie. Université Rennes 2; Université Européenne de Bretagne, 2010. Français. NNT : 2010REN20059 . tel-00599280

HAL Id: tel-00599280

<https://theses.hal.science/tel-00599280>

Submitted on 9 Jun 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE RENNES 2
U.F.R DE PSYCHOLOGIE

THESE DE DOCTORAT

(arrêté du 30 mars 1992)

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE RENNES 2

Discipline : Psychologie clinique et pathologique

Présentée et soutenue publiquement

par

Benoît Maillard

Le 23 juin 2010

Titre :

CLINIQUE DE LA MALADIE LETALE
DE L'EFFRACTION CORPORELLE
A LA REPONSE DU SUJET

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Alain ABELHAUSER

JURY

Monsieur le Professeur Alain ABELHAUSER

Madame le Professeur Marie-Frédérique BACQUE

Madame le Professeur Dominique CUPA

Madame Caroline DOUCET, Maître de conférences

Monsieur le Professeur Pascal-Henri KELLER

Monsieur le Professeur Laurent OTTAVI

REMERCIEMENTS

Je voudrais d'abord remercier tout particulièrement Monsieur Alain Abelhauser, Professeur à l'Université de Rennes 2, pour sa patience dans les chemins et son alacrité dans les détours de cette recherche. Pour son indéfectible disponibilité, la pertinence constante des remarques face aux problèmes rencontrés, je tiens à lui rappeler l'assurance de ma gratitude.

Je remercie également les membres du jury d'avoir accepté d'y siéger et de pouvoir mettre ma réflexion à l'épreuve de leur critique.

Je sais gré aux différents professionnels (médecins, infirmières, aides-soignantes, psychologues, philosophes) rencontrés au fil de ses années pour le renouvellement des questions soulevées dans le champ clinique de la maladie létale et pour m'avoir montré ce que soigner veut dire.

Enfin, que celle qui m'accompagne, « la femme attentive à la vie », trouve ici le début d'une réponse à ce que sa présence commençait de mettre à jour et de porter là-devant à l'émergence.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

A - LA MORT : ELEMENTS METAPSYCHOLOGIQUES

I - LA MORT IMPOSSIBLE

1- L'INCONSCIENT IGNORE-T-IL LA MORT ?

1-1 La mort dans les rêves

1-1-1 Les rêves de la mort de personnes chères

1-1-2 Trois rêves sur l'incertitude du savoir

1-2 L'ombilic de la mort

1-2-1 Introduction du point mortel

1-2-2 L'ombilic et le centre torique du langage

1-3 Etude du rêve « Il ne savait pas qu'il était mort »

1-3-1 Le vœu de mort contre le père

1-3-2 Logique initiale du « Je n'en veux rien savoir »

1-3-3 ...Il ne sait pas que...Je est mort

2- LA NEGATION ET LA MORT

2-1 Le mécanisme de la dénégaration

2-1-1 Freud et la création du jugement

2-1-2 Acceptation intellectuelle

et maintien du refoulement

2-2 Pulsion de mort et symbolisation

2-2-1 Introduction de Thanatos

2-2-2 Bartleby : ne pas...vivre

2-3 La limite de la fonction historique

2-3-1 Les bords du signifié

2-3-2 Position de l'être pour la mort

3- LA FIGURE DU MAITRE ABSOLU

3-1 La crainte de la mort

3-1-1 La liberté et la mort

3-1-2 Le maître de l'obsessionnel

3-1-3 Freud et l'oubli du nom Signorelli

3-2 Maîtriser la mort ?

3-2-1 La médecine et la mort

3-2-2 Le sujet sous le regard de la mort

3-2-3 La mort, maître de l'analyste ?

II- LA MORT NECESSAIRE

1- FONCTION STRUCTURALE DU PERE

1-1 Trois figures du père mort

1-1-1 Œdipe et le meurtre du père

1-1-2 Le meurtre du Père de la horde

1-1-3 Le meurtre de l'Homme Moïse

1-2 Trois fonctions religieuses du père

1-2-1 Le père, origine et création du monde

1-2-2 La nostalgie du père protecteur

1-2-3 Le père, l'autorité des commandements

1-3 De la figure à la fonction paternelle

1-3-1 Reprise du complexe d'Œdipe en trois temps

1-3-2 Le père est une métaphore

1-3-3 La mort, le désir, la loi

2- LA NEGATIVITE DU SYMBOLIQUE

2-1 Approche de la fonction du signifiant

2-2 La néantisation symbolique

2-3 Le paradigme du fort / da

3- LA PENSEE ET LA MORT

3-1 Le rapport anticipé à la mort

3-2 La fonction dynamique de la mort

3-3 Synthèse sur le dédoublement de la mort

- B - LE CORPS :

ELEMENTS METAPSYCHOLOGIQUES

Introduction

La thèse aristotélicienne

I- LE CORPS REEL

1- LA RUPTURE DE DESCARTES

1-1 Le dualisme cartésien :

substance étendue et substance pensante

1-2 Le modèle du corps machine

1-3 Le modèle du cadavre

1-3-1 Création du corps anatomique

1-3-2 Commentaire de La leçon d'anatomie

2- LA RUPTURE DE FREUD

2-1 Le symptôme hystérique :

une énigme pour la science anatomique

2-2 Un autre régime de causalité

2-2-1 La temporalité de l'après-coup

2-2-2 Vers une nouvelle altérité

2-3 Le dualisme freudien :

le corps et les pensées inconscientes

2-3-1 Les pensées converties dans le corps

2-3-2 La notion de complaisance somatique

2-4 Un corps dédoublé :

réalité anatomique et corps fantasmatique

3- DE L'ANATOMIQUE A L'ORGANIQUE

- 3-1 La nécessité du refoulement organique
 - 3-1-1 La fiction phylogénétique freudienne
 - 3-1-2 Refoulement organique et érogénéité du corps
 - 3-1-3 Le silence organique
- 3-2 L'organique c'est le réel
- 3-3 L'étrangeté du corps malade
 - 3-3-1 Les quatre strates de l'*Unheimlich*
 - 3-3-2 L'étrangeté du reflet
 - 3-3-3 L'angoisse, signe du réel

II- LE CORPS NECESSAIRE

Introduction

1- LE CORPS ET L'ALTERITE IMAGINAIRE

- 1-1 La source du narcissisme primaire
- 1-2 Fonctions du reflet spéculaire dans la constitution du moi
 - 1-2-1 La scène du miroir
 - 1-2-2 De l'identification à l'inscription dans le discours
 - 1-2-3 De la ressemblance à la semblance
- 1-3 L'envers dépressif de l'assomption
 - 1-3-1 Les aspects mortifères de Narcisse
 - 1-3-2 La détresse de l'abandon

2- LE CORPS ET L'ALTERITE SYMBOLIQUE

2-1 Le regard de l'Autre et la constitution du corps

2-2 Je est un autre

2-3 Symbolisation et castration

3- LES SITES PARADOXAUX DU SUJET

3-1 Le double dessaisissement du sujet

3-2 Le corps lieu d'événements

3-3 Synthèse sur le dédoublement du corps

- C- LA MALADIE LETALE : ELEMENTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

I- AU CHEVET DU SUJET – L’ORDINAIRE DE LA CLINIQUE

Introduction

1- DECRIRE L’EXPERIENCE CLINIQUE

1-1 Les quatre métaphores freudiennes

1-1-1 Explorer les archives

1-1-2 La métaphore ferroviaire

1-1-3 La métaphore du récepteur téléphonique

1-1-4 La métaphore du miroir

1-2 Le choix du fragment clinique

2- PRESENTATION DE SEPT FRAGMENTS CLINIQUES

2-1 Marie C., Prisonnière de la vie

2-1-1 Contexte médical et familial

2-1-2 La maladie dans le corps

2-1-3 Le climat de l’enfance

2-1-4 La crainte d’un effondrement

2-1-5 Commentaires

2-1-5-1 Remarques transférentielles

2-1-5-2 Deux formations oniriques

2-1-5-3 La filiation et la faute

2-2 Anselme D., L'intranquillité de la vie

2-2-1 Contexte de l'hospitalisation

2-2-2 Contexte familial

2-2-3 La rupture et la solitude

2-2-4 L'attente de la mort

2-2-5 L'arrêt du temps

2-2-6 Le mouvement de l'intranquillité

2-2-7 Commentaires

2-2-7-1 Le ratage premier

2-2-7-2 L'espace de la chambre

2-3 Lydie V., L'horizon de la vie

2-3-1 Contexte de l'hospitalisation

2-3-2 L'image perdue

2-3-3 La vie dans le mauvais sens

2-3-4 A l'horizon

2-3-5 Le pire et le factice

2-3-6 Suis-je une femme ?

2-3-7 Commentaires

2-3-7-1 L'historisation des contingences passées

2-3-7-2 La photographie et la mort

2-4 Eugène A., L'origine de la vie

2-4-1 Contexte médical

2-4-2 Une naissance incertaine

2-4-3 L'abîme de l'existence

2-4-4 Commentaires

2-5 Claire L., L'amputation de la vie

2-5-1 Contexte de l'hospitalisation

2-5-2 Formation onirique et atteinte corporelle

2-5-3 Le corps fragmenté

2-5-4 Commentaires

2-5-4-1 Amputer le passé

2-5-4-2 Refuser son corps

2-5-4-3 Accepter une nouvelle réalité ?

2-6 Emmanuel T., Le péché de la vie

2-6-1 Contexte de l'hospitalisation

2-6-2 Un départ raté

2-6-3 Faible ou fiable ?

2-6-4 Commentaires

2-7 Agathe B., Le fil de la vie

2-7-1 Contexte de l'hospitalisation

2-7-2 Ne pas avoir été désirée

2-7-3 Le semblant et la vérité

2-7-4 Commentaires

2-7-4-1 La violence de l'imprévu

2-7-4-2 La filiation du désir

II- CLINIQUE DE LA MALADIE LETALE

1- LA MORT SORT DE SES GONDS

- 1-1 La maladie, déchirure dans *l'ignoscit* de la mort
- 1-2 La place de l'enfant désiré en question
- 1-3 Abandon et déréluction
- 1-4 Maladie et malédiction

2- LE CORPS SORT DE SES GONDS

- 2-1 La maladie, déchirure dans le silence organique
- 2-2 L'intrusion somatique
- 2-3 Dépossession du corps et fuite de sens

3- UNE CLINIQUE DE LA FRAGMENTATION

- 3-1 Introduction de la fragmentation
- 3-2 Interroger le transfert
- 3-3 Le Logos en question

III- PSYCHOLOGUE EN TERRE MEDICALE

1- INSTITUTION DE SOINS ET LOGIQUE MEDICALE

- 1-1 Présentation de l'établissement
- 1-2 Les demandes adressées au psychologue
 - 1-2-1 La souffrance d'une équipe médicale
 - 1-2-2 Remarque sur la fonction soignante

1-3 La rationalité médicale

1-4 Les trois impératifs de l'institution

2- L'UNITE DE LA PSYCHO ONCOLOGIE ?

2-1 Eléments historiques et définitions

2-2 La notion d'adaptation psychologique

2-3 Réalité de la maladie et réel de l'imprévu

3- LA REPONSE DU SUJET

3-1 La séance fondée sur un double renoncement

3-2 L'espace de séance, lieu de la réponse

3-2-1 Du réel au sujet

3-2-2 Parler n'est pas dire

3-2-3 Le sujet cherche l'origine

3-3 Les linéaments d'une éthique

3-3-1 A l'épreuve de l'imprévu

3-3-2 Retour sur le transfert

3-3-3 Ne pas céder sur son désir

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INDEX DES NOMS CITES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Ce travail de recherche a une double origine.

Il prend sa source vive dans l'expérience quotidienne, depuis plus de sept années, auprès de patients touchés par la maladie cancéreuse. Je rencontre les patients dans un moment critique de déstabilisation, de déséquilibre où la parole ne semble pas toujours possible. Pourtant, à partir de plusieurs fragments cliniques, de morceaux d'histoires, il est possible d'interroger la doctrine.

Dans les multiples ramifications et résonances de cette source clinique, un fil s'est progressivement détaché pour enclencher mon questionnement.

Celui-ci se veut d'abord une amplification et une caisse de résonance de ce que j'entends et de ce qui m'est livré dans les séances avec les patients. De ces paroles, de ces moments chargés d'émotion et d'enjeux vitaux, de désarroi et de détresse parfois, il s'agit de faire écriture et déposer dans l'écrit les effets de la parole.

Il ne s'agit pas de psychanalyser les patients atteints du cancer ou de psychologiser l'atteinte organique létale – dont l'étiologie se dérobe malgré les progrès considérables des diagnostics et thérapeutiques – mais en premier lieu de témoigner de ce qui opère dans cette rencontre imprévue pour le sujet.

Il s'agit ici de travailler ce qui advient et la façon singulière d'y répondre de telle sorte qu'un enseignement se dégage. Faire écriture et se laisser enseigner, apprendre et découvrir à travers ces paroles adressées des reliefs fondamentaux de l'inscription du sujet parlant dans le langage. J'ai souhaité tirer enseignement de cette confrontation dans une interrogation de la théorie par la clinique de ses paroles de sujets malades.

Mon hypothèse initiale, articulée à mon orientation clinique, était de permettre le contexte d'une énonciation, l'écoute d'une parole affrontée au corps malade et à la mort. Permettre une articulation discursive là où la gravité de la maladie tend à annuler et priver le sujet de toute parole ainsi qu'à le déposséder du sens de son existence.

Mon postulat général porte sur l'importance du langage et du discours pour l'être humain. Le sujet est parlant *et* parlé, il porte l'histoire de son inscription dans une filiation du désir et de rencontres avec le désir de l'Autre.

A partir de ce travail clinique, un matériel de phrases, de mouvements d'élaboration, de fragments de paroles et d'impasses ou questions, s'est progressivement constitué. Il a fallu donner une forme pertinente et un corps de texte qui traduisent et prolongent ce travail d'appropriation, de reconquête et d'échappée face à ce qui est insupportable pour le sujet.

Le cancer est aujourd'hui un objet de recherches médicales de très haut niveau ainsi qu'objet politique de plans gouvernementaux et une priorité du système de santé.

Mais il est aussi la source d'une rencontre imprévue pour un sujet parlant singulier.

La pathologie cancéreuse est prise dans les tissus de textes singuliers des personnes touchées qu'il faut accompagner et tenter d'entendre.

Comment la maladie létale est-elle parlée et mise en mots par le sujet ?

A quoi va-t-il l'accrocher et l'arrimer pour la faire passer dans la parole ?

Ce à quoi nous avons affaire, dans la clinique, ce sont des mots, des phrases, des fragments. C'est une énonciation suscitée et provoquée par ce qui advient et est difficile à supporter.

J'exerce dans un centre de soins de suite ayant des lits identifiés soins palliatifs ainsi que des partenariats avec plusieurs centres de lutte contre le cancer.

De plus, j'interviens dans un réseau de soins palliatifs pour accompagner les équipes soignantes confrontées à la maladie grave et à la fin de vie des patients, et pour soutenir les personnes qui veulent décéder à leur domicile.

Ce croisement des missions et des pratiques participe du même mouvement dans ces contextes de paroles à partir de ce qui nous touche intimement et bouleverse les repères de la fonction soignante.

Mon engagement sur la terre médicale de l'institution de soins et son univers particulier, la puissance de la fonction soignante, m'oblige souvent à faire entendre que le patient – passif, qui attend – est un sujet parlant, marqué par le langage et qui doit aussi être entendu.

A l'hôpital, il « travaille » son inconscient, son insupportable et ses difficultés.

Alors, de quoi nous parlent les patients touchés par le cancer ?

De la peur de la mort à venir et de ce qui fait retour dans ce moment de crise.

Ce discours est très riche, avec différents niveaux de lecture, des positions et des partitions distinctes. Il parle du social (institution médicale, personnalité du médecin, soignants...) jusqu'à l'intimité (enfance, parents, filiation).

La maladie cancéreuse enclenche, dans un contexte d'interlocution singulier, une mobilisation de la parole et du Logos pour tenter de dire Je.

Il y a ainsi une dimension de dernière fois, d'apocalypse, de dernière question, de reprise ultime de l'histoire et de sa réécriture.

L'anticipation de la mort produit ce registre de l'apocalypse, de l'eschatologie, du jugement dernier, du « dévoilement ». Mais de quel dévoilement s'agit-il ?

De quelle vérité sommes-nous alors les témoins et les passeurs.

Le champ de cette recherche est celui des incidences subjectives d'une maladie grave. Il s'agit d'isoler des faits singuliers de parole et de discours.

Ils seront ordonnés à partir d'une clinique de la parole du sujet hospitalisé et permettront de révéler des enjeux théoriques.

Quel est le contexte initial de notre pratique et de nos interrogations ?

Nous rencontrons des personnes malades et hospitalisées dans une institution de soins.

Nous allons nous intéresser aux conséquences, dans la parole, de l'événement produit par la maladie dans la vie du malade. Ce dernier est invité à pouvoir dire quelque chose sur ce qui lui arrive. Nous soutenons la réponse particulière face à ce qui arrive. Des variations de réponse à partir de l'imprévu, de l'inattendu vont progressivement se constituer. L'épreuve de la maladie somatique mobilise nécessairement la division subjective et ses coordonnées fantasmatiques. Elles déterminent l'articulation de la parole du malade dans ce moment particulier. Par delà la maladie, quelqu'un se met à parler.

A partir de ce colloque singulier au chevet du sujet malade, nous dégagerons des faits pour interroger la structure. Dans ce champ des incidences subjectives de la maladie létale et des réponses face à l'inattendu, l'imprévu, la rupture, nous aurons à recenser des régularités et des constances, des insistances et des répétitions.

La théorie analytique peut-elle laisser hors de ses avancées ce qui se dit et se déroule dans les murs de l'hôpital ? Que peut-elle dire sur la maladie somatique et l'atteinte létale en particulier ? Quelle construction psychique le patient va-t-il élaborer ?

Comment va-t-il répondre à ce qui arrive ?

Pour avancer dans cette recherche, nous commencerons par poser quelques jalons sur deux registres incontournables dans ce travail clinique. Il s'agit du rapport à la mort et du rapport au corps.

Les éléments métapsychologiques de la mort se dédoublent entre la mort impossible et la mort nécessaire, de la même façon que le rapport au corps se dédouble entre le corps réel et la fonction nécessaire du corps.

Nous montrerons que si la mort est impensable pour le sujet et qu'elle le confronte à l'impossible, elle est aussi ce qui fonde l'ordre symbolique et la pensée. Une pensée n'est possible qu'à partir d'oppositions entre la présence et l'absence, entre soi et le monde.

La mort est irréprésentable, négation absolue, insaisissable pour le psychisme et en même temps elle est indispensable au fonctionnement du symbolique ordonné à la loi paternelle. Pour chaque sujet un nouage singulier se tisse entre le Maître absolu aux confins du symbolique et la source même de la symbolisation.

Cette dialectique entre la fonction et le réel, entre la structure et sa limite est constituante du sujet et du désir. De sorte qu'il est possible de dire que la mort n'existe pas pour l'inconscient et qu'en même temps elle fonde la structure, la loi, l'organisation. Elle est impensable mais pas extérieure au fonctionnement de la pensée, elle reste à la limite mais elle fonde la référence paternelle.

Dans notre deuxième partie relative au corps, la même dialectique entre la fonction et le réel opère. Le corps n'existe pas pour l'inconscient et en même temps il fonde l'altérité imaginaire et symbolique. Le corps est impensable mais il fabrique le lieu de l'autre et de l'inscription du sujet. Le corps reste à la limite du fonctionnement de l'inconscient et en même temps il soutient la fabrication de l'autre, de l'Autre.

Ces rapports dédoublés entre le sujet et la mort, entre le sujet et le corps nous ouvriront la voie pour explorer la maladie à pronostic létal. Que cherchons-nous ici ?

Nous travaillons auprès de sujets hospitalisés dont le corps est malade. Ils vivent une épreuve travaillée par un autre déterminisme que les formations de l'inconscient et la logique signifiante.

La deuxième modalité désigne la rencontre aléatoire de quelque chose qui ne peut être assimilé par le sujet. Ici, la réalité effective intervient directement. Cela se rapproche de ce que Freud a isolé dans les situations traumatiques : un événement concret contraint le psychisme et détermine un certain nombre d'effets.

Dans les deux perspectives, le réel et le symbolique se croisent pour le sujet. Il est clair qu'auprès des patients hospitalisés, la rencontre aléatoire s'est produite et que l'imprévu est dans la vie.

Le sujet face à l'imprévu (la crainte de la mort, le corps malade transformé) définit la position initiale de notre questionnement.

Quelle logique est à l'œuvre dans ce déterminisme ?

Que pouvons-nous isoler comme trait pertinent pour lire ce qui se joue ici ?

Où, quand, comment surgit le sujet ?

Il apparaît dans une discontinuité, dans une éclipse, dans ce qui reste en marge et ne se mesure pas. **Le sujet c'est la singularité irrésolue et l'exigence de la casuistique.**

Notre pratique clinique auprès de patients atteints d'une maladie grave se déroule à différents moments de cette épreuve. On distingue couramment les moments de l'annonce de la pathologie (la mauvaise nouvelle), des traitements curatifs proposés et les soins palliatifs.

Le moment de l'annonce du diagnostic est celui de la nomination (la communication d'une information, les registres croisés de la vérité) et des effets de rupture dans la vie du patient. La maladie déséquilibre et brise la continuité de son existence. Le malade est traité vers une guérison possible et pour ne pas mourir.

PRESENTATION DES HYPOTHESES

Ma fonction de psychologue vise à instituer un espace de séance et de parole pour un sujet touché par la maladie grave. Il s'agit d'offrir un espace ponctuel dans un espace fondé par le silence (comme le blanc de la feuille pour l'écriture). Le silence ne s'oppose pas à la parole comme l'arrêt au mouvement mais, au contraire, il est le retrait qui rend possible son apparition. Les circuits et les tracés de la parole de l'autre se détachent de la profondeur du silence. Comme un fruit porte l'écorce et le noyau, la succession des mots dans l'écorce transporte un noyau de silence. Car les mots portent le silence autant que leurs expressions et images vivantes.

Dans une institution médicale organisée par des protocoles scientifiques, il s'agit d'offrir un lieu destiné à permettre au sujet de répondre à l'événement et déplier les effets de ce qui surgit.

Nous l'avons déjà dit, la maladie opère comme l'agent d'un court-circuit entre la mort et le corps tels que dédoublés dans nos précédentes parties.

Ne faudrait-il pas, à l'inverse, retourner avec lui à la source de son apparition, remonter dans le fil de la parole aux points de son noyau sémantique réactivés par la maladie ?

Dans l'expérience de parole, le sujet introduit une rupture, une discontinuité et une déprise dans ce qui lui tombe dessus et le fige.

Il faudra distinguer deux versants de la parole à l'épreuve de la maladie létale et dans la réponse à l'appel du réel. La parole qui rassemble, recueille ce que la maladie de la mort déchire. Ou la parole qui creuse et fraye une ligne dans ce qui est bloqué, massifié par la contingence de la maladie.

L'enjeu de nos deux premières parties est de montrer que la mort et le corps sont à la fois fondamentaux dans la constitution subjective et nécessitent un voile ou un écran pour que l'espace psychique existe. Le sujet est protégé de la mort par une ignorance et un non-savoir fondateur. De même, il est protégé du morcellement de son corps par le voile de l'image spéculaire unifiante.

Nous proposons comme hypothèse de travail que la maladie grave opère une double déchirure dans ces voiles nécessaires au sujet. Les fragments cliniques présentés témoigneront alors des réponses et constructions du sujet dans cette épreuve.

Ce que l'on appelle maladie est une collusion contingente dans les coordonnées Nécessaire et Impossible des registres de la mort et du corps. Elle produit un forçage des rapports structuraux du sujet avec son corps et avec la mort, elle produit un grossissement et un dévoilement des articulations indiquées.

A partir de sept fragments cliniques, nous posons trois hypothèses :

H1 : La maladie grave est une déchirure du voile de l'ignorance sur la mortalité qui produit une confrontation subjective à la filiation du désir.

H2 : La maladie grave est une déchirure du voile porté sur le corps qui produit une confrontation subjective au morcellement de soi et de son identité.

H 3 : Les rencontres cliniques tentent d'accompagner l'acte de parole pour une saisie de soi et rassembler ce que la maladie fragmente.

Dans cette clinique nous travaillons à partir de la rencontre produite par la maladie et ce qui va pouvoir se déplacer vers une reprise assumée par le sujet. Avec la parole, il peut, dans un premier temps, border l'insupportable et apercevoir ce que cette effraction signale du ratage dans son existence.

La collusion de la mort et du corps questionne la possibilité même de dire *Je* et d'assumer l'histoire de son désir.

Les interrogations de cette recherche sont des réponses à notre pratique clinique et à la confrontation avec la maladie, la parole, la mort. Avant d'être reliées aux concepts et d'interroger l'édifice métapsychologique, ces questions exigent une formulation précise de leurs contours et leurs enjeux. La maladie létale interroge le sujet et produit une mise en cause. De quoi s'agit-il ?

Elle fait passer au premier plan ce qui reste ordinairement caché et voilé dans la structure. Nous avons montré dans notre première partie comment les deux versants de la mort sont joints.

D'autre part, la mort est sans représentation dans l'inconscient mais elle est par contre anticipée, imaginée, « attendue » par le sujet. La mort individuelle met en jeu la dimension du temps. Le temps ne passe plus, il est invivable et arrêté. C'est parce que la mort est sortie de ses gonds dans l'articulation Impossible / Nécessaire que le temps ne passe plus. Il n'est plus possible de se projeter ou d'anticiper la mort puisqu'elle est réellement présente dans le corps du sujet malade.

Quelle est la possibilité d'articuler une parole quand la fonction nécessaire de la mort est atteinte et que le sujet doit répondre à la dimension réelle disjointe de son articulation à la loi symbolique ?

En dégagant la singularité de chaque situation et rencontre clinique, nous tenterons de mettre en relief une mise en question des effets du Logos dans la pratique.

Des effets qui se caractérisent dans l'historisation, l'inscription, la volonté symbolisante de ce qui a eu lieu et a été vécu. La maladie vient interroger la mémoire de la filiation et le passé des impasses du sujet. Cette rencontre vient résonner et redonner une force à la question du sujet dans son être et son existence.

Le sujet est mis en rapport, en tension, en opposition avec ce qui lui est le plus insupportable et avec les questions non réglées dans son passé, les défauts, les manques.

L'axe autour duquel tourne cette troisième partie est la définition et le statut de la parole et du Logos dans ce moment clinique. Quelles sont sa valeur et sa portée ?

Dans ces rencontres au chevet, une parole se déploie et déplie le paysage des ruptures de la vie passée. Nous montrerons dans chaque cas la progression du discours vers cette reprise pour assumer et prendre sur soi, à son compte, un fragment de l'histoire sortie de son orbite et de sa ligne normale. L'imprévu de la maladie – son dangereux réel – conduit le sujet à dire et à explorer la filiation du désir. Il s'agit ici d'une reprise du tracé des lignes directrices où le sujet a à reconnaître les liens dans son histoire de l'origine jusqu'à sa mort.

La maladie létale déchire et dévoile ce qui doit rester ignoré dans le rapport à la mort. Elle confronte le sujet à la filiation de son désir et la généalogie qui le fonde.

La maladie létale déchire et dévoile ce qui doit rester caché dans le rapport au corps. Elle confronte le sujet à une fragmentation de soi et de sa vie. Elle creuse un écart avec lui-même que la parole va tenter de réduire et d'atténuer.

C'est le statut même de l'énonciation et de la parole dans la pratique clinique (sa valeur, sa portée et sa limite) que nous interrogeons. Ce sont les ressources du Logos pour rassembler, lier et remonter dans l'histoire du sujet afin de se saisir comme *Je* singulier et assumer son être frappé par la maladie létale que nous portons à la question.

La maladie grave opère comme contingence et surgissement de l'imprévu. Elle fait basculer et court-circuiter les coordonnées des registres de la mort et du corps.

Ce qui doit rester insu, ignoré, caché, passe au devant de la scène médicale. Le travail de la réponse du sujet est alors de reconfigurer, de transformer ces éléments.

La contingence de la maladie vient abolir le hasard et l'indétermination fondatrice de la vie.

Ce n'est pas un coup de dés¹ mais une rencontre dans la réalité qui fige le sujet contraint d'y répondre.

¹ Selon le titre de Mallarmé.

- A -

PREMIERE PARTIE

LA MORT : ELEMENTS METAPSYCHOLOGIQUES

– I –

PREMIER CHAPITRE

LA MORT IMPOSSIBLE

« Ce n'est pas la réponse à la question qu'est la douleur : le silence évidemment n'est rien, il escamote même les réponses concevables et tient toute possibilité suspendue dans l'entière absence de repos »

Georges Bataille

1- L'INCONSCIENT IGNORE-T-IL LA MORT ?

1-1 LA MORT DANS LES REVES

« parce qu'ils sont morts, aussi fermes que nous soyons dans notre incrédulité, aussi convaincus de l'absence de survie, c'est en vain que nous nous défendons de l'idée qu'aucun de nos gestes, aucune de nos pensées ne leur échappent. Ils nous regardent là où ils sont, comme le vieux Brücke regardait Freud quand il arrivait en retard au laboratoire, d'un regard si perçant que nous sommes « percés », « percés à jour », avec des yeux si transparents que nous nous sentons nous-mêmes devenir transparents. »

Jean-Louis Baudry

A différents moments de son œuvre, Freud affronte la question de la mort et lui donne une place dans son architecture conceptuelle. La mort est un élément incontournable de la clinique et pourtant difficile à situer dans la théorie. Les contours de sa place se déclinent sur plusieurs plans : les rêves de personnes mortes, la figure du père mort (dans la clinique de la névrose obsessionnelle ; dans la théorie anthropogène de Totem et tabou), les considérations sur la guerre et la mort, la pulsion de mort, l'angoisse de mort. Dans cette complexité nous proposons d'extraire deux pôles qui constituent, nous le montrerons, les lignes de force de la réflexion freudienne à l'épreuve de la mort.

Dans un premier pôle, la mort définit ce qui ne peut pas être articulé par la syntaxe inconsciente, ce qui ne peut pas être saisi ou signifié par son discours. Dans le rapport à sa propre mort, quelque chose ne s'inscrit pas et demeure impensable pour le sujet.

La mort se dérobe à la pensée, elle excède sa prise et ne se définit que négativement pour le sujet¹. Ou encore, elle constitue un point de butée « impensable »².

Au pôle opposé, la mort occupe une fonction nécessaire et constituante de la vie psychique. Cette fonction se réfère à ce que Freud développe dans ses textes sur la fonction paternelle et son lien étroit avec la mort. Nous suivrons les liens et les nouages entre le père, la mort, la constitution du désir et la position subjective dans la partie intitulée la mort nécessaire.

¹ Il s'agit de la mort comme négation de la vie, du projet et du discours, même si la science tente quant à elle de la définir positivement dans le champ médical et de la saisir comme un « objet » dans les manifestations du vivant.

² JANKELEVITCH V., *La mort*, Flammarion, 1977, p.42.

« personne, au fond, ne croit à sa propre mort, écrit Freud, ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité. »¹

Peut-on se satisfaire de cette assertion freudienne qui exclut la mort du système de l'inconscient ?

Et si nous plongeons dans l'ouvrage sur l'interprétation des rêves, nous voyons que Freud fait toute sa place à la mort et aux rêves de mort. Il faut donc remonter à ce premier texte de Freud pour aborder la tension de l'inconscient et de la mort.

Nous pouvons remarquer que la réalité de la mort a toujours produit des effets d'écriture pour Freud. J'indiquerai ici deux moments distincts : la mort d'un ami de Freud, la mort de son père en 1896.

En 1883, Freud âgé de vingt-sept ans est affecté par le suicide d'un jeune collègue, Nathan Weiss (1851-1883). Voici comment son biographe officiel décrit ce moment :

« Pendant l'été 1883, il (Freud) avait subi un grand choc en apprenant que son camarade d'hôpital, le Dr Nathan Weiss, s'était pendu dans un établissement de bains publics, dix jours seulement après être revenu de son voyage de noces. C'était un personnage bizarre et Freud avait peut-être été le seul à éprouver pour lui quelque sympathie. Une fois remis de cette secousse, Freud écrivit deux lettres contenant une analyse serrée et pénétrante du caractère de son ami, ainsi qu'un diagnostic judicieux des raisons complexes qui avaient poussé celui-ci à se suicider. Ce fut la mort de Weiss, neurologue dont la carrière promettait d'être brillante, qui décida Freud à opter pour la neurologie. »²

Le suicide de son ami suscite l'écriture de deux lettres et le début d'une réflexion psychologique, analytique, sur les raisons de l'acte suicidaire. Freud cherche les motifs et les mobiles singuliers de cet acte.

En octobre 1896, la mort de son père Jacob Freud, produit des effets décisifs sur Freud qui commence à consigner systématiquement le récit de ses rêves. Il tente d'y déchiffrer des messages codés, des vœux déguisés, des souhaits méconnus du rêveur lui-même. La nuit qui suit l'enterrement de son père il rêve qu'il est dans une boutique et lit l'inscription : « on est prié de fermer les yeux ».

¹ FREUD S., *Considérations actuelles sur la guerre et la mort* (1915), *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981, p.26.

² JONES E., *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, PUF, 1990, tome 1, p.183.

Freud traduit cette phrase comme « il faut faire son devoir envers les morts » et l'interprète sur deux niveaux. Le rêve est le signe de son inquiétude à l'égard de la simplicité de la cérémonie funéraire dont il est responsable. De plus, le rêve témoigne d'une profonde demande d'indulgence envers les proches.

Le rêve semble tissé autour de plusieurs questions relatives à la filiation : le fils a-t-il correctement accompli son devoir envers le défunt ? A-t-il honoré sa dette légitime envers son ascendance paternelle ?

Le texte du rêve interroge directement le lien généalogique de Freud à l'égard de son père.

Il met en scène les éléments et les conflits qui composent ce lien paternel.

En effet, l'expression allemande « fermer un œil » signifie user d'indulgence, Freud écrit alors à son intime correspondant, Wilhelm Fliess : « le rêve émane d'une tendance au sentiment de culpabilité, tendance très générale chez les survivants... »¹.

En 1908, il élèvera le décès du père au rang d'« événement le plus important, la perte la plus déchirante d'une vie d'homme »² et qualifiera son ouvrage sur le rêve comme une réaction et une réponse dans l'écriture à la mort de son propre père.

Ainsi dans l'expérience de Freud, la réalité de la mort suscite une élaboration psychique et pousse à la production d'un savoir et d'une théorie.

¹ FREUD S., Lettre à Fliess n°50, *Naissance de la psychanalyse*, PUF, 1956, p.152.

² FREUD S., Préface de la deuxième édition, *L'interprétation des rêves*, PUF, 1967, p.4.

1-1-1 Les rêves de la mort de personnes chères

Revenons à la nature des relations entre la mort et l'appareil psychique construit par Freud en termes de topiques différentielles. Des investissements de traces mnésiques et de contenus se déplacent à l'intérieur des systèmes préconscient et inconscient.

Pour Freud l'inconscient ne possède aucune trace de la mort comme expérience sensible. Elle ne peut donc pas s'inscrire dans le jeu des représentations. Le rêve, considéré comme une articulation déchiffrable régie par des processus combinatoires, est la voie royale de l'inconscient selon Freud. Le texte du rêve est un rébus dont l'analyse met en exergue une opération de traduction vers un autre texte, appelé contenu latent.

Regardons tout de suite la façon dont Freud, dans son ouvrage *princeps* de 1900, situe la réalité de la mort.

La mort traverse l'ensemble de l'ouvrage notamment dans les rapports de filiation et de dette entre les générations. Nous reviendrons sur le rêve du fils au père mort et le rêve du père au fils mort qui sont, à ce titre, exemplaires. La mort est isolée dans la catégorie des « rêves de la mort de personnes chères »¹. Ce sont les effets de la mort de l'autre sur la formation onirique du survivant qui sont repérés dans ce chapitre.

Les rêves qui mettent en scène des proches décédés ont une importance pour la théorie que Freud élabore. Il prend en considération « les rêves qui représentent la mort d'un parent aimé et qui sont accompagnés d'affects douloureux. Ceux-ci ont le sens de leur contenu, ils trahissent le souhait de voir mourir la personne dont il est question. »²

Ainsi, rêver d'une personne morte trahit le souhait de vouloir sa mort. Le rêve figure et donne un accomplissement aux vœux secrets du rêveur. Rêver la mort de l'autre c'est déjà la mettre en scène et réaliser le vœu qui vise sa disparition.

Cependant, Freud tempère la violence de son propos :

« Ce peuvent être des souhaits passés, dépassés, refoulés, auxquels nous ne pourrions attribuer une sorte de survivance que parce qu'ils réapparaîtront dans le rêve. Leur mort n'est pas la mort habituelle, mais celle des ombres de l'Odyssée, qui retrouvent quelque vie dès qu'elles ont bu du sang. »

¹ FREUD S., *L'interprétation des rêves*, op.cit., p.216-238.

² FREUD S., *id.*, p.217.

Il introduit la dimension temporelle et la superposition des trois temps qui organisent la pensée consciente : le passé, le présent, l'avenir.

Le passé n'est jamais définitivement dépassé et peut revivre chaque nuit dans le rêve. Cette présence de l'infantile est déterminante pour la logique de l'inconscient. Lorsque les portes de la censure se déforment dans l'état du sommeil, l'infantile revit et donne vie au travail spécifique du rêve qui y plonge ses racines. Le passé n'est pas mort mais persiste à l'état d'ombres fantomatiques susceptibles de revivre et de s'actualiser dans certaines circonstances psychiques.

Cette phrase importante de l'ouvrage résonne avec son exergue « *Flectere si nequeo Superos, Acheronta Movebo* », où Freud fait parler le matériel refoulé (infantile) et son insistance pour se manifester. Ce qui est refusé par la censure trouve d'autres moyens pour la contourner et franchir ses obstacles.

Pour analyser les rêves et en dégager une structure de l'appareil psychique, une thèse sur l'accomplissement du désir et sur sa temporalité (nous y reviendrons), Freud convoque les cieux et les enfers, *Superos* et *Acheron*, les ombres et les vivants, les fantômes passés et le désir actuel.

Que veut-il nous indiquer ? L'appareil psychique est hanté par des souhaits, les ombres des morts qui chaque nuit reprennent vie et puissance. Freud poursuit et fait un pas supplémentaire en livrant une indication sur la présence de personnes mortes dans le rêve.

Il opère une distinction à partir du critère du *savoir* et propose la règle technique suivante :

« Lorsque dans le rêve il n'est pas rappelé que le mort est mort, c'est que le rêveur lui-même s'identifie au mort : il rêve de sa propre mort. Quand on pense brusquement avec surprise : « Mais il est mort depuis longtemps », on se défend ainsi contre cette identification, on nie qu'il s'agisse de sa propre mort. »¹

On voit que Freud oriente son questionnement autour des connexions dans ce que peut savoir le rêveur face de la réalité de sa mort. Que peut-il savoir et symboliser de sa propre mort ? Comment la mort de l'autre s'inscrit-elle ? Jusqu'où le sujet « sait-il » que l'autre est mort ? Tels sont les premiers repères de Freud et nous pouvons dire d'emblée que la mort apparaît comme un problème et « pose à l'interprétation des problèmes difficiles. »

Sans le dire directement, Freud commence à indiquer l'horizon funèbre des productions oniriques. A travers ses déchiffrages successifs, il est conduit à situer de façon contradictoire mais rigoureuse la présence de la mort. Un des rêves majeurs de cet ouvrage est celui de l'injection faite à Irma. Il est majeur sur plusieurs plans : la subjectivité de Freud s'y dévoile dans son rapport à la médecine, dans son désir de soigner, dans la rivalité avec les pairs et le refus de l'échec thérapeutique. Ce rêve est aussi celui où apparaît sur la zone obscure de la bouche de la patiente l'écriture d'une formule chimique.

Sans décomposer toute l'analyse des éléments du rêve de l'injection faite à Irma, nous le mentionnons à double titre. D'une part, Freud fait part d'une interrogation anxieuse « n'ai-je pas laissé échapper quelque symptôme organique ? ». Il émet un doute sur l'étiologie de la pathologie et la place accordée à la dimension somatique. Son double désir de soigner la patiente et de mettre à l'épreuve ses élaborations théoriques sur le déterminisme des symptômes névrotiques est à l'œuvre dans ce rêve :

« La conclusion du rêve est que je ne suis pas responsable de la persistance de l'affection d'Irma et que c'est Otto qui est coupable. »²

Le thème et l'objet du désir de ce rêve sont « la non-responsabilité au sujet de la maladie d'Irma ».

Deuxièmement, ce rêve comporte un moment critique quand Freud regarde à l'intérieur de la bouche de la patiente : « horrible découverte, celle de la chair qu'on ne voit jamais, le fond des choses, la chair souffrante, informe »³.

Dans sa démarche d'analyse, Freud met en avant ce rêve pour indiquer *une limite* du mouvement de décomposition des éléments oniriques et de déconstruction du texte. Derrière ce qui se déchiffre et s'analyse, Freud situe le champ du non-reconnu et Lacan celui de l'innommable. Ils nous indiquent ainsi les confins du travail de l'inconscient.

Lorsque l'analyse d'un rêve est poussée à l'extrême, elle n'arrive pas à un point final conclusif. Au contraire, les traductions analytiques arrivent sur un domaine opaque, informe, irreprésentable.

¹ FREUD S., *id.*, p.367.

² FREUD S., *id.*, p.110.

³ LACAN J., *Le Séminaire Livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique*, Seuil, 1978, p.186.

« Les rêves les mieux interprétés gardent souvent un point obscur ; on remarque là un nœud de pensées que l'on ne peut défaire, mais qui n'apporterait rien de plus au contenu du rêve. C'est l' « ombilic » du rêve, le point où il se rattache à l'Inconnu. »¹

Nous soutiendrons ici que ce domaine peut être défini comme le *point mortel du sujet*. Si les élaborations de l'inconscient mettent en scène un désir, les choses ne vont-elles pas plus loin ? Freud n'indique-t-il pas, dès ce premier ouvrage, un au-delà des processus inconscients ? N'articule-t-il pas ses difficultés à situer la mort dans les rêves au rapport problématique de la subjectivité et de la mort ?

Freud montre que le mouvement d'analyse du matériel des rêves semble indéfini et ne peut pas conduire à un dernier mot.

Lacan souligne qu'en bout de course il n'y a pas d'autre révélation que la présence du mot et du langage lui-même.

La catégorie des rêves de personnes chères montre la persistance des vœux de morts envers les proches et leur réalisation sur la scène du rêve. Mais Freud avance aussi que dans le rapport avec sa propre mort, il y a comme une impossibilité de la rêver.

Nous souhaitons marquer que Freud indique un au-delà ou un en-deçà du rêve qui désigne le point de non-reconnu. Cet index du réel à la lisière du symbolique, ce point accroché dans le déroulement et en même temps inarticulable, constitue des éléments précieux pour la suite de cette recherche, notamment quand nous traiterons les rapports complexes du sujet malade et la subjectivation ou la symbolisation de sa mort.

¹ FREUD S., *id.* p.446.

1-1-2 Trois rêves sur l'incertitude du savoir

Cette exclusion à la limite de la mort ne signifie pas que le psychisme n'est pas travaillé et contraint par ce qui résiste à s'inscrire. En tout cas, les formulations d'un non-savoir dans le rêve semblent traduire la présence de la mort dans l'articulation du rêve.

La mort impensable s'infiltré et agit dans certaines productions oniriques. Nous proposons trois fragments de textes de rêves de sujets malades pour commencer à entendre ce qui tente de s'écrire et d'entrer dans la fragilité de la mise en scène onirique.

Observation 1

Un patient âgé de soixante-deux ans, atteint d'un adénocarcinome intestinal doublé de foyers métastatiques pulmonaires, commencera par nous dire dès ses premières phrases :

« Je sais ce que j'ai, je sais ce qui m'attend, mais ça commence à me fatiguer et m'embarrasser tout l'esprit. »

« D'habitude je dors très bien mais l'autre nuit j'ai fait un cauchemar :

Nous étions plusieurs sous l'arc de triomphe, en train d'attendre pour être pendus.

La question qui m'inquiétait était de savoir à quelle hauteur ils allaient nous lancer et nous lâcher pour nous suspendre. »

Un peu plus loin :

« L'important pour moi c'est d'être en règle avec moi-même, que les comptes soient équilibrés. J'ai demandé une bible, j'ai besoin d'une bible en ce moment. »

Ce rêve s'inscrit dans la série par laquelle nous commençons cette partie sur la mort impossible et met en scène la proximité réelle de la mort. Le sujet se réveille angoissé par la tension de l'attente.

Observation 2

Un patient âgé de 45 ans, atteint d'un cancer métastasé depuis sept ans nous confie le rêve suivant : « je me voyais dans un cercueil, mes trois enfants me regardaient et je ne savais pas si tout était fini ou si j'attendais encore. »

Observation 3

Mme F rêve la même scène depuis plusieurs nuits : « je suis au fond d'un gouffre en feu, j'ai l'impression d'être rattrapée par une forme étrange mais je ne sais jamais si je rêve vraiment ou si je suis déjà morte. »

Ce qui nous frappe ici c'est la conjonction du thème de la mort avec l'incertitude du savoir à l'œuvre dans le travail du rêve. Tout se passe comme si l'appareil psychique voulait mettre en scène et marquer ce qui ne peut pas l'être. Comme s'il voulait figurer ce point ultime qui lui échappe. Loin d'ignorer la mort l'inconscient, dans son travail nocturne, apparaît comme travaillé par sa limite.

Dans chaque rêve, il y a une incertitude et une inquiétude par rapport au fait de savoir.

Dans le premier rêve, il ne sait pas la hauteur à partir de laquelle il va être lâché.

Dans le deuxième rêve, il ne sait pas s'il est déjà mort ou s'il attend que les choses finissent.

Dans le troisième rêve, elle ne sait pas si elle est déjà morte ou si elle est vivante dans son rêve.

L'incertitude sur le savoir revient dans chaque rêve.

Pour les deux derniers rêves, le rêveur s'interroge sur son état d'être vivant ou mort.

Je proposerai comme hypothèse que l'incertitude sur ce point de savoir est une mise en scène pour recouvrir le défaut fondamental d'une limite radicale.

Cette limite est ce que nous introduisons comme *point mortel* que le rêve essaie de recouvrir par un questionnement sur l'incertitude du savoir.

Lacan a donné toute son ampleur aux coordonnées structurales du non-savoir pour l'espace psychique. De quoi s'agit-il ?

Le point de départ freudien de la clinique analytique pose que le sujet ignore des pensées refoulées, un désir censuré. En tant que sujet conscient, il ne sait pas la cause de son symptôme, de son désir ou de son angoisse. La défense correspond à un « je n'en veux rien savoir » repéré par Freud dès 1897 : le sujet refuse des pensées insupportables

Le sujet parlant dépend d'un non-savoir dans une zone opaque à lui-même. Ce « Je ne sais pas » est un nom pour qualifier la division subjective entre ce qu'il dit et ce qui est dit, entre ses énoncés et sa position énonciatrice. Alors, qu'est-ce qu'il ne sait pas ? Il ignore son point mortel et la limite de sa propre mort.

Il nous faut ici préciser l'abord de ce non-savoir. Un premier aspect désigne la part ignorée que la cure analytique met à jour et dévoile dans un procès de vérité. Mais le fond de ce non savoir quel est-il ?

A partir de notre première analyse des rêves de la mort de personnes chères, il est possible de dire que l'inconscient est ce qui permet de voiler la limite impossible du point mortel du sujet.

Celui-ci ne sait pas que la division produite par le langage est aussi la marque de la mort et qu'il est nécessaire qu'il ne sache pas qu'il est mort. Nous insisterons plus loin sur ce point en développant le rêve du Père qui ne sait pas qu'il est mort. Pour que l'inconscient se constitue, il est nécessaire de ne pas savoir qu'il est voué à la mort, il s'appuie sur une ignorance fondatrice dont notre questionnement métapsychologique sur la mort doit livrer certaines coordonnées. Il fonctionne autour de ce point et de cette limite radicale, le sujet qui rêve sa propre mort est face à un défaut de savoir et à l'inquiétude qu'il provoque.

1-2 L'OMBILIC DE LA MORT

« *Nous venons d'une scène où nous n'étions pas* »

Pascal Quignard

1-2-1 Introduction du point mortel

Nous poursuivons notre interrogation sur la position de la mort dans l'appareil psychique. Déchiffrant le rêve, Freud montre la mise en scène du désir dans la combinaison des éléments infantiles et les modalités de sa réalisation. L'accomplissement du désir opéré par le rêve prend son sens par rapport au chiffrage des souhaits passés et la traduction des pensées latentes en un texte manifeste. D'autre part, il indique que le travail d'association à partir de ce texte remonte un chemin qui s'arrête sur quelque chose d'inconnu. Cette limite concerne ce qui ne peut pas être dit et ce qui ne passe plus dans l'articulation signifiante. Cette béance interne dans le tissu du texte témoigne de la dimension fragmentaire des productions de l'inconscient et l'impossible totalisation dans le rapport du sujet à sa parole.

Pour qualifier ce point où le processus, sans fin mais soutenu par un certain sens, s'arrête, Freud avance le terme *Unerkannte*, soit l'inconnu. A partir de cette limite, la recherche et la construction du sens du rêve se rompt. C'est le point par où le rêve se connecte à l'inconnu, à une zone qui est hors de portée du travail du rêve. Les ramifications du texte onirique s'arrêtent au bord de ce que Freud appelle l'inconnu ou le « non-reconnu »¹.

Quand Freud présente les mécanismes en jeu dans le travail du rêve, sa technique de déchiffrement du rébus de ce texte, il relève que ce mouvement résolutif de l'analyse ne s'achève pas. Les représentations entraînent la parole du sujet dans une spirale éclairée par le croisement de différents foyers.

A travers les représentations de ce qui est connu et reconnu un au-delà, Freud indique l'insu de la parole du sujet dans la cure. Dans ce qu'il croit connaître ou savoir, le sujet est conduit à déchiffrer le texte inconscient et le message du désir. Seulement, vers quoi cela tend-il ? Quand le circuit s'arrête-t-il ?

A quel moment les glissements du sens sous le signifiant et les déplacements des significations se résolvent-ils ?

¹ LACAN J., *Réponse à Marcel Ritter*, 1976, Lettres Ecole Freudienne de Paris, n°18.

Face à ces questions, Freud répond de plusieurs manières. Il commence par indiquer la forme ombilicale du lien entre le texte du rêve et la zone du non-reconnu.

A quoi correspond ce réseau enchevêtré de pensées autour de l'ombilic ?

L'ombilic définit d'abord l'orifice, dérivé du latin *oris* qui désigne la bouche, l'ouverture et l'entrée dans une cavité qui fait communiquer un conduit vers l'extérieur. L'orifice abdominal du fœtus laisse passer le cordon du lien entre le corps de l'enfant et le placenta. De plus, l'ombilic caractérise le nombril et la trace de la coupure du cordon.

Le mouvement de liaisons dans les paroles du sujet se dirige vers un point obscur. Il arrive au bord de ce qui n'a plus de nom et ne peut pas être reconnu. Ce point de jonction est une étrange limite inhérente au déroulement de la concaténation symbolique. Nous tenons à souligner ici que l'approche de ce point mystérieux touche à la fois le plus intime et le plus étranger au sujet : ce non-reconnu au-delà du texte inconscient. L'ombilic est la *limite* vers laquelle s'articulent les représentations et leur donne une direction (un sens) mais en même temps ce qui se dérobe à elles.

L'ombilic freudien attire les associations discursives tout en restant en dehors des effets de significations. Nous proposons de dire que cet ombilic fondamental touche directement le rapport du sujet à sa propre mort. Au-delà du désir articulé dans les circuits c'est la mort qui reste dans l'obscurité du non-reconnu et contre laquelle des défenses sont installées. Dans l'absence de centre où se situe ce que le sujet refuse de savoir, renonce à reconnaître, il y a cette marque liée à son être de parole et sa position de sujet. En tant que sujet du symbolique, il est marqué par la mort mais quelque chose en lui ne le sait pas et ne doit pas le savoir.

Le point mortel désigne ce point d'arrêt où le discours se tarit et où la chaîne associative se brise. Nous souhaitons indiquer l'ombilic de la mort comme un trou dans le savoir et un tourbillon dans la structure. L'ombilic ne désigne pas ce qui résiste aux levées successives possibles du refoulement mais plutôt une part inscrite mais insaisissable pour le sujet lui-même.

Pour Lacan, l'*Unerkannte* freudien correspond à un trou, un impossible à reconnaître ou à dire.

Le point mortel désigne un *point de fuite* liée à la position du sujet dans le symbolique et le mouvement en spirale de ses paroles. Il désigne aussi le *point d'arrêt* ou la limite au-delà de laquelle le sujet entrerait dans le champ du non-reconnu qu'il porte en lui. Enfin, le point mortel indique un trou dans le savoir et un défaut radical dans le rapport du sujet avec ce qu'il dit et ce qu'il sait.

1-2-2 L'ombilic et le centre torique du langage

A partir du repérage du point mortel dans l'inscription du sujet dans le langage, nous abordons maintenant la dimension de l'impossible au niveau de la parole singulière. En effet, l'ombilic freudien recoupe ce qui est impossible à reconnaître et à dire dans la parole. L'impossible n'est pas ici le contraire du possible mais il indique une limite dans le rapport du sujet à sa parole. Il est important de poser ces repères métapsychologiques dans le rapport du sujet avec la mort et la parole pour pouvoir ensuite interroger ce qui arrive avec l'apparition contingente de la maladie létale.

Comment envisager et situer cette effraction du risque léthal ?

Selon quel mode la mort se présente-t-elle dans cette épreuve ?

Le savoir inconscient ne se ferme pas dans une totalisation puisqu'il est une réponse à la perte inaugurale de l'objet de satisfaction. Ce savoir tourne autour de cette perte et en même temps la creuse et la complexifie. Il est composé des liens autour de l'objet perdu et de chaînes discursives enroulées autour de ce point mortel.

Ce que Freud indique avec l'ombilic recouvre la nature du sujet déterminé dans une absence de centre et fondé par un non-savoir. Le sujet se loge dans les interstices du discours de l'Autre et s'inscrit sous ses marques. Cette béance dans l'être active le processus du rêve et conduit les combinaisons de sa formation où Freud déchiffre le récit du désir et indique la faille qui le fonde et la perte qu'il compense.

Ainsi, la mort est le trou qui indique le point où la possibilité du sens se dissout, où les associations et les significations se dissipent. Elle désigne la limite par excellence des élaborations subjectives.

On pourrait dire aussi que l'ombilic de Freud est repris par Lacan comme le centre du tore.

Ce trou central que le tissu symbolique tente d'enserrer et réduire mais qui se dérobe à sa prise. La mort n'entre pas dans le registre signifiant mais en même temps, elle est au fondement de l'ordre symbolique. Le langage se définit comme puissance de négativité et de néantisation. Dit autrement, la mort ne peut pas être métaphorisée mais elle fonde en ouvrant le processus de la symbolisation.

Quand on remonte le fil des associations et des mises en scène du rêve, quand on tente de rejoindre la racine et l'origine, on n'arrive sur aucune révélation ou secret du sujet.

Lacan :

« atteindre dans le sujet ce qui était avant les jeux sériels de la parole, ce qui est primordial à la naissance des symboles, nous le trouvons dans la mort, d'où son existence prend tout ce qu'elle a de sens. »¹

Le travail d'interprétation du rêve conduit vers les traces de cette coupure liées à l'inscription dans le langage. Le fond du labyrinthe ou le dernier mot du déchiffrement ne peut pas être reconnu et doit être situé comme la marque du langage sur un sujet voué à la mort. C'est cette marque que nous appelons le point mortel.

C'est dans la tension dialectique et les retournements successifs de la mort et du signifiant que nous déplaçons cette première partie. La condition mortelle est liée à la présence du langage pour l'être humain et l'inscription dans le signifiant le marque comme un être voué à la mort. Ce détour par l'ombilic freudien permet de situer deux choses. L'existence indépassable du point de non-reconnu dans le tissu des associations du texte des rêves. L'articulation progressive des signifiants converge vers la ligne de fuite de ce point inconnu. De plus, il nous semble possible de dire que cet ombilic est le résultat de la prise du langage sur la détermination de la subjectivité.

Le rapport du sujet avec lui-même et avec son désir est marqué par une limite ou un trou.

L'impossible occupe et traverse l'espace du sujet parlant.

¹ LACAN J., *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* (1953), *Écrits*, Seuil, 1966, p.320.

Lacan propose une définition de l'impossible à partir d'une double négation. Il est « ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire ». L'intérêt de cette formule est de souligner ce mouvement de l'immobilité selon lequel quelque chose n'entre pas dans l'écriture, se dérobe au chiffage mais qui ne cesse pas. Il y a une immobilité active, une insistance à ne pas s'inscrire.

L'impossible habite la subjectivité à différents niveaux. Le sujet est confronté à des impossibilités dans l'expression de son désir, de son être, de son fantasme. La clinique ne peut être qu'une clinique du réel quand elle traite des effets provoqués par le surgissement de la maladie et parce que la subjectivité elle-même est marquée du réel. Elle porte en elle cette dimension de l'impossible mise à jour par Freud de différentes façons.

A la naissance du sujet se croisent la marque signifiante et la béance d'un non-savoir. Le sujet désigne une absence, un trou, une abolition. Quelque chose ne sait pas, Il ne sait pas, sont des formules pour caractériser la tension d'un savoir et de pensées « sans sujet ». Ce non-savoir déterminé par le langage concerne la condition mortelle de l'être.

Dans le procès du sujet inscrit dans le langage et les représentations, nous isolons le schème structural d'une ignorance fondatrice de la mort. Le sujet se glisse à travers les manques et les failles du discours de l'Autre à partir desquels se tisse l'opacité de son ignorance fondamentale. Freud découvre, à partir de son analyse des rêves, que le savoir inconscient s'inaugure d'un défaut et d'une impossibilité. La béance précède la « science » et l'impossible produit l'espace de la subjectivité.

Nous allons développer cet aspect de notre recherche à partir d'un rêve fondamental dans la théorisation freudienne du rapport subjectif à la mort.

1-3 ETUDE DU REVE...IL NE SAVAIT PAS QU'IL ETAIT PAS MORT

*« Car les vivants savent qu'ils mourront mais les morts ne savent rien du tout »
Qohéleth, 9-5*

1-3-1 Le vœu de mort contre le père

Pour montrer que l'épreuve de réalité et les preuves effectives de la mort d'autrui traversent de façon ambiguë la logique des processus inconscients, Freud fait part du rêve d'un fils confronté à son père mort.¹

Le fils ayant soigné son père jusqu'à sa mort fait le rêve suivant :

« Son père était de nouveau en vie et lui parlait comme d'habitude, mais (chose étrange) il était mort quand même mais ne le savait pas. »

Freud interprète ce rêve comme l'expression masquée du désir de mort du sujet envers son père et le rattache au soulagement éprouvé au moment du décès. Le sujet a probablement souhaité cette mort pour délivrer son père des souffrances liées à la maladie mais ce souhait s'accompagne toujours d'une retenue défensive voire d'une culpabilité. Le rêve permet de franchir la censure et d'habiller la radicalité du désir oedipien dans la scène tragique du fils face à la figure de son père mort.

Le rêve signe la réalisation du vœu de mort inconscient à l'égard du père. Ce vœu infantile, réactivé par l'épreuve des soins prodigués pendant la maladie, trouve une voie d'expression dans le rêve. Celui-ci est un exemple de transfert et déplacement des souhaits infantiles de mort contre le père dans les productions oniriques qui suivent le décès du père.

Devant l'allure absurde du rêve, Freud se livre à une opération sur le texte même du rêve considéré comme fragmentaire. Postulant que des éléments sont manquants, l'analyste doit en compléter le texte parcellaire de la façon suivante :

Premier fragment	« Son père était mort...selon son vœu... »
Deuxième fragment	« mais ne le savait pas ...qu'il le désirait. »

¹ FREUD S., Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques (1911), *Résultats, idées, problèmes*, tome 1, PUF, p.135-143. Ce rêve sera inséré dans *L'interprétation des rêves*, *op.cit.*, dans la partie sur les rêves absurdes et l'activité intellectuelle en rêve (pages 366-367).

Le sujet ne sait pas qu'il désirait cette mort du père, il ignore des pensées et doit se défendre contre elles. Pour Freud, ce rêve montre la racine de l'ignorance du sujet qui ne sait pas le contenu de ses désirs et ses vœux. Mais c'est aussi le père qui ne sait pas que son fils désire sa mort ou qu'il l'a souhaité pendant les mois précédents.

Ce vœu de mort, qui ne peut pas s'écrire consciemment, entre en scène face au père frappé d'une ignorance sur son état de mort. Le vœu infantile se masque dans la figure immobile du père revenu à la vie sans savoir qu'il est mort. Ce rêve freudien fournit un paradigme du croisement de la filiation, de la généalogie et du non-savoir de la mort.

L'apparition du père mort vient parler à son fils par-delà la mort en quelque sorte. Il s'agit du retour spectral familial au travail du rêve qui fait revivre les ombres du passé. Mais que vient dire cette figure paternelle d'outre-tombe ?

Le fils reçoit comme message qu'il est le prochain à mourir et qu'il est attendu dans la mort. Ce rêve est la confrontation du fils avec un revenant qui *lui* parle, avec un fantôme face auquel il ne peut rien dire.

Nous avons indiqué plus haut à partir de trois observations la confrontation, dans le rêve, à une incertitude de savoir. Ici c'est pour le sujet lui-même que ce je ne savais pas...passe au premier plan et livre ce défaut du savoir sur le réel de la mort.

La mise en scène de la mort par le rêve montre la tension intenable entre un savoir sur sa mort prochaine et la vie psychique. Aux confins de cette tension, se situe la mort du sujet qui ne sait pas qu'il est voué à la mort. L'appareil psychique balbutie sur le terrain de la mort et sur son inscription :

« ...il ne savait pas...Un peu plus il savait, ah ! que jamais ceci n'arrive ! »¹

Lacan donne corps à cette tension intérieure dans sa façon d'écrire ce que le sujet pourrait se répondre à lui-même. Dans l'étude de ce rêve présenté par Freud les instances du Je et du il se croisent, l'énonciation vacille et interroge : *Qui ne sait pas qu'il est mort ?*²

¹ LACAN J., Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien (1960), *Ecrits, op.cit.*, p.802.

² ABELHAUSER A., Il était mort et ne le savait pas..., *Cliniques méditerranéennes*, 2008, 78, p.65-76.

Lacan va insister sur deux choses. L'impossibilité radicale de métaphoriser la mort et la fonction cruciale de l'ignorance de cette vérité. Le *Je* inconscient subsiste à partir de ce non-savoir, de cette exclusion de la vérité de la mort. Nous verrons plus loin que c'est bien le verrouillage de cette barrière protectrice de la mort qui vacille dans l'épreuve de la maladie puisque, de façon imprévue, le sujet commence à savoir qu'il va vers la mort, qu'il est attendu par la mort. Dans nos entretiens cliniques, les premières réponses du sujet peuvent être des rêves qui tentent de figurer cette proximité de la mort.

Pour approfondir ces questions sur la nature du rapport entre l'inscription et la réalité de la mort, entre la logique inconsciente et la confrontation avec la mort, nous proposons de suivre le développement de Lacan sur ce rêve princeps dans les séminaires du 26 novembre, 3 décembre, 10 décembre et 17 décembre 1958.¹

Les premiers pas de Freud indiquent que la racine de l'inconscient correspond à une mise à l'écart de certaines pensées et une élision de signifiants. Il n'y a pas de *Je* affirmatif dans l'inconscient, il y a des pensées et un savoir sans *Je* qui puisse les rassembler et les assumer.

Ces chaînes de signifiants vont se combiner et constituer un savoir soustrait à la conscience du sujet. C'est la définition paradoxale de l'inconscient freudien : un savoir insu. Des éléments de la chaîne articulée au lieu de l'Autre représentent le sujet naissant et se retranchent pour composer le noyau sémantique du sujet. Ce lieu opaque du sujet et de son énonciation traduit pour Lacan la dimension de l'inconscient freudien.

Il s'agit, dans la clinique auprès du sujet parlant, de donner sa valeur positive et dynamique à ce lieu de l'inconscient structuré par des signifiants primordiaux. Lacan instaure cet « Il ne savait pas » comme le rapport inaugural du sujet avec les signifiants de l'Autre. Le sujet est représenté et absorbé par les signifiants. Il est alors divisé d'avec lui-même, il résulte d'une discordance entre le fait d'être parlé avant d'être parlant. Cet écart structural entre l'énonciation et les énoncés détermine le décalage du sujet avec une part inconnue de lui-même.

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre VI, Le désir et son interprétation* (1958-1959), inédit.

Le sujet est identifié par les signifiants et son « être » recouvert par ses multiples identifications. Dans la dynamique de la cure, il est invité à passer par la parole pour se débarrasser de ces traits identificatoires. Les mots ne peuvent pas dire son être mais il doit en passer par eux pour articuler et prendre une distance avec ce qui le fait souffrir dans la source problématique de son désir.

1-3-2 Logique initiale du « Je n'en veux rien savoir »

Freud a montré dans ses premiers travaux que la subjectivité entretient un rapport lacunaire à ce qu'elle sait. Une partie de la dimension symptomatique découverte en 1895 s'articule aux effets de la parole et au refoulement de la vérité. L'inconscient désigne d'abord un lieu pathogène des pensées non-sues qui font souffrir le malade et se masquent dans le symptôme. Le sujet hystérique « souffre de réminiscences »¹ dit Freud, pour souligner l'importance des souvenirs, de la mémoire, de la perlaboration, du mouvement d'anamnèse propre à sa nouvelle technique. Le patient ne sait pas la raison de sa souffrance et en même temps il en sait plus qu'il ne le croit.

Dans tous les cas qui composent les *Etudes sur l'hystérie*, Freud démontre que la clé de la résolution des symptômes est détenue dans une conquête sur le « il ne savait pas », une levée du refus de savoir et dans l'appropriation de ce qui était inaccessible avant de pouvoir se dire dans la parole.

L'inconscient désigne cette partie du sujet qui ne veut pas savoir et fait tomber dans ce refus ses propres « pensées ». Elles continuent d'exister mais sans sujet pour les assumer ou les articuler. L'inconscient est le lieu de pensées « sans » sujet ou sans quelqu'un qui pour dire Je et les assumer.

Des chaînes de mots se croisent et se lient aux autres mais n'appartiennent à « personne ». Elles sont comme le reste déposé des rencontres du sujet avec les figures de l'Autre grâce auxquelles il s'est constitué.

¹ FREUD S., *Etudes sur l'hystérie*, PUF, 1956, p.5.

Freud s'occupe d'établir et mettre à jour les correspondances entre les énoncés et l'énonciation inconsciente. Son dispositif clinique suppose donc deux choses à première vue paradoxales, le sujet ignore une part de ses propres pensées et il en sait plus qu'il ne le croit dans ce qui le fait souffrir. Tout l'enjeu de la cure est de surmonter les barrières de l'ignorance et de parvenir à faire entendre au sujet son implication inconsciente dans les symptômes. Il est invité à explorer toute la densité de son « il ne savait pas » et à prendre une certaine place parmi les signifiants majeurs de son histoire. Le sujet assume les contingences de sa destinée et se trouve moins embrouillé dans ce qu'il veut et ce qu'il désire.

Chez Freud, cet « il ne savait pas » est un refus de savoir qui concerne des pensées de désir. Le refoulement porte sur des représentations qui véhiculent un désir dangereux, interdit, censuré. En effet, nous pouvons lire dans les *Etudes sur l'hystérie* toute une gamme de pensées et de désirs écartés, repoussés loin de la conscience.

Après ce détour pour préciser le registre du savoir inconscient ancré dans un Il ne sait pas initial, nous poursuivons l'analyse du rêve d'un fils face à son père mort. La deuxième clause du texte est : *Qu'il était mort*.

Il s'agit du plan de l'énoncé de la syntaxe consciente qui qualifie un état d'être lié au langage lui-même. Remarquons que « être mort » recouvre dans sa banalité une portée oxymorique puisqu'il signifie : être n'étant pas ou être n'étant plus. Cette formule comprime une tension majeure entre la vie et la mort. Par les mots, il est possible de dire de quelqu'un qui n'est plus et qu'il continue cependant à ...être. La mort physique est redoublée par le discours qui la qualifie et en même temps ouvre une marge au-delà de la vie.

Avec l'entrée du langage, il est nécessaire de distinguer la mort naturelle et la mort liée à la fonction du signifiant. Etre mort est un état physique qui se trouve transcendé par la parole ou la sépulture. La momification du corps marque que quelque chose continue à être dans la mort même et souligne : il a été, il n'est plus. L'énoncé n'épuise pas la réalité dont il s'agit mais il inscrit la disparition.

Nous reprendrons plus loin dans le détail cette intrication entre la sépulture et le symbole, cette connexion du langage et de l'attention portée aux morts.

La structure inconsciente ne connaît pas la mort et ne peut l'approcher que dans les scènes de rêve. L'inconscient définit ce champ articulé à partir d'un non-savoir et de la soustraction de certains signifiants. Lacan propose de distinguer un Je de l'énonciation et un Je de l'énoncé qui sont d'abord mêlés avant de se dissocier. Le point d'énonciation, ou la position énonciative du sujet parlant, se distingue du je et des figures convoquées dans son discours. L'analyse prête attention à l'écart entre les lignes des énoncés entendus et la position d'énonciation de celui qui parle.

Mais comment s'articulent les deux axes de l'énonciation et des énoncés ?

Pourquoi l'inconscient oblige-t-il à dissocier les deux en incluant une part active de non-savoir ? Que fait le rêve par rapport à la réalité de la mort ? Quelle est sa fonction ?

Entre l'inconscient et la mort, entre le signifiant et la mort quelle disjonction peut-on poser ?

Freud posera en 1915 que la mort, étant une négation de la vie, n'a aucun correspondant avec l'inconscient qui articule des contenus « positifs » liés à des traces mnésiques (images, mots, paroles...). Néanmoins, l'appareil psychique réagit et met en scène les personnes mortes, il produit des situations où le rapport à la mort est présent.

La façon dont l'inconscient réagit à la mort de l'autre montre qu'il continue à le faire vivre dans le registre perceptif et l'hallucination de sa présence dans l'image. Mais d'autre part, le rêve met aussi en scène le rapport du sujet avec sa propre mort : à cet endroit, dans l'inconscient, il n'y aurait qu'un blanc, un manque. Il n'y a pas de mot ou d'image qui viendrait signifier la mort du sujet.

Pourquoi la perception du père mort-qui-ne-le-sait-pas est-elle douloureuse ?

Qu'est-ce qui provoque cet affect de douleur ?

N'est-ce pas le lot du sujet de l'inconscient d'ignorer qu'il est voué à mourir ?

Bien plus, ne peut-on pas soutenir que la définition stricte du sujet le qualifie comme marqué par le signifiant et fondé dans une ignorance ?

Le rêve fait écran, le texte du rêve montre et cache à la fois, il déforme et traduit. Il fait écran à la mort insoutenable et insupportable. Ce n'est pas le vœu (ignoré) de mort à l'égard du père qui nous semble ici déterminant pour les rapports entre le système inconscient et la réalité de la mort. L'abîme ouvert dans la réalité par la mort du père aspire le sujet et le rêve tente de recouvrir, de masquer ce trou par sa mise en scène. Dans le rêve, le fils face au père mort en sait plus que son interlocuteur et cela le fait souffrir. Le rêve projette une scène à la place de la béance même du sujet face à sa mort car le décès de son père le pousse dans sa position de sujet voué à la mort. L'intérêt du rêve n'est pas là où se porte d'abord la lumière, sur le père qui ne sait pas alors que ce qui se produit, à notre avis, c'est la chute du fils qui, le père n'étant plus là, se trouve aspiré et mis face à la mort.

Comment les zones du savoir conscient et de la mort se rencontrent-elles ?

La découverte de Freud est l'incidence d'un savoir soustrait à la conscience et structuré comme un langage. Ce savoir articulé obéit aux lois du langage (synchronie, diachronie, métaphore et métonymie) et se déchiffre dans la cure analytique.

Nous avons dit plus haut que la mort ne se métaphorise pas et résiste aux processus signifiants. Pourtant avec l'apparition de la maladie grave, le sujet est nécessairement conduit à traiter quelque chose en plus dans son rapport à la mort. Il est contraint de la représenter, la figurer mais sans le pouvoir, il est pris dans un mouvement qu'aucun signifié ne semble pouvoir recouvrir ou arrêter.

La perspective freudienne vient mettre en question le rapport entre le sujet et ce qu'il sait, la nécessité de supposer des pensées (un savoir) sans le sujet de l'énoncé.

Une des idées directrices de Freud sur ce thème est plutôt que le sujet a tendance à mettre la mort de côté et qu'il est saisi par la mort dans des circonstances contingentes (le décès d'un proche ou l'apparition d'une maladie).

Freud dédouble les registres entre le système conscient qui « sait » qu'il va mourir mais sans pouvoir dire beaucoup de choses et le système inconscient qui « ignore » la mort ou fonctionne sans la mort. On a ainsi un mouvement d'exclusion réciproque qu'il nous faut souligner : l'inconscient désigne des pensées et un savoir sans le sujet ; l'inconscient désigne un système et un savoir sans la mort.

Le rêve met en scène une réalisation de désir, une articulation dans un rébus d'éléments qui traduisent et signifient un désir du sujet. Le désir correspond au signifié de l'articulation révélée par le rêve. Pour le rêve que nous avons choisi, Freud met en avant une interprétation oedipienne selon laquelle c'est le vœu de mort à l'égard du père qui est à la source de cette scène onirique : le face à face du fils et du père mort sans le savoir. Mais lui, le fils, sait qu'il est mort puisqu'il l'a soigné et accompagné jusqu'à la fin. Pourquoi se trouve-t-il dans une perplexité et une douleur ?

Il semble que ce soit cet écart entre ce qu'il sait et l'ignorance de son partenaire paternel qui le mette mal à l'aise.

Chaque sujet, d'être marqué et constitué par une aliénation dans le signifiant, se trouve nécessairement dans une position de non-savoir par rapport à sa mort. Le rêve freudien vient signifier cette difficulté, cette impossibilité psychique d'inscrire la mort, de la saisir ou de la métaphoriser par l'articulation diachronique. Nous sommes devant une scène intérieure où le défunt vient montrer au survivant qu'il ne sait pas qu'il est voué à la mort et que c'est lui, maintenant disparu, qui peut lui annoncer cette intolérable vérité.

Nous devons dans ce travail définir une position analytique sur ce rapport de l'homme et sa condition mortelle, du sujet et son être pour la mort à partir des catégories du réel et du symbolique.

1-3-3 ...Il ne sait pas que ...Je est mort

En 1970, Lacan, donne une nouvelle formulation des coordonnées du rapport entre l'espace psychique et la mort : « quelque chose ne sait pas que Je est mort »¹.

En tant que sujet du symbolique représenté par le signifiant, il est supposé à l'articulation mais en dehors du signifiant il n'est *stricto sensu* « rien ». D'autre part, le sujet ignore qu'une part de lui est sacrifiée dès le départ, un morceau vital est perdu dès lors qu'il entre dans le langage. Quelque chose est perdu mais il ne le sait pas. Ce que Freud a déterminé comme une perte initiale de jouissance dans les premières expériences de satisfaction est en rapport avec les inscriptions mnésiques. Lacan le prolonge en disant que le langage marque le corps du sujet d'une double manière. D'une part, il meurtrit et néantise la vitalité de la dimension corporelle transformée en une unité corporelle. La marque du langage participe à l'incarnation singulière du sujet.

D'autre part, il permet la dynamique pulsionnelle à la recherche d'un fragment perdu localisé sur certaines parties du corps.

Le *Je* inscrit dans le symbolique est comme déjà mort puisque le signifiant transcende sa singularité vivante et le porte au-delà. Il inscrit l'individu dans une lignée, une généalogie qui le dépasse et s'organise sans lui. Le signifiant l'inscrit et l'éternise en même temps qu'il le fige et le mortifie.

Par un effet de la structure de langage, le sujet soumis au symbolique est dans un rapport de sursis et d'attente de la mort. C'est un être en direction de la mort ou, si l'on se place à un autre point de vue, une mort à venir. L'être humain est une mort à venir. Après Hegel, Heidegger a fortement insisté sur cette dimension du Dasein dans son analytique existentielle. La prise dans l'articulation signifiante détermine le sujet voué à la mort mais, en même temps, quelque chose d'irréductible ne sait pas que Je suis mort.

La position de l'inconscient détermine un « ne sait pas » et la zone de pensées non assumées ou reconnues par le sujet : ça pense là où il n'est pas. Ça pense sans lui. Ce qui fonde ce champ d'un savoir sans sujet c'est qu'il ne sache pas que *Je* est marqué par la mort.

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre XVII, L'envers de la psychanalyse* (1969-1970), Seuil, 1991, p.142-143.

Pour chaque sujet, il n'y a pas de connaissance ou de savoir sur sa propre mort. A partir de la mort des proches, quelque chose vacille et interroge la perte d'objet mais pour l'inconscient, il ne se passe rien et ne s'inscrit rien.

Lacan pose que la vie psychique n'est possible qu'à partir de ce non-savoir sur la mort du Je. Pour le dire radicalement, l'inconscient freudien définit un refus de savoir la mort : ça ne sait pas que Je suis mort et que Je vais vers la mort.

On peut maintenant avancer que le texte du rêve freudien délivre la phrase même de la position inconsciente par rapport à la mort. L'inconscient délimite l'espace du savoir pour un sujet et du refus de savoir sous-tendu par un premier « ...ne sait pas... » qui touche la mortification du sujet par le signifiant. Le sujet inscrit dans le symbolique, dans sa destinée mortelle, est manqué à être en direction de la mort.

En prolongeant Freud, nous soulignons que si l'inconscient ignore la mort, il est surtout ce qui ignore que *Je* suis mort. Le sujet marqué par le signifiant est inscrit dans l'articulation et voué à la mort mais quelque chose ignore cette mortification du sujet symbolique. L'inconscient maintient ce non-savoir de l'être pour la mort.

Chacun vit sur fond d'une ignorance et d'un oubli qui permet de vivre, il s'agit d'oublier que *Je* est mort et que l'être humainement n'existe que parce que *Je* est mort. Dire je dans le discours et y être représenté nécessite la condition d'être mortifié par le signifiant (marqué par sa puissance mortifère). Être représenté, être sujet du signifiant, parler et dire je se produit sur fond d'une disparition et même d'une suppression. Dire Je et je suis c'est toujours s'impliquer et s'engager comme être vers la mort.

« Ma mort est structurellement nécessaire au prononcé du Je. [...] »

L'énoncé « je suis vivant » s'accompagne de mon être-mort et sa possibilité requiert la possibilité que je sois mort ; et inversement. Ce n'est pas là une histoire extraordinaire de Poe, mais l'histoire ordinaire du langage. »¹

¹ DERRIDA J., *La voix et le phénomène*, PUF, 1967, p.108.

C'est la fonction de l'ignorance qui est indiquée par Lacan en tant qu'elle conditionne la subjectivité et son espace. Le non-savoir de la mort est une limite qui permet la vie psychique. La dimension tragique du rêve étudié correspond à la déchirure du voile protecteur et à l'illusion qui se brise. Nous pouvons y lire la violence de la déchirure, de l'aveuglement et en même temps le dévoilement de la vérité de la mort.

La subjectivité est produite par l'inscription de la mort signifiante, nous y insisterons dans la partie sur la mort nécessaire. Nous retrouvons ici ce que nous indiquions plus haut, la mort est à la fois ce qui sous-tend les traces symboliques et ce qui s'y dérobe pour fuir vers son point ombilical.

On peut mentionner ici un deuxième rêve qui croise les mêmes figures du père, du fils et de la mort mais dans une autre configuration puisque c'est le fils qui est mort et le père qui se met à rêver. Ce rêve est comme l'envers du rêve précédent.

Le père rêve de son fils mort qui l'interpelle « Ne vois-tu donc pas que je brûle ? »¹

Dans le rêve du père dont le corps mort de l'enfant est en train de brûler dans la pièce voisine, qu'est-ce qui provoque le réveil ?

C'est essentiellement le reproche murmuré par l'enfant : ne vois-tu que je brûle ?

Il s'agit aussi d'une confrontation avec un revenant mais l'accent est mis sur ce qu'il dit alors que nous ignorons les paroles du père mort sans le savoir.

« L'enfant mort s'y comporte comme s'in était vivant, il avertit lui-même son père, vient près de son lit et le tire par le bras, comme il a dû le faire dans l'une des circonstances d'où proviennent les propos tenus dans le rêve. Le père a prolongé un moment un sommeil qui satisfait son désir en lui montrant son enfant vivant. Sur la pensée éveillée, le rêve a eu le privilège de montrer l'enfant encore une fois vivant. Si le père s'était réveillé aussitôt, il aurait pour ainsi dire abrégé la vie de son enfant de toute la durée de son rêve. »

Le premier rêve nous enseigne sur l'ignorance du sujet par rapport à sa mort et la confrontation avec le père qui lui est liée. Le second rêve nous montre les reproches du fils envers le père porteur de fautes et d'erreurs qu'il essaie de lui dissimuler.

¹ FREUD S., *L'interprétation des rêves*, op. cit., p.433.

En 1915, Freud a développé les coordonnées du rapport subjectif à la mort, dans son texte « Considérations actuelles sur la guerre et la mort »¹.

Il note d'abord qu'il n'est pas possible de penser frontalement cette question, elle n'est approchée que par détours ou de biais. Elle suscite d'emblée un clivage psychique entre une partie qui ne croit pas à la mort et une autre partie qui l'accepte mais la refuse. Freud cerne ici une impasse pour la pensée et une impossibilité pour la représentation.

Ce point nous intéresse particulièrement pour cette recherche puisqu'un des niveaux de notre problématique concerne directement le rapport du sujet avec sa mort. Le surgissement de la maladie létale, par delà les contingences de son apparition concrète, produit sur une autre scène la confrontation du sujet avec cet irreprésentable.

L'inconscient désigne une articulation d'éléments selon les lois et les combinaisons du langage, il est un système qui fonctionne sans la négation et sans la contradiction.

Cette formulation de Freud sur les rapports entre la subjectivité et la mort n'est cependant pas définitive. Il y revient dix ans plus tard à partir d'une autre perspective qui complexifie les connexions entre l'inconscient, la négation, le refoulement et la mort. Il s'agit de son article daté de 1925, « Die Verneinung ».

La position freudienne relative à notre problème est celle qui énonce que « ce que nous appelons notre inconscient ne connaît absolument rien de négatif, aucune négation - en lui les contraires se recouvrent - et de ce fait ne connaît pas non plus notre propre mort »².

Est-ce que la réalité de la mort surgit dans le discours conscient marqué de la négation ?

Est-ce que la mort appartient au refoulé ?

Ne s'agit-il pas au contraire d'un impossible à nier ou annuler par le symbole ?

La mort n'est-elle pas par excellence ce qui démonte le symbolique et ne peut pas être soumise au processus de défense classique (refoulement ou négation) ?

¹ Titre aux échos nietzschéens évidents et le seul chez Freud qui comporte le mot *Tod*, in *Essais de psychanalyse*, *op.cit.*, p.7-40.

² FREUD S., *id*, p.36.

2- LA NEGATION ET LA MORT

2-1 LE MECANISME DE LA DENEIGATION

« La négation va jouer un rôle non pas comme tendance à la destruction, non plus qu'à l'intérieur du jugement, mais en tant qu'attitude fondamentale de symbolicité explicitée »

Jean Hyppolite

Ce texte sur la dénégation prend sa source clinique dans la façon particulière dont le patient, dans la cure analytique exprime et présente une idée. Un contenu advient dans la parole à condition d'être marqué par une négation : « je n'ai pas cette intention », « Ma mère, ce n'est pas elle ». Nous proposons ici une lecture détaillée de l'ensemble du texte composé de neuf paragraphes. Dès le début du texte, Freud se situe sur le plan technique et indique que pour interpréter un fragment de parole, il opère en faisant abstraction de la négation. Il détache ainsi le contenu de la phrase de sa négation. Dans les exemples cités, cela devient : « j'ai cette intention », « ma mère, c'est elle ». Quel est alors le statut de ce matériel et ses relations possibles avec le discours conscient du sujet ?

Freud propose la thèse suivante :

« un contenu de pensée refoulé peut se frayer la voie jusqu'à la conscience à la condition de se faire *nier* »¹. Il établit un lien entre la négation et le refoulement. Des pensées peuvent franchir la mise à l'écart du refoulement et accéder à la conscience si et seulement si elles sont marquées du signe de la négation. Cependant, cette suppression de la barrière du refoulement ne constitue pas pour autant « une acceptation du refoulé ».

Pour la première fois de façon si claire, Freud distingue l'accès à la conscience du matériel refoulé et l'essence du mécanisme du refoulement. Grâce à la négation, des pensées sont rendues conscientes mais le refoulement persiste. Nous devons donc différencier trois choses : le surgissement de pensées (refoulées) marquées par la négation, l'acceptation intellectuelle de ses pensées sans la négation et la persistance du refoulement.

¹ FREUD S., La négation (1925), *Résultats, idées, problèmes*, tome 2, PUF, 1985, p.136.

Quand le refoulement est-il véritablement levé ou dépassé-supprimé ? Comment le repérer ? Après ces trois premiers paragraphes, Freud propose de remonter à l'origine de la fonction intellectuelle du jugement qui est d'affirmer ou de nier des pensées. Nous avons vu que la négation permet à la fois d'accepter un contenu en le refusant, de faire apparaître quelqu'un en le niant. La négation affirme en même temps qu'elle nie :

« ce n'est pas ma mère ; à cela je n'ai pensé »¹.

Ainsi, le jugement de négation « est le substitut intellectuel du refoulement » et indique la provenance du contenu concerné. Ce processus intellectuel permet un élargissement et un accès à des contenus de pensée maintenus à l'écart.

Certains contenus de représentations deviennent disponibles dans l'espace psychique à condition d'être placés sous la barre de la négation et d'apparaître comme annulés. Freud souligne que la négation est une première façon pour le refoulé d'advenir dans la parole. Elle permet un premier franchissement vers le discours conscient.

2-1-1 Freud et la création du jugement

Dans le cinquième paragraphe, Freud définit la fonction du jugement à partir de la distinction philosophique du jugement d'existence et du jugement d'attribution.² Celui-ci concerne les propriétés, les attributs et décide si une qualité appartient ou non à l'objet concerné. La deuxième décision du jugement concerne l'existence effective d'une chose représentée : existe-t-elle au dehors, peut-elle être retrouvée dans la réalité ?

A partir de cette distinction, Freud construit une progression en trois étapes pour la constitution du moi. Un niveau de fonctionnement où le corps est éclaté et morcelé par des excitations multiples. Ce moment est celui du réel multiple qui « précède » l'instauration de la régulation par le principe de plaisir et la distinction dedans-dehors. Le deuxième temps est celui du moi-plaisir qui commence à opérer des jugements et à opposer le plaisir au déplaisir, le bon au mauvais. Puis, dans un troisième temps, le moi-réalité se différencie du moi-plaisir comme le principe de réalité se substitue au principe de plaisir.

¹ FREUD S., *id.*, p.139.

² Freud a suivi les cours de F. Brentano (1838-1917) à l'Université de Vienne entre 1873 et 1876.

Reprenons ces différents moments.

Les mouvements dialectiques décrits par Freud croisent des contenus de pensées (le domaine intellectuel) et sur des investissements (le domaine affectif).

En s'attaquant à la racine du procédé de la négation, il interroge les conditions de mise en relation de la subjectivité avec la réalité, les modalités de rapport entre la réalité effective et la réalité psychique.

A l'aube du temps mythique de la subjectivité naissante, l'acceptation d'une qualité (le plaisir) relative à un objet perçu entraîne son incorporation dans l'instance en cours de construction. L'espace psychique incorpore et accepte certains traits qualitatifs en fonction du plaisir éprouvé. La satisfaction est liée à la « bonne » propriété de l'objet de satisfaction.

Nous sommes ici dans le registre du jugement différentiel d'attribution. L'objet présenté possède-t-il les bonnes qualités, est-il un objet de satisfaction potentielle ? Le moi opère des différenciations dans ces perceptions et classe les attributs à partir de l'opposition plaisir-déplaisir.

Cette acceptation s'oppose au mécanisme d'expulsion si les qualités de l'objet sont perçues comme déplaisir. L'affirmation (*Bejahung*) s'articule à une expulsion (*Ausstossung*) du différent vers l'extérieur. Il s'agit d'une première symbolisation affirmative qui fait entrer le sujet dans l'ordre symbolique et ses frayages.

Deuxièmement, l'appréciation du jugement concerne maintenant la réalité effective de l'objet représenté dans l'immédiateté de la satisfaction. Est-il réellement présent au dehors ? Peut-il être saisi ou retrouvé ?

A partir d'un examen de la réalité extérieure, le moi tente alors de retrouver la présence réelle de l'objet. Le rapport au réel est structuré comme une recherche orientée par les coordonnées des satisfactions passées et les marques d'objets perdus. La dynamique de l'appareil psychique est caractérisée par ce mouvement qui veut re-trouver les satisfactions antérieures.

Nous touchons ici un point constant du mouvement de recherche freudien. Cette thèse est présente dans la définition du mouvement régrédient du désir vers le pôle Perception (1900). De même, dans les *trois essais sur la théorie sexuelle*¹, la dynamique du désir est corrélée à un mouvement de retrouvaille vers l'objet perdu.

¹ FREUD S., *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), Gallimard, 1989, p.164-175.

Ici, en 1925, c'est une autre façon de déplier les articulations de la structure de l'appareil psychique et ses tensions contradictoires entre le mouvement nécessaire de recherche et l'objet inaccessible. L'appareil est polarisé par un point de fuite « impossible ».

L'opposition du sujet, ses objets et ses jugements sur la réalité délimite le champ de la connaissance à l'âge classique. C'est Descartes puis Kant qui vont définir la relation du sujet à ses objets et la façon dont les jugements s'établissent.

Freud touche ici le point nodal de la relation du sujet à l'objet et la construction du jugement défini à l'âge classique occidental.

Dans son ouvrage *Qu'est-ce qu'une chose ?* Martin Heidegger précise que le jugement est un rapport dans lequel un prédicat est soit reconnu, soit dénié. Il existe ainsi des jugements d'attribution, affirmatifs, et des jugements qui refusent, négatifs.

L'entendement est le pouvoir de relier des représentations et d'établir des rapports.

Heidegger prend comme exemple de jugement :

« tous les corps sont étendus », « ce tableau est noir ».

Le jugement établit des relations entre des concepts, des idées et des définitions selon la répartition du vrai et du faux. Kant va modifier considérablement le paysage philosophique en introduisant « un changement dans la conception du Logos. »¹

Pour lui, toute discussion de l'essence du jugement doit partir de la pleine structure de l'essence du jugement telle qu'elle s'établit par avance à partir des rapports à l'objet et à l'homme connaissant.

Dans ce mouvement de pensée qui interroge le rapport du sujet à l'objet, Freud introduit une autre caractéristique avec la perte nécessaire de l'objet.

La question de Freud dans ce texte est de savoir comment la réalité se constitue pour un sujet. Freud apporte cette précision sur l'orientation du désir conditionnée par la perte inaugurale de l'objet. Il fait dépendre la pensée et la subjectivité d'une perte d'objet, d'une soustraction de satisfaction. Il pose l'origine de l'émergence du tissu subjectif en termes d'affirmation, *Bejahung*, et d'expulsion, *Ausstossung* du réel premier, multiple, dispersé.

2-1-2 Acceptation intellectuelle et maintien du refoulement

Par rapport à l'acceptation intellectuelle du refoulé et la persistance du refoulement, Freud donne des exemples en bas de page : « évoquer son bonheur provoque le malheur », « je n'ai pas eu ma migraine depuis si longtemps » c'est la première annonce de l'accès dont on soupçonne l'approche mais auquel on ne veut pas encore croire.

Il y a beaucoup de choses à dire, par rapport à cette acceptation intellectuelle du refoulé et le maintien du refoulement, dans le domaine clinique qui nous occupe ici. A différents moments de son parcours médical, le malade peut être contraint de traverser plusieurs mauvaises nouvelles : l'annonce du pronostic au début de la maladie, l'annonce de l'arrêt des thérapeutiques, l'annonce de la mise en place de soins palliatifs.

Ces différents moments donnent lieu à de nombreuses difficultés et incompréhensions dans la communication. Les équipes soignantes se posent, sans cesse, ces questions :

Le malade sait-il la gravité de sa maladie ? Est-ce qu'il sait qu'il va mourir ?

Qu'est-ce qu'il dit ? Doit-il parler autour de la mort ?

Pour Freud la première façon d'évoquer une pensée à laquelle le sujet ne veut pas croire, c'est de la marquer du signe négatif. Les protocoles d'annonce organisés en consultations semblent supposer que la communication de l'information doit être entendue par le récepteur et que l'assimilation sera progressive. Par quel schéma ce raisonnement est-il sous-tendu ?

Le malade devrait aboutir à l'acceptation complète de ce qui se passe pour lui et pouvoir assumer : je sais que je suis malade, je sais que je vais mourir. Mais c'est une confusion entre l'acceptation intellectuelle et le refoulement intouché, entre le discours et le référent de la réalité, entre ce qui est dit et ce qui existe.

On voit aussi l'opposition entre la langue de la communication, de la compréhension, la volonté de dire et les mécanismes de l'inconscient, les registres de la parole.

Pour donner une image, on dira que le discours médical souhaiterait que le malade « subjective » au fur et à mesure la réalité de ce qui lui arrive. Il propose différents outils pour aller dans ce sens et tout lui est donné pour réussir cette tâche (y compris l'utilisation du psychologue sur laquelle nous revenons dans la troisième partie de cette recherche). Alors qu'il nous semble que le sujet se débat avec autre chose, avec la Chose, avec ce qui ne peut pas être symbolisé : sa propre mort.

¹ HEIDEGGER M., *Qu'est-ce qu'une chose ?*, Gallimard, 1971, p.169

Ainsi, deux logiques distinctes se croisent dans les murs de l'hôpital. D'un côté, on essaie de faire accepter au malade la réalité de la maladie et, d'autre part, un signe du réel se produit dans une rencontre contingente pour le sujet.

Au moment de l'annonce d'une maladie à pronostic létal, les patients expriment souvent leur désarroi à travers des énoncés comme :

« ce n'est pas possible », « ça ne peut pas m'arriver... »

L'ignorance protectrice de la mort semble se déchirer et laisser le sujet dans un désarroi. Dans cette clinique, nous touchons directement le paradoxe relevé par Freud d'une acceptation du contenu refoulé accompagné du maintien du refoulement.

Avec l'atteinte somatique létale quelque chose advient dans la réalité du sujet qui touche son point mortel. Le mécanisme de la négation peut à ce moment opérer comme premier temps d'une impossible acceptation, d'une reconnaissance qui ne s'accomplit pas.

Plutôt qu'une négation, les énoncés sont à entendre comme une première reconnaissance de ce que le refoulé touche le point mortel. La négation est une première façon de reconnaître et parler de ce qui arrive. Mais si la mort n'est pas refoulée, de quoi s'agit-il ?

Qu'est-ce qu'il y a à savoir ?

Il faut accepter quelque chose sur fonds d'un ombilic qui limite tout savoir.

Nous verrons dans la troisième partie de cette recherche que le voile de l'ignorance se déchire pour le malade et qu'il ne s'agit pas de prendre conscience pour accepter une réalité. Il faut plutôt coudre et recoudre le voile qui rend possible l'espace psychique pour dire Je. Non pas intégrer la menace réelle de la mort mais coudre un filtre contre la lumière aveuglante de la mort.

Continuons la suite des derniers paragraphes du texte.

Freud indique deux directions pour que l'opposition entre objectif et subjectif, entre intérieur et extérieur puisse se construire et se maintenir. D'une part, la pensée rend à nouveau présent ce qui a été perçu par reproduction de la représentation sans que l'objet ait besoin d'être présent au dehors. L'intérieur se constitue en répétant des traces, des images et en élaborant d'autres formes et d'autres circuits sans rapport immédiat avec l'extérieur. Il prend son autonomie et se différencie en s'éloignant des perceptions directes et instantanées du monde. Il s'agit de retrouver ce qui a eu lieu comme première expérience de satisfaction. D'autre part, une deuxième capacité de l'appareil psychique permet de séparer objectif et subjectif, la répétition intérieure peut être « modifiée par des omissions, altérée par des fusions entre les éléments. »

Freud conclut son sixième paragraphe en affirmant la condition nécessaire pour l'établissement d'un rapport possible de la subjectivité à la réalité est que « des objets aient été perdus qui autrefois avaient apporté une satisfaction réelle. » Ce point est crucial, cette affirmation est fondamentale.

Freud situe la perte d'objet à la source même de la constitution d'une intériorité et d'un rapport possible avec la réalité (qui sont finalement ici synonymes).

Il est nécessaire que quelque chose soit perdu et qu'une satisfaction ait eu lieu, tels sont les principes fondateurs de la subjectivité et de ses mouvements intimes. Pour le dire autrement, la dialectique du réel et du symbolique, de la répétition nécessaire des représentations et de la retrouvaille impossible avec l'objet, définit l'espace des manifestations psychiques.

Les formations de l'inconscient obéissent à cette dialectique et apparaissent en fonction de ce point dernier.

Nous souhaitons marquer ici ce que l'entrée dans le symbolique (l'ouverture au langage) doit à l'expulsion d'un réel. La *Bejahung* désigne « la condition primordiale pour que du réel quelque chose vienne s'offrir à la révélation de l'être »¹.

L'affectif est lié à cette entrée dans le symbolique et l'ouverture à la dialectique de l'être et du non-être. La dimension intellectuelle qui s'en sépare méconnaît l'intervention de la pulsion de mort dans ce processus. La pulsion de mort désigne ici la marque sur le vivant de la négativité du langage.

¹ LACAN J., Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la "Verneinung" de Freud (1956), *Ecrits*, op. cit., p.388.

On peut voir ainsi ce que la négation elle-même doit à la réalité de la mort. Il semblerait que dans le discours lui-même la négation soit le signe de la mort à l'œuvre dans le signifiant. Le *ne pas* raye le contenu et supprime ce qui est en jeu.

Dans le septième paragraphe, Freud propose de croiser son questionnement avec la logique motrice qui implique le corps. Avant de conclure, il instaure une scansion réflexive :

« où le moi avait-il pratiqué auparavant un tel tâtonnement, en quel endroit a-t-il appris la technique qu'il applique à présent au niveau des processus de pensée ? »

Dans les processus perceptifs le moi constitué envoie des doses d'investissements pour pouvoir déguster les excitations externes et ensuite s'en retirer. Freud insiste sur l'activité du système impliquée dans la perception. Le moi procède de la même façon avec la logique de la pensée, il lance des investissements dans les représentations pour ensuite les retirer. Freud parle alors « d'ajournement par la pensée » pour qualifier un mouvement qui quitte l'idée et ferait passer à l'agir.

Nous entrons dans l'avant-dernier paragraphe où Freud résume ainsi le chemin parcouru :

« l'étude du jugement nous dévoile et nous fait pénétrer, peut-être pour la première fois, la façon dont s'engendre la fonction intellectuelle à partir du jeu des motions pulsionnelles primaires. » A la fin du texte, Freud laisse apparaître sur la scène l'opposition entre Eros et Thanatos que nous allons explorer dans le chapitre suivant.

2-2 PULSION DE MORT ET SYMBOLISATION

*« Je suis le silence inaccessible et l'Epinoia dont de multiples choses sont le souvenir.
Je suis la voix qui donne naissance à de multiples sons et le Logos qui a de multiples images »*

Nag-Hammadi

2-2-1 Introduction de Thanatos

Freud pose une équivalence entre la pulsion de vie et l'affirmation discursive ainsi qu'entre la pulsion de mort et les mécanismes d'expulsion et de rejet. Les manifestations de Thanatos sont de nature symbolique. La négation est la manifestation discursive dans le jugement de la pulsion de destruction. Thanatos est un destructeur de contenus et représente la volonté d'anéantir ce qui est représenté ou recherché. Un peu plus loin, Freud écrit que la création du symbole de la négation a permis à la pensée un degré d'indépendance à l'égard des conséquences du refoulement. Celui-ci tient à l'écart des contenus de pensées, des désirs inaccessibles qui pourront devenir du matériel de pensée en étant marqués de négation.

Tentons de préciser la façon dont Freud cerne cette pulsion de destruction : le point de départ qui donne son nom à ces phénomènes est l'insistance répétitive de rêves, d'événements (compulsion de destin), d'images ou de situations désagréables.

Quelque chose insiste pour passer dans la chaîne discursive et s'y inscrire. Nous voyons que l'en deçà de la parole est fondamentalement lié au silence et à la mort. Un silence sous la parole qui l'agite, qui insiste et persiste, l'anime et lui échappe cependant. Il y a le même rapport entre la répétition de la chaîne autour de quelque chose qui ne s'écrit pas avec la recherche pulsionnelle de l'objet perdu, de la satisfaction passée. Le mouvement pulsionnel se répète et tourne autour d'un trou selon les mêmes modalités. Le vocabulaire syntaxique de l'inconscient structuré comme un langage définit les circuits de la pulsion.

Il faut tenir ces deux registres simultanément pour saisir les détours de Freud.

Entre 1915 et 1920, l'idée de la mort prend une dimension nouvelle dans la recherche freudienne radicalisée par la notion de pulsion de mort. En tant que concept, elle englobe ce que les mouvements de la vie portent de mort.

Celle-ci n'est pas envisagée comme une entrave mais ce qui précède et détermine les différents montages. La pulsion de mort tend à anéantir les associations et dissocier les représentations pour détruire les liens.

La pulsion de mort désigne ce qui dans la subjectivité veut éteindre le bruit de la parole pour retourner au silence premier. Elle désigne cette tendance à l'inertie et au retour à zéro.

« La pulsion de mort, écrit Slavoj Žižek, n'est pas le réel nouménal présubjectif, mais le moment impossible de la naissance de la subjectivité, du geste négatif de contraction-retrait qui remplace la réalité par des membra disjecta. »¹

Un double mouvement s'opère à partir de l'inscription du symbole dans la subjectivité par la *Bejahung* primordiale. Ce mouvement continue son déploiement dans la soustraction de ce qui ne peut pas se symboliser (la marge d'exclusion propre au symbole). Dit autrement, le symbole entre en scène en laissant quelque chose hors de sa portée, un reste a-symbolisable relatif aux registres humains de la sexualité et de la mort. Nous reprendrons ce point ultérieurement dans la partie sur la pulsion de mort à l'œuvre contre le principe de plaisir et l'espace de satisfaction qu'il permet. La mort apparaîtrait derrière la répétition intempestive des rêves traumatiques et pousserait à l'identité de perception au-delà de la volonté de la personne.

Nous sommes ici devant une des ambiguïtés du réel lacanien qui désigne la dispersion du multiple présymbolique et d'autre part ce qui dans l'événement ne peut pas être mis en mots, ce qui résiste à la symbolisation. Ce paradoxe se résout dans le fait qu'entre ce multiple primordial et l'univers symbolique, il y a un médiateur évanouissant : le geste du réel qui fonde la symbolisation, la violente ouverture d'un écart dans le réel qui n'est pas encore symbolique. Cette lecture de l'article sur la Négation permet de préciser l'articulation entre le réel initial et sa prise dans le symbolique. La première symbolisation de l'entrée dans le symbolique met en œuvre un geste négatif et une négativité.

L'ouverture à l'être et la symbolisation veulent dire entrée dans le langage et la négativité du discours. La réalité s'engendre à partir de l'ouverture violente du symbolique qui est une mise en jeu de la mort. La symbolisation doit à la mort son effectivité, sa négativité.

¹ ŽIŽEK S., *Le sujet qui fâche*, Flammarion, 2007, p.163.

C'est bien parce que l'action fondamentale du symbolique est elle-même une néantisation, une mortification de la réalité qui ouvre à la réalité puissance seconde.

Pour le dire autrement, il y a du réel dans le symbolique et du réel inaccessible au symbolique. Le motus, le silence, la mort sont là dans ces mots représentant la mort des choses. La chaîne articule autant la vie et les mots que la mort. Il y a une opposition entre la discontinuité de la chaîne entrecoupée et la continuité sous-jacente ou en dessous de la mort. Ou encore, l'émergence du discontinu des éléments et leur articulation se produit sur un fond continu d'inexistence ou d'irréalité liée à la mort. La mort est insaisissable comme telle par la représentation ou le contenu mais en même temps elle est continuellement à l'œuvre dans le déploiement de la chaîne comme sa possibilité et sa « source ».

Nous reprendrons ce point dans la partie sur la mort nécessaire et les deux plans de la mortification signifiante : la néantisation du réel pour créer la réalité ; l'irréalisation et la falsification par le langage de la réalité et de la vérité.

La pulsion de mort désigne le premier effet du symbolique sur la subjectivité. Le langage introduit la mort et produit des effets profonds sur celui qui parle et joue avec les symboles. L'être parlant est traversé par le langage et ses effets se propagent sur deux dimensions. D'une part, il est autant parlé que parlant et se trouve divisé au lieu de son énonciation. D'autre part, l'ordre symbolique se manifeste de façon muette et silencieuse à travers quelque chose qui se dépose et veut passer dans le conscient ou la parole. La chaîne signifiante porte son envers négatif constitué de fragments dans l'ombre ou « en gésine »¹. La pulsion de mort traduit cette dimension silencieuse de la structure.

On peut dire que la première face c'est le signifiant et les trébuchements de la parole qui laissent passer une signification, un signifié ou un désir. Les formations de l'inconscient traduisent ce discours de l'Autre qui de A vers S échappe au refoulement et tente de se signifier. Avec l'interprétation, des combinaisons sont possibles entre les axes signifiant et signifié et des effets de sens (métaphore ou métonymie). La seconde face désigne quelque chose qui se répète contre toute volonté du sujet, l'insistance muette de l'envers du symbolique. Comment situer cette répétition ?

¹ LACAN J., *Le séminaire Livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique* (1954-1955), *op. cit.*, c'est la dernière phrase du séminaire.

Il est nécessaire, dans un premier temps, de séparer compulsion de répétition et instinct de mort. La compulsion est présente dans le transfert quand le sujet répète et se remémore des pensées selon ses modes particuliers de rapport à l'Autre. Le transfert implique cette dimension répétitive qui doit permettre une historisation et l'avènement d'une parole vraie dans un discours en devenir.

Dans la cure, le transfert mobilise la fonction historique du sujet pour intégrer le passé. Ce travail de perlaboration rencontre un obstacle, des limites dans le processus historisant en jeu dans le mouvement de parole cernées par Freud comme l'indice d'une pulsion de mort. Elle va à contre-courant, freine l'avancée de la cure et donne son « rythme-hésitation » aux phénomènes cliniques concernés.

Cette force contre la progression historique du discours particulier tente de « rétablir un état antérieur ». Qu'est-ce que cela veut dire ?

Devons-nous distinguer le point de vue économique de la lutte pulsionnelle et l'opposition entre la parole et son envers, entre la chaîne signifiante et ce qui par en dessous insiste, entre ce qui parle bruyamment et ce qui agit en silence ? Mieux, nous distinguerons ce qui tend vers la mort et ce qui insiste pour passer dans la parole et veut se faire entendre ou reconnaître.

Si le lieu de l'Autre est celui des combinaisons du discours, la chaîne inconsciente insiste pour se réaliser en S et sortir dans le discours ou la parole. Par essence, la chaîne est insistante et automatique, elle s'articule sans tenir compte de l'individu qui la supporte et du sujet qui en est le jouet ou le tombeau (le *sema* grec). Lacan accentue les choses de telle façon qu'entre A et S il n'y a presque pas de signes de vie mais simplement les combinaisons propres au symbole. Ce mouvement est celui de la chaîne et de son envers.

En abordant les premières symbolisations, nous commençons à approcher ce que représente cette entrée décisive du signifiant pour la subjectivité. Cette entrée comporte deux faces : celle de la vie et de la parole et son envers dans la chaîne insistante et silencieuse.

Le vécu n'est pas du côté de la chaîne qui matérialise l'instance de la mort car l'insistance à l'œuvre dans la subjectivité est le signe muet de la mort. Le signifiant introduit la négativité sous les traits de l'alternance présence-absence et distribue les places.

Il apporte aussi dans la subjectivité l'envers de la parole vivante avec la chaîne muette et active. La mort pousse et anime ces suites de mots pour les faire passer dans le discours. Ces deux registres seront explorés dans la troisième partie sur la maladie : le réel contingent et le réel impossible. En effet, la maladie grave fait cesser l'impossible de la mort et du corps et contraint alors le sujet à symboliser, à historiser, à répondre. Il tente alors de se déplacer de la contingence vers l'impossible de la castration et de la faille. La maladie grave est une épreuve, par delà la mort et le corps, de la déchirure et du manque, nous y reviendrons.

Il n'y a d'effet ou de sujet de l'inconscient que parce qu'il y a la présence du langage dans l'être. L'inconscient et le savoir sont élaborés sur une coupure initiale avec la mort présente dans le symbole. La mort propre au signifiant est rejetée dans l'ombre du non-savoir et à l'horizon du signifié. L'être humain ne doit rien savoir de la mort pour continuer à perdurer. Dans l'inconscient, la mort présente dans l'être se maintient comme ignorée. Pour dire Je, il faut être représenté dans la chaîne mais s'y représenter c'est être voué à la mort. L'inconscient désigne ce qui est insu et inconnu mais aussi quelque chose qui s'élabore sur un refus de savoir la mort instituée dans l'être. Cette première rencontre entre le corps et le symbole est vivifiante, « salvifique », sur fond d'une mortification. Celle-ci dessine deux directions : une soustraction dans la vitalité du corps marqué par la perte et une absence au centre des représentations, une orientation et une destination vers la mort.

La condition de l'inconscient et l'engendrement de l'espace psychique sont possibles par la marque signifiante si quelque chose ignore qu'elle fait entrer la mort dans le corps. La symbiose avec le symbolique ou l'incorporation du signifiant est aussi un rejet de la mort qui autorise le refoulement et la « constitution » de l'inconscient.

A la lecture de cet article de Freud, on ne peut pas ne pas penser à la figure littéraire de Herman Melville (1819-1891), *Bartleby the scrivener*.

2-2-2 Bartleby : ne pas...vivre

Après l'incendie qui ravageât les entrepôts de Harper, son éditeur, Melville composa en deux ans une quinzaine de contes et nouvelles dont Bartleby. Ce texte mystérieux met en scène la « vie » d'un copiste employé chez un notaire. Ce scribe apparaît sans passé et sans histoire, il est représenté, tout au long du récit, par une seule phrase : « I would prefer not to » (Je préférerais ne pas). Face aux demandes de son employeur ou de ses collègues, Bartleby répète, sans livrer aucune justification, le même refus qui laisse les autres dans une certaine perplexité. Ce personnage qui travaille jour et nuit ne s'exprime qu'à travers la formule négative : « Je préférerais ne pas... »

Le premier aspect important de ce texte tient dans les indications de l'auteur sur l'ambiguïté de la réalité physique même du personnage. Cette monotonie dans la réitération de la même phrase, ou début de phrase, porte une dimension mortifère et fantomatique relevée dans plusieurs passages.

« L'apparition parfaitement inattendue de Bartleby hantant de la sorte mon étude un dimanche matin avec sa nonchalance cadavérique et distinguée ». Un peu plus loin dans la même page, « en vérité, c'était surtout son extraordinaire suavité qui me désarmait ou, pour mieux dire, m'émasculait. »¹

« La forme pâle du scribe m'apparut couchée, parmi des étrangers indifférents, dans un linceul glacial » et « il avait refusé de me dire qui il était, d'où il venait et s'il avait aucuns parents en ce monde ; malgré sa pâleur et sa maigreur extrêmes il ne se plaignait jamais d'être malade. »

Etrange présence teintée de mort que celle du scribe Bartleby.

Melville montre aussi que la réponse de cet énoncé négatif devient contagieuse pour ceux qui côtoient Bartleby. En effet, ses collègues se surprennent à parler comme lui et à l'imiter, non sans manifester une certaine inquiétude. Tout se passe comme si la mort gagnait du terrain dans leurs relations.

¹ MELVILLE H., *Bartleby le scribe*, Gallimard, 1986, p.38-39.

Le narrateur, l'employeur de Bartleby, confie : « le chasser en l'accablant d'injures ne me souriait guère ; appeler la police était une idée qui me déplaisait ; et pourtant, le laisser jouir de son cadavérique triomphe à mes dépens, je ne voulais pas davantage y songer. »¹

En quoi le refus obstiné du scribe dépasse-t-il la force du refus ordinaire ?

Bartleby donne la forme minimale de la réponse et de la négation. Son expression réitère celle du niveau premier de l'affirmation du sujet dans le langage qui doit dire non pour surgir dans la parole et refuse les signifiants qui le représentent et l'entourent. Mais ce premier refus est surtout une affirmation dissociative qui permet d'articuler d'autres chaînes et d'autres sens. Or Bartleby nous montre que dans cette phrase très courte agit la pulsion de mort qui l'habite. Ce qui vient la compenser, pour un temps limité, c'est l'activité de réécriture et de copie de l'océan archivé des mots des autres, les rayons des dossiers et des feuillets classés qui occupent la totalité des heures de la vie de Bartleby. Les derniers mots du texte livrent une indication précieuse sur le destin partagé commun des lettres et des êtres humains : « messages de vie, ces lettres courent vers la mort. »

Pour le notaire qui cherche à percer son mystère ou pour le lecteur qui suit les sillons du récit et les déplacements spectraux du scribe, nous sommes conduits dans une impasse et une fin sans fin. Il n'y a pas de révélation ou de raison qui viennent répondre à l'attente suscitée par cette façon étrange de se glisser dans un énoncé négatif.

Ce secret, ou l'absence de secret, continue d'indiquer cette présence insurmontable de la mort dans la vie, ou comme le dit Lacan « ce qu'il y a de demi-mort dans toute espèce d'être vivant ».

Il poursuit :

« Et peut-être même dirons-nous jusqu'à un certain point que dans la vie normale, celle où nous vivons tous les jours, il nous arrive peut-être plus souvent que nous ne le croyons d'avoir en notre présence quelqu'un qui, avec toutes les apparences d'un comportement social satisfaisant, quelqu'un qui du même coup désire par exemple du point de vue de l'intérêt, du point de vue de ce qui nous permet d'être avec un humain d'accord, est bel et bien un mort, et mort depuis longtemps, mort et momifié, qui n'attend que le petit coup de bascule, de je ne sais quoi de semblant, pour se réduire à cette sorte de poudre qui doit le conduire à sa fin. »²

¹ MELVILLE H., op.cit., p.56.

² LACAN J., *Le Séminaire Livre VI, Le désir et son interprétation* (1958-1959), inédit, séance du 26 novembre 1958.

Nous arrivons maintenant au dernier paragraphe du texte de Freud sur la négation. Il croise sa thèse selon laquelle l'inconscient ne peut formuler aucune négation et la nouvelle conception de la négation comme signe de reconnaissance du refoulé par le moi. L'approche du refoulé commence par un refus négatif du système conscient.

Freud redouble son affirmation et ferme son texte avec cette phrase :

« Nulle preuve plus forte de la découverte réussie de l'inconscient que lorsque l'analysé y réagit par cette phrase : cela je ne l'ai pas pensé, ou : à cela je n'ai (jamais) pensé. »¹

L'inconscient ne connaît pas la négation et la reconnaissance de l'inconscient de la part du moi s'exprime par une formule négative : « le passage de l'inconscient vers le conscient nécessite la médiation de la négation (donc de la pulsion de mort) ». ²

La négation implique le travail de désintrication de la pulsion de mort. Mais si celle-ci permet la relève du jugement, elle est elle-même irrelevable. On ne peut pas assimiler ce processus à l'*Aufhebung* de Hegel, ni le travail de la pulsion de mort au travail du négatif.

¹ FREUD S., La négation (1925), op.cit., p.139.

² KOFMAN Sara, *Un métier impossible*, Galilée, 1984, p.62.

Le réel dont il s'agit est toujours articulé et accroché dans la structure, il n'est pas à envisager comme une extériorité ou un dehors insaisissable qui tomberait par effraction sur les coordonnées subjectives. Non, c'est de l'intérieur et du réel déjà-là propre à la structuration et l'inscription de la mort, que le sujet a à traiter dans les différentes rencontres qui scandent sa vie.

Ce réel comment le préciser ?

Après avoir repéré dans les associations du rêveur leur point d'ombilic et leur limite inconnue, Freud formule en 1920 une répétition dans le signifiant autour de quelque chose d'inaccessible. Pour rendre compte de la présence de cette tendance itérative vers la mort, il situe la mort à l'origine de toute vie. Elle préside dans une antériorité et une supériorité sur la vie réduite à n'être qu'un détour ou un sursaut dans la mort, dans le non-être. L'insistance à vouloir dire et signifier se déploie sur fond de ce qui ne passe pas et reste en dehors du sens.

Ce réel inassumé puisqu'inassumable, comment l'approcher ? Nous sommes partis de l'appareil freudien et la conception de la subjectivité engendrée par les marques signifiantes. Cette topique développe la combinatoire des représentations en laissant dans l'ombre ce qui est signifié. Nous continuons cette exploration des strates de la mort impossible en entrant maintenant dans la dialectique de la fonction symbolisante de la parole.

2-3 LA LIMITE DE LA FONCTION HISTORIQUE

*“erlischt, was auch dich aus der Sprache
fortnahm mit einer Geste,
die du geschehn ließt wie
den Tanz zweier Worte aus lauter
Herbst und Seide und Nichts.,,
Paul Celan*

2-3-1 Les bords du signifié

Cette recherche vise à déterminer et situer la mort dans la réalité humaine et les registres qui l’ordonnent. La partie précédente sur les rapports de l’opération de négation et de la mort a mis en valeur la puissance néantisante et la force d’élévation propre aux effets du signifiant sur constitution de la réalité. La mort, à la source du langage comme nous le verrons plus loin, sous-tend l’articulation discursive, mais où se trouve-t-elle dans le signifié ? Comment peut-on la repérer dans le registre du sens, des significations et du signifié ?

Dans son schéma des parallèles¹, Lacan précise la fonction de limite que la mort occupe dans le signifié. Ce schéma présente deux lignes parallèles dont l’une est celle du signifiant, du discours concret et de la chaîne discursive. La seconde est celle du signifié et du sens. Lacan met l’accent sur « les perpétuels glissements du signifié sous le signifiant et de celui-ci sur le signifié ». La mort échappe et interrompt le cours du signifié ; si elle donne sa puissance au signifiant, elle se dérobe au sens. La mort dans le signifiant et la mort dans le signifié sont dans ce schéma reliées sur « une même surface efficace », dans un rapport de reflet entre les deux. Le dernier mot du signifié du vécu de la vie se reflète dans la mort en tant que support et fondement du signifiant dans le monde.

Ce qui serait le dernier mot, la dernière phrase d’un sujet dans la construction de la vie de son désir aurait pour terme (à la fois le mot et la fin) un rapport avec la mort. La mort constitue l’horizon indépassable du discours dont elle n’est pas une limite extérieure mais bien le reflet de cette nécessité pour l’être fondé sur le verbe.

¹ LACAN J., *Le Séminaire livre IV, La relation d’objet* (1956-1957), Seuil, 1994, schéma p.48, reproduit en Annexe 2.

La mort est inscrite dans la subjectivité comme la possibilité de mourir et de s'imaginer mortel. Le symbole fait l'homme mortel. La mort est une limite dans le signifié, elle interrompt le déroulement des associations mais elle les attire, elle est aussi un autre nom de l'ombilic freudien du rêve.

Ce qui est inconnaissable, noué et inextricable dans les associations, hors d'accès serait identique à ce que nous essayons d'approcher comme la mort fondatrice du jeu des signifiants. A la fois inscrite au cœur des représentations et inaccessible pour chacun, la mort fondement de la structure et point-limite des significations. Elle fait barrage et protège d'un au-delà, à sa façon elle voile le réel qui a été retiré et rejeté. Lacan articule les effets de la nature du symbole au niveau du signifié ; un des effets étant une limite et un point de butée dans le défilé, un trou dans cette deuxième parallèle.

Ce que nous cherchons ici renvoie, pour une part, à ce que Lacan situait dans les années 1950 comme la « limite de la fonction historique du sujet »¹ ou la « limite du signifié qui n'est jamais atteinte par aucun être vivant »². Il pose un rapport de reflet entre le fond de la nature du signifiant en tant que néantisation des choses et le point ultime, le dernier mot du signifié, inaccessible et lié à une impossibilité.

La mort évoque quelque chose qui rend les êtres humains impuissants et sur lequel leurs réflexions achoppent. La mort semble n'avoir que peu ou pas de sens, elle désole, isole ou fragilise celui qu'elle touche de près. La mort de l'autre place le sujet face à une limite psychique dans ce qui possède une signification. Le sujet, tout au long de sa vie, est face à des choses sur lesquelles il peut produire du sens et ce qui reste hors de toute signification et met en défaut ses raisonnements. Incontestablement, la mort appartient à ce qui reste en dehors de la prise du sens.

Si la mort possède de multiples représentants imaginaires (fresques, figures) ou symboliques (momies, sépultures), il n'en reste pas moins qu'elle trouve le signifié et se dérobe à la signification. Cette machine et cette syntaxe symbolique se déploient dans un processus de chiffage-déchiffage. Qu'est-ce qui est chiffré, traduit, transcrit, déplacé ? Qu'est-ce qui oriente ou gouverne les jeux syntaxiques subjectifs ?

¹ LACAN J., *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* (1953), *Ecrits*, op.cit., p.318.

² LACAN J., *Le Séminaire Livre IV, La relation d'objet* (1956-1957), op.cit., p.48.

Le dispositif de la cure conduit le sujet à se remémorer les moments de son histoire pour en intégrer les multiples significations dans un procès de subjectivation placée dans le registre de la vérité.

Cependant, il indique aussitôt la nécessité de situer ce qui n'entre pas dans ce procès de symbolisation et de subjectivation. Il y a un reste, une lacune qui se dérobe à l'historisation active en jeu dans le transfert et dans la cure. En 1953, Lacan situe précisément dans cette dimension l'être-pour-la-mort avancé par Heidegger. Il peut ainsi définir un centre extérieur au langage et primordial à la naissance des symboles, nous l'avons mentionné dans la partie sur l'ombilic et le centre torique du langage.

Lacan développe la figure constituante de la mort comme terme dernier de la série des identifications du sujet. Le travail de la cure analytique tend à déplier les différentes strates du moi et de ses images. A la fin de ce mouvement régressif à travers les différents visages et éclairages de l'histoire du sujet, que se passe-t-il ? est-ce un vide ou un néant ? le niveau le plus intime, le plus authentique, quel est-il ?

Il s'agit d'une limite indépassable qui supporte le jeu des identifications. Le rapport à la mort est crucial pour le sujet, il est même pour Lacan corrélatif de la fin de l'analyse définie dans une assomption progressive et une subjectivation de cette possibilité impossible ou possibilité de la suppression du possible. Le sujet est un être pour la mort, voué à la mort. Un être parlant dont le sens va vers la mort.

Le point fondamental de cette première partie sur la mort impossible définit la tension entre le langage et ce qu'il permet d'inscrire dans le travail de la cure analytique, de subsumer et de métaphoriser.

La psychanalyse, en tant qu'expérience de parole, met en acte la tension entre ce que le langage saisit et ce qui lui échappe. Il ne s'agit pas de l'ineffable ou l'insondable qui la placerait sur un terrain mystique, mais de ce qui travaille la parole du sujet de l'intérieur et touche à la limite de son existence qualifiée d'être-pour-la-mort.

2-3-2 Position de l'être pour la mort

L'être pour la mort désigne le point aveugle devant quoi la parole cesse et s'éteint. C'est la limite de la fonction historico-symbolique que Lacan met en avant comme la dynamique de la cure. La connexion entre la chaîne signifiante et ce point impossible à subjectiver peut être saisie en termes de topologie de l'anneau et du trou central.

La mort vient trouer la fonction symbolique comme sa limite irréductible, indépassable. Pour le dire autrement, l'être pour la mort désigne un point de réel sur lequel achoppe la chaîne symbolique.

Il désigne la possibilité indépassable de l'expérience subjective dans la cure analytique théorisée comme une historisation et un dévoilement de la vérité.

Chez Freud, deux logiques relatives à deux ordres se croisent et constituent le noyau de l'être parlant. D'une part une logique de quelque chose en défaut lié à une perte initiale qui oriente tout le jeu des circuits représentatifs et des connexions associatives. Ce jeu renvoie à la seconde logique qui est celle des déterminations propres du symbolique et la coupure entre le signifiant et le signifié. Le discours du sujet tente de re-présenter et articuler ce qui a été perdu et doit être retrouvé. C'est le chiffrage discursif de ce qui manque mais hante tout l'appareil. Ce chiffrage se déroule et s'élabore à partir de deux choses, les traces mnésiques laissées par les expériences de satisfaction-insatisfaction, les marques langagières reçues à partir du lieu de l'Autre dans des mots, des phrases.

Nous pouvons dire que ce qui institue l'œuvre du signifiant est ce qui destitue le signifié, et ce qui fonde le signifiant ne s'inscrit pas dans le procès de la signification.

La mort soutient les effets de la structure mais reste pour une part à l'écart du signifié.

Notons au passage que Lacan induit une équivalence et un déplacement de la castration freudienne comme roc indépassable dans les termes de l'être pour la mort.

Nous laissons volontairement de côté les remarques contradictoires de Freud sur la connexion entre la mort et la castration, dans ses théories de l'angoisse.

De la même manière, Lacan situe la mort comme la limite de la fonction historique, comme ce qui ne passe pas dans la parole et reste extérieur au langage.

Il s'agit d'une lecture heideggerienne de l'instinct de mort. Ce que Heidegger a déployé dans *Etre et temps* (1927) sur la mort comme possibilité de l'impossibilité ou mise en rapport avec la suppression de la possibilité est croisée par Lacan dans sa conceptualisation de l'instinct de mort et de la fin de la cure.

On retrouve la tension propre aux concepts analytiques concernés dans cette recherche entre la fonction et le réel, entre le fondation et la limite, entre l'instance de la mort et la mort en instance. On dira maintenant que la mort est la figure ultime qui soutient le moi comme elle soutient l'articulation discursive. D'autre part, elle est ce point extérieur au langage comme elle est le point dernier de l'image du moi. Quand le sujet dans l'analyse déconstruit le masque de son moi, il avance et se dirige vers la réalité inassumable de sa propre mort.

Quand il déconstruit la trame historique de son destin et remonte vers les premiers liens de parole (ses jeux sériels, les connexions de signifiants) il se trouve face à la vérité inassumable de sa mort.

Avant de terminer cette première partie sur la mort impossible, nous ne pouvons pas éviter de mentionner la référence de Lacan au terme hegelien de la mort comme le Maître absolu.

3- LA FIGURE DU MAÎTRE ABSOLU

3-1 LA CRAINTE DE LA MORT

« Et pourtant, la vie la plus grande est là, une vie que je touche et qui me touche, absolument pareille aux autres, qui, avec son corps, presse le mien, avec sa bouche, marque ma bouche, dont les yeux s'ouvrent, les yeux les plus vivants, les plus profonds du monde, et qui me voient. Cela, que l'être qui ne le comprend pas, vienne et meure. Car cette vie transforme en mensonge la vie qui a reculé devant elle. »

Maurice Blanchot

3-1-1 La liberté et la mort

Le terme de « maître absolu » apparaît à deux reprises dans l'ouvrage de Hegel intitulé *Phénoménologie de l'Esprit* (1807). La première occurrence se situe, à l'intérieur de la partie consacrée à la dialectique du maître et de l'esclave¹, dans le sous-chapitre intitulé « La peur » :

« Cette conscience a précisément éprouvé l'angoisse non au sujet de telle ou telle chose, non durant tel ou tel instant, mais elle a éprouvé l'angoisse au sujet de l'intégralité de son essence, car elle a ressenti la peur de la mort, le maître absolu. Dans cette angoisse, elle a été dissoute intimement, a tremblé dans les profondeurs de soi-même, et tout ce qui était fixé a vacillé en elle. Mais un tel mouvement, pur et universel, une telle fluidification absolue de toute substance, c'est là l'essence simple de la conscience de soi, l'absolue négativité, le pur être pour soi, qui est donc en cette conscience même. »

La conscience affrontée à la mort recule avec effroi et plonge dans une expérience abyssale. Mais cette dissolution est aussi le « mouvement pur et universel », le devenir-fluide de la substance. Ce n'est pas l'option immédiate de la vie qui rejette la mort mais le moment négatif de la vie de la conscience de l'esclave. L'esclave entre dans la vie et la servitude à partir de cette crainte du maître absolu.

La seconde occurrence se situe dans la section intitulée « La liberté absolue et la Terreur »².

« ...de nouveau se façonne l'organisation des masses spirituelles auxquelles la foule des consciences singulières est attribuée. Celles-ci, qui ont ressenti la crainte de leur maître absolu, la mort, se prêtent encore une fois à la négation et à la différence, s'ordonnent sous les masses. »

¹ HEGEL GWF., *Phénoménologie de l'esprit*, tome 1, Aubier, 1941, p.161-166.

² *id.*, tome 2, p.138.

Jean Hyppolite, le traducteur du texte hegelien, précise dans ce passage sur la Terreur que le corps social « se soumet donc comme l'esclave qui, ayant éprouvé la crainte de la mort, le maître absolu, se discipline et se cultive.

Cette discipline se manifeste ici par la réapparition des masses distinctes du corps social, la négation au sein de la substance positive étant son articulation en systèmes particuliers. »

Hegel fait ainsi reposer le mouvement de l'histoire sur cette fonction de la crainte de la mort. C'est uniquement avec la mise en fonction de ce facteur radical que certains effets sont possibles. Dans la lutte inaugurale du maître et de l'esclave, l'homme crée son être en transformant le néant manifesté dans la crainte de la mort. Hegel noue ainsi l'entrée dans la servitude à la crainte de la mort et la position de liberté du maître qui assume sa mort.

Pour Lacan ces repères dessinent le triangle de la liberté humaine :

Menace de la mort,
renonciation et servitude

Sacrifice consenti,
mort héroïque

Renoncement, suicide

On pourrait dire qu'ici la liberté est bornée par les figures de la mort qui l'entourent. Pour le sujet parlant, la mort est en quelque sorte toujours le maître au-delà du maître.

On peut dire que, dans la clinique, le rapport du sujet avec la mort est un élément incontournable et fondamental. Où se situe la mort dans sa vie, dans son histoire et dans son discours ? Dans quelles situations est-il en proie à la mort ou à la crainte de la mort ?

Pour Lacan, le suicide n'est pas directement un retournement sur soi d'une pulsion agressive ou la négation de soi dans un acte sans retour mais plutôt l'affirmation « désespérée de la vie qui est la forme la plus pure où nous reconnaissons l'instinct de mort. »¹

Lacan met en application cette importance de la mort dans son commentaire sur le cas de l'homme aux rats (Freud, 1909) et ses développements sur l'importance du mythe individuel dans la formation de la névrose. En effet, la clinique analytique a montré que la mort est un élément important du discours obsessionnel à travers les fantasmes, les inquiétudes et les obsessions. Lacan propose de considérer que la dynamique imaginaire composée de rivalité et d'agressivité peut être située dans les termes de la lutte à mort hégélienne et le renoncement de l'esclave face à la crainte de la mort.

Le sujet semble se soumettre à une figure du maître à partir de laquelle il règle ses conduites et son désir. La vie de ses désirs est entièrement dépendants de ce maître et surtout de sa mort qui viendrait ouvrir la voie d'une nouvelle liberté. Le sujet est ainsi suspendu à l'attente de la mort du maître dont il est autant l'esclave consentant que l'adversaire caché.

¹ LACAN J., *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* (1953), *Ecrits*, op.cit., p.320

3-1-2 Le maître de l'obsessionnel

Dans la névrose obsessionnelle, le sujet attend que l'Autre soit mort pour pouvoir vivre et désirer. Face au maître qu'il se crée, le sujet se place en position de serviteur.

Son désir est suspendu à celui de l'Autre qui doit mourir pour lui permettre de vivre. Mais dans ce dispositif intersubjectif, le désir du sujet lui-même est en attente et comme annulé, paralysé ou différé. Il est pour ainsi dire presque mort ou « demi-mort ». Ce dispositif règle un circuit « infernal » dans les voies du désir de l'obsessionnel. Mais à quoi cela sert-il ?

Dans quelle raison cet engrenage prend-il sa source ?

Le sujet se protège à la fois de son désir et de sa mort en annulant celui de l'Autre. Toute manifestation du désir de l'Autre est aussitôt repoussée et neutralisée pour que le sujet ne soit pas envahi par l'angoisse. Le prix payé, en retour, est que son propre désir se trouve suspendu, annulé et au point mort.

De plus, le sujet obsessionnel est identifié au maître dont il attend la mort. On peut dire qu'il interpose une ou des figures de maître entre lui-même et sa propre mort pour la tenir à distance et éviter la confrontation.

Freud insiste sur le jeu et la fonction de la mort pour le sujet dans son rapport à la généalogie, notamment la volonté paternelle. L'Autre mort est animé d'un vouloir, d'une volonté qui s'exerce dans l'inconscient. Dans la névrose obsessionnelle, l'Autre joue cette fonction d'empêchement, cette fonction interdictrice qui est celle du père et qui peut être occupée par une personne morte, notamment le père mort.

D'autre part, cliniquement, il y a un jeu de la mort, une fonction subjective qu'il faut préciser ici. Elle est patente dans la névrose obsessionnelle. En effet, la fonction de l'Autre dans cette configuration est conjointe à la fonction de la mort. Face au désir le sujet se défend en tentant de l'annuler, de le mortifier dans l'Autre : il veut inscrire la mort dans le désir de l'Autre, il veut réduire, annuler cette dimension de l'Autre. Deuxièmement, il suspend l'accès à son désir à l'autorisation de l'Autre : il attend que l'Autre lui demande et lui permette de désirer. Le fantasme qui soutient ses coordonnées est qu'il pourra désirer quand l'autre sera mort. Les clés sont entre les mains de l'Autre : il lui confère autorité sur son désir et attend la mort.

3-1-3 Freud et l'oubli du nom Signorelli

Ce mouvement de recul et de retrait face à la mort ou à sa pensée, Freud nous en a livré un exemple fondamental dans son analyse de l'oubli d'un nom. Nous proposons de revenir sur cet exemple qui ouvre son ouvrage *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1901).

Cet exemple permet une conjonction entre le maître absolu de Hegel et l'être pour la mort de Heidegger. Dans un second temps, il permet aussi de préciser les coordonnées de la mort réelle que nous cherchons dans cette première partie.

Cet exemple implique la subjectivité de Freud et les questions qui la hantent (la mort et la sexualité, nous confie-t-il). De plus, il nous intéresse car il touche le rapport du médecin avec la mort des malades et sa propre mort.

Cet oubli se produit au cours d'une conversation avec un médecin étranger pendant une excursion de Raguse en Dalmatie à une station d'Herzégovine. Les interlocuteurs abordent le thème des voyages en Italie et Freud veut lui demander s'il connaît les fresques de la chapelle San Brizio de la cathédrale d'Orvieto peintes par ... A cet endroit de son discours, un arrêt se produit, un trou dans la chaîne de pensées qui laisse néanmoins apparaître deux autres mots : Botticelli puis Boltraffio. Freud les écarte immédiatement mais n'arrive pas à remettre la main sur le nom du fresquiste italien.

Cet oubli touche le nom du peintre italien Luca Signorelli (1445-1523).

Comment expliquer cet oubli ? Pour Freud, il est nécessaire de le relier au thème précédent du dialogue. Ce thème concerne les mœurs des Turcs vivant en Bosnie et en Herzégovine. Notamment, Freud raconte qu'ils témoignent d'une confiance infailible à l'égard du médecin et d'une soumission exemplaire à l'égard du destin. Quand le médecin annonce qu'il n'y a plus rien à faire pour le malade, les proches répondent :

« Herr, que dire à cela ? Je sais que s'il pouvait être sauvé, tu l'aurais sauvé ! »

A partir de cet échange sur l'attitude envers la mort et le destin, de multiples pensées commencent à s'éveiller et envahir l'esprit de Freud qui, nous dit-il, se retire progressivement et s'absente de la conversation. Quelles sont ces pensées ?

Il lui revient l'importance accordée à la sexualité et à la fonction sexuelle pour ce type de patients.

Plus particulièrement, un de ses patients lui avait dit :

« Tu le sais bien, *Herr*, quand ça ne marche plus, alors la vie ne vaut plus rien. »

Freud se détourne de cette chaîne de pensées qu'il ne souhaite partager avec un interlocuteur qu'il ne connaît pas. Il précise encore qu'il est à ce moment sous le coup d'une mauvaise nouvelle : il vient d'apprendre la mort d'un de ses patients pour lequel il s'était donné beaucoup de peine.

Plusieurs noms sont impliqués dans les pensées que Freud écarte et dans celles qui circulent avec l'interlocuteur. Freud propose un schéma pour en situer les articulations.

Signor elli

Bo ticelli

Bo l traffio

Her zégovie

Bo snie

Herr, que dire à cela ?

Mort, sexualité

Trafoï

Pensées refoulées

Les pensées refoulées attirent vers elles les mots et les idées relatives à la mort et à la sexualité. On peut dire ici que la mort coupe et perfore le texte disponible de Freud. C'est elle qui empêche de retrouver le nom du peintre.

Tout cet exemple se concentre sur la première partie de ce nom : Signor, Seigneur, Herr, Maître absolu. Freud, à partir de ce dialogue, rencontre ce point subjectif de la mort comme Maître absolu qui bloque et dissout les chaînes de pensées. Il a préféré reculer devant ce point opaque et c'est alors l'oubli du nom qui se produit. On peut lire dans cet exemple freudien, la force de la mort qui abolit la cohérence du discours et brise l'interlocution en laissant apparaître les bribes de l'oubli.

Cet exemple met en scène la confrontation directe de Freud avec son être pour la mort. Nous retrouvons la structure du centre torique de la mort réelle et les effets produits. Un point limite est indiqué par cet exemple où vacille la cohésion des chaînes de pensées et où se fragmente la logique même du dialogue. A l'approche de ce point structural, la parole se tarit, le discours semble s'éteindre, les mêmes mots oscillent entre le sens et le non-sens qui les fonde.

En quoi ce repérage du Maître absolu dans le rapport du sujet avec l'Autre peut-il éclairer ce qui est en œuvre dans la clinique ?

Que se passe-t-il pour le sujet malade contraint d'affronter sa condition mortelle ou d'assumer sa propre mort ? Jusqu'où cela est-il possible ?

En quoi ce point mortel dans l'Autre, ce point ombilical, ce point de non-savoir absolu, se trouve-t-il touché dans la collusion de la maladie ? En quoi cette déchirure radicale conduit-elle le sujet à devoir répondre et affronter le Maître ?

Il s'agit d'attribuer une place à cette dimension de la mort et de l'affrontement au maître absolu pour le sujet malade. Faire sa place à cette dimension de la clinique pour un sujet mis face à la possibilité de sa mort et à l'impossibilité qu'elle produit puisqu'il n'en peut rien savoir.

3-2 MAITRISER LA MORT ?

« La Mort a des rigueurs à nulle autre pareilles ;

On a beau la prier,

La cruelle qu'elle est se bouche les oreilles,

Et nous laisse crier. »

François de Malherbe

3-2-1 La médecine et la mort

L'étude du rêve du fils face au retour de son père mort mais qui ne le sait pas nous a permis d'insister sur la nécessité, pour chaque sujet, d'interposer une image ou une figure entre lui et l'abîme de la mort ou de son point mortel. Le rêve montre que la figure spectrale du père mort s'interpose entre le sujet et sa mort.

Ces coordonnées participent d'un registre important dans ce qui arrive pour un sujet confronté à la maladie grave. Nous allons préciser deux modalités de ce qu'il est possible d'introduire pour maîtriser la mort. La médecine peut tenter une maîtrise par le savoir et les technologies, les avancées de la science. Le sujet malade placé sous le regard de la mort peut élaborer une réponse qui essaie de « maîtriser » ce qui arrive.

La médecine tente une maîtrise par le savoir et la technique

Le problème de la mort du malade se pose en termes de maîtrise et d'échec. Freud lui-même indique, dans son oubli du nom Signorelli, que ne pas pouvoir guérir l'autre produit souvent un sentiment d'échec. On pourrait proposer l'hypothèse que le mouvement des soins palliatifs qui se développe depuis les années 1970 est apparu comme une façon de répondre à ce problème de maîtrise et d'échec. Ils essaient de pallier à l'absence de guérison et viennent « quand il n'y a plus rien à faire ».

Comment être soignant sans aller vers la guérison ?

Quelles relations et conflits sont en jeu lorsque l'issue fatale est au premier plan ?

Quel statut particulier pour ce champ médical nécessairement « à part » ?

D'autre part, la réponse médicale peut tendre à symboliser la mort réelle avec du savoir et du contrôle. Comme s'il était possible d'éteindre et d'atténuer le réel avec le signifiant, y compris le savoir médical, les résultats, les quantifications.

Nous reviendrons sur cette tension de la médecine et de la mort dans notre troisième partie.

3-2-2 Le sujet sous le regard de la mort

La figure du maître absolu est un élément majeur de cette clinique parce que la maladie grave place souvent le sujet sous le regard de la mort. Il est alors confronté à quelque chose d'impossible qui brise la parole. Cette clinique se déroule en quelque sorte dans l'ombre du Maître absolu, dans les chambre et les couloirs de l'institution. La mort excède le dispositif médical et son « impréparation à la mort, écrit Jean-Luc Nancy, n'est que la mort elle-même : son coup et son injustice. »

La question clinique porte sur ce que le sujet va pouvoir interposer entre la mort et lui.

Quel écran, quel substitut factice, quel palliatif va-t-il élaborer pour tenter de vivre avec l'invivable et exister avec l'insupportable ?

« Maîtriser la mort » est un grand mot pour qualifier la réponse du sujet dans cet affrontement avec l'impossible, la déstabilisation par le non-sens, la béance où se dissout l'histoire de son désir. La réponse qualifie ce que le sujet interpose entre la mort et lui, entre ce regard du maître et lui. Le déni, la dénégation sont à entendre comme des signes de cette nécessité de voiler la mort pour pouvoir vivre et rester en vie. Qu'est-ce que peut signifier « être au clair » ? « cheminer » ?

A travers la maladie, le sujet rencontre cette réalité du regard du maître qui le dépasse et l'attend.

Comment vivre avec l'invivable, supporter l'insupportable, exister avec ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire ? Qu'est-ce qu'il va pouvoir mobiliser pour affronter la mort réelle et l'intrusion qui brise la vitre entre la mort et lui ?

Il s'agit de soutenir que la mort nie la réussite de la médecine guérissante, la logique de son discours et induit alors l'effet de devoir se parer et contre-carrer sa puissance. Si Freud invoque la fresque de Signorelli et la résurrection des corps au moment du Jugement dernier, la mort va au-delà des pensées refoulées. Le refoulement et le discours sont une défense contre le poids de réel de la mort. L'homme est l'esclave de la mort, il se plie à ses contraintes mais ne veut pas le savoir. Il tente alors de nier la mort et sa force de négation, il met en œuvre une volonté contre la négation.

L'intérêt de cette première partie est d'entrer dans les différentes strates de la mort impossible comme une zone ombilicale des associations, comme la limite du signifié et de la fonction historique, comme un point mortel du sujet en rapport avec un point nécessairement voilé dans l'Autre.

Toute la face muette du langage, le silence imposant que chacun porte en lui, ces mots déposés qui ne vivent pas encore dans la parole mais sont pourtant présents. Cette partie reculée, refusée, impossible est une dimension de la mort.

3-3 La mort, maître de l'analyste ?

Pour Freud, notre relation à la mort est de même nature que celle des premiers hommes, elle traverse le temps et les ères historiques. Pour rendre compte de cette immobilité, il indique deux facteurs : la force des réactions affectives originaires et l'incertitude des connaissances scientifiques.¹

Pour Freud l'incertitude concerne le statut de la mort. Est-elle une destinée nécessaire et indépassable de l'individu ou est-elle un accident, peut-être évitable, à l'intérieur de la vie ?

La science ne répond pas de façon définitive à cette question.

On sait aujourd'hui la tendance à repousser les limites de la mort et du corps.

La science montrerait plutôt un mouvement qui situe la mort comme un accident évitable et contre lequel on peut proposer des remèdes.

Freud relève que la proposition : Tous les hommes sont mortels est le modèle logique de l'affirmation universelle. Pourtant, au niveau singulier, « aucun homme ne se résout à la tenir pour évidente, et il y a dans notre inconscient actuel aussi peu de place que jadis pour la représentation de notre propre mortalité. »

L'universalité, la généralité de l'affirmation est en fait une compensation qui recouvre ce qui pose problème et ne peut pas être représenté ou ne peut pas être l'objet d'un savoir propositionnel. On croit poser de façon affirmative une évidence alors que la mort divise le raisonnement et que chaque homme, au fond de lui-même, ne peut pas se « faire » à l'idée de sa propre mort. Bien plus, sur un certain plan, il ne sait pas qu'il est voué à la mort.

Mais ce syllogisme veut dire aussi que la mort est ce qui est en commun pour les êtres humains. Ce qui est exclu du savoir et le limite est en même temps ce qui pourrait fonder une communauté. Le primat de la mort de l'autre convoque la responsabilité du sujet pour Lévinas.

¹ FREUD S., *L'inquiétante étrangeté* (1919), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, 1985, p.247.

Face à ce qui dépasse l'entendement, à ce qui excède la compréhension et qui la rend possible, face à la mort de l'autre comme réalité et réalisation se dessine la figure d'une communauté. Cette communauté fut désignée comme désœuvrée¹ ou inavouable² pour en indiquer les paradoxes et tensions internes.

La mort qui fait si peur, la mort que chacun évite, masque et repousse, doit pourtant être définie comme ce qui est le plus commun des êtres humains.

C'est aussi, peut-être, dans ce sens que Lacan a conseillé, de façon discrète au détour d'un de ses textes, que la mort soit l'unique maître de l'analyste :

« ce serait la fin exigible pour le moi de l'analyste, dont on peut dire qu'il ne doit connaître que le prestige d'un seul maître : la mort, pour que la vie, qu'il doit guider à travers tant de destins, lui soit amie. »³

Que la mort lui soit amie afin de pouvoir aider l'autre en défaut ou en impasse qui s'adresse à lui. Mais alors, comment la mort-maître rend-elle la vie amie ?

En quoi la reconnaissance de cette limite indépassable de l'être pour la mort peut-elle rendre la vie aimable ou aimée, amicale ou digne d'être amie ?

Pour Lacan, il me semble qu'il s'agit de localiser l'être pour la mort et de renverser sa fonction négative de limite. Du point de vue de la mort, la vie se transfigure en partenaire aimable et amical. Pour aider l'autre dans la cure, on ne peut pas évacuer la mort et la laisser à l'extérieur comme une simple négativité.

Cette position de l'être pour la mort qui ne peut être intégrée dans la remémoration historisante de la cure, cet ombilic du langage et cette limite de la parole (que nous avons introduit comme *point mortel*), est précisément ce par rapport à quoi l'analyste est invité à se régler et à se soumettre. Non pas pour être pétrifié et paralysé dans une certitude mais au contraire par les effets que cette proximité de la mort induit sur la vie. Au lieu d'être ennemie et dangereuse, la vie devient amie si elle se reconnaît la mort comme maître.

¹ NANCY J-L, *La communauté désœuvrée*, Christian Bourgois, 1986.

² BLANCHOT M., *La communauté inavouable*, Minuit, 1983.

³ LACAN J., Variantes de la cure-type (1955), *Ecrits, op. cit.*, p.349.

Cette indication de Lacan convoque aussi l'idée que la mort est l'axe autour duquel tourne la vie ou le centre torique autour duquel tournent les discours, les demandes, les paroles. En approchant lui-même la mort, l'analyste peut aider les autres à établir un rapport avec l'axe de leur vie.

Le temps de la maladie, ses évolutions et ses modifications, ne recoupe jamais le temps de la subjectivité du malade à l'épreuve de la maladie de la mort.

Nous touchons ici un point nodal de notre travail. Dans cette épreuve, la subjectivité n'est pas uniquement face à une extériorité inconnue mais une intériorité non-reconnue.

La tension entre l'affirmation universelle de la mortalité et sa non-représentativité pour l'inconscient est un des registres présents dans cette clinique auprès des malades.

Quels éléments la découverte freudienne apporte-t-elle dans cette réflexion ? en quoi permet-elle d'interroger autrement ce problème des rapports entre le savoir et le mort ?

En premier lieu, l'énoncé « je sais que je suis mortel » ressemble au texte du rêve célèbre d'un patient de Freud face à son père décédé : « il ne savait pas qu'il était mort » (selon son vœu...).

Jusqu'où peut-on parler d'un savoir initié par la mort ? ou d'un savoir sur la mort ?

Qu'en est-il au niveau général et au niveau particulier d'un sujet ? que peut-il savoir sur sa mort ? n'est-il pas confronté à une béance ou un arrêt de la pensée ?

Comment les zones du savoir conscient et de la mort se rencontrent-elles ?

Que sait le sujet par rapport à sa mort ?

S'il sait qu'il mourra, cette certitude ne recouvre pas ce qui est en jeu dans ce rapport ?

Ce savoir relatif à l'universalité de sa condition humaine est inopérant pour un sujet particulier confronté à quelque chose qui l'engage dans son rapport à la mort. Dans l'antique syllogisme il s'agit de fonder l'universel à partir de la mortalité. Comme si la mort précisément permettait de constituer une totalité et de clore le groupe Homme.

L'intérêt de cette suite de propositions est de mettre en scène les paradoxes du rapport subjectif à la mort et la contradiction irrésolue entre l'universel de la mort et la singularité subjective qu'il traverse.

– II –

DEUXIEME CHAPITRE

LA MORT NECESSAIRE

*« Seul l'homme meurt. L'animal périt. La mort comme mort, il ne l'a ni devant lui ni derrière lui.
La mort est l'Arche du Rien, à savoir de ce qui, à tous égards, n'est jamais un simple étant, mais qui
néanmoins est, au point de constituer le secret de l'être lui-même.
La mort, en tant qu'Arche du Rien, abrite en elle l'être même de l'être.
En tant qu'Arche du Rien, la mort est l'abri de l'être. »*
Martin Heidegger

1- FONCTION STRUCTURALE DU PERE

1-1 TROIS FIGURES DU PERE MORT

*« Ainsi est-il le prince des chefs, car quoi de plus mort que les chefs ?
et il les a devancés au principe. Dévêtus de pouvoir les voici revêtus d'autorité,
rois chacun de sa terre dont ils goûtèrent la couche. »*
Jean Grosjean

1-1-1 Œdipe et le meurtre du père

Après avoir traversé les différents registres de la mort impossible et la limite qu'elle constitue pour la fonction historisante de la parole, nous examinons maintenant son envers à partir de la fonction du père mort dans la théorie freudienne. Cet envers de la mort doit être recherché dans la façon dont Freud organise la place du meurtre du père dans ses travaux.

Avant de les explorer de façon plus précise, on peut nommer les trois figures du père mort chez Freud. Le père d'Œdipe, Laïos, dans la tragédie de Sophocle, le Père de la horde dans la construction de Totem et tabou, la figure du Père dans le monothéisme et les rapports mystérieux du Père et du Fils dans la théologie chrétienne.

Dès ses premières recherches, dans la dernière décennie du dix-neuvième siècle, Freud repère dans la parole des patients l'importance de la figure paternelle et les sentiments qui lui sont associés. Les premiers cas cliniques publiés dans les *Etudes sur l'hystérie*¹ dessinent la figure du père malade nécessitant des soins quotidiens ou le père décédé. Pour Anna O et Elisabeth Von R, par exemple, cette figure occupe une place importante dans la détermination des symptômes et ses rapports avec la configuration subjective impliquée. Progressivement, Freud va lui conférer une fonction majeure dans sa théorie.

La première figure du meurtre du père apparaît chez Freud dans *L'interprétation des rêves*. Il attire l'attention sur la tragédie Œdipe Roi car elle met en scène et montre au spectateur la réalisation de ses vœux secrets et de ses souhaits infantiles. L'enfant est animé d'un désir pour sa mère et d'un vœu de mort contre son père. Ces désirs sont refoulés et censurés.

Pendant le récit, Œdipe tue son père sans le savoir. Il répond à l'énigme de la Sphinx et devient roi de Thèbes. Il épouse Jocaste, sa mère, sans le savoir. Il veut savoir qui a tué le roi précédent et, sans le savoir, se cherche lui-même.

¹ FREUD S., *Etudes sur l'hystérie*, PUF, 1983.

On peut dire qu'un des axes de la tragédie sophocléenne est ce « sans le savoir », l'ignorance d'Œdipe marque chaque tournant de son histoire. Il poursuit son destin tragique et accomplit, sans le savoir, la parole de l'oracle qui a présidé à sa funeste naissance.

La pièce de Sophocle est une révélation progressive de la vérité de la position d'Œdipe en tant que meurtrier de Laïos et fils de Jocaste. La force tragique est liée « au matériel qui sert à illustrer le contraste » entre la volonté humaine et la réalisation du destin. Pour Freud, Œdipe donne à voir la réalisation des désirs infantiles de chaque sujet humain.

Les deux motifs isolés par Freud sont le vœu de mort contre le père et le vœu de relations sexuelles avec la mère. Ces deux motifs se complètent et fournissent « la clé de la tragédie de Sophocle ».

Le père est celui dont on souhaite la mort car il est un obstacle au désir pour la mère. Œdipe montre, en effet, que si l'on tue le père l'accès à la mère est libre et possible.

Au fil de ses constructions, nous y reviendrons plus loin, Freud va hausser le père au rang d'une fonction structurante qui fait accéder l'enfant, à travers un complexe, une trame de conflits et d'identifications, à un autre niveau de réalisation subjective. En effet, le désir énigmatique de la mère va trouver, grâce au médium de la métaphore paternelle, son articulation à la signification phallique. Le père ouvre au sujet l'accès au désir de l'Autre régulé et soumis à la Loi symbolique.

La fonction paternelle n'est pas univoque, elle est traversée de mouvements contradictoires puisqu'elle autorise et interdit, elle sanctionne et inscrit le sujet dans l'ordre de la loi symbolique. Freud maintient que l'entrée dans le complexe d'Œdipe et son déclin sont déclenchés par le père. Si à l'entrée, le père prend les traits de l'obstacle menaçant dans la relation avec la mère, la sortie est celle d'une identification symbolique au père sur laquelle nous reviendrons dans la troisième partie de ce chapitre « De la figure à la fonction ».

1-1-2 Le meurtre du Père de la horde

Freud va donner un relief anthropologique à sa recherche en détachant la fonction majeure du père mort dans le destin de l'humanité. Le père mort est le pivot de l'argumentation de *Totem et tabou* selon laquelle le père primitif de la horde doit être tué par les fils pour qu'un ordre social puisse s'établir¹. En 1913, Freud pose ce rapport entre l'instauration de la loi et la mort du père, entre l'organisation du tissu social et le meurtre du père. Le meurtre fonde la société, l'ordre de la loi a pour condition de tuer et manger le père.

Pourquoi ? Le repas - ou l'incorporation des morceaux de chair du père – est une tentative des fils pour s'identifier à celui-ci (être comme lui) et récupérer sa puissance.

Ensuite, la sépulture élève le disparu au statut de totem, de figure « éternelle » du représentant de la loi, le père mort devient ainsi un signifiant et le garant de la loi.

Le meurtre lui décerne une *place* et une efficacité : il n'a jamais été aussi puissant, infaillible, indestructible que mort. Freud montre ainsi que l'érection du symbole totémique instaure une permanence, le père doit être mort pour devenir une référence du champ social. Il développe la nécessité d'un repère extérieur pour une place symbolique et régulatrice. C'est le meurtre du père qui rend possible l'établissement de règles et des interdits.

Freud pose ainsi une relation causale entre l'instauration de la loi et la mort du père primitif, entre l'organisation du tissu social (c'est-à-dire du langage, des rapports entre les éléments) et le meurtre du père. L'ordre symbolique a pour condition nécessaire de tuer le père. Avant d'ériger son totem et se soumettre à sa loi, la mort intervient sous la figure du meurtre.

Dix ans plus tard, dans un chapitre sur l'identification² définie comme un type de relation possible du moi à un objet, Freud postule une identification originelle au père. Le lien initial de l'enfant s'articule avec le père : l'enfant veut être le père, il veut être comme le père. En quoi consiste cette identification ?

On ne peut précisément le dire, si ce n'est à la distinguer du prélèvement d'un trait sur l'objet (aimé ou haï) et de l'identification par contagion (deuxième et troisième type d'identification développés par Freud)³.

¹ FREUD S., *Totem et tabou* (1913), Payot, 1965.

² FREUD S., *Psychologie des foules et analyse du moi* (1921), *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981, p.167.

³ FREUD S., *id.*, p.169-170.

Il parle d'une assimilation ou d'une incorporation liée à l'organisation orale de la libido où l'objet est mangé et anéanti dans une relation de destruction.

Cette identification « cannibalique » qui s'approprie l'objet en le mangeant et le tuant est une manière pour Freud de situer à la racine du moi la figure paternelle, ou à la racine de la subjectivité une fonction du « père ».

Ces deux aspects théoriques montrent que le père mort et la figure paternelle ont une place prépondérante dans la recherche freudienne orientée par la mise en évidence du *principium*, de l'originaire¹. A travers tous ces développements, Freud tente de situer la fonction du meurtre paternel et du père mort. Par son écriture, il donne une forme épique à la structure et touche la fonction fondatrice de la mort et les rapports profonds du symbole et de la mort que nous allons développer plus loin.

La mort du père est le point de réalité qui va fonder l'ordre symbolique et fabriquer la référence à la loi. Pour Freud, la mort est nécessaire pour produire la force de la loi. C'est parce qu'il est mort que le père s'élève à une fonction déterminante. La mort le sépare du reste de la communauté, le différencie et lui ouvre la possibilité de sa fonction. D'où tient-il sa légitimité ?

Freud pose la nécessité du meurtre pour faire apparaître la fonction, il formule les rapports de la mort et de l'origine, de la mort comme l'origine de la fonction paternelle. Le symbolique repose alors sur un meurtre, Freud établit un nouage conceptuel entre le meurtre du père et sa fonction, entre la mort et la loi.

Le Nom du père désigne alors le signifiant privilégié qui soutient le sujet confronté à la castration. Cette fonction du père déploie ses effets structurants sur deux niveaux. Elle est le processus métaphorique qui permet au sujet d'interpréter le désir de l'Autre dont il est l'objet. Elle produit la signification phallique en tant que signifié du désir de l'Autre arrimé à la castration.

¹ Ce qui touche la catégorie du *Ur* en allemand : *Urvater*, *Urverdrangung*.

1-1-3 Le meurtre de l'homme Moïse

A la place du trou de l'origine et du mystère des fondements de la civilisation, Freud situe de façon réitérée la mort, le meurtre et l'effacement de ses traces. Bien plus, il recouvre la béance de la source par la réalité du meurtre. Dans son ouvrage *L'homme Moïse et la religion monothéiste*¹, il se penche sur la figure fondamentale de Saint Paul et sa lecture des textes évangéliques. Ce dernier a insisté sur la crucifixion de Jésus et la rédemption universelle qu'elle constitue, il est un des fondateurs du christianisme comme religion de la Croix. On sait que Nietzsche a fortement développé la lecture paulinienne du message christique et ses conséquences sur l'Esprit occidental.

Freud écrit : « Par le péché originel la mort était entrée dans le monde. En réalité ce crime digne de mort avait été le meurtre du père primitif, plus tard divinisé. Mais on ne rappela pas l'acte du meurtre ; à sa place on fantasma son expiation, et c'est pourquoi ce fantasme pouvait être salué comme une nouvelle de rédemption (évangile). Un fils de Dieu s'était laissé mettre à mort comme victime innocente et ce faisant avait pris sur lui la faute de tous. Ce devait être un fils, car le meurtre avait été commis sur le père. »

La figure du Sauveur doit nécessairement être le fils car la première faute et le premier meurtre visaient le père. Freud poursuit : « Le judaïsme avait été une religion du père, le christianisme fut une religion du fils.

L'antique Dieu Père rétrograda derrière le Christ ; Christ, le Fils, vint à sa place, de la même manière que, dans ces temps primitifs, chaque fils en avait nourri le désir. Paul, le continuateur du judaïsme, devint aussi son destructeur. »

Le père mort devient ainsi la figure inaugurale et l'arrière-plan des développements ultérieurs des civilisations. A partir de cette coordonnée principielle, Freud peut interpréter la logique religieuse du monothéisme. Le sixième commandement du décalogue « Tu ne commettras pas de meurtre »² prend sa véritable valeur car il est destiné à des meurtriers potentiels. L'interdit et l'obstacle du commandement indiquent en même temps la présence de la possibilité du meurtre. La mort du Christ et la structuration de la religion chrétienne constituent pour Freud une réponse civilisationnelle au meurtre du père. Enfin, sa lecture généalogique de l'homme Moïse le conduit vers l'hypothèse de l'effacement du meurtre et du déplacement (*Entstellung*) de ses traces.

¹ FREUD S., *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (1938), Gallimard, 1986, p.178-180.

² L'Exode, 20-1 à 20-21, *Ancien Testament*, Cerf, 1988.

La mort du père dessine une place originelle à tout développement possible d'une civilisation qui repose sur cette référence extérieure au tissu social. La mort est le point d'appui, le fond et la fondation de la culture. Ainsi, Freud énonce la nécessité de poser le meurtre du père et ses conséquences. Le père mort devient une fonction : c'est un père absolu et séparé du reste des descendants et des vivants. A la fin de son argumentation et avant d'établir une dernière récapitulation, Freud cite le poème de Schiller (1759-1805) intitulé « Les dieux de la Grèce » : « ce qui est destiné à vivre éternellement dans le chant doit échouer dans la vie ».

Ce qui vit dans la parole lyrique, soit dans l'articulation du signifiant, est lié à l'échec et la mort ou le meurtre dans la vie effective. Pour Freud, toute construction historique ou religieuse substantielle suppose ce meurtre réel. On peut rappeler ici qu'il fermait son texte *Totem et tabou* par une citation de Goethe (1749-1832) « au commencement était l'action ». Il faut compléter cette phrase, « au commencement était l'action du signifiant »¹. Cette action du langage se manifeste par une transformation du donné, une négation de la chose existante, une suppression de la réalité qui produisent la relève (*Aufhebung*) et le transport dans la chaîne signifiante.

Ou encore, « Au commencement était le Verbe » dont l'action principale est la mort et la néantisation de toute réalité. Au commencement est le Verbe et la mort qu'il porte en lui. Au commencement est la mort veut dire pour Freud l'antériorité de la mort sur le bruit de la vie. La vie surgit en quelque sorte de la mort mais aussi malgré elle... Ce commencement par la mort signifie deux choses. La mort précède la vie mais elle est toujours active dans les manifestations vitales.

La nécessité pour la réflexion freudienne de tourner autour de l'origine et de l'*archè* pour poser l'acte fondateur meurtrier se conjugue à la nécessité structurale des effets propres de la mort. Plus le chercheur s'approche du commencement dans la spéculation théorique ou le clinicien dans les paroles du sujet, et plus ils abordent une dimension de la mort.

¹ Ainsi que Lacan le propose, Discours de Rome (1953), *Autres écrits*, Seuil, 2001, p.135

1-2 TROIS FONCTIONS RELIGIEUSES DU PERE

Dans la dernière des Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse¹, Freud analyse le problème des conceptions du monde entre la science et la religion. Il propose d'extraire trois fonctions primordiales de la religion que l'on peut lire comme trois aspects de la fonction du père. Il avance que la religion informe sur l'origine et la création du monde, elle assure une protection face aux vicissitudes de l'existence rattachées à l'exécution de la volonté divine, elle énonce des préceptes et des commandements.

1-2-1 Le père, origine et création du monde

Dans son texte *L'avenir d'une illusion*, Freud essaie de démonter la nature illusoire de la religion à laquelle il promet peu d'avenir. L'analyse freudienne reprend la déconstruction inaugurée au siècle des Lumières et prolongée, notamment, par Feuerbach (1804-1872) et Nietzsche (1844-1900). La religion est considérée comme une fiction inventée par les hommes pour répondre aux énigmes du monde et de la mort. Elle mobilise des motifs et des figures infantiles, elle permet principalement de donner du sens aux événements et de « relier » le terrestre au suprasensible. *Re-ligere* comprend deux directions : la religion relie les hommes entre eux dans une communauté, une croyance et des valeurs ; elle relie aussi l'humain et le divin, le monde et la Cité de Dieu, ses institutions doivent permettre ce lien entre le spirituel et le temporel. Freud, homme de science et raison, condamne les illusions de la religion. A plusieurs endroits de son œuvre, il essaie de tenir une position a-thée et sans Dieu.

A la place vide laissée par l'absence de Dieu, il donne sa confiance à la science et ses avancées. Dans sa dernière conférence d'introduction, il montre que la religion énonce une création et une origine du monde. Elle formule une genèse de la réalité, un début de l'univers, du monde et de l'histoire. La religion fixe l'origine et situe la source initiale.

Les hommes, coupés de leur origine, essaient de la créer et de l'imaginer après-coup. Ils sont voués à revenir et à fantasmer ce point d'origine inaccessible et perdu². L'origine est perdue et le récit religieux vient suppléer à ce défaut initial pour répondre au gouffre de l'*initium*.

Le créateur est appelé le Père. Il désigne le premier principe et le fondement, il est la puissance génératrice du monde.

¹ FREUD S., Sur une Weltanschauung (1933), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984, p.211-243.

² Cf *supra*, p.37-41 où nous avons défini la notion d'ombilic de la mort et de point mortel.

Dans la tradition testamentaire, Dieu crée le monde par le langage et par le Verbe. Pour Freud, la religion institue l'origine et pose le Père à la création du monde.

1-2-2 La nostalgie du père protecteur

La religion est une construction de signes et de sens posés sur le monde. A l'époque du polythéisme, une multitude de dieux visibles et invisibles habite le monde. Les mortels les invoque en fonction de la saison, du lieu géographique et des craintes qui leur sont liées. Les dieux sont à la fois ce qui est craint et ce qui permet de combattre les peurs et les angoisses. Dans l'antiquité grecque, par exemple, les événements qui se déroulent pour les hommes sont déterminés par les jeux et les volontés des dieux de l'Olympe. Ils sont supérieurs et situés au-delà du monde sensible dans lequel ils peuvent se glisser en se travestissant. Leur présence diffuse éparse est déterminante dans le cours des choses et des tragédies humaines.

L'invention du monothéisme correspond, en un sens, à une suppression de cette multiplicité divine éparpillée dans le monde sensible pour ne conserver qu'un seul Dieu. Un rétrécissement s'opère dans les figures anthropomorphiques du monde polythéiste et localise un seul Dieu et un seul nom. Comment le nommer ?

Au fil de la tradition, plusieurs syntagmes apparaissent pour saisir et fixer le nom de Dieu : Jehovah, Yahve, « Ehyeh asher ehyeh ». Sur le plan signifiant, ce nom a la particularité d'être imprononçable et sur le plan signifié il désigne en dernier ressort l'Absent, celui qui manque. Dans la tradition judaïque, Dieu est l'absent, le Dieu caché, *Deus absconditus*, Celui qui ne répond pas.

Dieu existe quand on l'invoque et quand on l'implore mais Il ne vient pas et ne répond pas ou laisse résonner les sons de la prière dans un vide qui est une forme de sa présence.

On peut noter que le nom de Dieu, l'existence de Dieu tient au langage et à l'invocation du discours. Dès que le sujet parle il est possible de s'adresser à une transcendance et à une figure au-delà de la réalité. Car le langage lui-même transcende la réalité et la détermine par ses combinaisons et ses lois. A l'intérieur du langage, la dimension de l'Ailleurs, de l'Au-delà, de l'Autre chose est rendue présente, sensible, possible.

Dans cette tradition judaïque du Dieu caché et absent qui sans cesse diffère sa venue, la révélation chrétienne opère une rupture. C'est le moment dans lequel Dieu s'approche des hommes et s'incarne dans le corps d'un homme. Il se fait homme et va souffrir la Passion pour sauver les hommes. La nouvelle de cette venue, de cette bonne nouvelle évangélique, signifie d'abord une victoire sur la mort et la finitude des hommes. La venue du Seigneur sauve chacun et renverse l'inéluctabilité de la mort et son malheur essentiel.

Si la religion donne un sens, avons-nous dit plus haut, celui de l'Incarnation est double. La venue réelle de Dieu parmi les hommes les rachète et les sauve de la mort. D'autre part, c'est un message d'amour de Dieu. La figure du Père, jointe à celle du Fils, assure une protection et un sens à ce qui arrive. L'être humain n'est pas seul ou abandonné dans le monde mais il peut, par la prière, appeler et invoquer Dieu qui s'est fait homme.

Nous avons étudié dans notre première partie la phrase du rêve où le fils mort interpelle « Père ne vois-tu pas que je brûle ? ». Elle invoque la même tonalité que le début du vingt-deuxième psaume « Père, pourquoi m'as-tu abandonné ? »¹ prononcé par le Christ sur la croix dans sa quatrième parole. Le rêve poignant rapporté par Freud nous saisit parce qu'il convoque la tradition occidentale de l'abandon possible par le père. Il mobilise le motif de l'humanité abandonnée et perdue vers laquelle Dieu s'approche en offrant son Fils avec le doute et l'imploration du Fils crucifié dans ses paroles tournées vers le Père.²

Au début du XIX^{ème} siècle, Hölderlin retrouve des accents antiques pour souligner la détresse des mortels et la croiser avec le retrait des dieux dans leur profond éloignement. Ce thème de l'éloignement et du lointain donnera à penser au philosophe M. Heidegger un siècle plus tard. Le retrait indéfini signerait l'impossibilité où nous sommes de retrouver le commencement et en même temps la possibilité d'y saisir une aurore dans ce retrait lui-même. Ce serait comme « une déchirure incessante qui délivre l'origine dans la mesure même de son retrait ; l'extrême est alors le plus proche. »³

¹ Pour mieux entendre cette tonalité il faut citer l'ensemble des premières lignes : « Mon Dieu, Mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné, te détournant de mon cri et des mots de ma plainte ? Mon Dieu, je crie le jour, et tu ne réponds pas, la nuit, et je n'ai point de repos. »

² Nous reviendrons sur ce motif dans la troisième partie, chapitre intitulé Abandon et déréliction, p.297-300

³ FOUCAULT M., *Les mots et les choses*, Gallimard, 1966, p.345.

Cet appel vers l'origine est articulé par Freud en termes de nostalgie du père, nostalgie envers le père dans ses *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa*¹.

Il n'hésite pas à convier le lecteur au texte de Nietzsche intitulé « Avant que se lève le Soleil »².

Citons l'hymne nietzschéen :

« Et je cheminais seul ; *de qui* avait-elle faim mon âme sur des sentiers de nuit et d'égarement ? Et lorsque je gravis des montagnes, *qui* cherchai-je jamais, si ce n'est toi, sur les montagnes ?

Et tout mon cheminement et toutes mes escalades, rien que nécessité et expédient d'inexpert ; – *voler*, c'est cela seul que veut mon entier vouloir, jusqu'au-dedans de *toi* voler !

Et qu'ai-je plus haï qu'errantes nuées et tout ce qui te souille ? Et j'ai même haï ma propre haine parce qu'elle te souillait !

A ces errantes nuées j'en veux, à ces chattes ravisseuses qui se glissent ; elles nous privent tous deux de ce qui nous est commun : l'immense et sans limites dire Oui et dire Amen ! »

Pour Freud la nostalgie du père désigne cette position d'une attente indéfinie vers ce qui fut grand et protecteur, vers cette figure pure du père qui portait et aimait le sujet. C'est aussi le regret névrotique dirigé vers un père mort ou absent qui ne serait pas un homme mais uniquement un père.

Dans le rêve du père dont le fils est en train d'être brûlé par les cierges funèbres, qu'est-ce que le cri de l'enfant tente de faire entendre au père dormant ?

S'agit-il d'un dernier appel ou d'une dernière parole ? Est-ce un appel à témoin devant ce qui chute et semble attendre une réponse du père ?

¹ FREUD S., *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, p.300-301 qui introduisent le « terrain familial du complexe paternel ».

² NIETZSCHE F., *Ainsi parlait Zarathoustra*, Paris, Gallimard, 1971, p. 184-187.

1-2-3 Le père, l'autorité des commandements

Freud insiste sur les commandements et les règles portés par la religion. Elle énonce des lois et des principes. Il s'agit du Décalogue révélé à Moïse dans le buisson ardent. Les tables de la Loi s'écrivent sous l'impulsion de la parole divine. Le Père est l'origine et le garant de la Loi. Nous allons détailler cet aspect dans le chapitre sur la fonction paternelle.

A partir de ces trois aspects, Freud définit la place centrale de cette fonction dans le discours religieux. Il peut alors reprendre, dans sa propre théorie, ces trois facettes et les inclure dans la constitution de l'appareil psychique.

Pour l'enfant, le père est l'origine « obscure » de sa naissance et de son engendrement. Il est aussi la puissance qui protège et la force aimée. Le père est la figure à laquelle le garçon s'identifie à la sortie du complexe d'Œdipe. Enfin, avec l'instance du surmoi, Freud intériorise le fonctionnement d'une loi dans la constitution subjective.

Nous avons avancé que le langage porte en lui-même la dimension de l'ailleurs, de l'absence, de l'Autre chose. De quoi s'agit-il ?

Le langage porte toujours ce qui n'est pas présent mais en attente. La dimension divine de la transcendance est une dimension du langage. La référence principielle et fondatrice du monde, de la réalité, de l'univers est langagière et correspond au Père.

Nous avons vu que Freud est orienté dans son œuvre théorique et métapsychologique vers l'origine, le commencement et les principes. Tout au long de son œuvre, il recherche le début de l'humanité, le premier refoulement, les premiers frayages psychiques, la création du premier jugement. Il se place dans une perspective de la fixation et de l'efficacité inconsciente.

Il montre de différentes manières, dont chacune a sa valeur et sa cohérence propre, la primauté de la mort et du meurtre du père. Il place le père à l'origine mais doublé de sa suppression effective. L'efficacité du père est celle du père mort garantissant sa fonction. Les hommes entrent dans la culture par la porte du meurtre paternel.

Il est nécessaire de le tuer pour qu'il devienne un référent-mort et puisse occuper sa place majeure dans l'organisation sociale ou dans la construction de la civilisation.

Le meurtre et le sacrifice participent à la fabrication du point aveugle et de la suppléance au trou de l'origine.

Lacan poursuit ce sillon freudien en essayant d'en livrer les ressorts structuraux et la logique discursive. Ce mouvement peut être dénommé comme « du mythe à la structure »¹ et l'indication d'un Au-delà de l'Œdipe (en écho à l'Au-delà du principe de plaisir de Freud).

La figure du père mort traverse l'œuvre sur *L'interprétation des rêves* et conduit Freud à interroger, sur le plan théorique, l'efficacité inconsciente du père mort.

Que ce soit dans la névrose obsessionnelle où la volonté du père mort peut être déterminante dans la symptomatologie du sujet, ou dans l'histoire de l'humanité, le meurtre du père est un moment fondateur. Dans la religion chrétienne, le sacrifice du Fils répond, selon Freud, au meurtre antérieur du Père.

Il est maintenant possible d'avancer que le meurtre du père, soit ce que nous introduisons comme la mort nécessaire, isolé par Freud nous livre le secret de la structure du langage lui-même. Ce meurtre placé au seuil de la civilisation masque et révèle que c'est le langage qui introduit la mort. Le système symbolique fonctionne avec en son centre une référence et un pivot qui est la mort. Pour Freud le père est mort, ou Dieu est mort, mais ce n'est pas un événement datable puisqu'il l'est dès le départ. Pour reprendre le fil développé dans la partie précédente sur le rêve du fils face au père mort, on peut dire que c'est Dieu lui-même qui est mort mais Il ne le savait pas.

L'approche structurale et linguistique fournit des outils pour extraire l'articulation des textes de Freud relatifs au père mort.

Nous proposons maintenant de reprendre les trois temps du complexe d'Œdipe exposés par Lacan en janvier 1958.

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre XVII, L'envers de la psychanalyse* (1969-1970), Seuil, 1991, p.137-153.

1-3 DE LA FIGURE A LA FONCTION PATERNELLE

1-3-1 Reprise du complexe d'Œdipe en trois temps

Lacan propose une reprise du complexe d'Œdipe en trois temps distincts.

Le premier moment est un moment imaginaire où l'enfant s'identifie en miroir à ce qui est l'objet du désir de la mère. La relation est « duelle », le désir de l'enfant étant un désir de désir, il se repère par rapport à celui de la mère. Le désir ne porte pas sur un objet mais sur un autre désir marqué par un manque. Le désir de l'enfant veut être ce qui manque au désir de l'autre et tend à occuper la place qui lui permettrait de satisfaire ce désir auquel il est confronté. Lacan représente la configuration de ce premier temps par un triangle :

M E

φ

L'enfant est dans une activité d'identification à ce qui est la vérité du désir de l'Autre, soit ce qui lui manque. Il tend à combler ce désir sur lequel porte le sien, il tente d'occuper et saturer l'objet de ce désir à partir duquel lui-même se crée.

Dans ce moment, le sujet semble avoir ce qu'il veut et répondre au désir de l'Autre en étant lui-même l'objet qui lui manque.

Dans le deuxième temps, le père intervient pour priver la mère de cet objet identifié à ce qui lui manque. La demande du sujet est « renvoyée à une cour supérieure, une seconde juridiction »¹. Le père est ici privateur soit de la mère pour l'enfant ou de l'enfant pour la mère. L'interdiction est une privation. C'est le moment clé de l'Œdipe du père qui dit Non et coupe la dualité en miroir du premier temps. Ce temps est aussi celui du dépassement vers la loi et le symbolique.

¹ LACAN J., *Le Séminaire livre V, Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Seuil, 1998, p.191.

Enfin le troisième temps est celui du père qui possède le phallus en tant qu'il peut le donner à la mère. Ce moment croise le père qui a ce qui manque à la mère et surtout la mère est présente comme manque-désir c'est-à-dire comme femme. Le troisième temps de l'Œdipe fait éclater le triangle initial enfant-mère-père puisque les deux derniers jouent comme homme et femme animés d'un désir.

Le père fait ici la preuve de sa puissance, c'est un temps affirmatif et salvateur pour le sujet.

Le Père est l'élément dans l'Autre, en tant que lieu de la Loi, qui garantit l'inscription du sujet et sa division constituante. Le père est l'élément symbolique et dynamique de l'Autre qui garantit la Loi et la structuration du désir soumis au phallus. Lacan a prolongé ce sillon freudien en dégagant la fonction du Nom du père comme le référent de l'Autre en tant que lieu du langage et de la loi.

Le père est la fonction fondatrice de l'Autre et de l'inscription du sujet dans l'Autre.

Pour Lacan le Nom du père est le signifiant de l'Autre en tant que lieu de la Loi. Il est en position d'exception dans le registre signifiant. C'est une réécriture de la théorisation freudienne sur la position fondatrice du père.

1-3-2 Le père est une métaphore

Le nom du père désigne la fonction symbolique qui règle le désir du sujet en le nouant à la loi de l'Autre. Cette fonction opère par la métaphore qui substitue à l'énigme du désir maternel (pris comme l'alternance indéfinie de présence et d'absence) le signifiant du père. Le père vient nommer le désir et produire la signification phallique comme dénominateur de ses objets. Lacan a logifié le complexe d'Œdipe et proposé une écriture en termes de substitution métaphorique. Le père est celui qui incarne la fonction signifiante et le vecteur d'une transmission.

Mais Lacan va faire un pas supplémentaire en distinguant la place du manque et du trou dans l'Autre. C'est le virage des années 1958-1959 qu'il énonce comme « le grand secret de la psychanalyse c'est qu'il n'y a pas d'Autre de l'Autre ». Ce manque et cette absence sont fondamentaux pour la structuration du sujet et son inscription dans le langage.

A la place du signifiant qui va indiquer ce trou structural, écrit S (A barré), Lacan situe le cadavre paternel. Il précise que le tombeau de Moïse comme celui du Christ ne révèle pas leur mystère, leur sens. Finalement le corps mort du père est lui-même un signifiant qui indique ce manque dans l'Autre, ce trou dans la structure et dans le savoir, dans l'histoire. Lacan rapproche Freud et Hegel dans leur volonté de totaliser l'histoire à partir de cette fonction du corps mort. Mais cette position d'exception ne délivre aucun signifié ou aucune révélation.

On peut dire que le nom du père, comme le totem, a pour fonction de classer et ordonner la généalogie. C'est la mort réelle et effective qui supporte la fonction paternelle. Lacan fait un pas supplémentaire en indiquant que le signifiant de l'incomplétude (S de A barré) peut être lu en rapport avec le cadavre paternel et le corps mort dans le tombeau.

Pour clore ce développement sur l'intrication de la mort et du père, il nous faut préciser les quatre figures suivantes. Moïse et l'alliance avec le Père. Le texte de la Loi est la Parole divine sortie du buisson et transmise à Moïse. Ce sont les lois mêmes de la parole qui sont inscrites sur ces tables. Le Christ en tant qu'incarnation du Père dans le Fils et la victoire sur la mort qui s'en déduit. En effet, la bonne nouvelle est supportée par le tombeau vide et la disparition du corps qui authentifie le message christique et la Rédemption universelle.

« Le christianisme naît en fin de compte de l'angoisse de l'esclave devant le Néant, son néant, c'est-à-dire – pour Hegel – de l'impossibilité de supporter la condition nécessaire de l'existence de l'Homme – la condition de la mort, de la finitude. [...] Et toute l'évolution du monde chrétien n'est rien d'autre qu'une marche vers la prise de conscience athée de la finitude essentielle de l'existence humaine. »¹

Enfin, dans sa recherche de la vérité du monothéisme, Freud tente un effort pour condenser les figures précédentes et insister sur le meurtre inaugural du père et la généalogie qu'il détermine.

De Hegel à Freud, le mouvement qui traverse le XIX^{ème} siècle est celui de la mort de Dieu, la vacillation de ce qui fonde les valeurs, le tremblement d'une référence d'exception fondatrice. Une méditation sur la figure du père et ce qui ne fonctionne plus dans le système de références qui règle les échanges entre les hommes. C'est un moment critique sur la notion de valeur dont les effets sur le monde contemporain sont toujours actifs.

On peut dire que le Nom du Père est à situer dans le registre de l'origine, du principe, de l'ordre et du nom. Il touche l'impossibilité du mouvement qui veut fixer le principe, de nommer l'origine, de fonder l'ordre dans lequel la réalité humaine se constitue et se déroule.

Le père représente cette ignorance nécessaire de l'origine qui permet au savoir d'apparaître. Créateur en tant que procréateur, il ne se sait rien de l'acte qui le constitue.

1-3-3 La mort, le désir, la loi

Envisageons maintenant le lieu de l'Autre, trésor des signifiants et déterminant la syntaxe inconsciente. Cette syntaxe se déroule sur les deux séries du signifiant et du signifié. Ce qui maintient et structure l'ordre signifiant est le nom-du-père c'est-à-dire un signifiant détaché de tout rapport à la réalité phénoménale. C'est un Nom qui garantit la loi et l'organisation élémentaire des alliances de la parenté. Dans le registre signifié c'est le signifiant du phallus qui désigne « dans leur ensemble les effets de signifié, en tant que le signifiant les conditionne par sa présence de signifiant. »¹

Ernest Jones avançait l'idée selon laquelle la réalité concrète fonderait le symbole, l'existence réelle donnerait sa consistance au signifiant. Lacan montre au contraire que certaines idées majeures font totalement défaut au concret et ne prennent leur poids que par le signifiant. Elles tiennent dans la réalité uniquement par le signifiant.

Certains signifiants ne « fondent une réalité qu'à la faire s'enlever sur un fonds d'irréel : la mort, le désir, le nom du père »² (nous soulignons). Le signifiant engendre la chaîne et sa circulation sur ce fond de néantisation de la réalité.

Sa consistance n'a rien à voir avec la richesse du substrat naturel symbolisé. Le lien entre la réalité concrète et le signifiant n'est pas direct ou immédiat, la force du signifiant procède d'un ras de marée et du fond d'irréel qui fonde la réalité.

¹ LACAN J., La signification du phallus (1958), *Ecrits*, op.cit., p.690.

² LACAN J., D'un syllabaire après coup (1966), *Ecrits*, op.cit., p.722.

Fonder veut ici dire supporter et soutenir, le nom du père supporte la cohérence du lieu de l'Autre et lieu de la loi. Le désir, en tant que manque à être, spécifie le mouvement de recherche vers un objet perdu. La réalité du manque du désir fonde et soutient la parole du sujet.

La mort fonde la réalité de la structure discursive signifiante, elle est comme l'envers du nom du père. La triade énoncée par Lacan peut être explorée en termes de fondation et constitution de la réalité : le Nom du Père garantit l'ordre symbolique et l'inscription du sujet au prix d'une division, le Phallus conditionne la réalité des effets de signifié, il est le symbole vital qui accroche le vivant dans la structure, la mort est située dans les fondements de la chaîne signifiante.

On notera que cette triade de Lacan (mort, désir, nom du père) recoupe les trois formes de la finitude analysée par la pensée moderne que Foucault met en évidence dans *Les mots et les choses*¹ et qu'il écrit avec une majuscule : La Mort, le Désir et la Loi.

La réalité humaine traversée par les mots et leurs effets, l'être y est néantisé et le néant présent. Il s'agit d'une réalité plus « évasive, qui se présente et s'évapore »². C'est une réalité soumise à une « néantisation symbolique »³. Très tôt, l'enfant est confronté aux mots et leurs effets dans son rapport à la réalité. Les signifiants ne sont pas une dimension de l'expérience à côté des objets, de l'affectif ou de la sphère non-verbale. Ils sont, plus radicalement, la demeure de l'être parlant et structurent sa réalité. Sa « demeure » laisse entendre que la mort y est déjà présente⁴.

Qu'est-ce que cela veut dire ?

Une réalité néantisée est celle dont le fond est le néant et la mort. Pour l'être parlant la réalité est subsumée et annulée par les mots. Rien ne peut exister que sur fond d'une inexistence, c'est parce qu'il y a les signifiants qu'il peut y avoir perte de jouissance et récupération.

L'espace du désir, de la perte ou du manque est organisé par la structure d'alternance et d'opposition du symbolique dont le fonds est le néant. Derrière les jeux de la parole, les

¹ FOUCAULT M., *Les mots et les choses*, op. cit., p.386.

² BLANCHOT M., *La part du feu*, Gallimard, 1949, p.38.

³ LACAN J., *Le Séminaire Livre III, Les psychoses* (1955-1956), Seuil, 1981, p.168-169.

⁴ Nous pensons ici au texte de Jacques Derrida sur Blanchot, intitulé *Demeure*, Galilée, 1998.

glissements de significations, la façade des circuits désirants, qu'y a-t-il ? Quel est le sens dernier ? Quel est le point d'horizon ?

C'est la mort en moi, c'est mon être pour la mort et ma vie en direction de la mort que je refuse de savoir jusqu'à un certain point. Ces coordonnées sont interrogées dans ce travail sur la maladie létale. Elle touche cette jonction spécifique de la parole et de la mort, de la vie signifiante et de la dérélition (nous y reviendrons). C'est la mort transmise en même temps que la vie dans la parole.

Le signifiant s'instaure et se fonde à partir d'une coupure avec la réalité et d'un processus d'effacement des choses. Une libération de l'immédiateté changeante s'effectue et permet l'entrée dans un autre ordre de réalité dont le fondement est alors le néant. Ce n'est pas dire que le signifiant introduit la mort dans la réalité mais plutôt que la mort supporte et soutient l'instauration de l'ordre symbolique et la réalité effective. Elle est de l'ordre de la fondation et du fondement. Elle supporte la logique de la structure signifiante et cause la subjectivité déterminée par cette structure.

Ces axes croisés de recherche sur la figure du père et le totem, sur le meurtre nécessaire à l'instauration du symbolique, sont portés par la question *Qu'est-ce qu'un père ?*

Dans cette recherche sur la nature et la fonction du père pour l'humanité, Freud définit le statut fondateur du père mort. En même temps, il indique une fonction de la mort pour la réalité humaine. La mort est ce qui fabrique la référence paternelle et supporte la logique de l'Autre.

Ce que Freud indique dans sa recherche sur la nécessité du meurtre inaugural et la fonction de la mort dans l'organisation des rapports sociaux touche au plus près l'introduction des effets du langage. Nous abordons maintenant la négativité du symbolique.

2- LA NEGATIVITE DU SYMBOLIQUE

2-1 APPROCHE DE LA FONCTION DU SIGNIFIANT

Nous entrons maintenant dans les rapports intimes du signifiant et de la mort à partir de deux perspectives. La première dessine la progression de la trace vers le signifiant et met l'accent sur l'absence. La seconde va du symbole au signifiant et met l'accent sur la neutralisation de la réalité.

Dans le monde animal, les individus échangent des signes apparents qui déclenchent des comportements spécifiques comme la parade et le combat. Le support du signe est perceptif et immédiat, il produit une signification univoque pour les deux êtres en présence.

Les deux traits caractéristiques du signe sont l'univocité et la nécessité de la présence réelle des deux êtres. La définition du signe par Charles Sanders Peirce (1839-1914) renvoie à une signification pour quelqu'un c'est-à-dire quelqu'un de présent¹.

Il faut distinguer le signe de la trace qui se constitue dans la séparation du signe et de l'objet. Elle désigne ce qui reste après le passage de l'objet (un pas sur le sable, un coup de crayon sur un bloc-notes, un fraying psychique), elle est comme le signe d'une présence passée. Constituée à partir de l'absence d'un objet, elle se dédouble comme le signe de l'objet *et* de son absence. Avec la trace il n'est plus possible de séparer l'absence de la présence puisque la présence donne des traces et creuse la réalité en y apportant un au-delà d'elle-même. La présence ne se réduit pas à l'être-là physique et la trace conserve quelque chose de la présence manifestée dans l'absence.

La trace ouvre ainsi le champ de l'absence de l'objet.

Que la trace soit le signe d'une présence passée nous renseigne-t-il sur la nature de l'objet ?

Si la trace évoque l'absence en écho au passé d'une présence, elle devient plus puissante que le signe sur l'objet puisqu'elle en est le signe sans lui ou hors de lui.

La trace supprime la dichotomie présence-absence en évoquant la première à partir de la seconde, elle est absence positive ou présence doublée.

A partir de cette dialectique entre la trace et l'opposition présence / absence, que permet d'introduire la dimension du signifiant ?

Si la trace indexe l'absence, le signifiant la conserve et l'élève dans une *Aufhebung*. Il va redoubler la trace en l'effaçant pour l'inscrire dans le système symbolique. En première intention, le signifiant peut être défini comme la trace de l'effacement d'une trace. Il réduit les liens empiriques de l'absence avec l'objet pour la faire circuler dans son réseau. Le signifiant pare à l'effacement naturel en traçant un trait qui garde l'endroit de la trace – il constitue une place, nous y reviendrons – et double l'empreinte originelle. Il est véritablement l'inscription (un lieu et une place) du passage et de l'absence passée.

Ainsi, le saut qualitatif de la trace au signifiant est celui de l'effacement. L'arrachement à la réalité spécifie ce saut du signifiant qui n'est la trace de rien sauf du processus d'effacement-suppression. Ou encore, il est la trace d'un vide qui nécessite la mise en jeu du néant.

Le signifiant est la trace qui dépasse l'effacement d'une trace. L'effacement est la suppression du passage et des traces laissées par la présence : la trace est liée au corps et au concret de l'objet. La suppression est une annulation définitive de la trace, le signifiant qui entre dans le monde introduit et produit Autre chose. Ce sont des trous, des brèches, des places symboliques à la place d'un effacement.

Ce fond d'absence propre à la trace et au signifiant nous introduit à la particularité des effets du registre signifiant. Il ne représente pas la chose ni ne nomme l'objet, il s'ancre dans l'absence de la chose en étant la trace de l'effacement d'une trace séparée de tout lien avec un objet présent.

Nous passons maintenant à la progression du symbole vers le signifiant.

Quelles sont sa nature et ses effets ?

Nous suivons ici l'argumentation du Discours de Rome entre les pages 272-276 des *Ecrits* où Lacan, après Lévi-Strauss, pose que la loi de l'homme est la loi du langage et en développe les conséquences sur la structure subjective et la réalité humaine. Dans la structure de l'échange symbolique, les objets sont signifiants et le pacte entre les partis est le signifié. L'objet symbolique est un objet qui n'a plus aucune valeur vitale ou d'usage, il est subverti dans sa fonction naturelle et ouvre une autre dimension.

¹ PEIRCE C.S., *Ecrits sur le signe*, Seuil, 1986.

Lacan parle ici d'une dévitalisation ou d'une neutralisation. Le symbole crée les choses en les arrachant à l'*hic et nunc*¹, il se superpose à la chose, la tord et l'annule pour faire surgir le mot. Le symbole produit la chose nommée et l'épingle en l'arrachant au présent.

Cette relève a pour contre-partie une suppression de la chose, une annulation radicale du donné. Le symbole enlève-élève et en même temps supprime-annule la chose. Dit autrement, il emporte quelque chose de la chose pour l'élever dans le concept à une certaine permanence hors du devenir. Nous retrouvons le processus Hegelien de suppression-crédation qui conjugue la négation mortifère et la sortie séparatrice d'avec l'immédiateté. Ce mouvement guide tout le développement de Lacan sur les effets du symbole pour l'être humain. Le signifiant mortifie la chose à jamais inaccessible ou « perdue ».

Dans le cours de référence de Kojève, nous lisons:

« D'une manière générale, lorsqu'on crée le concept d'une entité réelle, on la détache de son *hic et nunc*. Le concept d'une chose est cette chose elle-même, en tant que détachée de son *hic et nunc* donné. Ainsi, le concept « ce chien » ne diffère en rien du chien réel concret auquel il se « rapporte », sauf que ce chien est ici et maintenant, tandis que son concept est partout et nulle part, toujours et jamais. Or, détacher une entité de son *hic et nunc*, c'est la séparer de son support matériel, déterminé d'une manière univoque par le reste de l'univers spatio-temporel donné, dont cette entité fait partie.

C'est ainsi que ce chien réel est en tant que concept non pas seulement « ce chien », mais encore « un chien quelconque », le chien en général, « quadrupède », « animal », etc et même « Etre » tout court. »²

Nous posons la question qu'est-ce que le signifiant ou le symbole dans la réalité de l'être humain ? Il nous est maintenant possible de caractériser l'effet du signifiant sur deux dimensions. Il opère d'abord comme « meurtre de la chose » dans une suppression de la réalité physique. De plus, le signifiant représente la trace d'un néant ou le symbole d'une absence. Il retire mais il ajoute le néant et produit l'absence.

¹ LACAN J., Fonction et champ de la parole et du langage (1953), *Ecrits*, Seuil, 1966, cité deux fois dans la même page 276.

² KOJEVE A., *Introduction à la lecture de Hegel*, Gallimard, 1947, p.542.

Il faut préciser que Lacan va conférer une valeur d'exception au phallus en ceci qu'il désigne le pénis nié, l'organe annulé mais surtout il est le dénominateur commun de l'opération de mortification signifiante sur la réalité physique du corps du sujet.

Le signifiant introduit le meurtre et la mort comme le souligne avec force Hegel mais il introduit aussi la vie pour le sujet parlant et vivant dans un corps. Le phallus est un signifiant imaginaire prélevé sur le corps et élevé au rang de signifiant.

Il qualifie la portée du processus signifiant dans son ensemble : le signifié est phallique, la signification est phallique, le sens est infiltré par le sexuel.

Ce passage permet d'ajouter que le mot n'a d'autre consistance que la trace du processus de suppression et la marque de l'effacement créateur, il est la « trace d'un néant »¹. Le mot est complètement séparé de la réalité et engendre une permanence propre à la réalité langagière. Qu'en est-il de la réalité des choses ? Que reste-t-il des choses une fois que les mots sont là ?

L'être qui parle n'y a accès que par le filtre des mots et leur dimension par rapport à ce qui existe. Le mot éloigne la chose et produit de l'absence en la présence même de la chose ; il est la trace qui redouble l'objet présent ou la trace en présence de l'objet.

Lacan affine les distinctions et propose une différence d'être entre l'objet dont l'être est consistant et le mot dont l'être est évanouissant. Évanescent parce qu'il n'a pas un lien de provenance avec la réalité. Le paradoxe est que le plus fragile, l'évanouissant (il y a une sorte d'*aphanisis* de la chose dans le mot) ouvre une permanence fondatrice de la réalité des choses et des mots. La disparition ou le néant ou la mort prennent un statut fondateur dans la constitution de la réalité. Ce qui fonde la réalité effective de l'être humain c'est le langage et son être évanouissant. Le langage supporte la disparition de la chose et la mort de l'existant dans le signifiant. Cette suppression de la réalité par les mots fonde le monde de la négativité du sujet humain et la réalité de son monde.

Comment définir alors une vie « signifiante », une vie dans le signifiant ?

Cela nous permettrait-il d'approcher le lien entre la parole et la mort ?

Nous sommes maintenant devant deux dimensions du signifiant. D'une part, le versant d'évanouissement et de suppression des choses de la réalité. Le signifiant s'introduisant dans le monde y introduit *de facto* la mort. Mais s'il fonde la réalité, le signifiant introduit également la vie et nous devons alors interroger de quelle manière ? Qu'est-ce qui représente et conserve la vie dans le langage ?

La vie humaine est une vie avec le signifiant et par le signifiant. La subjectivité constituée par la détermination signifiante se trouve donc être à la fois en rapport avec la disparition ou la mort et la présence de la vie. Nous verrons plus loin que c'est le signifiant phallique qui permet l'inscription de l'être de vivant dans l'organisation symbolique et soutient ses identifications dans le désir.

Nous approchons ainsi la seconde dimension du concept, celle de sa puissance productrice d'existence. Le concept sort séparément ce qui n'était qu'en rapport avec d'autres et le fait exister. Par le mot, quelque chose existe qui n'existait pas avant. La dimension négative permet d'ouvrir une dimension d'existence discursive, une existence par les mots et dans les mots séparée de la réalité. Le mot échappe aux variations et à l'écoulement de la réalité, il possède une permanence et une stabilité qui « transcende » le donné.

Cette transcendance du langage est soulignée ainsi par Brice Parain :

« Que le langage soit transcendant à l'homme, c'est ce que prouve sa fonction qui est de franchir l'existence et de nous la faire franchir. Transcender c'est franchir en effet. *Transcendere fossas.* »²

¹ LACAN J., *id.*, p.276.

² PARAIN B., *Recherches sur la nature et les fonctions du langage*, Gallimard, 1942, p.16. L'auteur continue ainsi : « Chaque fois que nous sommes en détresse, c'est le langage qui nous apporte la solution nécessaire ». Nous ne souscrivons pas à ces derniers mots puisque la solution, loin d'être nécessaire, renvoie au travail particulier du sujet en détresse confronté à un réel insupportable. Néanmoins nous lisons dans ces lignes une aperception saisissante du rapport entre la position subjective de détresse et une atteinte dans la structure du rapport à l'Autre tel que nous l'explorons dans cette recherche sur la réponse du sujet à l'effraction corporelle.

Le signifiant ne met pas en rapport avec les choses de la réalité extérieure, il n'est pas un lien entre la chose et sa représentation mais il s'appuie sur l'absence de la chose. Le mot a pour support la suppression d'une entité vivante, il prend corps de la « trace d'un néant », il a un support inaltérable et séparé du devenir changeant.

Tout concept (signifiant) et toute signification (signifié) ont donc leur source dans une suppression inaugurale du donné. Ce premier détour dans les travaux de Hegel montre avec acuité la négativité inhérente au symbole qui conserve en niant la réalité de la chose et l'élève dans le concept. Que reste-t-il de la chose dans le mot ? Que reste-t-il de la chose vivante dans l'essence ? Il reste la chose sans l'existence concrète et temporelle. Mais la chose sans sa présence, n'est-ce pas l'absence de la chose ? L'essence désigne alors la chose moins son existence ou la chose devenue absente par le mot.

Le concept définit et désigne une chose réelle mais il la signifie *in absentia*. L'essence définit la chose et ses attributs mais sans la réalité et la densité de sa présence effective.

Cette intrication du symbole et de la mort, de la suppression de la réalité l'écart instauré est en plein jour avec la pratique ancestrale de la sépulture. Celui qui enterre ses morts, que fait-il ? Il cache et recouvre ce qui va disparaître mais il conserve et garde le disparu par un symbole. Il utilise le symbole pour contrer la mort et conserver quelque chose du défunt. Cela n'est possible que par la nature commune du symbole et de la mort, leur possibilité de se répondre. Nous voyons par là que ce qui donne son corps et sa densité au symbole ou au mot c'est la mort qu'il comporte en lui et derrière lui.

La vie de l'esprit et de la subjectivité s'enracine dans le jeu de la mort de la lettre. Elle tue mais ne nous est pensable qu'à partir d'elle-même : il y a une force de la mort, une œuvre de la mort inhérente à la subjectivité.

Ainsi, la structure signifiante se fonde dans la mise à l'écart ou la disparition de la réalité des choses. Les mots ne peuvent s'articuler et s'enchaîner que s'ils sont autonomes et extraits de toute relation directe avec le réel. Avec le langage, nous sommes nécessairement dans la dimension de l'absence des choses qui sous-tend leur existence discursive. Tout ce qui existe par le signifiant s'ancre dans cette disparition et cet écart avec la « réalité » des choses.

Les mots, séparés de la réalité, résultent d'une opération symbolique d'*Aufhebung* qui supprime et conserve en même temps. Les effets de la structure sont liés à ce que nous proposons de ramasser sous le terme de fonction de la mort. Pour la caractériser, nous soulignons son versant hegelien de négation et suppression des choses données. La réalité humaine marquée par le langage s'ancre dans une falsification initiale.

Revenons un moment sur la neutralisation de la réalité opérée par l'ordre symbolique.

Ce mouvement est double car il croise une neutralisation, une mortification avec une irréalisation ou une falsification de la réalité. Nous abordons maintenant ce double mouvement.

2-2 LA NEANTISATION SYMBOLIQUE

« Abélard utilisait l'exemple de l'énoncé nulla rosa est pour montrer à quel point le langage pouvait tout autant parler des choses abolies que des choses inexistantes. »

Umberto Eco

La subjectivité est marquée et déterminée par le signifiant.

« La subjectivité n'est à l'origine d'aucun rapport au réel, mais d'une syntaxe qu'y engendre la marque signifiante »¹. Il faut tenir ensemble ces deux aspects indissociables, le sujet et la syntaxe engendrée par la chaîne symbolique. Si la subjectivité s'engendre par le langage, c'est la nature même du symbole qui exige d'être éclairée pour cette recherche.

Comment spécifier l'engendrement et la détermination par la marque signifiante ?

Pour interroger la nature du symbole et la négativité qu'il met en œuvre dans le monde humain, nous prenons appui sur une référence majeure de Lacan déjà rencontrée : GWF Hegel (1770-1831). Il est le penseur qui a insisté sur la puissance négative du symbole conceptuel en définissant l'entendement comme ce qui « rend ineffectif » les éléments de la réalité. Le concept opère sur la réalité en détachant les choses de leur situation matérielle et en les isolant artificiellement. Il est puissance de séparation et de dissociation, mais de quel ordre cette séparation est-elle ?

La force du concept annule les relations effectives d'une chose vivante qu'elle coupe de l'ensemble du reste de la réalité pour la saisir (étymologie du terme allemand *Begriff*, de prendre, comprendre, apprendre).

¹ LACAN J., Le séminaire sur La lettre volée (1956), *Ecrits*, op.cit., p.50.

Le rapport entre le mot et la chose n'est pas un mode simple de désignation. La chose est une réalité vive alors que l'essence est suprasensible et sans vie. Ce que Hegel souligne c'est que le concept opère en découpant la réalité, il la dévitalise pour pouvoir la saisir et la penser. Derrière le geste biblique de la nomination des êtres par le premier homme, il s'agit de souligner la négativation nécessaire du réel pour toute articulation possible des signifiants entre eux. La translation de l'entité concrète vers l'idée met en œuvre une perte de vie.

Prenons un exemple. Pour élaborer l'essence du mot « cheval », il est nécessaire que les chevaux vivants soient occultés dans leur singularité et niés comme êtres animés. En isolant du reste du monde les individualités vivantes, il devient possible de les nommer, de les décrire et de constituer une définition. Pour le dire autrement, la suppression de la particularité des étants individuels est nécessaire pour l'élaboration de leur essence conceptuelle.

Le concept permet ainsi un échange entre l'idée et l'entité vivante, le sens du cheval s'incarne dans tel cheval vivant. Hegel remarque alors que la translation du sens de la réalité sensible vers le concept qui dans un mouvement dialectique révèle la première, équivaut à une dévitalisation. La signification qui vit dans le cheval concret va mourir en passant dans le concept. Le mouvement du sens incarné vers l'idée abstraite est défini par Hegel comme une suppression et un meurtre.

L'introduction du symbole dans le monde opère une soustraction et une suppression. Bien sûr, la nomination ne supprime pas réellement l'animal présent, mais il ne peut être présent dans le langage comme entité qu'en ayant été préalablement supprimé. Son existence dépend maintenant des mots et il s'incarne à partir de la disparition qui les caractérise. La réalité est toujours dédoublée entre les réalités concrètes et les mots qui les font surgir et les traversent. Il faut ici dissocier deux registres de « mortification » propre à la nature du langage. D'une part, le « rendre ineffectif » hégélien et la neutralisation du réel dans son mouvement concret de la vie. D'autre part, la translation de la signification qui, de l'objet physique vers l'idée abstraite, est équivalente à une néantisation.

Ce double processus est résumé par Kojève :

« l'essence d'une chose est cette chose moins son existence »¹.

Cette opération de scission et de séparation effectuée par le concept dans la réalité est présentée par Hegel comme la mort. Le concept produit la neutralisation de la réalité, il introduit la dimension de la mort.

Citons encore ce passage :

« Mais c'est un moment essentiel qu'un tel être scindé, ineffectif, lui-même ; car c'est seulement parce que le concret se scinde et fait de lui quelque chose d'ineffectif qu'il est ce qui se meut. L'activité de la scission est la force et le travail de l'entendement, de la puissance la plus étonnante et la plus grande, ou, bien plutôt, de la puissance absolue.(...) Mais que l'accidentel séparé de la sphère qui le contient, pris comme tel, que ce qui est lié et n'est que dans sa connexion avec un autre être effectif, acquière un être-là propre et une liberté à part, c'est là la puissance inouïe du négatif ; c'est l'énergie de la pensée, du moi pur. La mort, si nous voulons ainsi désigner cette ineffectivité dont il a été question, est ce qu'il y a de plus redoutable, et retenir ferme ce qui est mort est ce qui exige la force la plus grande. »²

Cela signifie que si le cheval réel, pour garder cet exemple, est une entité finie, temporelle et mortelle qui s'anéantit à chaque instant, son concept désigne le maintien permanent de cette abolition du réel spatial. Cette suppression est liée à la prise des choses dans le temps. La réalité qui disparaît dans le passé se conserve et se garde dans le présent sous la forme du concept. Le signifiant produit les choses et le monde en les faisant entrer dans le temps.

Citons une nouvelle fois Alexandre Kojève : « l'Univers du Discours est l'arc-en-ciel permanent qui se forme au-dessus d'une cataracte : et la cataracte, – c'est le réel temporel qui s'anéantit dans le néant du Passé. »³

Le langage introduit le « rendre ineffectif » (la mort) pour élever ce qui est nié dans une signification conceptuelle. Le signifiant fonde l'être par la suppression des existants, il fonde l'être dans la disparition et le néant. L'opposition de l'être et du non-être structure le système signifiant de l'intérieur fondé par l'opposition de ces éléments. La valeur de chacun est de n'être pas l'autre, le signe saussurien est une pure opposition qui a valeur de négativité.

¹ KOJEVE A., *Introduction à la lecture de Hegel*, op.cit., p.544.

² HEGEL GWF, *Préface de la Phénoménologie de l'esprit*, Vrin, 1997, p.93.

³ KOJEVE A., *id.*, p.374.

Le mot vient recouvrir l'effacement de la trace de l'objet. Ce rapport dialectique entre l'être et le non-être constitue l'ordre signifiant et se répercute sur l'être qui habite le langage. Que se passe-t-il pour le parlêtre ?

Il s'agit de préciser dans ce chapitre que le fondement du lien social et des échanges c'est le symbolique et donc une certaine fiction, une falsification, une nécessaire mise en place de semblants. Ce sont les mots qui déterminent et commandent l'organisation de la réalité sociale et l'organisation subjective de l'inconscient.

La réalité est filtrée par la fenêtre du fantasme et permet au sujet parlant d'être au monde.

Cela permet aussi d'indiquer et questionner cette notion de réalité que nous allons rencontrer plus loin dans la partie sur la contingence de la maladie. Cette notion structurée par le symbolique ne peut pas être un point d'appui ou une référence fiable pour aborder les effets de la maladie. Quel est le statut du monde extérieur pour le sujet ?

Chaque sujet fabrique et construit sa réalité, l'opposition entre réalité psychique et réalité effective est problématique. Sa réalité n'est accessible qu'à partir d'une énonciation et d'une articulation de la parole.

Les mots fondent et traversent les choses, le langage transcende la réalité et la bouleverse de fond en comble, tout le temps.

L'homme n'est pas plus le maître du langage qu'il ne l'est de la nature. C'est la souveraineté du Logos qui est en question ici. La vérité se déroule dans un procès de parole et obéit à une structure de construction et de fiction.

2-3 LE PARADIGME DU FORT-DA

« Et c'est l'argument de la bobine. Je dis l'argument, l'argument légendaire, parce je ne sais pas encore quel nom lui donner. Ce n'est ni un récit, ni une histoire, ni un mythe, ni une fiction. Ni le système d'une démonstration théorique. C'est fragmentaire, sans conclusion, sélectif dans ce que ça donne à lire, plutôt un argument au sens de schéma en pointillé, ou avec des points de suspension partout. »

Jacques Derrida

La puissance du concept et le travail de la négativité sont les termes à partir desquels nous commençons d'aborder les effets du langage sur la réalité effective. Mais quels sont – en retour – les effets sur l'être parlant ? Si le mot tue la chose, quels sont les effets sur l'être qui parle et produit un discours ? Si l'essence supprime l'existence, quelles sont les conséquences subjectives pour celui qui articule la chaîne des signifiants ? Si le symbole néantise la réalité effective, jusqu'où se déploient ses effets sur la réalité psychique ?

Le sujet n'est pas l'agent du discours mais il se situe à une place intermédiaire entre la structure de langage et la réalité. Il est autant l'agent que le patient du langage qui le traverse et détermine sa position subjective.

En ce sens, Lacan caractérise l'objet de la découverte freudienne comme le « champ des incidences, en la nature de l'homme, de ses relations à l'ordre symbolique ».¹

Le symbole se constitue à partir de la chose qu'il représente non comme un index mais comme l'épithèque de son tombeau ou la trace de sa disparition dans l'effacement. Le terme de re-présentation a conservé ce trait du symbole dans sa désignation d'une caisse vide, du contenu d'une absence recouverte par un voile. La « représentation » possède dans le dictionnaire Littré huit significations. La sixième définit un cercueil vide sur lequel on étend un drap, c'est comme une coquille ou un vase. Ceci nous permet de souligner la mise en jeu de l'absence à travers le cercueil et ce qui vient le recouvrir.

D'autre part, le symbole est un emblème qui représente autre chose dont il tient lieu et occupe la place. Mais il retient ce qu'il présente, le symbole vient à la place de quelque chose comme le sensible indique le suprasensible à travers l'œuvre d'art, comme le totem constitue un morceau de l'animal identifiant le groupe. Il fonctionne à un niveau au-dessus de la réalité

¹ LACAN J., Fonction et champ de la parole et du langage (1953), *op.cit.*, p.275.

donnée. Le symbole se pose et découpe une partie de l'animal mort pour le surélever au sommet de la maison, sur le fronton de la tribu.

Cet écart avec le donné n'est pas un déplacement mais une suppression de ce qui se présente, pour Heidegger le mot est ce qui dans une éclaircie montre la présence et garde à l'abri pour laisser apparaître.

Qu'est-ce que le symbole désigne et représente ? Quelles sont les connexions ou les relations entre les mots, l'être, le non-être et les choses?

L'opposition physique *être – ne pas être* prend toute sa consistance puisque dans les mots l'absence compte autant que la présence, le vide comme le plein, le fort comme le da. Mieux, chacun ne prend sa valeur que dans l'opposition à l'autre terme, le fort se définit comme non-da et inversement. Tout se passe comme si chaque mot présentait en même temps son opposé, ou se présentait comme son non-opposé. Le fort est déjà appel du da, le mot a pour toile de fond tous les autres qu'il n'est pas.

Chez Saussure, le terme signifiant se définit a minima dans son opposition aux autres, il n'a pas d'autre consistance. Le langage introduit la dimension supplémentaire des mots à la réalité naturelle avec une césure entre les mots et les choses, l'écart du lieu de la chose effacée, absente, supprimée et tuée. Le mot est la sortie et la relève du cadavre de la chose, la trace de son ineffectivité dépassée. Disons que le fond de la chaîne symbolique est la suppression-annulation ou la mort comme puissance de neutralisation. Prenant appui sur ce néant ou cette inexistence le mot s'échappe pour vivre autrement avec les mots.

La propriété fondamentale du mot, mélangeant la présence et l'absence, est celle de « faire exister ce qui n'existe pas ». Il fait exister à partir de la néantisation et de l'inexistence, il fait exister ce qui est mort : il fait exister le non-être et il produit à partir du négatif.

Freud a attiré notre attention sur la complexité d'un jeu répété de l'enfant qui fait apparaître et disparaître de son champ visuel un objet. L'enfant transpose sur son objet les mouvements alternés de sa mère et occupe un rôle actif plutôt que passif dans cette situation désagréable. Ce que Freud relève c'est le jeu de l'opposition qui s'applique indifféremment à l'objet, la bobine, la mère, l'enfant lui-même devant un miroir.

Cette première alternance se complète de la vocalisation d'une opposition phonématique. A partir de cette répétition, l'objet change de statut. Ses propriétés intrinsèques (sa couleur, sa matière, son poids) sont abolies, il devient le support neutre d'une permanence oppositionnelle articulée de la présence et de l'absence. L'objet empirique est supprimé comme tel pour devenir le support signifiant de la différence (le couple présence-absence).

Freud inscrit la possibilité de cette permanence dans le couplage de l'alternance entre proche/loin, ici/là-bas et l'opposition phonématique caractéristique de la structure du langage. C'est cette conjonction qui inaugure l'entrée du sujet dans le langage.

La présence du mot et l'absence de la chose se croisent et se mêlent. Le mot vient à la place de la chose absente et inversement. Finalement, l'identité de l'objet se trouve maintenue autant dans la présence que dans l'absence. Nous touchons ici la fonction du signifiant.

Dans sa conférence inaugurale de 1953¹ Lacan propose de rapprocher la scène freudienne du couplage de l'absence/présence d'un objet et l'opposition phonématique première de la thèse hegelienne selon laquelle le concept est le temps.

La linguistique, initiée par les travaux de Jakobson, définit le système signifiant comme une combinaison d'opposition phonématique, de traits différentiels. Cette opposition est une scansion qui enclenche la temporalité et la diachronie de la parole.

Le temps suppose à la fois la différence, l'opposition et la permanence stabilisée. Le signifiant est ce qui permet la permanence dans les mouvements aléatoires d'allers-retours qui tournent autour de l'enfant.

L'opposition phonématique, couplée à l'alternance apparition-disparition, repose sur une certaine permanence. Structurée par le signifiant, l'opposition absence-présence opère sur fonds d'une permanence qui est celle des mots. Pour le dire autrement, le signifiant saisit l'objet annulé dans sa singularité empirique et l'articule à un terme opposé. L'objet, élevé-relevé comme signifiant, entre dans la permanence du concept.

Il subsiste dans la durée, indépendamment des mouvements empiriques, grâce au concept.

« l'enfant transcende, porte sur un plan symbolique le phénomène absence et présence. Il se rend maître de la chose pour autant qu'il la détruit. »²

Le signifiant instaure une stabilité et une identité à propos de la réalité changeante du donné. Il attribue l'être à la chose sortie du néant comme existante, elle est maintenant identifiée, nommée, elle est un objet.

¹ LACAN J., Symbolique, Imaginaire, Réel (1953), *Les noms du père*, Seuil, 2005, p.41-42.

² LACAN J., *Le séminaire Livre I, Les écrits techniques de Freud* (1953-1954), Seuil, 1975, p.196.

Mais cette identité se détache de tout lien avec sa réalité physique, de ses mouvements et ses absences par exemple : le mot est le symbole de sa présence effective mais il peut indiquer l'objet en son absence.

A l'autre extrémité de l'existence, c'est la sépulture qui conserve ce qui fut et garde une trace du défunt. Ce symbole marque la permanence propre à l'humanisation. La permanence du signifiant transcende le donné et ouvre la dimension « historique » de ce qui reste, de ce qui a été et ce qui est.

Pour le dire autrement, la soustraction qui enlève l'être à l'Etre est le temps qui fait passer l'Etre (qui est au présent) dans le passé où il n'est pas (où il n'est plus). Le passé où il n'est que sens, essence sans existence. Le signifiant introduit la dimension du temps, l'homme parle et manie des mots (qui mélangent la présence et l'absence) et a affaire avec la présence et l'absence des choses dans une réalité temporalisée. Avec le mot je peux évoquer l'autre qui est absent et dont l'absence porte toujours – comme sa possibilité la plus propre qui m'échappe - le risque d'être définitive.

Le symbole en élevant la chose la fait rentrer dans le cours du temps lié aux mots et la stabilité du langage. Il y a donc un changement de nature et l'instauration d'une autre réalité au-dessus du monde avec des effets sur le monde.

Nous pouvons avancer que la mort est présente comme horizon pour l'être qui parle et manie des symboles. Sa condition indépassable d'être vers la mort et pour la mort est donc liée à sa condition d'animal traversé par les symboles. Il y a un rapport intrinsèque entre le fait d'être dans les mots et de vivre dans la temporalité. En effet, le concept est le temps de la chose puisque avec le mot et indépendamment de la présence réelle et concrète, il est possible de parler et rendre présent une chose à votre gré.

Mais être inscrit dans le temps et soumis aux effets des déterminations symboliques a pour contre-partie d'être lié à la mort et de le savoir. Le savoir et s'en défendre, en tout cas pouvoir l'anticiper et penser à sa mort.

Avec cette double épaisseur, la réalité devient celle des mots plus que les choses « concrètes ». A partir du moment où l'on quitte l'instantanéité mythique d'un rapport direct au donné par le percept, c'est l'absence qui est le maître du jeu et qui sous-tend l'articulation des mots.

La permanence propre au symbole ne s'étaye pas sur de la matière vivante solide mais sur une néantisation préalable et une séparation du cours de la vie. Mais pour faire cela, il faut déjà rayer tout ce qui est autour de la chose « nommée ». L'acte de nommer suppose la suppression de ce qui est alentour. Le mot qui détache et sépare, raye également l'autour et, second temps, fait annulation de l'objet pour pouvoir le dire.

Son application sur le monde et son émergence dans le réel n'est pas neutre mais elle est d'entrée dialectique, c'est-à-dire qu'elle passe à travers. Le signifiant sépare la chose de son emplacement, il perce l'objet afin de l'épingler et le prendre dans son filet.

3- LA PENSEE ET LA MORT

3-1 LE RAPPORT ANTICIPE A LA MORT

On définit habituellement l'homme comme celui qui enterre ses morts et qui a conscience de sa mort. Nous avons montré précédemment que la mort est présente comme l'ombilic de l'inscription du sujet dans le langage désigné comme son *point mortel*.

Dans ses textes métapsychologiques, Freud précise que l'inconscient a pour caractéristiques majeures l'absence de contradictions (pas de négation, de doutes ou de degrés dans la certitude), les processus primaires (mobilité des investissements), l'atemporalité (ses contenus ne sont pas ordonnés ou modifiés par le temps). Si dans le système conscient la mort est présente sous la forme des fantasmes, des craintes, des scénari, dans le système inconscient la mort n'est pas présente. Il y a ici un vide et un trou dans les représentations. Est-ce là tout ?

La mort est irréprésentable et ne peut pas être saisie dans la chaîne représentative, nous l'avons développé dans la partie sur la mort impossible. A défaut d'être représentée elle va être anticipée. Le seul rapport possible entre la subjectivité et la mort est un rapport d'anticipation Le mot latin *anticipare* signifie à la fois devancer, prévenir, empiéter.

Nous pouvons définir la structure temporelle de l'anticipation pour dégager la fonction de la mort dans la vie du sujet parlant. Ce rapport d'anticipation à la mort obéit à la même structure que celui du sujet qui parle avec la chaîne signifiante. En effet, le sujet est dans un rapport anticipé avec sa propre parole. Le flux de l'énonciation et son déroulement diachronique sont conditionnés par l'anticipation de la fin de la séquence.

La chaîne signifiante, tournée vers l'avenir, est dans l'anticipation et l'attente du mot suivant, de la séquence suivante. Le point de capiton va accrocher et fixer le sens d'une séquence. C'est toujours en vue de la fin, du terme que la séquence se boucle et prend sa portée. Sartre donne l'exemple du silence vers lequel se dirige la phrase musicale.

« Ainsi l'accord final d'une mélodie regarde par tout un côté vers le silence, c'est-à-dire vers le néant de son qui suivra la mélodie ; en un sens il est fait avec du silence, puisque le silence qui suivra est déjà présent dans l'accord de résolution comme sa signification. »¹

Est-il arrimé à ce qui précède et lui confère-t-il sa cohérence, révèle-t-il son sens secret ?

Est-ce le terme qui éclaire tout ce qui a précédé ? La mort elle-même obéit à ce paradoxe d'être le terme final et en même temps d'exclure le sujet dont la phrase va vers elle.

¹ SARTRE J-P., *L'être et le néant*, Gallimard, 1943, p.576.

Le terme final est ce qui attire le mouvement ou au contraire est-il ce qui est le plus redouté, le plus reculé ?

Le silence ou l'arrêt vers lesquels se dirigent les phrases font partie de la phrase elle-même ?

C'est dans la perspective du dernier mot que le sujet peut parler et que son discours va signifier quelque chose. La référence à un terme final conditionne le fonctionnement de la chaîne signifiante. Une fin est nécessairement anticipée pour que la séquence puisse s'articuler et ouvrir un sens. Ce terme opère comme un point de capiton de la signification, il agit par anticipation et par rétroaction. Le locuteur sait que sa phrase aura une fin (fut-elle temporaire) et celle-ci en retour clôt la signification de ce qui a été dit.

Le fonctionnement de la chaîne parlée est celui de l'inconscient structuré comme un langage et ses lois de combinaisons syntagmatique et paradigmatic. Le point essentiel ici est la nécessité de l'anticipation d'une fin et d'un arrêt sur le mouvement même de la chaîne signifiante. La notion d'anticipation permet un croisement entre le rapport à la chaîne syntaxique et le rapport à sa mort. La référence à un terme qui conditionne l'articulation du sens et la référence à la mort se recouvrent.

La partie précédente sur la négativité du symbolique permet maintenant de préciser deux choses. L'être humain a pour principal attribut la négativité et ses effets à travers le travail, le langage et l'action. L'ordre symbolique négative la réalité pour la faire passer à un autre niveau et la relever dans le registre du discours. A un niveau ultérieur, le fonctionnement du langage lui-même opère par négation, suppression et déplacements multiples.

Le rapport à la parole met en jeu cette référence à une fin et un arrêt pour le sujet qui parle. Il ne peut articuler des mots qu'en rapport à la fin de sa phrase, c'est une épreuve incessante et oubliée de la fin, de l'arrêt, de la suspension. La nécessité d'un terme final le hausse au niveau d'une fonction propre au sujet parlant.

On peut transposer cela dans le rapport de la subjectivité avec la mort. Ou encore, le rapport à la mort, sur un certain plan, est construit sur la référence à l'arrêt et à la fin. L'être humain se déplace dans ses fantasmes et ses relations aux objets sur le fond de sa disparition possible.

Plus radicalement, certains philosophes ont eu cette aperception dans le rapport immémorial de la pensée et de l'être, il semble que l'être face au monde est celui qui se sait mortel.

« Je sais que je suis » signifie « Je sais que je suis...mortel ».

C'est peut-être cela l'unique règle des sujets du langage : ils sont voués à donner du sens à ce qui leur arrive aussi bien qu'à ce qui leur échappe radicalement. Attraper avec le sens ce qui se présente et être en rapport avec ce qui est impossible à attraper mais n'en est pas moins opérant. C'est la structure métonymique entre l'être et le manque à être, entre le dire et le manque à dire. Le sujet parle sur le fonds d'un impossible à dire, le sujet désire et recherche une satisfaction sur le fonds d'une jouissance perdue.

Cela veut dire que le rapport anticipé à la parole et à la mort possède une composante métonymique de glissements et déplacements indéfinis.

Les êtres parlants sont voués à construire du sens orienté par un terme qui en boucle ponctuellement la signification. Mais, comme Tantale, cette recherche travaille en pure perte puisque le sens ne peut pas se totaliser ou se clore. En lui-même le sujet reste divisé et coupé de quelque chose que Freud a situé comme l'objet perdu.

Si la vie a une destination précise qui est la mort, elle ne possède pas pour autant de signification pré-établie. Le sens de son histoire varie et obéit à la temporalité rétroactive de l'après-coup. Cette logique de l'anticipation et de la rétroaction nous permettra dans notre troisième partie de nous interroger.

Que se passe-t-il au moment de l'apparition d'une maladie grave ?

Comment cet événement dans le corps interroge-t-il le sujet ?

Le rapport anticipé à sa propre mort ou la fonction de la mort dans la vie sont-ils identiques ou modifiés ?

La mort est-elle uniquement anticipée et projetée ou n'agit-elle pas directement comme structure de la présence dans le corps malade ?

Pour le sujet, la mort reste tenue à l'écart dans un mécanisme d'ignorance et de méconnaissance. Il est nécessaire à la vie que quelque chose reste occulté dans l'inscription de la mort. Anticipée ou métaphorique, la mort elle ne peut pas être métaphorisée.

Le rapport entre le sujet et sa mort est articulé à son inscription symbolique et porté par ce mouvement d'anticipation. Le sujet du signifiant est sans substance ou sans corps : il se déplace dans les espaces vides entre les mots, épave vide d'un manque à être, d'un manque dans l'être qui parle. Le sujet glisse comme la supposition dans le déroulement de la chaîne syntaxique.

A partir du signifiant, se pose la distinction entre avant/après, la dimension historique et diachronique est constitutive de l'ordre symbolique. Cette diachronie suppose la permanence qui s'oppose au flux des variations, des cycles de la nature. Cette permanence qualifie l'identité, l'être des choses grâce au jeu du signifiant.

Le signifiant transcende la continuité mouvante de la réalité et fonde l'identité de l'être arrimé au langage. C'est donc un être marqué par la négativité, la différence, la discontinuité.

D'autre part, l'articulation dans la parole inclut la dimension du temps : la succession articulée des mots fonctionne avec un mécanisme de rétroaction. Chaque terme nouveau apporte un nouveau sens qui ne sera bouclé qu'avec la fonction du terme final. Le sens progresse dans ce qui est dit et s'ajoute à la phrase, la fonction de la ponctuation est d'arrêter le glissement indéfini du sens et d'inscrire un repérage temporel.

La diachronie du signifiant elle-même fonctionne dans deux sens :

L'anticipation du terme, de la boucle, du point de capiton, toujours en vue de ce qui vient.

La rétroaction du sens qui se modifie en fonction de chaque nouvel élément, mouvement en retour de la signification. La chaîne signifiante suppose une logique temporelle et des temps logiques.

La mort permet la fonction de la rétroaction et la distinction avant / après. Nous l'avons abordé à partir du rapport entre le concept et le temps mais il faut ici préciser deux points.

Le fonctionnement de la chaîne signifiante supporte la pensée et détermine ses lois.

La progression diachronique suppose l'anticipation du terme, la ponctuation rythme le sens et les significations. Mais précisément la fin de la vie, la mort anticipée et impensable est ce qui fonde la rétroaction et la production du sens, du savoir. Le sens apparaît dans les combinaisons de signifiants, il surgit puis disparaît, il est toujours en devenir, à venir. Ce qui lui permet ces scansion c'est justement qu'il y a un point insaisissable mais pourtant interne au fonctionnement du symbolique et qui le fonde.

Les tentatives de sortir de la signification, de contourner la ponctuation ou de l'esquiver sont des expériences littéraires qui ont eu lieu au XXème siècle. On peut citer l'œuvre de James Joyce intitulée *Finnegans Wake* dans laquelle opère une pluralité de langues, un choc des sons et des sens qui mettent à l'épreuve leurs logiques habituelles. Dans le même fil, on peut citer les deux volumes de *Paradis* publiés par Philippe Sollers. Ce chant continu se déroule sans aucune ponctuation et plonge le sens dans un mouvement indéfini sur lui-même.

C'est un refus de la scansion, de la rétroaction et de la fonction de la mort.

On peut les lire comme un défi – à l'intérieur même du langage – envers ce qui le fonde et le porte.

Nous pouvons avancer que la mort est le fondement de la structure symbolique et qu'elle y détermine quatre effets majeurs :

- le processus d'apparition / disparition qui caractérise l'existence discursive du sujet parlant désormais constitué comme sujet voué à la mort.
- La projection de cette mort fondamentale comme la limite du registre des signifiés et de la production de significations.
- Le rapport subjectif d'anticipation à la mort.
- L'inscription comme une limite symbolique qui peut être franchie et qui délimite des zones d'entre-deux.

3-2 LA FONCTION DYNAMIQUE DE LA MORT

Si la mort *fonde* la structure symbolique, elle se répercute dans les registres Imaginaire et Réel. D'une part, elle se marque comme une finitude dans l'image du corps (corruptibilité et mortalité) et d'autre part elle constitue une barrière face au réel de la condition mortelle de l'être humain. Elle s'inscrit à la racine du psychisme dans un processus de symbolisation primordiale et y déploie de profonds effets. La mort limite l'espace psychique pour ses élaborations et ses productions de significations puis elle délimite le jeu des représentations du désir. Au-delà des images flamboyantes ou des lambeaux du désir, derrière l'écran fixe des fantasmes, la mort est présente. Le symbole est efficace en l'absence de la chose et tient sa puissance d'évocation et de mobilisation à partir de celle-ci. Soit le symbole représente ce qui n'est plus ou ce qui a disparu, il est alors un vestige et la mémoire dans l'épreuve de la mort de l'autre. Soit il est le signe d'une absence ou d'une souffrance, dans le rapport amoureux par exemple où il est signe d'une présence « infinie » ou d'une absence tournée vers ce qui vient.

Face à la mort, la logique psychique se dédouble. La mort impossible à penser, toujours présente mais refusée ou oubliée, se croise et se tisse avec la mort immanente et sa fonction fondatrice pour la culture, le savoir et la pensée.

Ces deux lignes oeuvrent constamment pour chaque sujet parlant : la pensée veut toujours ressaisir ce qui lui échappe et qui la porte en même temps.

« La mort impossible nécessaire : pourquoi ces mots – et l'expérience inédite à laquelle ils se réfèrent – échappent-ils à la compréhension ? Pourquoi ce heurt, ce refus ? (...) »

La pensée ne peut pas accueillir cela qu'elle porte en elle et qui la porte, sauf si elle l'oublie. »¹

L'espace psychique se déploie et prend son relief dans cette tension entre l'impossible et le nécessaire dans le mouvement de recherche arrimé à un point insaisissable et perdu. Freud a livré une première version de cette tension en termes d'échec de la satisfaction hallucinée et du mouvement psychique qui vise l'identité de perception.

¹ BLANCHOT M., *L'écriture du désastre*, Gallimard, 1980, p.110.

« Rien ne nous empêche d'admettre un état primitif de l'appareil psychique où ce chemin était réellement parcouru et où le désir, par conséquent, aboutit en hallucinatoire. Cette première activité psychique tend donc à une *identité de perception*, c'est-à-dire à la répétition de la perception, laquelle se trouve liée à la satisfaction du besoin. »¹

Cette première « vie psychique » ne peut pas résoudre toutes les tensions corporelles et le mécanisme hallucinatoire conduit à un échec. Un deuxième niveau de processus est alors nécessaire qui s'articule à la motilité et à la mémoire.

« cette inhibition, et la déviation de l'excitation qui suit, est le fait d'un deuxième système qui contrôle la motilité volontaire, c'est-à-dire l'utilisation des mouvements pour des fins que nous offre notre mémoire. Mais toute cette activité de pensée compliquée qui va de l'image mnésique jusqu'au rétablissement de l'identité de perception par les objets du monde extérieur n'est qu'un détour dans l'accomplissement du désir, rendu nécessaire par l'expérience. La pensée n'est qu'un substitut du désir hallucinatoire, et on comprend aisément que le rêve ne soit qu'accomplissement de désir, puisque seul le désir peut pousser au travail notre appareil psychique. »²

La satisfaction ne peut jamais être retrouvée mais son horizon demeure comme ce vers quoi le mouvement est tendu. L'articulation des marques signifiantes est orientée vers cet horizon et en même temps prend sa source dans cette perte.

Pour Freud, la pensée et le désir sont déterminés par cette tension irrésolue du mouvement qui porte son impossibilité à la racine et lui donne corps dans un texte inconscient.

Cette impossibilité de penser la mort n'est pas un obstacle vide et vain car la mort se laisse imaginer et anticiper. La mort occupe l'esprit de l'homme, elle habite en lui.

Rainer Maria Rilke :

« nous ne sommes que l'écorce, que la feuille, mais le fruit qui est au centre de tout, c'est la grande mort que chacun porte en soi »

¹ FREUD S., *L'interprétation des rêves*, op.cit., p. 481.

² *Id.*, p.482.

La pensée et le discours mettent en œuvre ce processus d'anticipation et de relation avec un point toujours à venir, impossible comme tel à saisir mais qui rétroactivement porte le discours. Georges Bataille l'a nommé l'impossible et Maurice Blanchot a déployé les connexions du langage, de la pensée et de la mort. Nous proposons ici de définir une fonction de la mort à partir de trois points. La mort désigne le non-sens à partir duquel un sens est possible et dans lequel il se dissout. On retrouve ici le motif de l'ombilic développé dans notre première partie.

La mort est aussi ce qui soutient la logique de la rétroaction et de l'anticipation vers un point à venir. Elle porte de façon paradoxale le discours. Enfin, de la même façon, la mort qui porte la vie marque celle-ci comme un désir et un manque à être.

En effet l'impossibilité propre à l'objet du désir est la même que l'impossibilité propre à l'expérience de parole. Cette impossibilité est ce qui supporte son indestructibilité.

En tant que terme ou fin, elle détermine des effets sur l'individuation de l'être et le fonctionnement de la chaîne syntaxique. Les mécanismes d'anticipation et rétroaction du signifiant opèrent pour la subjectivité dans son rapport à la fin. En tant qu'horizon ou ligne de fuite, la mort détermine la fonction du point à partir duquel l'existence du sujet prend une dimension et un sens possible.

Cette dialectique de la mort impossible et nécessaire a été développée par Serge Leclaire au niveau même du sujet et de l'espace psychique. La vie subjective implique de tuer en soi la figure de l'enfant premier en accomplissant un meurtre impossible et nécessaire.

Dans son ouvrage « On tue un enfant », il développe l'idée selon laquelle le sujet ne peut exister qu'en tuant répétitivement l'enfant merveilleux, le représentant du premier narcissisme, qui lui pré-existe. Chacun doit non pas tuer son père ou « le » père, mais plutôt se séparer de cette image venue du désir de l'Autre pour pouvoir entrer dans la chaîne qui l'entoure et y être représenté.

« La pratique analytique se fonde d'une mise en évidence du travail constant d'une force de mort : celle qui consiste à tuer l'enfant merveilleux (ou terrifiant) qui témoigne des rêves et des désirs des parents. Il n'est de vie qu'au prix du meurtre de l'image première, étrange, dans laquelle s'inscrit la naissance de chacun. C'est un meurtre irréalisable mais nécessaire car il n'est de vie possible, vie de désir et de création si l'on cesse de tuer l'enfant merveilleux. »¹

Leclaire insiste sur une fonction de la mort qui est celle du meurtre et de la mise à mort de la première image de soi, de l'attaque indéfinie portée aux formes des désirs qui président et entourent la naissance de chaque sujet. Cette naissance le situe comme un pôle d'attributs et une incarnation des attentes insues de parents, comme le support « innocent » des désirs de l'Autre. Cette naissance croise la figure plurivoque de l'enfant imaginaire par rapport auquel le sujet va se structurer et contre laquelle il se débat pour ouvrir un espace, une médiation, une pensée, un désir.

Cette image donne son représentant au moi primaire et au narcissisme constitutif du sujet qui va se repérer et se placer par rapport à elle. Il s'agit pour lui de ne pas se confondre et se fondre en elle pour éviter le piège de l'identification à l'enfant merveilleux qui comblerait le désir de l'Autre. Bien plus, il doit s'en écarter et tenter de la supprimer pour faire vivre autre chose et exister comme sujet singulier ayant traversé ce premier leurre. Cette image entoure et nimbe l'arrivée au monde du corps de l'enfant et les premiers échanges médiés par la parole et l'attention portée à ses mouvements.

Cette image de l'enfant merveilleux est investie d'une valeur phallique dont l'enfant doit se séparer et se débarrasser.

¹ LECLAIRE S., *On tue un enfant*, Seuil, 1975, p.11.

L'accent est mis sur la nécessité de la mort qui institue et situe la vie du désir comme une vie entre deux morts. La vie du sujet est à la fois initiée par le meurtre d'une figure imaginée et tournée en direction de la mort.

Pour qu'un espace psychique soit possible et qu'un sujet puisse vivre, il est nécessaire de s'attaquer aux premiers mirages et aux premiers investissements croisés entre le sujet et l'Autre. Créer, vivre ou revenir de ses épreuves, mettent à l'œuvre l'impossibilité comme la condition initiale de toute advenue et parole singulière du sujet.

Le symbole, dans un processus d'*Aufhebung*, humanise l'homme en créant le double écart quant au donné et à soi-même. Le symbolique en distinguant la vie de la mort, le présent de l'absent, fait entrer la mort dans le monde.

Dans son effort pour contrer la mort et y répondre, la culture humaine montre aussi que c'est contre lui-même que le symbolique se retourne. Le symbole instaure une permanence qui ne s'étaye sur aucune réalité factuelle et se détache, véritablement balaie le donné en mouvement. Cette annulation présidant à l'instauration d'une permanence « autonome », peut être qualifiée d'écart, de distance avec le monde. C'est un écart créateur mais pour un monde négatif.

3 3 SYNTHÈSE SUR LE DEDOUBLEMENT DE LA MORT

Pour ponctuer cette première approche d'une métapsychologie de la mort, nous proposons de croiser la mort impossible et la nécessité de la mort.

Nous avons développé dans la première partie la mort en tant qu'elle porte une impossibilité dans la structure. C'est la dimension du Maître absolu hegelien pour définir la mort que porte la vie, sa faille et sa finitude. La notion d'être-pour-la-mort comme ce devant quoi s'arrête le savoir et la parole est dédoublée par Lacan d'un « sens mortel » sur lequel nous allons revenir.

La mort a pour fonction de porter la vie. Le pont de la finitude se projette dans la vie et ouvre celle-ci du point de vue de la mort en quelque sorte. La mort soutient la vie et lui confère ce qu'elle a de sens. Lacan pose ainsi la valeur de révélation de la mort, l'existence prend une dimension historique (historiale) par le truchement de la mort. La vie touchée par la mort passe au rang de destin, de destinée tragique. La mort – ou ce qui en porte l'occurrence, par exemple la maladie létale – est à la fois une rupture, une brisure et une élévation à l'histoire, au destin de l'être vers la mort. Le sujet sort de soi, il prend existence et sa vie prend sens, mais de quoi s'agit-il ?

C'est la mort, non pas incluse comme finitude et terme inéluctable de la vie, en tant qu'elle soutient l'existence même du sujet. Ce n'est pas celle que porte la vie limitée mais plutôt celle qui porte la vie et qui est liée à la présence du langage. C'est aussi la mort qui permet toute esquisse de sens dans la vie. Il n'y a de relief, de sens, de choix, que quand la mort intervient et entre en jeu, dit Lacan. Il croise au fond la crainte du maître absolu et la saisie de l'être vers sa destination pour éclairer la clinique freudienne.

La mort comme un point d'où la vie prend son sens, comme l'instance, le point de vue « interne » qui soutient l'existence et son sens, qui définit un sens mortel.

Un sens supporté par la mort et aussi un sens vers la mort. L'existence a du sens dans la mesure où elle est tendue et tenue par la fin, le terme final.

Ce point limite qui occupe une fonction, doit être considéré comme une dérivation par rapport à la fonction principale de la mort qui fabrique du père, de la référence et soutient le discours, le langage.

En effet, la mort qui soutient la structure signifiante est le jeu du non-être produit par la mise en jeu des mots. « Car l'être du langage est le non-être des objets. »¹

Ceci est un premier niveau dans la fonction de la mort qui sous-tend la séquence signifiante.

La fonction de la mort que nous tentons de mettre en évidence conjoint les pôles structuraux du nécessaire et de l'impossible. Ce qui ne cesse pas de s'écrire s'effectue sur fond de ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire. Le schéma freudien du mouvement du désir définit le fonctionnement de l'appareil psychique à partir d'une perte première, d'un défaut initial, d'une soustraction de jouissance. Le mouvement du désir est déterminé par la tension dialectique entre une tendance qui veut retrouver, revivre (qui ne cesse pas) et la perte première qui creuse l'impossibilité de ressaisir l'objet perdu.

Cette dialectique freudienne de l'impossible retrouvaille et de la nécessité du mouvement peut être rapprochée de la dialectique du sujet dans le rapport complexe à sa propre mort. Le sujet parlant se situe par rapport à une fin, un terme anticipé insaisissable et en même temps c'est une coordonnée nécessaire puisque si elle est touchée, et c'est ce qui se passe avec la maladie létale, cela produit des effets de collusion subjectifs, de fixité, d'inquiétude immobile et d'irrésolution que nous explorerons dans la troisième partie.

La mort limite et cadre l'espace de la subjectivité, elle est aux confins des formations de l'inconscient, aux bords du désir, sur les extrêmes de la parole et du silence. Cette place et cette fonction sont altérées dans la mauvaise rencontre, pourquoi ?

C'est un déplacement des lignes de force qui s'opère et la mort à l'horizon surgit au premier plan. Ce qui jamais n'aurait dû ou ne pouvait pas se présenter doit maintenant trouver place dans les représentations. Ce désir qui semble être le mouvement vivant dans l'être et ce qui anime le sujet vers les autres, ce désir marqué par la lettre porte en son fond la mort.

Ce qui fait qu'il n'a de sens de n'en avoir aucun renvoie à la fonction de la mort présente dans le signifiant. La mort donne un sens mais de ne pas en avoir. Elle conjugue en traversant et inversant les représentations.

¹ LACAN J., La direction de la cure (1958), *Ecrits, op.cit.*, p.627.

Quand Lacan veut situer la mort comme une instance, il tente de lui donner une fonction. Il abandonne cela par la suite et prend une autre direction (celle de la jouissance et de ce qui reste après la mortification signifiante, un plus de jouir). Pour notre clinique et notre champ de recherche nous devons situer la fonction de la mort.

Sur le versant symbolique de la limite, que se passe-t-il ?

L'impossible est arrivé, est-ce un événement ? non, mais plutôt la mise en fonction de la mort à travers un événement de corps. Tout ce que la médecine ne peut pas traiter puisqu'elle s'occupe du corps malade relève de cette dimension de la fonction de la mort pour un sujet touché dans son corps. L'événement de corps provoque une hémorragie dans le mur de la limite symbolique ainsi que son entrée dans le psychisme.

La mort est à l'œuvre dans l'articulation signifiante et représente le sujet qui s'efface d'un mot à l'autre. Sous le signifiant (position de signifié), il n'est pas mais plutôt il manque d'être, il tente de vouloir-être à travers sa circulation dans la chaîne. Il est soumis à la disparition de toute chose prise dans le signifiant et à l'effacement fondamental de la chose dans le mot. Le signifiant raye et barre ce qu'il va ensuite élever articuler à d'autres signifiants. Il en résulte une division du sujet, un écart entre ce qu'il dit et ce qu'il est, ce qu'il dit et ce qu'il veut dire.

Dans son texte *Subversion du sujet et dialectique du désir*, Lacan mentionne un autre dédoublement de la mort : celle que porte la vie et celle qui la porte¹.

La première est corrélée à la prématuration et l'inachèvement de l'être parlant. Elle désigne la possibilité de mourir et la crainte de mourir, l'effroi devant le Maître absolu.

La seconde est la mort qui porte la vie et supporte le désir, la pensée. C'est, me semble-t-il, la fonction symbolique de la mort qui donne son armature à la subjectivité, au savoir et qui permet la vie.

Dans une note de bas de page, Lacan fait référence à la poésie de Dylan Thomas (1914-1953) qui met en œuvre une seule mort et refuse tout dédoublement de la mort. Il n'y a que cette faille intrinsèque et cette mort dans la vie, cette mort que porte la vie.

¹ LACAN J., *Subversion du sujet et dialectique du désir* dans l'inconscient freudien (1960), *Écrits*, op.cit. p.810.

On peut citer le poème intitulé « Refus de pleurer la mort par le feu d'un enfant à Londres » dont les derniers vers disent :

« Profondément avec les premiers morts repose la fille de Londres,
Revêtue de ses longs amis,
Les grains au-delà de l'âge, les veines obscures de sa mère,
Secrètement sur l'onde sans pleurs
De la Tamise à l'amble.
Après la première mort, il n'y en a pas d'autre. »¹

Ce chant poétique s'adresse justement à cette mort dans la vie. Dans sa présentation de l'œuvre, Alain Suied écrit qu'elle nous parle de ce « vertige fondamental que nous portons tous au fond de nous : c'est le manque même de l'Autre qui « nous » constitue. »²

Mais s'il n'y a qu'une seule mort, Lacan pose la question : le Maître absolu est-il bien le seul qui reste ?

A contrario, ne faut-il pas privilégier dans la métapsychologie et dans la pratique clinique, l'autre dimension de la mort ? Non pas le maître absolu mais la fonction de la mort qui porte la vie.

Lacan renvoie le lecteur à ses développements dans le séminaire sur l'éthique où il a lui-même dédoublé la mort. Il prend appui sur les deux morts du système de Pie VI chez D.A.F. de Sade (1740-1814). La première mort désigne le décès réel de l'individu et la seconde la destruction intégrale des particules du corps mort. Il commente longuement la tragédie d'Antigone pour définir un état de mort symbolique. De quoi s'agit-il ?

C'est l'effet de la sentence de Créon qui condamne Antigone et la raye du monde des citoyens pour la bannir et la condamner à l'errance. Du point de vue de la Cité Antigone n'a plus de place et plus de légitimité : le support symbolique de son existence réelle lui est soustrait et la déchire de la communauté. Cette indication nous semble pertinente pour aborder de nombreux phénomènes cliniques où le sujet se trouve entre une mort symbolique et une mort réelle, une mort dans le signifiant et une mort du corps.

¹ THOMAS D., *Vision et prière*, Gallimard, 1991, p.30.

² *Op. cit*, p.8.

Ce dédoublement de la mort s'inscrit dans une « tradition », une lignée, une série qu'il faut esquisser ici. Nous en proposons huit strates :

1) Epicure veut régler le problème de la mort qui est la difficulté principale rencontrée dans l'existence. Il propose son quadruple remède (*tétrapharmakon*) en écrivant que la mort est un faux problème puisqu'elle n'existe pas. Quand je suis là, elle n'est pas et quand elle est là, je n'y suis plus. Il dédouble rationnellement la mort imaginée qu'il faut écarter de la conscience et la mort réelle du corps qui est inconnaissable.

2) Saint Jean dédouble à son tour la mort du corps et une seconde mort.

« Alors la mort et l'Hadès furent précipités dans l'étang de feu.

L'étang de feu, voilà la seconde mort !

Et quiconque ne fut pas trouvé inscrit dans le livre de vie fut précipité dans l'étang de feu. »¹

3) Saint Augustin, et la tradition chrétienne, opèrent une relève de la mort physique grâce au Christ qui rachète les fautes et sauve l'humanité de la première mort.

5) Le système de Pie VI dédouble la mort du corps et l'anéantissement de ses molécules matérielles. Cette seconde mort doit empêcher toute recomposition dans un autre être corporel.

6) Hegel dédouble la mort en valorisant l'affrontement à la mort, et non l'exposition au risque de mourir, qui fait entrer l'individu dans son espace et fonde la maîtrise.

7) Freud dédouble la mort irreprésentable dans l'inconscient et la mort anticipable qui influence la vie psychique des sujets.

8) Lacan dédouble la mort et isole une zone de l'entre deux morts. Il s'agit de la mort naturelle, le terme de la vie, la mort portée par la vie distincte de la mort anticipée, la mort présente dans la vie et sa fonction.

¹ L'Apocalypse, 20.14-15, Nouveau Testament, Cerf, 1988, p.804.

- 9) Leclaire dédouble la mort organique (qui est en fait la deuxième) et le mouvement psychique qui consiste à tuer l'enfant imaginaire en soi : ce mouvement premier ne cesse pas dans l'existence du sujet.

Nous établissons pour cette recherche la mort nécessaire qui ne cesse pas de s'écrire et de soutenir le mouvement de la parole et de l'écriture. C'est la mort nécessaire qui fonde l'ordre symbolique et marque le sujet et le corps qui s'y inscrivent. Il s'agit de souder ainsi la mort impossible présentée dans la première partie et la mort nécessaire. Cette soudure est un dédoublement qui doit permettre d'ordonner les phénomènes cliniques étudiés :

Les réponses de patients atteints par une maladie à pronostic létal rencontrés à différents moments de leur parcours de soins.

Cette soudure de l'impossible et du nécessaire, de la fonction signifiante et du réel insaisissable est une reprise des lignes de force de Freud dans sa conceptualisation.

On peut mentionner sans exhaustivité que le désir articule un mouvement nécessaire de retrouvaille et une perte d'objet qui indique une impossibilité ; la constance pulsionnelle est une nécessité articulée au vide de l'objet qui indique une impossibilité ; l'élaboration du rêve est une nécessité articulée à un ombilic qui indique une impossibilité.

Si la mort et le corps (nous allons le déplier dans la partie suivante) ne sont pas des concepts analytiques, ils traversent la doctrine et indiquent des articulations essentielles.

C'est en ayant posé ces jalons de la mort nécessaire et de la mort impossible dans la structure que nous pourrions mettre en relief les coordonnées de la contingence d'une maladie létale et les enjeux subjectifs qui y sont engagés.

– B –

DEUXIEME PARTIE

LE CORPS

ELEMENTS METAPSYCHOLOGIQUES

– I –
PREMIER CHAPITRE

LE CORPS REEL

« φύσις κρύπτεσθαι φιλεῖ »

Herakleitos

INTRODUCTION

LA THESE ARISTOTELICIENNE

Avant d'aborder notre problématique clinique liée à l'apparition de la maladie à pronostic létal et ce qu'elle révèle dans les registres du corps et de la mort pour un sujet parlant, il nous semble nécessaire de poser les bases des rapports structuraux en question.

Comment définir le corps et de quel corps parle-t-on dans la psychopathologie clinique ?

Comment situer les coordonnées du sujet dans ses rapports avec son corps ?

Réfléchir sur le corps c'est s'attaquer à ce qui définit l'individu.

Le corps est situé dans les différentes oppositions que la réflexion philosophique met en œuvre telles que l'âme / le corps, le sensible / l'intelligible, l'être / la pensée, l'un / le multiple, le même / l'autre. On sait que la pensée platonicienne pose un primat de l'Idée pour fonder la participation des individus à celle-ci. L'être a pour principe initial l'Idée suprasensible. Dans le dialogue intitulé *Phédon*, Platon définit la situation de l'âme emprisonnée dans le corps terrestre qui attend la délivrance de la mort pour rejoindre le ciel lumineux des Idées.

Ainsi, le corps désigne la partie mortelle de l'individu vouée à la disparition. Le corps est un tombeau pour l'âme qui aspire à respirer et contempler les idées hors de cette enveloppe. Le corps est une caverne obscure qu'il faut se préparer à quitter. Il joue sur l'assonance des termes grecs *soma* (le corps), *demas* (le corps en vie) et *sema* (le tombeau).

Cette théorie du corps a des conséquences directes sur la définition du philosophe dont l'activité vise essentiellement à se préparer en vue de la mort qui l'attend et qu'il « souhaite ».

Citons ce fragment exemplaire :

« Socrate : Toutes les fois qu'on s'adonne à la philosophie, au droit sens du terme, les autres ont bien des chances de ne pas voir qu'on s'applique uniquement à mourir, à être mort. S'il en est ainsi, ne serait-il pas bien étrange de s'attacher d'abord à cela de façon exclusive, pendant toute sa vie, et puis, quand la chose est là, de s'irriter contre ce qui, depuis longtemps, était l'objet même de l'attachement, de cette application ?

Simmius : La plupart des gens, je crois, trouveraient, s'ils t'entendaient, que tu as très bien parlé en ce qui concerne la philosophie, et ceux de chez nous en seraient tout à fait d'accord. C'est vrai, diraient-ils, ceux qui s'occupent de philosophie sont mûrs pour la mort et nous voyons bien qu'ils ont le sort qu'ils méritent.

Socrate : Et ils auraient raison de le dire, Simmias, sauf sur ce point : qu'ils le voient bien. Car ils ne voient pas de quelle façon désirent mourir, de quelle façon méritent la mort (et quelle sorte de mort) ceux qui sont vraiment philosophes. »¹

Dans ce dualisme platonicien, la pratique philosophique prépare la séparation de l'âme et du corps considéré comme un tombeau passager dénué d'importance.

Aristote, élève et contradicteur de Platon, va montrer qu'il n'est pas possible de séparer l'âme et le corps et qu'il faut tenter de saisir autrement leur union problématique. Penser l'un sans l'autre n'a aucun sens, dès le début de son traité sur l'âme surgit la question du corps :

« Il apparaît que, dans la plupart des cas, il n'est aucune affection que l'âme puisse, sans le corps, subir ou exercer : telle la colère, l'audace, l'appétit, et en général, la sensation. S'il est pourtant une opération qui semble par excellence propre à l'âme, c'est l'acte de penser ; mais si cet acte est, lui aussi, une espèce d'imagination ou qu'il ne puisse exister indépendamment de l'imagination, il ne pourra pas davantage exister sans un corps. »²

Aristote se place dans un axe ontologique pour identifier l'être et le corps. L'unité individuelle est définie par les frontières du corps qui lui confère son être. Tout au long de son texte, se déroulent des oscillations et des allers-retours entre ce qu'est l'âme et ce qu'est le corps. Pour Aristote, si nous savons ce que sont les organes (principalement les sens, la vue, l'odorat, l'ouïe et le toucher) et leurs fonctions nous ne pouvons pas statuer sur la fonction du corps entier.

Dans sa deuxième partie, il réalise une avancée sur les états de l'âme (colère, crainte ou pitié) qui ne peuvent pas être considérés uniquement comme des altérations dans le corps et les mouvements qui les accompagnent.

« dire que l'âme est en colère, c'est comme si l'on prétendait que c'est l'âme qui tisse ou qui construit. Il est sans doute préférable, en effet, de ne pas dire que l'âme éprouve de la pitié, apprend ou pense, et de dire que c'est l'homme, par son âme. »³

Ainsi l'homme éprouve et pense par son âme, avec son âme. Elle est un instrument auquel le corps est soumis, le corps est comme le sujet de l'âme.

¹ PLATON, *Phédon*, 64a-b, Gallimard, 1983, p.24.

² ARISTOTE, *De l'âme*, I 1, 403 a 6-10, Vrin, 1988, p. 8-9.

³ ARISTOTE, *id.*, I 4, 408 b 10-15, p.45.

Aristote construit l'emboîtement d'une série de facultés de l'âme chez les êtres vivants. Il propose une faculté nutritive chez l'herbe qui se nourrit, une faculté sensitive chez la plante qui s'oriente vers le soleil, une faculté locomotrice chez l'animal qui se déplace et une faculté dianoétique (discursive) chez l'homme, la faculté de penser.

Il définit ainsi l'âme :

« l'âme est l'entéléchie première d'un corps naturel organisé »¹.

Le terme grec *entéléchia* signifie « qui séjourne dans sa fin » et s'oppose à l'*energeia*, « qui est en plein travail ». L'entéléchie désigne la fin du mouvement, la finalité du processus. La fin est un achèvement rendu possible par le mouvement, elle est l'accomplissement de ce qui s'effectue.

Le corps est un corps unifié dont le principe est l'âme, principe de la sensibilité et de la pensée. L'âme est la forme et l'actualisation du corps comme matière première.²

Les Grecs tracent les premiers sillons dans l'espace d'une pensée sur le corps, ils posent et délimitent certaines questions. Nous pouvons distinguer deux perspectives : lutter contre le corps, s'en dépendre et s'arracher du corps que l'âme a reçu comme punition, prison ; ou vivre avec et par plaisir, célébrer l'union de la forme et de la matière, de l'âme et du corps.

La thèse aristotélicienne met l'accent sur l'unité du corps individuel et l'assemblage des organes totalisé par l'âme. Le corps est saisi dans l'unité de sa forme, la matière corporelle est unifiée dans l'âme. Cette définition fut reprise par le concile de Vienne : « l'âme est la forme du corps ». Le corps n'est pas une totalité composée de parties, il est autre chose.

Aujourd'hui, ces deux voies sont toujours pertinentes pour situer toute réflexion sur le corps humain. Soit l'accent est porté sur le morcellement des parties, la composition organique voire le supplément des prothèses pour appareiller le corps réduit à une totalité assemblée. Soit l'accent se porte sur ce qui donne son principe et son unité au corps en tant qu'il excède sa propre totalité objective. Un corps humain est toujours plus que ce qu'il donne à voir et il demeure un lieu toujours étrange et étranger pour celui qui l'habite comme pour ceux qui doivent le soigner.

¹ ARISTOTE, *id.*, II 1, 412 b 5, p. 68-69.

² On peut ici mentionner le « stade du miroir » de Lacan dont la logique d'une image qui donne forme et unifie le corps morcelé est, notamment, d'inspiration aristotélicienne. (voir notre partie intitulée Corps nécessaire qui développe les autres influences de ce texte, p.197-230).

Par rapport à cette tradition, Descartes opère une rupture radicale qui sépare le corps de la pensée pour le saisir comme un objet, une *res extensa*. Nous entrons maintenant dans les coordonnées de cette rupture datée du début du XVII^{ème} siècle en Occident.

1- LA RUPTURE DE DESCARTES

1-1 LE DUALISME CARTESIEN :

SUBSTANCE ETENDUE ET SUBSTANCE PENSANTE

« On ne saurait se représenter dans toute son ampleur l'influence que cet homme (René Descartes) a exercée sur son époque et sur les temps modernes. Il est ainsi un héros qui a repris les choses entièrement par le commencement, et a constitué à nouveau le sol de la philosophie, sur lequel elle est enfin retournée après que mille années se soient écoulées. »

Georg Wilhelm Friedrich Hegel

A partir de l'approche unitaire d'Aristote, nous franchissons plus de quinze siècles pour aborder le moment de Descartes (1596-1650). Ce dernier représente un moment-clé dans la constitution du rapport du sujet avec la nature et avec son corps. Il est fondamental pour saisir la disjonction définitive du corps et sa position d'objet de connaissance. D'une façon inédite, le geste cartésien dissocie l'étendue, le corps, l'espace et la pensée. Il sépare ainsi radicalement l'étendue corporelle et la substance pensante. Ce moment est crucial dans notre parcours pour souligner l'hétérogénéité des deux espaces et la tension inhérente à tout individu humain qui habite un corps lui-même habité par la parole, nous y reviendrons. Il est nécessaire de poser ses repères pour donner le relief de la théorisation freudienne (à la fin du XIX^{ème} siècle) du corps malade déterminé par des conflits inconscients.

Descartes montre avec une acuité impressionnante ce dédoublement topique caractéristique du sujet humain. Son cogito prétend instituer le point aveugle de la pensée qui se saisit elle-même à partir du rejet des savoirs constitués et d'un doute dit hyperbolique.

Le corps situé dans l'étendue appartient à l'espace dont il occupe une partie. Il est disjoint de la pensée réduite au sujet de l'énonciation : « je pense ».

Ce point d'appui est en creux et saisit l'existence sans aucun autre indice d'identité ou d'essence. Ce geste qui pose le corps dans l'étendue spatiale et le prend comme un objet de connaissance est fondateur dans la culture occidentale et marque un tournant dans les discours (politiques, scientifiques, médicaux).

Il faut donc lire le moment Descartes en suivant ensemble ces deux lignes.

D'une part il fonde le cogito et « l'épure d'un sujet transcendantal » (Lacan) qui cherche un point d'appui et une certitude solide. Il se réduit alors au point de sa pensée et de son je pense. Doubtant de tout, je ne doute pas de ma pensée. Je pense et si je pense je suis. Cette pensée conditionne alors son être même.

Il oppose alors ce qui est localisable dans l'espace à la pensée définie comme un lieu hors du lieu, « *partes extra partes* ».

« *Dubito, cogito ergo sum* » est la sentence cartésienne qui traverse les siècles.

Elle est le résultat d'une expérience et d'une interrogation sur les propositions premières, les principes ou les fondements du savoir. Peut-on douter de tout ou quelque chose résiste-t-il à la mise en doute ?

Au moment où je doute de tout, je ne doute pas que je doute : il y a une certitude du doute, une certitude inébranlable sur laquelle je peux m'accrocher : je suis une pensée, je pense.

Penser est toujours un « Je pense », un cogito et cela implique un Je suis.

Au-delà de tous les doutes, Je me saisis comme pensant. L'être n'est pas une conséquence de la pensée mais il en est le fondement. A partir de ce moment cartésien, les choses reçoivent leur statut du rapport au principe et à son sujet (le Je), « elles sont essentiellement ce qui par rapport au sujet se tient comme un autre, comme obiectum. Les choses elles-mêmes deviennent « objets »¹.

Le moment cartésien dans l'histoire occidentale des tensions de l'âme et du corps est un moment fondé dans la réduction du sujet de la pensée à un point de certitude indépassable et la modélisation de la substance corporelle étendue comme une machine.

Ce moment ouvre la possibilité d'une connaissance sur le corps humain pris comme un objet. La description du corps et de ses organes, du fonctionnement de cette machine corporelle devient théoriquement possible. Le discours médical dans ses avancées techniques et thérapeutiques majeures en sont directement issues.

¹ HEIDEGGER M., *Qu'est-ce qu'une chose ?*, Gallimard, 1971.

Cette réduction du corps à l'étendue est une méconnaissance de la dimension de jouissance de ce même corps. La médecine opère sur le corps mais ce geste n'est possible qu'en occultant, en déniait, en méconnaissant la jouissance de ce corps, la vérité inconsciente qu'il habite. Nous reviendrons sur ce point clinique et « épistémologique » à la fin de cette partie sur la métapsychologie du corps.

1-2 LE MODELE DU CORPS MACHINE

Nous l'avons dit, Descartes inaugure et innove dans la réflexion sur le corps. Il avance une conception sans précédent du « corps-machine ». Cette pensée cartésienne est directement influencée par les travaux anatomiques de l'époque en Italie et en Hollande. Descartes lui-même pratique des dissections animales :

« J'ai considéré non seulement ce que Vesalius et les autres écrivent de l'Anatomie, mais aussi plusieurs choses plus particulières que celles qu'ils écrivent, lesquelles j'ai remarquées en faisant moi-même la dissection de divers animaux. C'est un exercice où je me suis souvent occupé depuis onze ans et je crois qu'il n'y a guère de médecin qui y ait regardé de si près que moi. »¹

Pour Descartes, il est inutile de se référer aux facultés aristotéliciennes de l'âme végétative, sensitive ou motrice. Les moyens matériels et leurs agencements suffisent à rendre compte de la réalité dynamique du corps. Une biomécanique cartésienne s'élabore en s'appuyant sur le fonctionnement des automates de l'époque : les roues, les tuyaux, les engrenages. Pour lui, il n'existe pas de différence entre les machines construites par les artisans et les corps composés par la nature. Ses contemporains peuvent admirer le vol d'une perdrix mécanique, les déplacements d'un funambule sur un fil ou encore la digestion et l'excrétion d'un canard mécanique. Ces constructions semblent démontrer que les actions vitales du corps telles que la marche, la digestion ou la respiration dérivent de « la seule disposition des organes ». Le corps est rigoureusement comparé à un moulin avec son système de tuyaux hydrauliques, à un orgue ou à une horloge. Celle-ci constitue un paradigme important de l'époque avec l'agencement savant des ressorts, des roues dentées et du pendule aux mouvements

¹ Lettre au R. P. Mersenne du 20 février 1639. Citée par F. Dagognet, *Le corps un et multiple*, Ed. Empêcheurs de penser en rond, 1992.

isochrones. Cet instrument simple va produire des effets considérables dans la vie des hommes : la décomposition du temps et sa mesure.

Descartes identifie le corps à une machine qui permet par comparaison un repérage dans les fonctions du corps humain. C'est la disposition des organes, comme dans la machine l'agencement des pièces, qui explique ce qui se passe.

Il écrit encore :

« Je me considérais comme ayant un visage, des mains, des bras, et toute cette machine composée d'os et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre, laquelle je désignais par le nom de corps ».¹

Si le corps anatomique n'est pas une machine, il semble fonctionner comme une machine.

Descartes propose une conception mécaniste du corps-machine-automate selon laquelle le fonctionnement du corps s'explique et se démontre à partir de l'organisation et la disposition des organes. Le substrat organique ou matériel rend compte du fonctionnement de l'ensemble. La rupture cartésienne s'appuie sur les travaux des anatomistes et sépare la pensée de l'étendue, elle rend possible un savoir sur le corps humain changé en « objet ».

Le savoir anatomique va continuer de se développer et se préciser, un siècle plus tard, dans la perspective anatomo-pathologique.

Nous avons vu que Descartes propose une modélisation mécaniste du corps mais le corps humain est lié à une âme, un esprit, il est en relation avec quelque chose d'immatériel.

D'ailleurs Descartes reconnaît que le corps objectivé, ouvert, disséqué et exposé dans le détail des organes (comme la machine et ses pièces constitutives) n'est pas tout à fait mon corps car il est coupé de tout vécu. Le corps subjectif ou éprouvé ne se superpose pas au corps mort.

Chacun se fait une idée du fonctionnement de son corps et de sa composition. On peut éventuellement se référer au savoir anatomique et médical pour déconstruire la réalité d'un organisme humain. On distingue facilement le corps dont s'occupe la médecine et celui du malade. On distingue ainsi le corps pris comme objet d'études, de mesures, d'examens, d'explorations et le corps vécu, qui appartient au malade, qui l'accompagne depuis sa naissance. Ce corps vécu est aussi celui dont il peut paradoxalement s'absenter pendant l'examen médical par exemple.

¹ DESCARTES R., *Méditations métaphysiques*, Méditation seconde, p.156.

On distingue au fond le corps comme réalité étendue occupant l'espace dont il est possible de définir les coordonnées et le corps comme habitation d'une personne ou d'une *psychè*.

Pour ne pas réduire la pensée de Descartes à un matérialisme simplifié, François Dagognet propose de distinguer dans le corpus cartésien trois corps différents :

- le corps anatomique
- le corps existentiel
- le corps historique

Le premier désigne le corps décrit à partir de l'exploration du cadavre en termes de disposition et de fonctions des organes. Le corps existentiel est le corps perçu et vécu par l'individu en termes de douleur, de plaisir ou de souffrance. C'est le corps en tant que lieu de vitalité et de sensations. Le corps historique est le corps qui porte une mémoire et des souvenirs.

1-3 LE MODELE DU CADAVRE

« Heu ! Heu ! fit le vieillard, bien ; oui et non.

Ta bonne femme n'est pas mal troussée, mais elle ne vit pas.

*Vous autres, vous croyez avoir tout fait lorsque vous avez dessiné correctement une figure
et mis chaque chose à sa place d'après les lois de l'anatomie ! »*

Honoré de Balzac

1-3-1 Le corps anatomique

A partir de ce moment cartésien, la science se met à lire le livre de la Nature écrit en langage mathématique (Galilée) et le livre ouvert du cadavre écrit en langage anatomique.

En effet, l'anatomie se déploie à partir de l'ouverture du corps mort. L'œil du regard scientifique franchit l'espace du corps en dépassant ce qui est visible, il passe au-delà du tégument. A partir du corps mort et du point de vue du cadavre nous appréhendons une connaissance sur la vie, sur la maladie : Que voit-on, que lit-on ?

On sait depuis les travaux de Michel Foucault que le discours médical se fonde sur un regard savant et électif. Le corps malade est d'abord pris sous un regard et soumis à des mesures. De cette analyse archéologique, je retiendrai trois points.

Le discours médical, et ses pratiques, sont structurés par une dialectique entre le visible et l'énonçable. Le corps est un objet soumis à un regard qui s'y arrête pour y voir des signes et des sens. Ces signes reliés entre eux forment une phrase qui est la raison de la maladie. Le corps doit être vu (et aujourd'hui il est exploré et rendu transparent) comme un terrain de signes qui détermine ce que l'on peut énoncer comme vérité de la maladie.

L'objet fournit le support visible, le corps est placé sous les feux de l'observation médicale.

A partir de cet objet visible une multiplicité d'informations, de chiffres, de mesures quantifiées est extraite. Elle rend alors l'articulation d'un discours possible. Le savoir et le réel corporel sont liés ensemble et rien ne semble échapper au premier. Mais ce savoir est-il toute la vérité du corps malade ? S'agit-il d'un savoir définitif ou d'une interprétation puissante de la réalité visible ?

D'autre part, Foucault indique les effets de réduction opérés par ce regard clinique. Tout d'abord une réduction nominaliste de la maladie. La maladie est d'abord un nom et l'on sait l'importance de la nomination du mal pour le malade. Ce qui est fondamentalement attendu c'est de désigner et ainsi restreindre la confusion du mal. Cette nomination peut soulager ou inquiéter le patient en fonction de ce qui est associé à ce nom. Mais ce nom, s'il regroupe un ensemble de signes, ne renvoie pas une ontologie particulière.

« La maladie, comme le nom, est privée d'être, mais, comme le mot, elle est douée d'une configuration. »¹

Prenons un exemple, la nomination de la tumeur cancéreuse. Elle est localisée et identifiée par le médecin qui est dans l'obligation d'en « informer » le malade, selon la loi du 4 mars 2002 sur laquelle nous reviendrons dans la troisième partie de cette recherche. Si un nom est posé sur le mal, ce « signifiant » ne renvoie à aucun être ou aucun signifié stable. Dès lors, le sujet va devoir répondre à ce qu'est le cancer pour lui, à ce moment de son existence, afin de ralentir la spirale de significations et de questions sans réponses qui l'assaillent.

C'est pour cette raison aussi que l'information médicale de ce type n'est jamais réussie, satisfaisante ou complète. Le malentendu manque rarement :

alors que le médecin transmet une nomination corrélée à un savoir discursif et à un référent visible, le patient se demande ce qui lui arrive et, surtout, pourquoi ?

Une fois transmise la totalité des informations, des conséquences, des traitements curatifs au malade-récepteur, l'énigme de ce qui lui arrive et de ce qui l'attend reste intacte. Il n'est sans doute pas possible de procéder autrement étant donné la nature des enjeux et des ressorts touchés par le pronostic létal.

Chaque protagoniste garde une impression de manquement, de frôlement dangereux d'autre chose qui ne pourrait pas se dire.

Le regard médical opère aussi une réduction chimique de la maladie, « toute vérité pour la clinique est vérité sensible. »²

De la même façon que le corps fut réduit à son étendue spatiale, la maladie est restreinte à sa réalité sensible et visible. La maladie est ce qui se voit, se touche, se mesure, se met en série.

¹ FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, PUF, 1963, p.120.

² FOUCAULT M., *id*, p.121.

La rationalité médicale repose sur le schéma étiologique de la cause visible. C'est précisément sur ce point qu'elle achoppera devant le symptôme hystérique jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle.

Une des dimensions majeures de la rupture freudienne est de promouvoir une cause cachée et invisible à l'œil nu mais perceptible à l'oreille dans le dispositif précis de l'interlocution analytique.

Enfin, Foucault développe la permutation et le renversement à propos du statut de la mort, le changement de lignes de force dans l'histoire des discours et des pratiques. Ces déplacements sont analysés dans les chapitres 7 et 8 de son ouvrage.

Au XVIII^{ème}, la pensée médicale positionne la mort comme un phénomène naturel et comme le terme final de la vie ou de la maladie. La mort est un fait qui interrompt le cours de la vie et l'évolution de la maladie. L'anatomie pathologique, début XIX^{ème}, et en particulier Xavier Bichat reprecise un autre statut de la mort. Ouvrant les corps et réduisant l'écart entre le décès et l'autopsie, on supprime les effets de décomposition organique. Il est possible de rattacher, de relier les signes des symptômes et les lésions du corps. La mort se révèle multiple et structurée par des paliers et des phases : elle n'est plus le point dernier, point de mire mais elle a son rôle et ses effets en amont.

En 1801, Bichat publie son ouvrage « Anatomie générale » (trois volumes), il nous intéresse particulièrement ici car il propose de renverser les relations entre la vie et la mort. Avant lui, la perspective vitaliste pose la vie comme une manifestation du vivant. C'est un modèle mécanique articulé aux constituants organiques et chimiques du phénomène vital dans lequel surgit la maladie. Celle-ci doit être expliquée dans ce cadre de la vie, il y a une antériorité logique de la vie sur la pathologie. La maladie est un dysfonctionnement et une désorganisation dans le vivant.

Quand Bichat écrit : « la vie est l'ensemble des forces qui résistent à la mort », il pulvérise le concept de la mort et l'introduit dans la vie sous forme de morts partielles et progressives.

Les relations entre la vie et la mort sont complexes et présentes au sein des phénomènes de vie. L'antériorité de la vie sur la maladie est évacuée, la connaissance de la vie a sa source dans la mort et dans la destruction de la vie.

Une nouvelle distribution de la triade constituée par la vie, la maladie et la mort se construit.

« La vie, la maladie, la mort constituent maintenant une trinité technique et conceptuelle. La vieille continuité des hantises millénaires qui plaçaient dans la vie la menace de la maladie, et dans la maladie la présence approchée de la mort est rompue : à sa place, une figure triangulaire s'articule, dont le sommet supérieur est défini par la mort. »¹

Pour saisir cette transition et ce renversement on peut les représenter ainsi (tous les termes se trouvent dans la page sus-citée) :

1) Continuité

VIE	MALADIE (menace)	MORT (effacement, nuit)
------------	----------------------------	--------------------------------

2) Triangulation

MORT (pouvoir d'éclairement)	
VIE (dépendances organiques)	MALADIE (séquences pathologiques)

Dans cette archéologie de la constitution du savoir anatomique subordonné à l'exploration cadavérique, Foucault insiste sur la fonction de la mort qui supporte le savoir médical. La mort agit comme une puissance dotée d'un pouvoir d'éclairement. C'est grâce à elle qu'a pu se structurer et se consolider un savoir précis sur la vie et sur la maladie.

¹ FOUCAULT M., *id.*, p.146.

Cette fonction de la mort dans la constitution du savoir médical est une déclinaison de ce que nous indiquions précédemment dans les rapports de la mort et de la pensée. Tout savoir met en œuvre une mortification de ce qu'il veut saisir et décrire, toute pensée suppose la neutralisation de ce qu'elle articule.

Et c'est parce que la mort fonde la pensée que l'exigence de penser la mort se révèle simultanément impossible et nécessaire. Ce sont les fondements et les limites du savoir qui le poussent à avancer et l'obligent à franchir certaines réticences. Le corpus des connaissances n'arrive pas pour autant à un étage supérieur de sa totalisation mais il entre progressivement dans la confrontation à ce qui le limite et en même temps le soutient. La mort est la limite de la vie individuelle du corps mais c'est à partir de cette mort qu'un savoir sur le corps et la maladie va se constituer.

1-3-2 Commentaire de la Leçon d'anatomie

Cette articulation du savoir à partir de l'exploration du corps mort et ce primat de la dialectique entre le visible et l'énonçable nous semble donnés à voir dans le célèbre tableau de Rembrandt (1606-1669), « Leçon d'anatomie du professeur Tulp ». Nous y insistons pour indiquer que le type de raisonnement étayé sur le référent visible réel et la causalité de la maladie est plus que jamais d'actualité. Les avancées gigantesques de l'imagerie cérébrale font naître de nouvelles propositions explicatives sur les émotions et sur le rôle du cerveau¹. Nous sommes aujourd'hui face à un corps transparent, radiographié, objet de scanner, de traitements radiothérapeutiques et chimiothérapeutiques.

Si le corps transparent et les circuits neuronaux sont sous les yeux du médecin, cela permet-il de réduire le mystère ontologique du corps ou d'entendre certains échos de son opacité ?

Nous montrerons plus loin que le « désir » de voir la cause pathogène ou d'identifier sa réalité tangible est engagé dans une impasse pour aborder un certain nombre phénomènes cliniques.

Mais revenons d'abord sur le tableau du maître hollandais daté de 1632 (le peintre est alors âgé de vingt-six ans). Nicolas Tulp est un personnage important de la cité hollandaise de l'époque où après trente ans de lutte contre l'emprise espagnole, sept provinces des Pays-Bas ont conquis leur indépendance et une liberté de commerce. La Hollande est une de ces provinces, elle est un lieu important avec un essor économique essentiellement maritime.

Au milieu du XVII^e siècle, la moitié du commerce européen transite sur des navires hollandais. Une vie bourgeoise se développe à Amsterdam, certaines familles et personnages importants passent commande pour des portraits de groupe.

Chirurgien anatomiste, N. Tulp décide de mettre en scène une leçon d'anatomie datée du 16 janvier 1632. La date est précise car une seule dissection publique annuelle est autorisée sur le corps d'un condamné à mort. Ici, l'homme vient d'être pendu pour vol, son corps est transporté dans l'amphithéâtre d'anatomie.

La dissection n'est pas un acte naturel, sa généralisation se produira pendant le XVIII^e.

Michel Foucault a attaqué la version officielle de la pratique anatomique présentée habituellement par les manuels d'histoire de la médecine.

¹ DAMASIO A. R., *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*, Odile Jacob, 1995.

On y apprend que la science médicale se serait constituée en contournant les obstacles de la religion et de la morale relatifs au corps cadavérique. « On ne disséquait qu'à la faveur de douteux crépuscules, dans la grande peur des morts, au point du jour, aux approches de la nuit. »

« Lorsque la philosophie introduisit son flambeau au milieu des peuples civilisés, il fut enfin permis de porter un regard scrutateur dans les restes inanimés du corps humain, et ces débris naguère la vile proie des vers, devinrent la source féconde des vérités les plus utiles. »

Foucault déconstruit ce récit légendaire à partir de deux types de faits.

D'une part, la clinique de Vienne dispose d'une salle de dissection comme celle de Pavie en Lombardie. Il cite aussi l'article 25 du décret de Marly qui ordonne aux magistrats et directeurs d'hôpitaux de fournir les cadavres aux professeurs pour leurs démonstrations d'anatomie et enseignements d'opérations chirurgicales.

Foucault synthétise :

« point de pénurie de cadavres au XVIIIe siècle, pas de sépultures violées ni de messes noires anatomiques ; on est dans le plein jour de la dissection. »

Revenons au tableau.

La composition ternaire du tableau est la suivante : les observateurs forment une pyramide et un losange imbriqués qui donnent une impression d'étirement et de mouvement dans l'espace. Enfoncé dans un coin, gît le cadavre. Au centre du tableau, l'anatomiste est coiffé d'un chapeau marquant la prestance et la stature sociale.

A l'immobilité inerte du cadavre s'oppose le mouvement des participants. Ce mouvement est double : d'avant en arrière et vers le haut, le second vers le bas. Ce double mouvement traduit l'élan de fascination, d'intérêt et de curiosité également (sur les participants, deux seulement sont médecins) et le recul de l'effroi face à l'opacité de la découverte du corps et de la chair.

Les regards sont à la fois anxieux et intéressés.

Ce que nous souhaitons accentuer est l'endroit où regardent les yeux. Ce qui attire le regard n'est pas le corps ou le muscle (le ligament des phalanges) mais le livre posé et ouvert, le support écrit du savoir médical. Les personnages cherchent à établir la correspondance entre le visible et l'écriture du savoir. Le cadavre, qui incarne la présence de la mort, est la racine d'un savoir énonçable sur le corps. L'anatomie, dont l'étymologie désigne une section corporelle de bas en haut, étudie le vivant à partir du cadavre ouvert pour voir et établir son savoir.

Dans la construction du regard médical et sa clinique fondée sur l'observation, une corrélation s'établit entre ce qui se voit et ce que l'on dit. Le médecin repère les signes visibles de la maladie et les relie à une cause identifiée. Cette connexion savante du signe à son étiologie donne les coordonnées de la puissance de son acte. Il prescrit ensuite une ordonnance et une thérapeutique.

Nous retenons pour l'instant qu'au cours du XIX^{ème} siècle, la médecine se fonde comme un regard qui trie dans le visible, décrypte la pathologie, et qui tient sa puissance d'un savoir ancré dans l'observation du corps mort. L'anatomo-pathologie vise la totalité et l'exhaustivité du corps. Il y a une primauté du visible et du référent de la réalité au détriment de ce qui s'entend et tente de se dire.

Chaque individu porte avec son corps une réalité qu'un autre peut lire et interpréter sans lui ou sans sa parole. L'anatomie dédouble le corps vécu du malade et le corps lu par le médecin. Ce lieu initial de l'identité et de l'être se révèle le lieu d'une altérité inconnue du sujet et à laquelle accède le regard médical. Ce qui fonde l'individu et lui appartient recèle un registre inconnu qui peut prendre sens et existence pour le regard d'un autre.

Le savoir anatomique à l'âge de Bichat constitue une réponse à l'altérité dans le corps manifestée par la maladie. Le corps mort est un lieu d'exploration, de description scientifique qui permet la constitution d'un savoir anatomique. L'ouverture du cadavre est un moment essentiel dans l'élaboration de la pensée scientifique occidentale. Tout fragment du corps peut exister entrer dans ce réseau de significations à condition d'être vu et mesuré dans des données repérées, dans le rapport constituant du visible et de l'énonçable mentionné plus haut.

Les techniques actuelles d'imagerie cérébrale prolongent le même geste de saisie du corps vivant *in situ* et *in vivo*. Le champ de visibilité du corps s'est élargi puisque le médecin peut voir le dedans et que l'intérieur se projette sous ses yeux. L'anatomie franchissait le tégument pour décrire l'agencement des organes et établir les corrélations entre lésions et pathologies, entre le vu et le lu. L'imagerie poursuit ce franchissement qui vise à rendre le corps transparent à lui-même : quantifié, radiographié, scanné. La totalité de la réalité du corps semble pris par le regard médical appareillé de ses techniques toujours plus performantes.

Ce primat du corps objectivé induit des conséquences cliniques évidentes. Donatien Mallet en cite trois : la mise entre parenthèses de la dimension subjective, la perte de l'évidence en son corps techniqué, l'occultation d'autres dynamiques de vie et de soins¹.

Pour introduire la rupture freudienne à partir du symptôme hystérique, nous ajouterons le rejet de la dimension inconsciente dans le corps. Freud établit que l'anatomie n'est pas le dernier mot sur la réalité du corps humain traversée par les mécanismes de l'inconscient. Il se sépare de l'articulation médicale du visible et de l'énonçable pour mettre à jour la lecture de l'inconscient dans ce qui s'entend à partir de ce que dit le sujet parlant. L'inconscient a des effets qui ne sont pas visibles mais sont réels sur le corps anatomique.

Nous sommes ici dans une partie du champ constitué à l'intersection de la médecine moderne et de la théorie freudienne. Si l'inconscient ne se voit pas dans l'image réelle de l'organisme, il produit néanmoins des effets réels sur celui-ci. La découverte freudienne implique de distinguer la logique anatomique d'une vérité définie comme l'exactitude de la corrélation entre le vu et le lu ou l'adéquation du mot à la chose et la logique d'un autre ordre de vérité.

Avec l'inconscient freudien, il s'avère nécessaire de poser un régime de la vérité propre à la logique interne du discours séparée de toute référence à la « réalité » sensible. L'inconscient qui se lit et s'entend dans la parole singulière du sujet peut produire des effets directs dans le corps lui-même.

Les jalons de ce parcours à propos du moment cartésien permettent d'introduire le relief des énoncés de Freud et la façon dont il va situer le corps dans le champ de la psychanalyse.

C'est à partir de la confrontation à la symptomatologie hystérique des crises, des conversions somatiques, des paralysies inexplicables, que Freud met en œuvre une nouvelle dualité pour rendre compte du corps souffrant. Il va le coupler avec l'inconscient et extraire une dialectique fondamentale entre le corps et le langage. Une conception du sujet, non pas pensant, mais traversé par le langage, s'en déduit. Le sujet et son corps sont autant parlants que parlés. Nous distinguerons plus loin de façon précise le sujet parlant du sujet parlé ainsi que le corps parlant du corps parlé.

¹ MALLET D., *La médecine entre science et existence*, Vuibert, 2007, p.42-49.

2- LA RUPTURE DE FREUD

2-1 LE SYMPTOME HYSTERIQUE :

UNE ENIGME POUR LA SCIENCE ANATOMIQUE

Le mouvement général du début du XIX^{ème} siècle poursuit le programme des Lumières vers « la sortie de l'état de tutelle dont l'homme est responsable »¹. Cette sortie passe par l'extension du domaine de la vérité et la constitution d'un savoir exhaustif du réel. La formule hegelienne « le réel est rationnel, le rationnel est réel » supporte les discours scientifiques de cette époque. La réalité historique s'ordonne dans les progrès de la conscience décrits par Hegel et conduit à son achèvement dans l'Etat de Droit. La réalité corporelle est décrite de façon quasi-complète dans les concepts anatomo-pathologiques bientôt complétés par la science physiologique. Le regard médical embrasse les altérations de maladie et corréle la lésion à la pathologie. La réalité physique, mise en formule par Galilée et Newton, est soumise aux effets de cette écriture. Loin d'être simplement une interprétation chiffrée de la nature, la science physique introduit la logique de ses écritures et participe à la transformation de la réalité. La révolution industrielle qui s'annonce est à l'orée de ses effets. La nature ou le monde sont sur le chemin d'être entièrement connus et maîtrisés, comme l'énonçait justement Descartes.

Dans la dernière décennie du siècle, en 1893, Jean-Martin Charcot passe commande à Freud pour la rédaction d'un article circonstancié sur la distinction entre la paralysie organique et la paralysie hystérique. En effet, le tableau descriptif de l'anatomo-pathologie recèle un point aveugle dans les troubles physiques dont la corrélation lésionnelle n'est pas identifiée. On peut dire que le symptôme hystérique se présente comme l'obstacle à la totalisation visée par le savoir médical. Considérée comme une énigme au regard de l'explication en termes de lésion organique, l'hystérie est alors souvent, et peut-être encore aujourd'hui ?, ravalée au rang d'une manifestation simulatrice dont le rapport avec la sphère utérine et matricielle attestée par l'étymologie alimente une fantasmatique. Derrière l'énigme du symptôme hystérique se mêlent confusément l'énigme de la féminité et du corps féminin.

Enigme laissée intacte par Freud au terme de son œuvre, même s'il livre des considérations non négligeables sur le tabou de la virginité et la puissance d'effroi du corps féminin porteur de la différence sexuelle pour le sujet masculin.²

¹ KANT E., *Qu'est-ce que les Lumières ?*, Garnier Flammarion, 1991, p.43.

² FREUD S., Le tabou de la virginité (1918), *La vie sexuelle*, PUF, p.66-80.

Le savoir anatomique ne rend pas compte de la totalité des phénomènes cliniques et doit être supplémente d'une autre dimension. Celle-ci ne se réduit pas au visible de l'observation scientifique mais invisible ne veut pas dire ineffable pour Freud. Au contraire, l'écoute inédite de cette parole le conduit à poser la valeur déterminante du trauma dans la cause des symptômes. Dans cet article écrit en français, il pose les jalons de sa théorie dite « *Das Abreagieren der Reizzuwächse* ».

La dimension du refoulé et de l'inconscient est directement issue d'une confrontation clinique avec l'énigme du symptôme corporel de l'hystérie. Progressivement, Freud est contraint d'admettre l'existence de pensées cachées, censurées et leurs effets pathogènes sur le fonctionnement du corps anatomique.

Dans cet article différentiel, Freud rappelle que contrairement à la paralysie organique, « la paralysie hystérique est d'une limitation exacte et d'une intensité excessive »¹.

La paralysie hystérique montre qu'une partie du corps peut se dissocier du reste du corps et être inaccessible aux autres associations d'idées du malade en raison de sa forte valeur affective (« *Affektbetrag* »).

Une partie corporelle est isolée et comme détachée du reste de l'organisme. Il avance alors que « l'hystérie se comporte dans ses paralysies et autres manifestations comme si l'anatomie n'existait pas, ou comme si elle n'en avait nulle connaissance »². Cette phrase célèbre souligne au moins deux choses. Tout d'abord, le savoir anatomique ne règle pas la réalité fonctionnelle du corps. Un certain type de symptôme n'obéit pas à la logique anatomique et appelle une autre causalité. Pour Freud l'étiologie sexuelle se double d'une dimension inconsciente.

Quel est le statut de la réalité anatomique s'il est possible de faire comme si elle n'existait pas ? Comment définir ce mécanisme de refus ou de méconnaissance ?

¹ FREUD S., Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques (1893), *Résultats, idées, problèmes*, tome 1, PUF, 1985, p. 50.

² FREUD S., *id*, p.55.

Le tableau clinique de l'hystérie rejette l'anatomie et, avec elle, la rationalité du savoir médical. Elle les met en défaut en indiquant son insuffisance et ce qu'il exclut dans son observation du corps malade. On pourrait risquer cette formule : ce qui est forclos du savoir médical anatomique fait retour dans le corps réel de l'hystérie. Cela veut dire, nous allons y revenir, que ce qui est exclu du regard médical dépasse les deux réductions indiquées plus haut (réductions nominaliste et chimique). Il s'agit ici de la sexualité du corps, de la réalité inconsciente qui habite ce corps et l'opération de castration qui marque le corps.

Le registre inconscient laisse apparaître le morcellement du corps, le recoupement des parties corporelles avec des combinaisons du matériel refoulé. La réalité organique est habitée par le langage et soumise à ses effets de découpage. Ainsi Freud établit un type nouveau de causalité du symptôme tout en s'excusant de devoir sortir de l'anatomie pour éclairer les faits avec des notions dites psychologiques. Ceci va progressivement le conduire à situer la place de pensées ignorées du sujet, du matériel articulé « sans » sujet : un savoir séparé de la conscience.

Dans un autre article¹, il continue son travail de distinction clinique et apporte des preuves pour la nécessité de poser une autre causalité que la corrélation anatomo-pathologique.

Un noyau pathogène situé dans un lieu séparé de la conscience se révèle déterminant pour l'explication des symptômes hystériques.

En 1895, Freud est décidé à laisser parler le sujet hystérique et à écouter plus radicalement ce qu'il tente de dire. Suivre la logique de cette parole va le conduire vers le noyau pathogène des symptômes (la scène dite traumatique). Ce geste sépare la clinique médicale du regard qui sait et sélectionne pour dessiner la clinique de l'écoute analytique qui ne sait pas et ne choisit pas *a priori*. A partir de ce dispositif Freud pose l'hypothèse du matériel refoulé pathogène – c'est une première définition de l'inconscient – et la distinction, dans un même organisme, du corps anatomique et du corps traversé par les effets de l'inconscient.

¹ FREUD S., Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse (1895), *Névrose, psychose, perversion*, PUF, 1995, p.15-38.

La rupture freudienne montre que la réalité du corps anatomique est subvertie par la réalité inconsciente. Le fonctionnement du corps ne se réduit pas à la connaissance anatomique, il faut lui ajouter une causalité d'un autre ordre qui inclut le registre de pensées inconscientes.

2-2 UN AUTRE REGIME DE CAUSALITE

2-2-1 La temporalité de l'après-coup

Freud s'est d'abord penché sur les causes actuelles des psychonévroses (pratique de la masturbation, pratique du *coïtus interruptus*) dont il a rapidement perçu l'insuffisance conceptuelle. Il s'est alors dirigé vers une cause passée du symptôme actuel. Il franchit un pas décisif en posant la nécessité de remonter dans l'histoire pour extraire une scène, une phrase, une superposition déterminantes.

De plus, la cause pathogène située en amont dans l'enfance, est soustraite à la conscience et tenue à l'écart par le refoulement. L'élaboration du mécanisme défensif de refoulement se double d'une temporalité spécifique dénommée « Après-coup ». Un événement postérieur déclenche ses effets par sa connexion méconnue avec une cause inactuelle, refoulée.

Prenons comme exemple le cas d'une patiente, appelée Emma, exposé dans *L'esquisse d'une psychologie scientifique* (1895).

Le raisonnement de Freud tourne autour de deux souvenirs décrits par la jeune femme.

a) Symptomatologie et premier souvenir

La patiente présente une difficulté pour entrer seule dans une boutique. Pour elle, la cause est en rapport avec un souvenir remontant à l'âge de treize ans. Entrée dans une boutique pour acheter quelque chose, elle voit les deux vendeurs s'esclaffer. Prise de panique, elle se sent obligée de sortir du magasin. Dans ses associations, elle avance l'idée que les hommes se moquaient de sa toilette et qu'elle fut cependant attirée par l'un des deux.

Freud note : « le lien qui unit ces fragments d'histoire, aussi bien que les effets de l'incident, restent incompréhensibles. »

b) Analyse et deuxième souvenir

Les séances permettent de mettre en lumière un deuxième souvenir.

A l'âge de 8 ans, elle était entrée deux fois dans la boutique d'un épicier qui avait alors « porté la main, à travers l'étoffe de sa robe, sur ses organes génitaux ».

Freud procède alors au rapprochement des deux souvenirs. Les deux scènes doivent être liées par un trait associatif fourni par la patiente : le rire. Celui des deux commis lui avait rappelé le rire grimaçant du marchand pendant son geste.

c) Reconstitution du processus

(rire des commis) Scène 1

Réactivation Scène 2 (épicier)

Cette scène provoque une libération d'énergie sexuelle qui se mue en angoisse.

Une crainte la saisit, elle a peur que les commis ne répètent l'attentat et elle s'enfuit.

Ce qui est fondamental tient dans les effets rétroactifs de la scène 2 (scène cachée et refoulée) déclenchés par la scène 1. Chaque sujet porte dans son histoire différentes scènes oubliées et refoulées qui sont susceptibles d'être réactivées par des événements qui peuvent en être éloignés dans la chronologie et dans l'aspect. Freud insiste sur le trait associatif qui établit une jonction ignorée du sujet lui-même en proie à l'angoisse ou au symptôme. A côté de la causalité anatomique lésionnelle, Freud propose une causalité psychique qui n'exclut pas le corps mais complexifie l'abord du corps malade et le met en rapport avec les contenus refoulés.

Il commence ainsi à composer une altérité d'un genre nouveau dans les relations du sujet avec son corps et la maladie. C'est le chapitre que nous ouvrons maintenant.

2-2-2 Vers une nouvelle altérité

Il commence ainsi à composer une altérité d'un genre nouveau. On pense habituellement la maladie somatique comme l'expression d'une altérité au lieu du corps. Le corps malade est le lieu d'une altérité que la médecine prend pour objet et peut expliquer par son savoir.

Freud commence à travailler sur l'altérité des pensées inconscientes et leurs effets sur le fonctionnement du corps. Il est soumis à la logique de pensées inconscientes et peut servir de support pour leur expression et leur résolution transitoire. Au lieu même du fonctionnement du corps anatomique, le symptôme montre en plein jour une énigme à entendre plutôt qu'à lire à partir d'un regard extérieur.

La logique des mécanismes de l'inconscient, dépliée à partir de la voie royale du rêve, viendra après ce premier affrontement à l'énigme du symptôme situé comme l'effet d'une altérité de pensées in-sues sur le corps anatomique lui-même. Deux points sont ici à souligner.

Si la cause du symptôme est cachée à l'œil de l'observateur et refoulée pour le sujet malade, elle peut être approchée et située à partir du discours du patient. D'autre part, le corps habité par l'inconscient veut dire qu'il est traversé par l'infantile et des vœux inactuels, des pensées passées et présentes.

L'infantile freudien ne se réduit pas au passé et aux souvenirs, il caractérise l'insistance du refoulé à vouloir dépasser son destin qui se manifeste sous différentes formes dont le symptôme est une des modalités.

Ces premières avancées freudiennes relatives à l'étiologie de l'hystérie articulent un nouage entre *psychè* et *soma* par le symptôme. Il est composé de l'enchevêtrement des fantasmes, des pensées et des processus somatiques, des organes corporels. D'autre part, le symptôme témoigne d'une tentative de résolution d'un conflit. Il est une solution, un compromis dit Freud entre le moi et des pensées inconciliables qui touchent la sexualité. Un compromis veut dire ici que le symptôme tente – c'est le résultat d'un processus de défense et d'une activité subjective - de concilier ce qui ne l'est pas sans y parvenir. Pour Freud ce qui demeure inconciliable pour le sujet parlant c'est la sexualité et le moi, la pulsion et le moi ou la parole et le désir. Le symptôme est un certain arrangement inconscient dans la satisfaction pulsionnelle du sujet.

Nous avons vu précédemment que Descartes sépare deux substances irréconciliables qui trouvent leur jonction dans la glande pinéale. Freud n'opère pas non plus une réconciliation mais il distribue autrement la réalité du corps et de l'âme. Le corps est traversé par les effets du langage et l'âme est conçue comme un appareil psychique structuré par sa dépendance au langage. L'âme et la pensée sont saisies dans les grilles du signifiant et le véritable dualisme de Freud est celui du corps et du langage que nous développons maintenant.

2-3 LE DUALISME FREUDIEN : LE CORPS ET LES PENSEES INCONSCIENTES

2-3-1 Les pensées converties dans le corps

Ces différents rappels veulent indiquer la présence du corps malade dans les premiers pas théoriques de Freud. La dimension nouvelle de l'inconscient oblige à dissocier la réalité organique et la réalité corporelle fantasmatique. A partir de Freud, il devient nécessaire d'envisager un registre de pensées, de souvenirs de scènes ignorées déterminant un certain type de symptôme. Le corps anatomique doit être distingué du corps traversé par les effets de l'inconscient. Dans ce moment freudien, les deux registres qui nous occupent ici sont présents : la réalité somatique, l'atteinte corporelle, la dimension réelle du corps et une autre réalité inconsciente encore indéterminée, reconnue avant d'être connue.

La souffrance psychique peut se déplacer dans le corps selon un mécanisme que Freud appelle une conversion. Le travail de la cure vise à trouver, à retrouver ou rétablir la connexion entre les représentations écartées et l'affect déplacé dans un segment du corps. Freud dit aussi que le corps peut se mettre à « parler »¹ pendant la séance.

Dans le cas « *Elisabeth Von R.* » qui souffre d'astisie-abasie, ce sont les membres inférieurs qui sont arrimés à un réseau de pensées ignoré par la patiente. Ces jambes sont prises dans la parole et traversée par ses énoncés. Au moment où la parole approche d'une scène importante ou d'un nœud dans l'histoire, une douleur physique apparaît.

¹ FREUD S., *Etudes sur l'hystérie*, PUF, 1956, p.117.

De plus, le corps montre une parole qui ne peut être dite, des pensées refusées s'incarnent d'une façon particulière. Un fragment corporel du malade permet à quelque chose de se signifier, le symptôme est alors le « signifiant d'un signifié refoulé de la conscience du sujet »¹.

Le corps est parlant au sens fort du terme, quelque chose parle à travers lui et ses souffrances. Il abrite sans le savoir des pensées ignorées, il est habité par le langage qui parle à travers lui. Le corps n'est pas maître de tous ses mouvements et ça parle en lui. Le mécanisme de conversion traduit ce saut mystérieux des conflits psychiques dans l'espace corporel.

2-3-2 La notion de complaisance somatique

Dans ce repérage freudien de la distribution des rapports entre le corps anatomique et la réalité inconsciente, il faut s'arrêter sur un autre terme : la complaisance somatique.

Dans son article « Fragment d'une analyse d'hystérie »², le terme de *complaisance somatique* apparaît sous la plume de Freud pour signifier la nécessité pour la constitution du symptôme hystérique d'une participation des deux côtés : *psychè* et *soma*.

Il désigne un processus normal ou pathologique qui « soude » une signification à un organe du corps.

Tout se passe comme si les processus somatiques étaient à disposition pour l'expression des pensées inconscientes. Le corps anatomique est offert aux contenus refoulés et permettait une issue corporelle pour des processus et conflits inconscients.³

Au fond, Freud montre la participation du corps pour le jeu des représentations et du désir qu'elles véhiculent. Dans le symptôme hystérique, les pensées inconscientes se servent du corps indépendamment des références anatomiques et du fonctionnement normal de l'organisme.

¹ LACAN J., Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse (1953), *Ecrits*, op.cit, p.280.

² FREUD S., Fragment d'une analyse d'hystérie (1905), *Cinq psychanalyses*, PUF, 1997, p.28-29.

³ GORI R., La passion de la causalité : une parole en cause, *Cliniques méditerranéennes*, 1993, 37-38, p.7-33.

Cette nouvelle approche du symptôme le caractérise comme un avènement de signification qui peut être interprété, il peut prendre diverses significations successivement ou simultanément¹. Le symptôme implique une mise en jeu du corps et Freud dit qu'il est surdéterminé ou multidéterminé.

On voit ainsi que le corps n'est plus le terrain spatial et géographique qui s'offre au médecin chargé d'y lire des signes et d'établir des significations pour identifier la maladie et prescrire une thérapeutique. Avant même de théoriser la logique de l'inconscient et ses lois, Freud se confronte à un corps malade du langage, porteur à son insu de scènes vues et entendues : c'est un corps mnésique qui « souffre de réminiscences ».

La réalité somatique se prête au jeu du langage, elle lui offre un sol pour l'incarnation de pensées inconscientes.

Il est important de dégager ce premier temps freudien pour définir les lignes de force d'une métapsychologie du corps. Dans ces années de confrontation à l'énigme du symptôme hystérique, Freud avance et rassemble trois considérations :

- L'hystérie se comporte comme si l'anatomie n'existait pas.
- Le corps se met à parler et l'affect peut se déplacer dans le corporel.
- Le corps se prête aux pensées inconscientes et présente une complaisance somatique.

Le corps hystérique fonctionne comme si l'anatomie n'existait pas mais il montre que l'inconscient existe. Freud distingue la mise en jeu du corps avec une complaisance somatique et la symptomatologie exclusivement psychique des autres psychonévroses.

On sait que le terme de pulsion opère une jonction entre les domaines psychique et somatique. Le corps est un lieu d'excitations, de mouvements énergétiques qui se traduisent à travers des motions pulsionnelles. La recherche de plaisir est localisée sur différentes zones ou foyers érogènes et s'articule dans la construction de montages fantasmatiques.

Le corps est à la fois un organisme obéissant à certaines règles en vue d'une finalité et un lieu de plaisir pour le sujet. Freud insiste sur cette double appartenance des fonctions organiques en tant qu'elles participent à la régulation vitale et à la satisfaction de plaisirs.

¹ FREUD S., *id.*, p.38.

Le symptôme hystérique met en acte la possibilité d'un morcellement du corps puisqu'un organe, dissocié du reste du corps, est investi par le jeu des pensées inconscientes. Dans un texte ultérieur fondamental, Freud précise explicitement la disjonction produite dans le corps anatomique par la réalité inconsciente. Il explore la causalité psychogénique de l'altération d'une fonction corporelle éminente (la vue) dans son article intitulé « Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique »¹.

¹ FREUD S., Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique (1910), *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 1995, p.167-173.

2-4 UN CORPS DEDOUBLE :

REALITE ANATOMIQUE ET CORPS FANTASMATIQUE

Nous avons approché le mécanisme de conversion pour qualifier la particularité du symptôme hystérique et l'issue d'un conflit psychique dans le corporel. L'opposition et la lutte psychiques se résolvent pour ainsi dire dans le corps. Il s'agit d'un conflit entre les pulsions du moi (pulsions d'auto-conservation du corps individuel et de sa reproduction) et les pulsions sexuelles (pulsions partielles attachées à certaines zones du corps qui échappent au moi). Ainsi, des représentations en empêchent d'autres de devenir conscientes. Pour dire les choses plus précisément les organes sont investis et sollicités par deux groupes pulsionnels opposés. La surface du corps et l'ensemble de l'organisme sont le lieu d'affrontement entre le moi et les pulsions sexuelles.

Le moi est un concept directement lié à l'autoconservation du corps individuel qui rassemble la pluralité des organes. Ces deux aspects du moi (unité et multiplicité) caractérisent la réalité du corps qui est en lui-même une pluralité unifiée, une multiplicité totalisée. Pour Freud, la fonction du moi est de « maîtriser » la réalité organique vers la finalité de la conservation individuelle et la succession des générations.

Tout d'abord, l'organisme est au service de la reproduction de l'espèce et s'inscrit dans une logique vitale qui le dépasse. Freud conservera cette double logique (individu/espèce, exemplaire/genre) jusque dans ses remarques sur *Au-delà du principe de plaisir*¹. Dans ce texte publié en 1920, il fait référence à la théorie de August Weismann (1834-1914) relative à l'immortalité du germen et la mortalité de l'enveloppe somatique. Pour Weismann, la substance vivante se compose d'une moitié mortelle et d'une autre immortelle. Le corps individuel est alors le moyen de reproduction indéfinie d'une substance immortelle.

Du point de vue biologique, le corps est soumis à une double logique : celle de son individualité et celle de son espèce. Freud prend acte de cette double logique mais lui donne une nouvelle forme dans son opposition entre la sexualité et le moi.

¹ FREUD S., *Au-delà du principe de plaisir* (1920), *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981 p.91.

Dans son article sur le trouble de la vision, il s'attaque au symptôme psychogène le plus connu : la cécité partielle sans fondement réel ou causalité organique identifiée.

La cécité est abordée dans la perspective analytique du conflit entre les pulsions du moi et les pulsions sexuelles. L'organe de l'œil est pour le moi le support de la fonction vitale de la vision et du repérage spatial. L'œil est le symbole de la connaissance et du sujet connaissant qui saisit les objets du monde. En grec, *scopes* signifie voir, savoir et définit la vie contemplative.

L'œil sert à observer le monde extérieur et les objets. Dans la logique du moi et de la conservation de l'individu l'œil est un organe fondamental pour s'orienter dans le monde, repérer les dangers, coordonner les mouvements. C'est un organe de connaissance, un moyen de connaissance.

Mais l'œil est aussi une zone érogène dont le plaisir de voir déborde et dépasse sa finalité vitale. L'œuvre du cinéaste Alfred Hitchcock est précisément centrée sur l'opposition de la vision et du regard, sur l'invasion de l'œil par le plaisir de voir.

A titre d'exemple frappant, on peut citer la phrase de Stella dans *Fenêtre sur cour* :

« *Oh Dear, we become a race of Peepings Toms* ».

Cette tentation de voir est croisée avec la culpabilité du sujet. L'homme veut voir et se fait piéger par son plaisir.

Nous verrons que la figure littéraire convoquée par Freud dans son texte répond exactement au dispositif de l'œil coupable de vouloir voir et puni d'avoir vu. Il s'agit de Lady Godiva et de « Peeping Tom ».

Freud isole la fonction du moi qui rassemble et concilie les parties de l'organisme, les pulsions du moi qui maintiennent la vie homéostatique du corps.

Cette régulation du moi entre en opposition avec les pulsions sexuelles qui visent exclusivement l'obtention du plaisir et la satisfaction. Elles ne sont pas soumises et ordonnées à la finalité de la reproduction et à la cohésion du corps. Le point crucial de ce premier repérage clinique est la dichotomie de deux logiques pour un même corps. Les organes anatomiques sont à la disposition des pulsions du moi et des pulsions sexuelles.

La difficulté pour l'être humain est donc de devoir servir deux maîtres à la fois. Le même organisme supporte deux logiques superposées : la régulation vitale du moi et l'exigence libidinale et fantasmatique déterminées par la logique de l'inconscient.

Pour le dire autrement, Freud met au jour que le corps anatomique est traversé par le langage, soumis aux mécanismes de l'inconscient et aux mouvements du désir.

Le symptôme hystérique témoigne de la soustraction d'un organe à la maîtrise du moi. Une fonction vitale est « retirée » à la somme supposée de l'organisme. D'autre part, l'organe ou le segment corporel retranché de la logique anatomique est alors investi et sexualisé. Il devient alors le support d'une satisfaction. On peut donc repérer deux aspects dans la logique freudienne à l'œuvre dans le corps selon qu'un fragment corporel est une partie d'un procès signifiant ou le support d'une satisfaction paradoxale.

Dans cet affrontement entre les deux logiques auxquelles le même organisme est soumis, Freud fait intervenir le mécanisme du refoulement.

Depuis sa création en 1895 pour rendre compte du clivage dans les pensées du sujet hystérique et la logique du saut dans le corporel, le mécanisme du refoulement s'est complexifié. Il intervient ici directement dans la dimension du fonctionnement des organes et la satisfaction qu'ils peuvent receler.

Freud : « nous avons coutume de traduire les obscurs processus psychiques qui interviennent lors du refoulement de la scopophilie sexuelle et l'apparition du trouble psychogène de la vision en faisant comme si une voix vengeresse s'élevait dans l'individu et approuvait l'issue du procès en disant : « Puisque tu as voulu mésuser de ton organe visuel en t'en servant pour un malin plaisir sensuel, ce n'est que justice si tu ne vois plus rien du tout. »¹

Un procès se déroule dans le théâtre intime du sujet entre la partie du moi et la partie sexuelle pour l'investissement d'un même terrain organique. Deux armées adverses veulent envahir un même territoire géographique et s'affrontent dans un procès qui déclenche un refoulement des exigences de la sexualité. Ce refoulement produit des effets sur le fonctionnement de l'organe concerné qui ne peut pas conserver son usage normal.

¹ FREUD S., Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique (1910), *op. cit.*, p.172.

L'organe oculaire est alors frappé de cécité, il ne fonctionne plus comme miroir connaissant du monde et sombre dans l'aveuglement. Comment rendre compte de ce refoulement de la fonction visuelle ou des effets de l'inconscient sur l'œil?

L'argumentation scientifique de Freud va prendre appui sur la culture mythique et littéraire en mentionnant l'histoire médiévale de Lady Godiva.

Epouse du comte de Mercie et seigneur de Coventry, elle lui demande de diminuer les taxes qui accablent les habitants de la ville. Il accepte à condition qu'elle traverse nue à cheval les rues de la ville. Chaque habitant, par respect pour la Lady, reste enfermé derrière ses volets pendant son passage, sauf un, qui veut voir. Regardant le corps nu passé sous ses fenêtres, il est alors frappé de cécité. Ce conte nous montre que celui qui veut voir ce qui est interdit, soit la femme nue sur son cheval, se voit frappé d'une cécité inhibitrice.

Pour Freud c'est la logique de l'inconscient dans le corps qui est à l'œuvre dans le conte. Le symptôme de la cécité est produit par l'échec du refoulement des investissements sexuels dirigés sur l'organe visuel. Le désir sexuel est refusé et la partie organique concernée succombe au refoulement dans l'altération de sa fonction. Si le refoulement était complet et réussi, l'œil fonctionnerait normalement. Il est incomplet et frappe l'œil de cécité.

Les dernières lignes de l'article sont consacrées à la répartition entre l'organique et le psychique, le constitutionnel et l'accidentel dans l'étiologie des névroses. Il révoque la complaisance somatique pour qualifier dans l'hystérie le facteur constitutionnel selon lequel l'organe exagère son rôle érogène et provoque le refoulement des pulsions.

Un point important de ce texte est le refoulement qui se révèle analogue à un jugement de condamnation. Le refoulement des pulsions sexuelles entraîne l'altération de la fonction organique de l'œil. On peut noter que le refoulement emporte dans son mouvement les fonctions du corps et que la condamnation des représentations s'effectue par une paralysie et un blocage de l'organe.

Le refoulement, qui porte sur des représentations et sur des mots ou des phrases, produit des conséquences somatiques. La réalité de l'organe impliqué dans les représentations est soustraite au contrôle du moi et échappe alors à l'unité corporelle. Bien plus, Freud met en évidence un effet de sexualisation et de satisfaction. L'organe « coupé » de l'unité corporelle par le refoulement devient le support d'une satisfaction.

L'œil ne fonctionne plus et n'obéit plus au moi. Cette négation de la fonction vitale correspond à une satisfaction ambiguë, inconsciente. L'œil devient le support d'un plaisir de voir qui excède sa fonction initiale.

Freud découvre et déchiffre les conséquences du branchement de l'ordre symbolique sur le corps. Il lit l'inconscient, il en montre la logique dans différentes formations dont le symptôme et pose un dualisme entre le langage et le corps, entre le corps anatomique et les effets de l'inconscient sur cette réalité.

Mais est-ce que tout le corps est soumis à l'inconscient ?

Ou cela ne nous indique-t-il pas une autre dimension pertinente pour la clinique de la maladie létale ?

L'organique doit être situé en lien avec le narcissisme primaire et l'investissement libidinal du corps propre. En effet les organes font partie du moi et en même temps le sujet n'en a pas conscience. Ils sont intégrés au corps mais ne prennent leur autonomie qu'avec la maladie et la sortie de leur silence initial. La dimension organique serait l'éclairage freudien sur le silence nécessaire de Leriche. Il s'agit de montrer les conditions psychiques de ce silence organique, le point de vue libidinal de ce silence et du fonctionnement du corps. Nous abordons maintenant la question du refoulement sur les organes du corps et le statut du refoulé organique.

Comment le corps vient-il travailler l'appareil psychique ?

Comment impose-t-il une contrainte économique au psychisme ?

Le corps est d'abord le lieu de provenance des excitations internes qui va déterminer l'espace d'une zone frontière entre l'appareil psychique et la réalité somatique. Cette zone est celle du jeu des pulsions. Le premier temps de la découverte freudienne porte sur les conjonctions et tensions de la réalité somatique et de la réalité psychique.

Spontanément, chacun pense que son corps lui appartient et qu'il a une certaine unité. Le corps appartient au sujet sous certaines conditions que la maladie met à l'épreuve dans la révélation d'une altérité au lieu de l'identité.

3- DE L'ANATOMIQUE A L'ORGANIQUE

3-1 LA NECESSITE DU REFOULEMENT ORGANIQUE

Notre lecture de l'article sur le trouble psychogène de la vision a permis de mentionner les effets du mécanisme du refoulement sur la fonction somatique impliquée dans le désir et soumise aux investissements sexuels. C'est un premier niveau de refoulement sur le fonctionnement organique. Chaque organe, ou chaque fonction vitale, est susceptible de participer à un montage désirant dans une combinaison pulsionnelle. Toute partie du corps est une zone érogène en puissance et peut être investie de libido. L'érogénité est une propriété générale de tous les organes.

« La propriété érogène, écrit Freud, peut s'attacher de façon toute particulière à certains endroits du corps. Il y a des zones érogènes prédestinées, ainsi que le montre l'exemple du suçotement. Mais ce même exemple nous apprend aussi que n'importe quel autre endroit de la peau ou des muqueuses peut servir de zone érogène et doit par conséquent posséder une certaine aptitude à cela. »¹

A la totalité unifiée du corps dans son fonctionnement cohérent des organes s'oppose la possibilité libidinale d'investir des morceaux de corps, de localiser une jouissance sur un fragment isolé. Ou encore, l'autoconservation somatique est redoublée par la dimension du plaisir de la libido d'organe.

Mais comment s'effectue la régulation de l'érogène et la mise en place de la maîtrise du moi sur le corps ?

Quel refoulement doit-il s'opérer pour que l'espace psychique se dessine ?

Freud a affronté ses différentes questions et les rapports de l'inconscient et du corps, entre la dynamique pulsionnelle éclatée et la nécessité de faire tenir le corps ensemble. Nous retrouvons la tension aristotélicienne entre l'unité du corps et la multiplicité qu'il doit essayer de contenir.

¹ FREUD S., *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), Gallimard, 1989, p.107-108.

3-1-1 La fiction phylogénétique freudienne

L'expression de « refoulement organique » apparaît dans le corpus freudien entre 1897 à 1929. Elle reste peu explicitée par Freud et condense plusieurs aspects, elle est surdéterminée. Je m'en tiendrai ici aux deux occurrences qui encadrent son parcours sur plus de trente années de recherche. Soit la lettre à Fliess datée du 14 novembre 1897 et la note de bas de page dans *Malaise dans la culture* (1929).

La soixante-quinzième lettre adressée à Fliess avance plusieurs idées sur la notion en construction de refoulement qui détermine deux dimensions. Il s'agit d'un mécanisme psychique mais dont Freud suppose « qu'un élément organique » entre en jeu et qu'il s'agit « de l'abandon d'anciennes zones sexuelles. »¹

Dans le développement de l'enfant, certaines zones corporelles doivent être désinvesties au profit d'autres :

« à l'âge infantile, les décharges sexuelles ne sont pas encore localisées comme elles le seront plus tard, de sorte que les zones plus tard abandonnées (peut-être même toute la surface du corps) déterminent, dans une certaine mesure, la production de quelque chose qui peut être analogue à l'ultérieure décharge de sexualité. »

En 1929, Freud élargit sa perspective et propose un « refoulement organique » déterminant dans le cours de l'évolution anthropologique. Il s'agit du refoulement nécessaire de la réalité corporelle pour que la vie culturelle et le développement de la civilisation soient possibles. On sait qu'à différents endroits de son œuvre, Freud reprend l'idée de la récapitulation avancée par Ernst Haeckel (1834-1919) selon laquelle l'ontogénèse reproduit la phylogénèse. Les moments importants du développement de l'enfant reproduisent à l'échelle individuelle les phases évolutives de l'espèce.

A l'origine, la périodicité du processus sexuel détermine une intermittence des excitations psychiques sexuelles liées aux stimuli olfactifs. L'avancée de l'évolution met à l'écart l'olfaction et fait passer au premier plan les excitations visuelles qui peuvent « entretenir une action permanente ».²

¹ FREUD S., Lettre à Fliess n°75 du 14-11-1897, *Naissance de la psychanalyse*, PUF, 2002, p.203-208.

² FREUD S., *Le malaise dans la culture*, PUF, p.42.

Il s'agit pour Freud d'indiquer la nécessité d'une mise à l'écart des excitations corporelles et des sensations polymorphes pour qu'une modification de la vie psychique se déploie. Un refoulement sur la réalité sensitive et organique est crucial dans le développement phylogénétique.

Il définit les trois étapes successives de ce procès culturel avec la verticalisation du corps, le privilège de la vue et la permanence des stimuli visuels sur l'odorat et l'intermittence des stimuli olfactifs. Ensuite, cette prépondérance de l'excitation visuelle produit une visibilité acquise des organes génitaux. Cette continuité de l'excitation sexuelle permettrait alors la fondation de la famille et représenterait le « seuil de la culture humaine. »¹

Il continue plus loin en abordant la thématique corporelle de la propreté. Pour les enfants, les excréments ne sont pas répugnants, ils ont « une valeur en tant que partie de son corps qui s'est détachée ». L'éducation diminue la valeur de la matière fécale et opère une « transvaluation » de sa valeur. Celle-ci est possible car ces matières suivent alors le même destin que les stimuli olfactifs lors de la verticalisation du corps de l'être humain.

Elles sont condamnées en raison de leurs fortes odeurs. Freud précise que l'érotisme anal succombe au mécanisme de « refoulement organique » qui a frayé jadis la voie de la culture.

Cette notion freudienne est l'objet d'un questionnement contemporain dont nous allons présenter les lignes de force et les enjeux pour cette recherche.

On définit généralement chez Freud le refoulement comme un mécanisme qui porte principalement sur les représentations, les pensées et non sur l'affect. Freud dissocie dans toute son expérience clinique le refoulement des manifestations d'affects dans le corps.

Que signifierait alors ce refoulement sur des organes et des zones érogènes ?

Comment envisager ce mécanisme de refoulement sur la réalité somatique ?

Existe-t-il un refoulement pour la constitution du somatique, du lieu d'investissements pulsionnels ?

Comment Freud procède-t-il pour introduire la réalité du corps dans son architecture théorique ?

¹ FREUD S., *id.*, p.42.

Il n'y a de réalité psychique qu'à partir de la quantité d'investissement libidinal distribuée sur ces zones, il est pris dans l'opposition plaisir / douleur.

Nous sommes ici dans un premier registre de la fonction du corps qui alimente et fournit des perceptions, des excitations à la pensée, aux fantasmes,...

Ce refoulement permet au nourrisson, à partir de l'action du prochain qui s'occupe de lui (nous allons le voir dans le chapitre suivant intitulé l'organique c'est le réel), d'obtenir un gain de survie. En effet, ce refoulement jette un premier voile sur l'infantile, l'érogénéité diffuse du corps va alors se localiser sur certains points et jeter les premiers fondements d'une organisation sexuelle. Le refoulement organique signifie ici la restriction et la localisation de l'éros sur certains lieux du corps qui ouvrent l'émergence de « points de saillance »¹.

L'emprise initiale réelle du somatique se détache et ouvre la possibilité d'une vie psychique. A partir d'un lieu indifférencié – morcelé – apparaît une réalité dont les zones érogènes sont les repères à partir desquels le corps se construit comme projection d'une surface, comme moi.

François Villa indique quatre pistes de réflexion par rapport à cette notion freudienne² : refoulement organique / refoulement originaire, refoulement individuel / refoulement spécifique, refoulement organique / érogénéité, refoulement organique / développement de la civilisation.

Nous choisissons la troisième pour argumenter nos repères métapsychologiques sur le corps réel dans sa dialectique avec le corps nécessaire.

¹ VILLA F., Au-delà des métamorphoses du corps : la chair du psychique, *Champ psychosomatique*, 2008, 50, p.67-91.

² VILLA F., Le refoulement organique et les progrès techniques de la médecine, *Cliniques méditerranéennes*, 2007, 76, p.45-60.

3-1-2 Refoulement organique et érogénité du corps

La troisième nous semble la plus pertinente pour cette partie sur l'anatomie et l'organique. Il s'agit de souligner ici le passage du soma érogène vers le primat de certaines zones érogènes. Le réel organique est ce qui reste désinvesti, silencieux, derrière l'image visible du corps.

Le corps est d'abord une manifestation de la vie et de la jouissance, des excitations, des tensions, des circuits qui frayent les voies de la satisfaction. La réalité du corps doit être nettoyé et vidé de cette première vitalité diffuse. Le soma doit être déserté par la jouissance qui se localise sur certaines zones privilégiées

Il y a un refoulement nécessaire du somatique pour que l'érogène puisse fonctionner et enclencher la pulsion. On peut dire que la pulsion correspond à un réglage du somatique qui suppose un contrôle des orifices et des bords du corps.

Le corps réel est pour ainsi dire refoulé afin que la pulsion marche et combine ses excitations.

Plus radicalement, nous allons le voir dans la partie suivante, le corps doit être vidé et déserté pour pouvoir accueillir la parole et l'espace psychique.

Le corps désigne ce lieu qui doit être habité par un sujet parlant. Le corps est comme un vide qui accueille la parole et le corps des mots, il est traversé par le langage. Ce corps doit être déserté par la jouissance, la vitalité éparse pour que les circuits de la pulsion, les échanges réglés avec l'Autre soient possibles.

Qu'est-ce qui permet au corps d'être l'hôte de la parole et du sujet désirant ?

C'est le vidage de la vie en trop qui rend possible l'accueil de la parole, l'incorporation du langage et l'animation comme corps d'un sujet et comme sa possession.

3-1-3 Le silence organique

Revenons un moment sur le silence organique posé par Leriche. Est-il premier ou construit par les effets du langage sur la vitalité du corps naissant ?

Ce silence traduit la distance entre la réalité vitale du corps et la vie de l'esprit, la mise à l'écart de la réalité organique à partir de laquelle s'institue la possibilité d'un espace psychique. En effet, rappelons-le, la subjectivité ne s'élabore qu'en se séparant des excitations physiques liées à la matière vivante du corps. Celle-ci est d'abord morcelée et traversée par la confusion des excitations, la discordance des tensions. Progressivement, la matière charnelle va prendre forme dans le reflet spéculaire et s'unifier dans une image fondatrice. Lacan a développé cette identification et sa fonction dans les rapports du sujet avec son corps et l'instance du moi.

Le moi désigne l'instance psychique produite par l'identification à l'image du miroir, il est un filtre projectif situé entre la réalité organique, l'espace psychique et le monde extérieur.

Le sujet parlant possède un corps auquel il ne se réduit pas. Il est séparé de son être qu'il articule au lieu de l'Autre sans jamais pouvoir totalement le saisir ou le dire. Freud a développé cette dualité entre la réalité corporelle marquée par le langage, habitée par la parole et le défaut de l'être (le manque à être) produit par le signifiant. Nous allons devoir tenir ces deux fils ensemble : l'existence vivante du corps et l'existence discursive du sujet dans l'articulation signifiante.

A quelles conditions le sujet a-t-il un corps ?

Lacan avance que le corps doit être disjoint de sa jouissance, neutralisé et nettoyé de sa vitalité chaotique.

L'intervention du langage, des soins maternels est nécessaire pour que corps et jouissance se dissocient. Cette disjonction implique d'autre part un morcellement et une fragmentation du corps. Une neutralisation corrélée à un morcellement permet au sujet de surgir et d'occuper cette corporelle.

Le silence de Leriche est une métaphore intéressante qui met en relief l'écart nécessaire entre la réalité organique et l'espace subjectif. Le corps de l'être parlant est dédoublé entre sa réalité propre et les images reflétées, entre l'intériorité difficilement saisissable et les images qui la recouvrent. Le silence de la santé témoigne de cette saisie originelle de la matière physique dans une forme imaginaire.

Ou encore, plus radicalement, ce silence correspond à la neutralisation effectuée par les images et le langage sur le corps vivant.

Ces remarques sur le procès inaugural de la subjectivation permettent de souligner cette identification à l'image du corps qui soutient l'aliénation dans le moi. Cette identification est aussi une métaphorisation du corps qui supporte le rapport du sujet avec son corps.

Le silence organique traduit une distance avec le vécu organique. Le corps est éloigné, repoussé, ailleurs, extérieur. L'espace psychique suppose cette mise à distance avec la palpitation vivante du corps.

3-2 L'ORGANIQUE C'EST LE REEL

Une mise à distance de la réalité somatique est une condition nécessaire pour la constitution d'un espace psychique. Pour se repérer dans la théorie du corps implicite au discours analytique, Paul-Laurent Assoun propose de distinguer trois registres : le somatique, le physique, l'organique. Il définit le somatique comme le lieu où se forme le symptôme – la conversion hystérique par exemple. L'espace somatique est le lieu du corps soumis aux effets du désir inconscient. C'est l'espace du corps pris dans les effets de langage et de vérité à partir duquel Freud a déchiffré le symptôme hystérique et déduit ses premières avancées théoriques.

Deuxièmement, le registre physique définit la dimension du corps libidinal et narcissique. C'est le corps investi par la libido et soumis aux investissements narcissiques en rapport avec l'instance du moi.

Troisièmement, l'organique désigne le fond et l'*origo* du vivant. C'est en quelque sorte la matière réelle qui fonde les niveaux ultérieurs structurés du corps somatique et physique.

D'autre part, il propose le carré¹ suivant pour distribuer le corps dans la métapsychologie freudienne :

Pulsion ----- Pulsions de Mort

Narcissisme ----- Moi-corps

Il est possible de reconnaître la répartition de la réalité du corps dans les registres symbolique et imaginaire. Le niveau inférieur sera développé dans notre partie suivante sur le corps imaginaire. L'organique qui nous occupe ici serait donc le corps réel, irreprésentable comme tel mais fondateur de la construction subjective du corps. Nous proposerons plus loin d'insister sur la valence dynamique de l'organique en tant que corps morcelé.

¹ ASSOUN P-L., *Leçons psychanalytiques sur le corps*, tome 1, Anthropos, 1997, p.17-18.

Paul Laurent Assoun travaille le registre du « refoulé organique » et mentionne que l'organique pose la question du réel. Cette question centrale permet à la réflexion métapsychologique sur le corps d'éviter deux écueils¹ :

Le premier consiste à situer l'organique comme la pierre de touche de la corporéité et à exclure le registre signifiant qui le structure et le traverse. C'est l'écueil du discours de la science et de la logique médicale qui réduit le corps au statut d'objet anatomique visible et lisible. Cet écueil est une méconnaissance des effets de la structure symbolique sur la réalité corporelle.

Le second écueil consiste à psychologiser et dénier le moment réel du corps en le renvoyant à un « imaginaire » psycho-somatique. Il s'agit du primat accordé à la pulsion et au fantasme qui fonctionne sans l'anatomie mais sépare trop brutalement le corps anatomique et le corps fantasmatique comme deux réalités distinctes.

Notre pratique auprès de patients touchés par la maladie létale oriente cette recherche et indique plutôt que le corps imaginaire qui structure l'identité subjective et le rapport à l'altérité sont travaillés de l'intérieur par un corps morcelé que l'on ne peut négliger. La complexité métapsychologique tient à cette connexion, qu'il faut maintenir, entre deux logiques sur le réel. Il ne s'agit pas, on l'aura compris, de concilier *psychè* et *soma* ou de donner son complément psychique à l'anatomie ni d'affirmer un incertain primat au psychologique, mais de tenir ensemble la réalité anatomique et les effets invisibles du langage de l'inconscient et de la jouissance des organes.

Ainsi, il nous semble primordial de commencer cette partie sur la métapsychologie du corps par l'importance de sa dimension organique et réelle. Le geste inaugural de Freud commence par extraire le corps organique de sa réduction au support anatomo-pathologique. Le corps est pris dans un réseau de paroles et traversé par des articulations signifiantes.

¹ ASSOUN P-L., Le refoulé organique, le travail inconscient de l'organe, *Trames*, 2001,30-31, p.36.

Ce que nous cherchons dans cette partie sur le corps réel est cette réalité qui file entre le corps mort de l'anatomie et le corps vivant pris dans les pensées inconscientes. A travers les interstices des coupures cartésienne et freudienne s'indique la matière du corps morcelé et prématuré.

Lacan va proposer un dualisme différent pour situer le corps dans le champ analytique et sa théorie. Il s'agit du corps spéculaire et du corps morcelé. Nous continuons cette partie sur le corps réel en accentuant l'importance du corps morcelé dans la vie psychique.

Le réel organique du corps qualifie ainsi son inachèvement, sa néoténie, sa mortalité. A différents endroits de sa théorie, Freud insiste sur la prématuration du nouveau-né et l'épreuve fondamentale de détresse ou de déréliction. Quelle est cette détresse ? A quoi correspond-elle ? Comment l'articuler avec la dimension réelle et organique du corps ?

Dès 1895, dans son texte sur L'esquisse d'une psychologie¹, il inaugure la naissance de la *psychè* en rapport avec une expérience corporelle déterminée.

Pour Freud, le corps est une source permanente d'excitations qui oblige un travail psychique pour lier l'énergie aux représentations, pour symboliser ce qui vient du corps.

Dans ce texte, Freud dessine une configuration originelle à propos de l'importance de l'action du proche pour la survie de l'enfant, le croisement d'interprétations entre le cri, l'appel de l'enfant et la réponse de l'autre, la marque de l'expérience de satisfaction et ce que cela enclenche. Freud construit un système nerveux, un corps qui reçoit des impressions et des marques. Il insiste aussi sur la première expérience de satisfaction et le mouvement qu'elle produit. L'appareil psychique, sa logique de recherche, son mouvement de désir en tant que ce qui cherche l'identité de pensées, l'activité même de la pensée comme substitut au mécanisme initial de l'hallucination : toute cette complexité rassemblée dans ce projet nous montre à ciel ouvert l'ancrage du psychisme dans la réalité corporelle.

Freud montre le rapport entre le corps démunie de l'enfant et la présence du prochain qui prodigue des soins, profère des réponses et maintient une attention à ce que vit l'enfant.

¹ FREUD S., Esquisse d'une psychologie scientifique (1895), *Naissance de la psychanalyse*, PUF, 2002.

Fondamentalement inachevé, le nourrisson est dans une dépendance à l'Autre sans lequel il ne peut vivre. Cette présence de l'Autre est médiatisée par les soins, l'attention, les paroles. La prématurité détermine l'importance de la maîtrise et l'unité anticipée, mais elle caractérise aussi un rapport de dépendance avec l'Autre.

Un pas supplémentaire nous introduit à la dimension de la détresse et de la déréliction. On définit la détresse en rapport avec la prématurité du nourrisson et la nécessité vitale de la présence de l'Autre. Ce dernier prête attention aux mouvements corporels de l'enfant, à ses cris et ses appels. Il prend soin de cet être vulnérable et sans puissance. La déréliction caractérise l'état premier de l'infans et la limite indépassable à partir de laquelle s'inscrivent l'angoisse de la perte et de l'absence. En effet, l'enfant commence par vivre la non-présence de l'Autre comme un laisser tomber irréversible et insécurisé.

Freud distingue le progrès réalisé quand la situation de désaide n'est plus attendue sans rien faire mais pleinement attendue. De plus Freud situe l'enfant en état de désaide moteur et de désaide psychique.

3-3 L'ETRANGETE DU CORPS MALADE

« Le carrousel tournait à nouveau dans sa tête : l'esprit plus délié que jamais dans un corps ennemi – du mercure dans une gaine de plomb. Elle éprouvait, pour la première fois, la sensation d'habiter son corps.

Allait-il, de nouveau, devenir ce scaphandre où, tout à l'heure, elle étouffait, ruisselante de sueur ? »

Gilbert Cesbron

Ne faut-il pas donner toute son importance au rapport d'étrangeté qui lie le sujet à son corps et en préciser les éléments ?

On avancera ainsi que le processus freudien du refoulement de représentation et des signifiants a des répercussions sur le rapport avec le corps. On montrera que ce qui permet de situer ce registre d'une mise à l'écart distincte du refoulement classique est indiqué par Freud dans son texte sur *L'inquiétante étrangeté*. Il est en effet possible de lire cette dimension de l'expérience constitutive du rapport du sujet avec son corps. Nous tenterons d'en donner les coordonnées structurales et certains enjeux cliniques.

Lorsque le silence des organes est rompu et l'écran déchiré alors une étrangeté apparaît dans le rapport d'occupation et de possession du corps.

Dans son article publié en 1919, Freud se livre à une analyse étymologique et philologique du couple de termes *Heim-Unheim*. Le premier appartient à la famille du familier, du confortable, du chez-soi alors que le second désigne ce qui est étranger, extérieur. Ce parcours dans les différentes langues et cultures montre que le familier peut coïncider avec ce qui est caché ou dissimulé. Freud extrait une remarque de Schelling qui énonce « quelque chose de tout à fait nouveau et à quoi notre attente n'était certainement pas préparée. Serait *Unheimlich* tout ce qui devait rester un secret, dans l'ombre, et qui en est sorti ». ¹

Dans la situation étrangement inquiétante, le sujet rencontre quelque chose à lui-même ignoré dans la réalité effective. Ce qui lui est intime et familier se manifeste dans une situation réelle.

¹ FREUD S., *L'inquiétante étrangeté* (1919), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, 1985, p.222.

3-3-1 Les quatre strates de l'*Unheimlich*

Pour tenter de donner son unité à ce motif, Freud en traverse les différentes strates. J'en retiendrai quatre. Tout d'abord, l'étrangeté surgit quand le sujet ne sait pas si l'être vivant qu'il observe possède une âme ou, à l'inverse, si un objet inanimé n'aurait pas un âme. On peut évoquer l'étrangeté produite par les automates, les poupées mécaniques, les statues. Lacan en donne une formulation plus précise :

« Pensez que vous avez affaire au désirable le plus reposant, à sa forme la plus apaisante, la statue divine qui n'est que divine – quoi de plus *unheimlich* que de la voir s'animer, c'est-à-dire se montrer désirante ? »¹

La deuxième strate de l'étrangeté est celle du rapport au double. Un personnage rencontre dans la réalité quelqu'un qui lui ressemble. Soit il porte le même nom, soit il se déplace aux mêmes endroits, soit il participe à ses pensées. Freud parle ici de dédoublement du moi et de permutation du moi. On peut donner comme exemple la nouvelle d'Edgar Poe « William Wilson » qui met en scène la confrontation du narrateur avec un rival à différentes étapes de son existence.

Le narrateur et ce rival portent presque le même nom, ils se retrouvent dans la même école. Progressivement le narrateur est préoccupé et hanté par la figure de l'autre :

« Je n'essayai pas de me dissimuler l'identité du singulier individu qui s'immisçait si opiniâtrément dans mes affaires et me fatiguait de ses conseils officieux. Mais qui était, mais qu'était ce Wilson ? - Et d'où venait-il ? – Et quel était son but ? »²

La tension et la rivalité se font de plus en plus fortes jusqu'à la dernière page de l'affrontement ultime avec ce double que le narrateur va tuer. Mais le récit ne s'achève pas avec ce meurtre.

« Une vaste glace se dressait là où je n'en avais pas vu trace auparavant ; et, comme je marchais frappé de terreur vers ce miroir, ma propre image, mais avec une face pâle et barbouillée de sang, s'avança à ma rencontre d'un pas faible et vacillant.

C'était ainsi que la chose m'apparut, dis-je, mais telle elle n'était pas. C'était mon adversaire, - c'était Wilson qui se tenait devant moi dans son agonie. Son masque et son manteau gisaient sur le parquet, là où il les avait jetés.

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre X, L'angoisse* (1962-1963), Seuil, 2005, p.314.

² POE E. A., *Nouvelles histoires extraordinaires*, Livre de poche, 1972, p.36.

Pas un fil dans son vêtement, - pas une ligne dans toute sa figure si caractérisée et si singulière, - qui ne fut mien, - qui ne fût mienne ; - c'était l'absolu dans l'identité ! »¹

Ce que Edgar Poe met en scène dans son texte est la proximité de l'étranger et de l'identité. La figure du double est inquiétante car elle menace l'identité mais aussi parce qu'il existe un étranger ou une étrangeté dans tout rapport à soi pour une identité. Nous développerons dans la partie suivante sur le corps nécessaire la tension inhérente à l'identité qui se construit contre et à partir de l'altérité.

Cette étrangeté du double désigne pour Freud la rencontre dans la réalité effective d'une part de soi méconnue. Le sujet croise dans un « autre » quelque chose de lui-même.

La troisième strate qui caractérise le surgissement de l'étrangeté est la répétition et le retour du même. Par exemple, Freud se promenant dans une ville étrangère et revenant sans le vouloir dans la même rue ou la même impasse. La répétition peut aussi être dans une généalogie et désignée des actes, des destins, des échecs qui se répètent.

La quatrième strate, celle qui nous intéresse le plus ici, met en relation l'inquiétante étrangeté avec le complexe de castration et le registre de l'infantile. Freud montre que l'étrangeté suppose la mise en jeu de la castration et la possibilité de perdre un organe du corps. Dans le conte de Hoffmann qu'il analyse il s'agit de l'angoisse oculaire : l'angoisse de perdre ses yeux. Est inquiétant ce qui active l'angoisse de castration, la perte d'un organe ou d'une partie du corps.

¹ POE E. A., *id.*, p.44.

3-3-2 L'étrangeté du reflet

Ce point nous livre déjà une indication clinique sur l'étrangeté que peut provoquer l'amputation réelle d'une partie malade du corps et ses retentissements psychiques. Si certaines patientes parlent de mutilation pour spécifier l'ablation mammaire, il s'agit de l'entendre au pied de la lettre et l'importance de ses résonances avec l'angoisse de castration et l'infantile qui sont activés dans cette intervention « médicale ».

Dans ce texte, Freud articule l'étrangeté au refoulé et à l'angoisse de castration :

« ce *Unheimlich* n'est en réalité rien de nouveau ou d'étranger, mais quelque chose qui est pour la vie psychique familier de tout temps, et qui ne lui est devenu étranger que par le processus du refoulement. »¹

Mais il pressent en même temps que cela n'est pas suffisant et que si l'infantile est concerné, le surgissement de l'inquiétant ne peut s'y réduire. Nous sommes ainsi conduit à avancer que dans le rapport du sujet avec son corps, quelque chose excède et dépasse le refoulement et la castration. C'est ce que nous proposons d'appeler le corps réel.

Du point de vue du sujet, l'image et l'effet du reflet change avec l'atteinte organique. A travers ce corps blessé et cette soustraction dans la chair, une autre dimension surgit : quelque chose regarde le sujet. Le regard se joue dans l'ordre du visible mais ne se voit pas.

Le corps et l'apparence au lieu de refléter le moi, de promouvoir l'accord font éclater le discord d'avec l'image et, bien plus, ça se met à regarder le sujet. Ce n'est pas le monde (les proches ou les soignants) qui regarde ou détourne le regard mais c'est face au miroir que quelque chose du corps commence à l'interroger voire à l'effrayer.

¹ FREUD S., id., p.246

Quelle est cette intrusion ? Au lieu même de l'identité et de l'incarnation du moi survient autre chose : dans le même, le spéculaire, autre chose qui dépasse l'image. Alors qu'il est d'ordinaire silencieux et plus ou moins maîtrisé, le corps sort de son silence.

La dimension du regard qui se met en place dans le rapport du sujet au reflet n'est pas uniquement ce renvoi de l'apparence réfléchie mais le sujet soupçonne autre chose dans l'image ; puis, le corps meurtri va se changer en objet pour le regard, en chose pour les autres. Qu'est-ce qui jaillit alors au lieu du miroir ?

Nous avons dit que ce sont les organes du corps qui se trouvent devant l'image et la devancent. Ce n'est plus l'image du sujet mais c'est d'abord la réalité d'un corps qui est là. Si ce corps lui appartient, il ne forme plus une unification ou une unité.

Le trou dans le corps, ou plus largement l'altération physique, corrélé à l'idée de la mort portée par la maladie, attire le regard et écarte le sujet de lui-même. Ce qui est inquiétant c'est d'être face à ce corps dégradé sans pouvoir faire quoique ce soit. Ce sentiment d'impuissance du sujet est très prégnant dans le champ clinique qui nous occupe ici.

Nous évoquons ici le climat d'étrangeté qui frappe le rapport du corps à son reflet et ce que peut vivre le sujet dans ces moments. Des inquiétudes face à ce corps malade qui ne répond plus et n'obéit pas. Le corps devient comme autre pour le sujet malade. Un corps ouvert, soigné, quantifié et en métamorphose face auquel le sujet se trouve sans recours, prend le premier rôle et la première place.

L'*Unheimlich* est une porte ouverte et une brèche dans le champ visuel, scopique qui peut conduire à l'angoisse. Tout ce que nous avons évoqué sur ce motif, ces moments de trouble et de perte des repères : quand le corps, que le sujet croit utilisé, tombe malade et se modifie se fait jour un sentiment de doute et d'étrangeté. Freud relate un épisode du même type dans le wagon du train où il entend du bruit, se lève et aperçoit un étranger qui le regarde avant de se rendre compte qu'il s'agit de lui-même.

L'*Unheimlich* est un instant de voir, un instant fugace où quelque chose d'extérieur est aperçu sur la scène du monde familier. Le malade atteint dans son corps passe par un moment d'étrangeté et de distance avec son corps, sauf que cela ne cesse pas, il n'y a pas de sortie par la reconnaissance ou l'appréhension du « à nouveau familier ».

3-3-3 L'angoisse, signe du réel

Le plus souvent, le sujet compose avec cette part d'étrangeté à la fois en lui et au lieu du reflet. Qu'est-ce qui peut faire basculer l'inquiétant vers l'angoisse ? Comment s'opère le glissement de l'étrange vers le signal de l'angoisse ?

Nous avons vu plus haut que l'étrangeté surgit à travers l'image spéculaire où quelque chose advient au lieu du corps. Celui-ci devient l'hôte de manifestations intermittentes dans lesquelles le réel du corps enveloppé par l'image semble pouvoir revenir. Il y a alors deux possibilités, soit la trace de l'*Unheimlich* est recouverte, maquillée ou effacée, soit un mouvement s'enclenche qui conduit à l'angoisse. Dans l'épreuve de la maladie létale, ce qui vient angoisser le sujet c'est d'être collé à cette masse physique qui ne lui obéit plus.

Qu'est-ce qui est angoissant dans le fait d'être malade ou d'avoir un corps malade ? Il y a un arrêt du désir et de son mouvement puisque la libido revient sur le corps propre. L'angoisse est ici placée du côté d'être un corps malade, la pathologie est un facteur de discontinuité qui met en avant la réalité de la chair.

La maladie létale peut réduire le sujet au point zéro de la parole, elle le prive de toute articulation de signifiants. Il ne resterait plus que le corps, mais être uniquement ce corps est-ce possible ? La présence du corps oblitère tout espace pour le sujet qui devient un objet pour l'Autre et notamment pour son regard.

La maladie létale suscite de l'angoisse car le corps du sujet devient pour ainsi dire l'objet de la maladie qui est vécue comme un vouloir non contrôlé, comme quelque chose qui se développe sans pouvoir être liquidée. D'être l'objet de la maladie génère de l'angoisse, le corps n'est rien d'autre qu'un objet médicalisé et l'hôte de la maladie.

Ce corps dénué de tout plaisir ou distraction, constamment happé par l'essentiel et ne pouvant plus coller à l'identité, comment s'en servir et qu'en faire ? Que vient signaler l'angoisse ?

Elle signe l'appréhension de l'inconnu qui entoure le sujet à travers les traitements, les effets secondaires et qui l'accompagne tout le temps puisque son existence dépend des résultats du corps et de ses réactions. Les patients atteints de maladie létale s'en remettent constamment aux mains de l'Autre et sont placés face à son désir.

Offrir ce corps à des traitements qui vont l'amoindrir et le détruire dans son idiosyncrasie pour tenter de le guérir, voilà ce qui suscite de l'angoisse puisque le patient semble marcher dans l'obscurité avec pour seul partenaire son corps et sa maladie.

Celle-ci – avant même sa prise dans le dispositif médical – divise le sujet dans sa pseudo-unité et met à jour la tension que cache l'avoir du corps. Plus la maladie (et la mort) avance et plus le mouvement de réduction vers être-un-corps prend de l'importance. La question de l'être du sujet ne s'accroche plus qu'à ce qu'il a sous la main et qui tient dans ce corps. L'angoisse introduite par l'étrangeté et la maladie létale témoigne du rapport intrinsèque entre le corps et la mort tels que nous les dédoublons entre la fonction et le réel dans ces deux premières parties.

L'affect de l'angoisse est un lien entre les deux volets de cette recherche, après l'angoisse de mort (située entre le moi et le surmoi), nous traitons de l'angoisse du corps malade (située entre le moi et le réel du corps)

Le sujet reste avec cette étrangeté en lui et vue à l'endroit de son reflet. Il doit composer et continuer – ou pas d'ailleurs – à vivre mais l'inquiétant peut devenir oppressant et angoissant. L'*Unheimlich* est un moment et une porte qui peut s'ouvrir sur un signal du réel.

Nous partirons de la phrase de Lacan qui définit l'angoisse comme « le sentiment qui surgit de ce soupçon qui nous vient de nous réduire à notre corps¹ »

Pourquoi est-ce anxiogène d'être un corps ?

Le corps ne parle pas et ne peut pas répondre face à l'Autre, être uniquement un corps réduit le sujet au silence en le laissant sans voix. Être un corps et une présence de chair, place le sujet dans les mains de l'Autre et sa volonté, cela coupe l'axe symbolique et l'échange de la parole. Être un corps c'est être au gré de la volonté de l'Autre et être un objet pour l'Autre sans rien pouvoir dire ni articuler.

¹ LACAN J., La troisième (1975), *Lettres de l'Ecole freudienne*, n°16.

La maladie dispose du corps comme son espace et son étendue, c'est le lieu où elle se manifeste et s'étend. Mais ce corps était d'abord au sujet qui croyait l'avoir et le tenir. Il y a ainsi une dépossession dans l'étrangeté, une dés-appropriation. On retrouve ici ce que nous avons évoqué plus haut (en termes de conflit surmoi-moi à propos de l'angoisse de mort). Le corps est une énigme pour chacun, un mélange de données génétiques, de combinaisons aléatoires, et accompagne le sujet qui le recouvre d'un manteau imaginaire. Ce corps est aussi ce qu'il va présenter dans la rencontre avec l'énigme du désir de l'Autre. L'enfant s'identifie à l'objet de ce désir sous ce que l'on appelle phallus, son corps est phallicisé et érigé pour combler le manque de l'Autre. Etre seulement un corps, ou l'identification de l'être et du corps (ce qui se déroule dans le monde animal) angoisse tout sujet et est une situation récurrente dans la rencontre de la maladie létale.

La question sur l'être « que suis-je là¹? » est la question du sujet à laquelle aucun signifiant de l'Autre ne peut répondre, sur le plan de la sexualité et de la mort. L'impact de la maladie et ses effets corporels viennent ainsi comme une réponse à ce que suis-je ?

Le corps c'est aussi ce qui palpite, ce qui outrepassé le symbolique et transcende le signifiant. Dans l'alliage humain du vivant et du signifiant, le corps échappe à une prise totalisée laissant l'homme avec des morceaux du corps, des objets partiels et pulsionnels, des restes de jouissance. Le sujet, défini comme manque de signifiant et place vide, incarné dans un corps singulier doit trouver un support du côté de la vie dans l'objet *a*.²

L'homme est avec son corps et a un corps. Seulement ce corps, de proche et support identificatoire, peut se situer comme Autre pour le sujet : le corps extérieur et énigmatique. Nous posons l'hypothèse que le signal du réel par l'angoisse est à relier à la dimension réelle du corps. L'insupportable signalisé par l'angoisse est celui d'être confronté au corps réel qui échappe au sujet et se dérobe à la volonté et au désir. En effet la maladie tire de ce côté-là en plaçant la réalité organique au premier plan et en déformant le corps. Cette connexion entre l'être et le corps est constamment interrogée par les effets subjectifs de la maladie grave.

¹ LACAN J., D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose (1958), *Ecrits*, op.cit., p.549.

² MILLER J-A., Biologie lacanienne et événement de corps, *La cause freudienne*, février 2000, n°44, p.7-59.

Le corps est le lieu de l'altérité révélée par la maladie mais aussi l'altérité du langage lui-même. Le corps abrite un réel organique irrésolu, impossible à réduire ou métaphoriser par le symbolique. C'est un corps teinté d'étrangeté, le corps mis à nu, la matière organique qui excède la forme et les contours que lui donne le « moi ».

Nous insisterons dans notre troisième partie sur la maladie et ce qu'elle mobilise dans l'altérité du sujet à lui-même, à ses signifiants, à son noyau sémantique. Ce croisement en court-circuit de la mort et du corps tenus séparés pour qu'un sujet puisse vivre et désirer, éclaire cette altérité du sujet avec son noyau sémantique. En effet la mort supporte la vie si elle s'articule à son impossibilité, le corps est porté par le sujet s'il est abrité derrière l'image et que le *heim* est tranquille. Cette double dialectique est la condition du sujet et de son désir.

Pour conclure, le corps tient au réel en tant que présymbolique, *membra disjecta*, corps morcelé ou corps inachevé. Le corps réel est aussi cette première érogénéisation du corps et les envois d'excitations internes pour la pensée. Nous avons vu également en quoi le corps est aussi le lieu du familier infantile et de l'étranger. Le refoulement classique ne suffit pas à rendre compte de ce point constitutif et nécessite la dimension du réel.

Ainsi que l'organique désigne la réalité des organes dont le sujet n'a pas conscience et leur silence. De plus, le réel du corps est surtout qu'il est soumis à la négativité du langage et à la castration. Le corps du sujet est un corps fantasmatiquement manquant et dont l'économie pulsionnelle porte la diachronie de son histoire et ses points de rupture.

Freud a abordé la souffrance du corps à partir du symptôme hystérique, il a construit une causalité inconsciente et le dédoublement du corps qui s'en déduit. L'hystérie enseigne le morcellement du corps par la logique du plaisir. Nous avons donc insisté, dans cette partie sur le corps réel, sur quatre points : le corps est habité par la parole et traversé par le langage, le morcellement et la fragmentation sont primordiaux, l'étrangeté est constitutive du rapport au corps et nous avons commencé à disposer quelques éléments relatifs au corps malade.

Nous abordons maintenant la dimension fondatrice et fondamentale du corps pour l'inscription du sujet dans le symbolique. Le point de départ clinique montre la tension de l'inconscient et du corps qui souffre de la parole et du désir. Nous avons suivi le trajet de Freud ancré dans la visibilité du symptôme qu'il fallait surtout entendre pour traquer les énoncés d'une énonciation mystérieuse. Nous passons maintenant à la valeur constructive du corps dans le rapport à l'Autre et sa valeur de vitalité pour le sujet de la parole.

Le corps est une construction qui suppose des filtres et des moments constituants. Le sujet est déterminé par l'altérité plus que par son identité même si le corps lui fait « croire » à une identité, une unité, une cohérence. Nous verrons dans cette prochaine partie son articulation complexe aux registres imaginaire et symbolique.

– II –

DEUXIEME CHAPITRE

LE CORPS NECESSAIRE

*« Nos voix résonnent à la gloire de ta venue. Statue nouvelle
Dans un musée rempli de courants d'air. Ta nudité
Menace notre sécurité. Nous t'entourons comme des murs ébahis.*

*Je ne suis pas plus ta mère
Que le nuage qui distille un miroir où longuement se refléter
Avant de disparaître au gré du vent. »*

Sylvia Plath

Nous avons défini le rapport de la mort avec l'appareil psychique à partir du mode de l'ignorance « il ne savait pas qu'il était mort ». Le savoir masque et protège de l'ignorance nécessaire de la mort. L'homme vit dans « le savoir de la mort en général qui le protège du non-savoir de sa mort particulière, effective. »¹

Ce que l'on caractérise comme la conscience de sa mort est en réalité une défense et une protection contre ce non-savoir radical qui signe l'entrée dans le langage. La constitution subjective repose sur l'inscription dans le signifiant qui aliène le sujet de son être. Le langage protège de la mort et en même c'est lui qui l'introduit. Si le langage parle de la mort, le sujet reste fondamentalement sans connaissance de sa mort.

Effet de la parole, il ne peut pas savoir qu'il est déjà mort. Déjà mort définit ici le statut symbolique du sujet du signifiant et du fonctionnement de l'inconscient. Au principe de celui-ci le mot a tué la chose et fait perdre toute complétude mythique au sujet naissant. Le mot supprime l'objet de satisfaction en inscrivant son frayage et inscrit le sujet dans la diachronie de la chaîne, dans une parole où il tentera de ressaisir son unité perdue et d'articuler son désir.

Dans cette deuxième partie, nous allons approfondir les coordonnées de la possibilité pour un sujet d'occuper son corps et la construction nécessaire de la réalité corporelle pour devenir « un corps ».

Dans un second temps, nous interrogerons la réalité du corps à partir du lieu de l'Autre inconscient et des marques symboliques qui fondent le sujet.

¹ VASSE D., *L'ombilic et la voix*, Seuil, 1974, p.212.

INTRODUCTION

Dans notre partie précédente nous sommes revenus à la source du geste freudien. La découverte de Freud implique la mise en jeu du corps dans les conflits psychiques et le situe comme le lieu où se insiste une énonciation qui veut se dire.

Si le corps peut dans certaines circonstances devenir le site de l'étrangeté et révéler une altérité pour le sujet, il est aussi ce qui fonde le sujet du langage et de la parole. Après avoir exploré le corps réel, dédoublé entre l'organique et l'anatomique, qui demeure morcelé pour le sujet et désigne le statut premier de l'inexistence du corps. Nous entrons maintenant dans le registre du corps nécessaire à la fabrication de l'altérité et de la subjectivité.

Nous interrogerons la fonction du corps dans ses rapports complexes avec la subjectivité et l'altérité. Nous allons reprendre la source de l'entrée de Lacan dans le champ psychanalytique et son intervention sur le stade du miroir. Cette expérience, extérieure au champ analytique, a pour ambition de livrer les fondements de l'instance du *Je* à partir de l'image du moi. La possibilité de pouvoir dire *Je* suppose l'unification imaginaire du corps propre et une distance avec la réalité de son corps. Il s'agira de croiser et mettre en relief les différentes strates dans les rapports du corps et de l'altérité imaginaire et symbolique.

Dans un deuxième temps nous reprendrons le thème du miroir de l'Autre et du lieu de l'Autre opérant comme un miroir. L'altérité du signifiant s'incarne dans le corps de l'Autre et c'est à partir de ce lieu vivant que va pouvoir surgir dans un corps un espace psychique. Cette fonction du corps qui fabrique l'Autre travaille en retour ce qui fonde l'unité de ce corps. Ce qui est fondamental pour le sujet c'est d'avoir un corps qui tienne et qui ne s'échappe pas. Lacan est souvent revenu sur ce qui fonde l'unité du corps et en a donné plusieurs versions. On peut en citer deux sur lesquelles nous allons revenir. La fonction unifiante de l'image agit à partir du morcellement corporel primitif et la fonction comptable de la marque unaire vient contrer l'effet de morcellement produit par le langage.

Nous terminerons cette partie sur le corps nécessaire avec la définition du corps parlé et parlant abordé dans le sillage de Freud. Nous avons vu que Freud aborde le symptôme physique et le croise avec une causalité inconsciente. Le corps parlant témoigne d'une énonciation dont l'énoncé se dérobe, quelque chose parle sans pouvoir être entendu. Le corps est aussi parlé car il est traversé par la parole et les effets du langage.

Pour le dire autrement, le corps est habité par la parole et traversé par le langage.

C'est bien du rapport au Logos qu'il s'agit dans la clinique. L'homme n'est pas souverain dans son rapport au Logos. En lui, c'est le Logos qui parle à travers lui. Ce Verbe qui parle, au-delà de lui, traverse son corps et détermine certains effets définis dans l'analyse comme vérité et castration.

Le mouvement de cette deuxième partie de la recherche s'appuie sur une axiomatique de l'inexistence du corps qui appelle la nécessité d'une suppléance de l'image et du symbole. La prématuration et l'inachèvement caractérisent l'inexistence du corps à partir de laquelle supplée la puissance de l'altérité sur ces deux registres. Tout d'abord, l'image spéculaire unifie l'organisme et lui montre une totalité réalisée dans le miroir. L'altérité symbolique marque le corps comme une unité qui compte au prix d'une soustraction de jouissance. L'inexistence du corps précède son existence qui est une construction à partir d'un inachèvement.

On insistera ici sur le corps nécessaire à la construction de l'altérité et à la constitution du sujet.

1- LE CORPS ET L'ALTERITE IMAGINAIRE

1-1 LA SOURCE DU NARCISSISME PRIMAIRE

*« Mais moi, Narcisse aimé, je ne suis curieux Que de ma seule essence ;
Tout autre n'a pour moi qu'un cœur mystérieux, Tout autre n'est qu'absence. »*

Paul Valéry

Pour Freud, la dimension corporelle est soumise à l'affrontement et la tension de forces pulsionnelles contradictoires. Ce qu'il appelle le registre économique caractérise une irrésolution de tensions et de mouvements inconciliables. Il a établi très tôt son premier dualisme entre le moi / la sexualité. Nous l'avons mentionné dans la partie précédente, tout organe corporel peut faire l'objet d'un double investissement (moi et sexuel) et se voit contraint d'obéir simultanément à deux maîtres. Cela produit des phénomènes cliniques précis tels que la cécité hystérique ou l'inhibition de l'organe concerné.

Les rapports entre le corps et le moi chez Freud qualifient l'apport ses sensations et des excitations pour alimenter le moi. La réalité sensorielle et cénesthésique du corps participe à la réalité des investissements du moi.

Que montre l'introduction du narcissisme ?

Tout d'abord la connexion intime entre la structuration du moi et la réalité corporelle, pulsionnelle. Ensuite, la libido ne se porte pas uniquement sur des objets extérieurs mais elle peut investir le corps du sujet, une partie de ce corps. Freud complexifie la répartition libido du moi et libido d'objet.

L'instance du moi prend une autre portée puisqu'elle n'est pas uniquement ce qui œuvre pour l'autoconservation biologique de l'individu mais elle désigne une formation complexe constitutive de l'appareil psychique.

Si les pulsions autoérotiques sont premières, la constitution du moi est secondaire pour Freud et il en appelle à « une nouvelle action psychique »¹ qui permet la constitution de la forme narcissisme. Ce temps du narcissisme primaire est problématique car le moi ne peut pas encore être constitué comme tel.

¹ FREUD S., Pour introduire le narcissisme (1914), *La vie sexuelle*, PUF, 1969, p.84.

Neuf ans après, Freud précise la connexion du corps et des instances psychiques :

« Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface. »¹ Une note précise encore :

« le moi est dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps. »

Le moi est à l'interface d'une réalité organique inconnue et des échanges avec la réalité extérieure. Cet organique peut se manifester dans des conditions précises, Freud mentionne par exemple la douleur.

« La douleur semble là jouer un rôle et la manière dont on acquiert, dans des affections douloureuses, une nouvelle connaissance de ses organes, est peut-être exemplaire de la manière dont, d'une façon générale, on arrive à se représenter son corps. »²

Mais quelle est cette action psychique qui confère son unité au moi ?

Quand et comment les sensations somatiques et les excitations extérieures vont-elles se constituer en une totalité ?

Freud indique la fonction de l'image spéculaire dans la formation du moi mais il n'en livre pas la logique et les ressorts.

C'est Lacan qui va qualifier l'action formatrice du moi et la situer avec la projection du corps dans le miroir. Son article sur le stade du miroir vient ainsi nouer les deux axes freudiens sur la constitution du moi (source auto-érotique et projection de la surface corporelle). Il permet d'ouvrir une réflexion plus large sur la dimension imaginaire dans la réalité subjective.

¹ FREUD S., *Le moi et le ça* (1923), *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981, p.238.

² FREUD S., *id.*, p.238.

1-2 FONCTIONS DU REFLET SPECULAIRE DANS LA CONSTITUTION DU MOI

Henri Wallon (1879-1962) a décrit le moment où l'enfant réagit puis reconnaît son reflet dans le miroir dans son article « Comment se développe chez l'enfant la notion de corps propre ? »¹. Ce qui intéresse Wallon c'est de saisir le moment et la logique qui permettent à l'enfant d'être capable de reconnaître son aspect extéroceptif reflété par la surface du miroir.

Il s'agit de marquer une prise de conscience de la réalité visible et une appropriation positive de soi.

Si Lacan s'appuie sur cette observation empirique dans son texte « le stade du miroir », il va lui donner une toute autre portée et une valeur constituante dans la subjectivité.

1-2-1 La scène du miroir

Rappelons les éléments de cette scène inaugurale : l'enfant et le miroir, le reflet spéculaire et la reconnaissance de l'image. Lacan insiste sur le moment de rencontre entre l'enfant et l'image et l'effet d'identification qui en résulte. Pourquoi cette force de la forme corporelle ? pourquoi cette sensibilité face au reflet ?

Lacan fait référence aux travaux de Louis Bolk (1866-1930) sur la prématurité de l'animal humain. Ce dernier a montré, en 1926, la prédominance de l'inachèvement du nourrisson et sa dépendance totale et prolongée aux soins d'une autre personne. Lacan insiste sur l'effet dynamique de cette négativité physiologique et l'anticipation qu'elle conditionne.

En effet, le sujet anticipe dans le miroir l'unité qui lui fait défaut. Bien plus, l'inachèvement initial de l'être détermine une tendance fondamentale au centre de la conscience selon laquelle le sujet tente de restaurer l'unité perdue de soi. Dans la forme de son corps reflété, le sujet célèbre son unité mentale, la reconnaissance de l'idéal de l'image du double et le triomphe de sa tendance salutaire².

¹ WALLON H., *Journal de psychologie*, 1931, tome 28, p.705-748.

² LACAN J., Les complexes familiaux dans la formation de l'individu (1938), *Autres écrits*, Seuil, 2001, p.40-44

Le secret dynamique de la scène spéculaire est conditionné par l'absence d'unité qui caractérise les deux côtés de la scène (le corps de l'enfant et le reflet). Avant d'obtenir un enfant-sujet et son image unifiée, les éléments sont le corps cénesthésique éclaté et des mouvements perçus dans le miroir. Contre l'évidence visible, le statut premier du corps est d'être éclaté en morceaux.

On peut donc dire que le moment du miroir est une rupture événementielle parce que le corps est initialement éclaté. Lacan met l'accent sur l'assomption jubilatoire et la valence d'identification de cette rupture. Elle signifie principalement deux choses. Le sujet assume l'image par laquelle il est trans-formé, il s'identifie à la forme scopique de son corps. La première mise en forme psychique concerne directement la réalité corporelle.

L'image du miroir confère une forme à ce qui se vit dans l'éclatement et la dispersion du corps morcelé. Elle l'unifie et constitue le support premier des identifications. Le corps entre ainsi dans une structuration progressive à partir de l'image du reflet. Lacan insiste sur la puissance de l'image qui unifie ce qui est discordant et sur sa valeur formatrice d'une matrice de la position discursive du *Je*, nous allons y venir. Le corps fonde l'unité du moi, l'image de sa totalité synthétique, et détermine l'entrée du semblable ou de l'étranger, du rival et de l'intrus. Le premier rapport au monde se déroule sur l'axe imaginaire et sa dynamique propre de relation en miroir, affrontement duel, force de l'image et concurrence pour l'objet à conquérir.

Le résultat de l'identification à l'image est la constitution du *Je* annoncée par le titre du texte¹. Quel est ce *Je* ? Pour Lacan il situe l'instance du moi et constitue une matrice originelle où se dérouleront les conflits et les tensions qui engagent le moi.

Contrairement au dédoublement freudien du narcissisme primaire / secondaire, Lacan situe le *Je* en amont du moi puisque l'échange ne suit pas la fermeture autoérotique mais il la précède et la conditionne. Pour Lacan, l'unité du corps vient du dehors. La mise en jeu du corps dans la scène du miroir permet l'introduction d'une « identité » marquée par l'aliénation et l'altérité. Ce premier écart va progressivement se modifier dans une tension irréductible entre le moi de la personne et le sujet parlant. Le moi sera défini comme une fonction de méconnaissance alors que le sujet sera marqué par un désir de reconnaissance.

¹ LACAN J., Le stade du miroir comme formateur de la fonction du *Je* telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique (1949), *Écrits, op.cit.*, p.93-101.

1-2-2 De l'identification à l'inscription dans le discours

Lacan et Wallon se distinguent par rapport à l'étroitesse du résultat de ce moment du miroir. Celui-ci décrit et met en avant une progression et une maturation de l'enfant. Le repérage de soi dans le miroir est un moment essentiel dans le mouvement développemental de l'enfant. A contrario, Lacan insiste sur la fonction du *Je* devenue possible à partir de la première identification à l'image. Le sujet peut dire *Je*, il peut parler en tant que moi visé comme une unité. La réalité du corps passe par ce mécanisme d'identification et de projection dans l'écran spéculaire.

Le Je représente celui qui parle et celui dont je parle. Moi-même à propos de qui je parle, mis en scène comme un autre dans une narration.

Mais dès que le sujet tente de préciser et de saisir son être, celui-ci se dérobe et laisse percevoir une inquiétante multiplicité. Celui qui dit je pour moi, qui est-il véritablement ? Il est porteur d'une altérité inhérente au discours : un écart de structure sépare celui qui parle et celui qui est visé, celui qui raconte et celui mis en mots. Le moi surgit à partir d'une identification dans le fait d'assumer cette image en lui et de symboliser le corps perçu. La réalité multiple du corps discordant d'avec lui-même se saisit dans une autre réalité et cet écart se double de la séparation entre le moi et le *Je*.

Le corps met en jeu ce rapport d'altérité avec soi-même, cette césure entre le sujet et l'image du miroir. Plus que la tension de la conscience et du corps, de la pensée et l'étendue, de l'unité contrastée de l'âme et du corps, Lacan insiste sur la connexion entre le moi et le je. Le je se précipite dans une forme primordiale extérieure, il apparaît comme un résidu, comme un corps déposé dans le fond. Dès 1949, la confrontation de l'enfant avec le reflet produit ce reste, ce dépôt qu'est la formation du sujet qui dira je, qui pourra énoncer et s'énoncer dans une parole.

Cette identification est une aliénation puisque ce que je vois c'est aussi ce que je ne suis pas : moi au-delà de moi. Une tension s'installe alors entre un corps-désir morcelé et un corps-idéal de soi. Pour le dire autrement le corps est un moment constitutif du rapport intersubjectif dans la constitution de la subjectivité.

La fonction du corps est de fabriquer la dimension de l'altérité, non pas simplement comme extériorité mais dans l'altérité du sujet avec lui-même. L'identité du moi se saisit grâce à une réalité située sur un autre plan de telle sorte que le premier point de repère du sujet lui vient du dehors. L'unité de son corps suppose l'entrée en jeu d'une réalité qui n'en est pas une : l'altérité de l'image virtuelle. Cette identification fondatrice permet de donner une cohésion et de faire tenir ensemble ce qui apparaît d'abord comme morcelé et éclaté.

Cependant, la dimension salutaire de l'unité re-trouvée dans le reflet spéculaire s'accompagne d'un envers dépressif. L'assomption de l'unité anticipée se double d'un mouvement d'abandon et de détresse quand le sujet s'aperçoit que l'Autre qui donne son assentiment peut aussi faire défaut dans ses réponses.

Ce moment structural du miroir recèle deux aspects principaux.

Premièrement, l'image confère une unité au corps mais elle vient de l'extérieur. Le corps unifié n'existe que dans le mirage spéculaire. Lacan souligne la vertu formative de l'image et la reconnaissance dans l'image et la fabrication d'une position énonciative ainsi que l'altérité du semblable.

Il y a une hétérodétermination de l'identité du sujet qui touche son moi et son corps, son désir et sa vérité. La source de ces déterminants se situe au lieu de l'Autre et de son désir. Le corps nécessaire se forme à partir du miroir du regard de l'Autre. Il est le lieu qui accueille le langage, le code et ses mécanismes combinatoires.

Deuxièmement, l'image unifie le corps morcelé dans ses tensions mais elle crée en même temps un écart irréductible entre le corps réel et le corps spéculaire. Si elle rassemble le corps éclaté, elle sépare le sujet de son corps et instaure une tension entre les deux. L'image est la source d'une séparation entre le sujet et le corps qu'il possède comme un objet.

Ainsi le corps est le lieu d'un croisement entre la force formatrice de l'image et la parole d'un sujet qui dira Je. La parole habite un corps capturé dans son reflet. Le rapport du sujet avec ce lieu physique est plurivoque et se situe dans la proximité d'un écart. Un dessaisissement est nécessaire entre le sujet et son corps pour permettre sa stabilité, sa distance et sa localisation.

Le corps fonde l'identification du moi dans le reflet spéculaire et soutient la fabrication de l'altérité du semblable. En délimitant « mon » corps, s'ouvre alors l'espace d'une différenciation avec les autres. Le moi anticipe sa synthèse imaginaire et l'unité d'une forme, mais quelle est la valeur de cette image anticipée ?

Cette assumption est une aliénation dans un reflet inversé. Le moi porte en lui un écart et une non-coïncidence avec lui-même. L'image spéculaire le saisit et le dessaisit, elle l'unifie et le sépare de lui-même. Il possède son unité visuelle mais au dehors et ailleurs. Le moi est cette instance première qui fonde la possibilité du je dans la parole et dédouble cependant ce sujet d'avec son corps.

Nous touchons ici au fondement symbolique de l'Autre incarné, par exemple, dans la mère qui porte l'enfant et se tourne vers le couple dans le miroir, comme nous allons le montrer dans la partie suivante.

La scène inaugurale du miroir s'inscrit à côté d'une autre scène fondatrice qui rend compte de la naissance du sujet. Il s'agit du jeu du Fort / Da, commenté dans notre première partie sur le dédoublement de la mort. Ces deux scènes ont la même fonction de donner à voir l'émergence et l'inscription du sujet dans le langage.

Elles mettent en œuvre un double dessaisissement nécessaire à la naissance du sujet.

Un dessaisissement par rapport à l'imaginaire en tant que le sujet est aliéné à son reflet et que son identité se fonde sur une image extérieure. Un dessaisissement par rapport au monde symbolique en tant que le sujet s'aliène dans le signifiant qui le représente et joue sa partie comme divisé dans sa propre parole.

Nous reprendrons ces coordonnées dans le chapitre intitulé les sites paradoxaux du sujet.

1-2-3 De la ressemblance à la semblance

Le corps, fondateur de l'identité du moi, ouvre vers l'altérité du semblable.

Le premier rapport du sujet et du corps est paradoxal puisqu'il s'identifie à une image qui l'aliène, à une forme inversée qui lui confère son unicité. L'image soutient le sujet et le dédouble, elle est à la fois un support et la cause d'un dédoublement. Le corps visible et scopique opère comme la source d'une identification fondatrice et d'une aliénation. Nous allons revenir sur cette double connivence originelle de l'image et du corps, du reflet spéculaire et de l'identité moïque.

Le semblable détient une valeur captivante pour le sujet de par l'anticipation de l'unité corporelle qu'il représente. Il se produit donc une identification narcissique seconde au semblable qui permet au sujet de se repérer dans la réalité.

« C'est là ce qui lui permet de voir à sa place, et de structurer, en fonction de cette place et de son monde, son être. Je dirai exactement – son être libidinal.»¹

Le rapport entre le sujet et son corps est soutenu par une identification spéculaire liée à un mouvement de précipitation et d'anticipation. Le corps vécu comme morcelé et épars du nourrisson se précipite et s'aliène dans la forme totale de l'image reflétée. Il s'ensuit un perpétuel écart entre le sujet et son moi. Le rapport au corps est sous-tendu par cette anticipation à l'image pleine, à la belle forme qui ne manque de rien.

L'identification spéculaire est un carrefour entre la série des figures moïques qui va se développer et la série signifiante qui représente le sujet et qu'il anime comme je. La réalité physique du corps est reléguée derrière l'image narcissique pour entrer dans un relatif silence propre au langage qui l'investit et la saisit.

Le corps humain est toujours double. En effet, la réalité physique est neutralisée et traversée par le signifiant au prix d'une perte vitale. Pour Freud, cela s'appelle la castration, pour Lacan c'est une perte de jouissance. D'autre part, le corps est vivant et pulsionnel. Pour un sujet, le même lieu du corps croise les dimensions de la mort et de la vie. On dira ici que son corps doit être métaphorisé par l'inscription dans le langage.

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre I, Les écrits techniques de Freud (1953-1954)*, Seuil, 1975, p.144-145.

Il porte, au-delà de sa réalité vitale initiale, une dimension liée au signifiant qui le constitue comme un lieu possible de combinaisons langagières à travers des symptômes. Il reste dans une relation d'avoir c'est-à-dire dans un écart indépassable par rapport à l'être ou manque à être du sujet. Cette béance avec son corps sera mise en jeu par la maladie létale et mobilisée dans cette épreuve. Plus précisément, c'est la fonction d'écran du corps qui est touchée et qui oblige le sujet à répondre face à un corps qui fuit et ne répond plus.

Ce repère de l'Autre délivre l'assentiment qui authentifie l'identité du sujet :

« C'est toi, tu es cela ». Mais ce point de repère peut se révéler défaillant et intermittent. L'enfant affronte les alternances et les mouvements qui creusent sa stabilité première.

La maîtrise anticipée et donnée par le reflet s'inverse pour passer de l'autre côté. C'est l'Autre qui détient la puissance face à l'enfant désarmé dans sa victoire même.

Après avoir précisé la constitution conjointe du moi et du je déterminé par le reflet spéculaire du corps, l'ouverture sur un narcissisme second et l'identification essentielle au semblable pour le repérage du sujet dans le monde de ses objets libidinaux. Il nous faut passer maintenant à l'envers de cette confrontation à l'image du corps. En effet, quelque chose d'autre se déroule dans ce moment dont les effets, s'ils sont moins visibles, sont déterminants. Cet envers correspond à la seconde dimension du mythe de Narcisse (dont l'étymologie indique le *Narkoos*, la narcose, l'engourdissement, l'endormissement). Cet amour pour lui-même et pour son image reflétée est un attachement mortel qui ouvre une réflexion sur la présence de la mort dans l'instance du moi et le versant dépressif du stade du miroir.

1-3 L'ENVERS DEPRESSIF DE L'ASSOMPTION

1-3-1 Les aspects mortifères de Narcisse

Cet envers dépressif se déroule dans la confrontation du sujet avec son reflet spéculaire qui détient une double valence. Il est à la fois vital, vivifiant et mortifère.

Nous entrons maintenant dans l'envers du monde narcissique. Si nous reprenons les grandes lignes du Mythe de Narcisse au fil des siècles, il est possible d'extraire les trois motifs suivants. Tout d'abord, il s'agit de l'amour pour une image, un reflet dans l'eau, le reflet de quelqu'un. Cet amour ne se dirige pas sur un autre différent mais sur le reflet de soi-même. De plus, cette relation en miroir provoque un enfermement de soi dans un isolement. Enfin, la pente mortifère attire le sujet à rejoindre ce dont il est épris, à toucher ce qu'il aime et à s'approcher de ce qui le fascine. Se rapprochant de ce qu'il aime il se noie, il plonge en son image pour y disparaître.

Le mythe de Narcisse accentue l'isolement et le solipsisme du monde de cet être sourd aux sollicitations de la nymphe Echo. De plus, nous pouvons y lire la fêlure et la scission de l'être quand Narcisse éprouve la non-coïncidence de son incomplétude. Le texte montre la déchirure de Narcisse qui ne peut saisir son être que dans une image aquatique reflétée à la surface de l'onde évanescence. Cet amour est habité par la valeur passagère et illusoire de l'image fascinante mais qu'il est condamné à ne pas pouvoir rejoindre. Narcisse est seul avec lui-même et séparé de soi, attiré par son image mais traversé par l'écart de la séparation.

Il y a donc ici une tension inhérente au champ narcissique de l'amour de soi. Le sens ordinaire désigne une auto-suffisance dans laquelle le sujet se complèterait grâce à son image. Mais nous pouvons dire que Narcisse ne jouit pas d'une complétude mais qu'il est divisé et séparé de lui-même.

L'accent porte sur la valeur de révélation de la séparation avec soi qui frappe Narcisse. L'image reflétée lui montre, comme en un miroir, la séparation et l'inaccessibilité de son unité « rêvée ». Ce reflet renforce l'unité perdue de Narcisse. Face à son image, Narcisse éprouve la tension de son manque.

L'image dont il s'éprend témoigne de cette incapacité à se rejoindre soi-même, à advenir dans la plénitude ou à coïncider avec soi. Le récit de Narcisse, contrairement à l'idée répandue de l'amoureux de soi, met en scène la tragédie de l'impossible unité et la béance qui traverse la condition du sujet. A la fois séparé de soi et fasciné par les reflets qui le plongent dans un temps mythique précédant la scission. Narcisse meurt de la distance avec soi et de ce creux en lui que l'image lui révèle à l'infini.

Ce qui le fascine c'est le contraste de la forme unifiée avec la perception endogène du corps désarticulé. La seule façon de se voir comme les autres nous perçoivent est de regarder le reflet. Mais l'image fournit l'imagination de la faiblesse, l'anticipation de la séparation avec soi, le signe de la finitude et de la mortalité. Au lieu de sa première victoire, de l'assomption et de l'élévation qui hausse le sujet dans la forme unitaire du moi, au lieu de cette conquête donc, se déroule une tendance dépressive et descendante. Il rencontre dans ce moment la scission en lui-même de l'unité perdue, l'impossibilité de faire un et l'inachèvement qui est la marque de la finitude et de la mort.

Dans le monde amoureux de Narcisse se situe aussi le sens de la mort. L'importance du reflet et l'illusion de l'image doivent être saisies par rapport à l'insuffisance vitale majeure dont ce monde est issu. En effet l'image reflétée ajoute l'intrusion d'une tendance étrangère. Avant que le moi n'affirme son identité, il va se confondre avec cette image qui le forme et l'aliène. Dans le moment du miroir, le sujet se saisit dans l'autre, à partir de l'autre, du lieu de l'autre. Le sujet s'aliène dans l'image et se saisit par l'intermédiaire de l'autre. C'est l'image visible qui lui renvoie son unité et lui permet de s'identifier. Il y a dans cette tension de l'homme à son image la marque de son inachèvement et comme une présence de son être pour la mort.

1-3-2 La détresse de l'abandon

La détresse surgit aussi quand le point d'appui inaugural qui porte la dimension psychique se révèle instable, défaillant et désobéissant. Il se produit alors comme un retrait de l'Autre qui ouvre une béance et plonge le sujet dans la solitude du désarroi. Il nous faut maintenant compléter le moment du miroir en accentuant la détresse de l'enfant qui mesure sa solitude et son impuissance face aux mouvements de l'Autre.

L'assomption du moi va laisser la place à l'épreuve d'une chute et d'une dépression liées à l'incomplétude du sujet face au monde extérieur. Le sujet découvre progressivement sa dépendance à l'égard des disparitions et des absences de l'Autre. Il est confronté à sa « puissance » en tant qu'il donne sa présence, des objets, des mots. Ce rapport à la puissance de l'Autre ouvre la voie à la réalité de l'impuissance du sujet.

C'est à partir de la dialectique des excitations corporelles et des réponses que se construit un rapport à la présence de l'Autre. Cette présence nécessaire et vitale des réponses et échanges participe à la constitution d'un lieu. C'est à partir du corps vivant que va progressivement se dégager ce lieu extérieur et supérieur au sujet qui devra s'y inscrire.

On sait que la déréliction du nourrisson se résout dans une symbolisation de l'absence. L'inscription dans le langage, si elle divise l'être et dédouble celui qui parle d'avec lui-même, correspond à l'*Aufhebung* du dédoublement aliénant entre soi et son image. Elle sauve le sujet de sa déréliction mortelle.

Lacan :

« Pour autant que la forme de la maîtrise est donnée au sujet sous la forme d'une totalité à lui-même aliénée, mais étroitement liée à lui et dépendante de lui, c'est la jubilation, mais il en va autrement quand, une fois que cette forme lui a été donnée, il rencontre la réalité du maître. Ainsi le moment de son triomphe est le truchement de sa défaite. »¹

¹ LACAN J., *Le séminaire Livre IV, La relation d'objet* (1956-1957), Seuil, 1994, p.186.

L'étincelle de la fascination a pour condition cette distance entre le morcellement et la *Gestalt* spéculaire. Le sujet est capté par l'image totale, la puissance le fascine et le hisse dans une identification fondatrice de sa permanence mentale.

Pour le sujet du miroir la puissance est dans l'autre de l'image et la jubilation est produite par l'écart réel entre ce qui est perçu et ce qui est vécu, entre la forme et le corps désaccordé. Mais cette expérience conjuguée à la rencontre de l'autre maternel va permettre d'inscrire un élément « létal » dans le rapport avec le reflet, le *repercussio*. L'assomption initiale va laisser la place à la dépression. L'image n'est qu'une image dont la réalité s'évanouit et se dissipe, elle donne l'illusion d'une maîtrise qui un nom de la puissance et de la totalité.

Les choses se renversent quand cette puissance renvoie au sujet sa faiblesse, son impuissance, sa détresse au-delà des espérances nées de la rencontre inaugurale avec le reflet.

Ce renversement correspond à un mouvement d'écart constitutif de la subjectivité.

Il permet de nous introduire aux rapports du corps avec l'altérité symbolique.

En effet, la fondation imaginaire s'effectue en présence de l'Autre qui parle et garantit l'identification. Le moi suppose et engage l'Autre qui renvoie au sujet sa propre image et permet la liaison du sujet à l'image. L'Autre fournit des attributions, des significations, des paroles sur ce qui se passe pour le sujet en lui et hors de lui. Le corps fonde l'altérité et la semblance du semblable.

Nous avons vu que ce processus fonde le moi sur fonds d'une non-identité. Etant sans identité intérieure propre ou ne rencontrant pas de parole qui lui assigne une identité finie, le sujet prélève des traits dans l'Autre. Il prend chez l'Autre des paroles, il reçoit des marques qu'il va porter et supporter. Le moi est donc une construction à plusieurs strates qui tient lieu d'identité et s'édifie à partir de traits symboliques et de formes imaginaires.

Il est au carrefour du rapport imaginaire et de la chaîne signifiante.

Ceux-ci ont pour fonction essentielle d'occulter un vide initial et un abîme dans l'être du sujet. La fabrication conjointe du moi et du semblable opère sur fonds d'un défaut d'identité. Ce défaut fondamental (Michaël Balint) caractérise un vide initial et un manque à être que l'on appelle la castration.

2- LE CORPS ET L'ALTERITE SYMBOLIQUE

2-1 LE REGARD DE L'AUTRE ET LA CONSTITUTION DU CORPS

Nous avons vu précédemment que l'assomption de l'image spéculaire est celle du reflet de la surface du corps visible dans ses effets d'identification pour le sujet. Cette assomption manifeste la matrice symbolique où le je se précipite comme un résidu physique à partir d'une forme initiale. L'image du corps visible forme et informe le moi qui permet le *Je*.

Le sujet va pouvoir dire Je à partir de cette saisie dans l'anticipation de l'image totalisée. Il y a un temps de retard ou un écart entre le sujet et sa saisie extérieure, un arrêt entre soi et soi reflété. On voit que le corps structure les premiers croisements de l'imaginaire et du symbolique. Nous passons maintenant à la dernière touche dans la constitution de la scène du miroir que Lacan livre dans sa *Remarque sur le rapport de Daniel Lagache*¹.

Le point important est l'introduction, formulée comme telle, de la dimension de l'Autre dans le mouvement de l'enfant face au miroir.

« l'Autre où le discours se place, toujours latent à la triangulation qui consacre cette distance, ne l'est pas tant qu'il ne s'étale jusque dans la relation spéculaire en son plus pur moment : dans le geste par quoi l'enfant au miroir, se retournant vers celui qui le porte, en appelle du regard au témoin qui décante, de la vérifier, la reconnaissance de l'image, de l'assomption jubilante, où certes *elle était déjà*. »

Le sujet peut lire dans ce regard l'intensité de ce que – sans le savoir – il incarne pour l'Autre. Le regard de l'Autre qui porte l'enfant fonctionne comme un second miroir dans lequel un point idéal s'ébauche et commence à rayonner ou obscurcir les éléments subjectifs.

La scène du miroir est donc triangulaire et met en œuvre une assomption subjective qui croise la reconnaissance de l'image et son authentification par un témoin.

Si le témoin veut dire celui qui a vu, l'accent est porté sur son regard, il opère comme regard décisif dans cette « assomption ». Ce terme religieux définit, rappelons-le ici, l'élévation d'une présence corporelle et précisément celle de la Vierge.

¹ LACAN J., *Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : structure et personnalité* (1960), *Ecrits*, op. cit., p.678.

La fonction de l'Autre est donc d'élever et de conférer un corps au sujet. Son corps et ce qui lui est le plus intime provient de l'Autre et se construit au miroir de l'Autre.

Cette construction branchée sur l'Autre explique que le corps soit le lieu traversé par la question de l'altérité et de l'identité. L'identité du sujet est toujours problématique car il n'est jamais que re-présenté et ne possède aucune substance en dehors du langage. Le corps est un produit et un présent issu de la rencontre avec l'Autre qui en porte les traces et les marques.

Ainsi, la fonction de l'Autre définit l'instance qui valide et authentifie l'advenue du sujet.

Cette instance est incarnée par le par le miroir-plan dans le schéma optique de Lacan ou dans regard de la mère chez D.W Winnicott¹. C'est l'antécédence de l'Autre ou sa transcendance qui détermine la venue et l'apparition du sujet.

L'existence de l'Autre à travers ses gestes, ses désirs enclenche la venue d'un sujet. Il permet à l'organisme prématuré d'être habité par la parole et par un sujet particulier. L'enjeu de ces moments fondateurs est bien que de ces échanges, ces soins, ces demandes autour d'un corps puisse surgir un sujet (re-présenté par un signifiant).

Cet organisme inachevé est plongé dans le monde de la parole et toute une « écologie symbolique ». La fonction de l'Autre est de secourir ce corps prématuré, de le faire entrer dans les défilés du discours et de le laisser apparaître comme sujet. La fonction de l'Autre est celle du lieu de la parole et du langage premier à partir duquel le sujet va se repérer et s'accrocher pour se faire représenter à la place d'une élation de signifiant.

Qu'est-ce que va chercher l'enfant dans l'Autre ?

Il est fondamental qu'il puisse trouver un point où se situer et à partir duquel il se place. Dans le miroir et le regard de l'Autre le sujet doit trouver une place et un point pivot. En effet dans ce regard l'enfant va apprendre à lire les attentes de la mère, ses déceptions voire le regard absent où il doutera de son existence.

Ce moment du corps au miroir de l'Autre est fondamental pour que le sujet puisse entrer dans l'existence et avoir accès à un regard qui le regarde ou le vise comme objet nommé, comme un être aimé.

¹ WINNICOTT D. W., Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, *Jeu et réalité*, Gallimard, 1971.

Qu'est ce que le sujet va rencontrer au miroir de l'Autre ?

Ce miroir a une valence constructive que Lacan indique dans son schéma.

La question n'est pas tant que le sujet puisse s'y voir que la place que ce regard lui laisse et lui indique inconsciemment. C'est aussi la rencontre du désir de l'Autre et de son énigmatique objet qui commence à s'ébaucher dans ce moment crucial. Vers quoi ce désir regarde-t-il ?

Qu'est-ce qui occupe ce regard dans lequel le sujet attend de se repérer ?

2-2 JE EST UN AUTRE

« Je dis je en sachant que ce n'est pas moi »

Samuel Beckett

Ce qu'il faut souligner ici c'est que le corps du sujet tient son unité à partir de la rencontre avec l'Autre et sa reconnaissance. Il y a donc un mouvement de l'Autre sur le corps morcelé à partir duquel la constitution d'un *Je* est possible. Le corps totalisé au miroir de l'Autre donne sa forme et son espace au *Je*.

On peut dès lors indiquer que l'intrusion possible de son corps dans la réalité du sujet a à voir avec l'intrusion de ce *Je* dans sa parole. Il y a un dédoublement de l'altérité qu'il est nécessaire d'indiquer précisément. De même que le sujet se distingue de son corps et « a » un corps, le sujet est distinct de son *Je*.

Il y a toujours une étrangeté dans le rapport du sujet avec sa parole, avec son *Je* énonciatif qui pour une part lui reste inconnu. Qui dit *Je* ? Qui est *Je* quand je le dis ?

L'aliénation dans l'image formatrice du moi se double d'une aliénation dans le signifiant qui représente le sujet. Cette double altérité renvoie à un double dessaisissement : imaginaire et symbolique, que nous avons commencé d'indiquer en reprenant les deux scènes fondatrices dans la théorie analytique : le jeu du Fort-Da et le stade du miroir.

Cette logique de l'aliénation va marquer le corps du sujet engagé dans le processus d'inscription du sujet dans la structure. Le corps fait les frais de l'opération signifiante que nous aborderons en termes de symbolisation et de castration.

L'intrusion est la possibilité constante du corps dans la vie du sujet. Cette étrangeté constituante est corrélée à l'opacité du sujet avec lui-même en tant qu'il parle. Cela sur deux plans. D'une part, il existe toute une marge où il ne sait pas ce qu'il est, où il pense sans y être et s'y reconnaître (dans ses rêves ou ses symptômes par exemple). Il est séparé d'une part intime de lui-même qui se manifeste de façon épisodique. De plus, il ne peut dire avec précision qui est ce *Je* qui parle pour lui. Qui est *Je* ? Qui dit *Je* ?

De quelle multiplicité est-il le représentant problématique ?

Le phénomène de la conscience fait croire à une supériorité et une unicité mais elle laisse dans l'ombre et la prohibition beaucoup de marchandises.

Freud, dans son texte sur l'*Unheimlich*, propose l'image de la conscience-douanier qui contrôle et interdit à certaines marchandises de passer sa frontière.¹

L'énoncé « Je est un autre » de Rimbaud résonne avec la vraie vie est ailleurs...

Cela témoigne selon nous de la déchirure et de la séparation propre à l'être au monde.

Celui qui parle pour moi et dit Je en mon nom est donc distinct de mon être. En disant Je, je m'objective pour mettre une distance avec une autre réalité. Qui est ce Je ?

Une saisie de la multiplicité dans l'être, un rassemblement fictif ancré dans le rassemblement imaginaire de la forme corporelle. C'est le niveau le plus simple de la question narrative et du dédoublement inhérent de celui qui dit Je entre son être et sa pensée.

Je est un autre est aussi une réponse à l'épure du sujet opérée par Descartes :

Je pense donc je suis et la transparence leurrante du sujet avec soi-même. Je est un autre restitue une opacité et un relief au sein même du rapport à soi déterminé par la parole.

Le langage, loin de soutenir une révélation de la présence et de l'être, d'exprimer l'identité et la vérité de celui qui parle, ouvre plutôt une béance et un écart entre ce qui est dit et ce qui ne peut se dire.

En approfondissant le stade du miroir, on peut avancer que si le moi vient de l'Autre alors son identité est aliénée dans ce lieu dont dépend son existence. « Je est un autre » veut dire aussi que Je est constitué par l'Autre et soutenu par son regard. Le *Je* répond au Tu des attentes et des souhaits qui le visent, des désirs qui le précèdent et dont il porte la trace à son insu. De ce pôle constitué de messages et de non-dits, de mirages et d'archives en souffrance, surgira un Je, un sujet, un être en manque d'être.

Nous avons vu que le corps fonde la dimension du *home*, du *heim*, de l'habitat corporel du sujet. Le langage divise et traverse le sujet, le corps conserve dans sa construction la marque de ces deux altérités et un potentiel d'étrangeté que la maladie grave peut activer et renforcer.

¹ FREUD S., *L'inquiétante étrangeté* (1919), op.cit., p.235.

Ce parcours dans les coordonnées imaginaires et la fonction symbolique nous a permis aussi de repérer les différents modes d'unification du corps.

Qu'est-ce qui fait tenir ensemble un corps initialement morcelé et inachevé ?

C'est d'abord l'impact de l'image spéculaire. C'est ensuite la nomination de cette image et l'impact de la voix sur le corps reflété. En troisième lieu, Lacan avance l'idée que la perte d'une partie du corps donne, en retour, une consistance au corps défini comme manquant. Il s'agit d'une reprise de la doctrine freudienne sur la castration et l'objet perdu que nous développons maintenant.

2-3 SYMBOLISATION ET CASTRATION

La dialectique du corps au miroir de l'Autre, centrée sur la valeur d'identification et d'assomption de l'image, possède son envers dépressif indiqué plus haut. Mais il y a un troisième niveau structural qui distingue les mouvements d'investissements libidinaux qui passent dans l'image spéculaire et ceux qui n'y passent pas. Lacan, dans les dernières leçons du séminaire consacré au transfert¹, va insister sur la fonction de d'une partie de l'investissement libidinal qui ne passe pas dans l'image et fonctionne comme un résidu. Ainsi, il détache précisément la possibilité d'un reste dans cette confrontation du corps du sujet au miroir de l'Autre et ses différents mouvements. Ce point est crucial pour compléter les différentes strates du corps nécessaire étudiées dans cette partie.

La jubilation face au reflet de son corps est maintenant reprise sous un autre angle. Nous avons précisé que la scène du miroir était à double étage. D'une part, l'être saisit une unité qui le dépasse et vient du dehors. D'autre part, il se retourne et rencontre une autre altérité que celle de l'image.

Nous avons commencé par définir l'Autre comme le regard et la voix fondateurs pour la constitution du sujet. Nous allons maintenant le situer d'une façon plus « incarnée » comme le corps à partir duquel le sujet appréhende visuellement le manque d'un organe. Freud s'intéresse au repérage et à la symbolisation du corps en lien avec un organe qui manque à sa place.

« On sait comment ils réagissent aux premières impressions provoquées par le manque de pénis. Ils nient ce manque et croient voir malgré tout un membre ; ils jettent un voile sur la contradiction entre observation et préjugé, en allant chercher qu'il est encore petit et qu'il grandira sous peu, et ils en arrivent lentement à cette conclusion d'une grande portée affective : auparavant, en tout cas, il a bien été là et par la suite il a été enlevé.² »

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre VIII, Le transfert* (1960-1961), Seuil, 2001, leçons intitulées « Rêve d'une ombre, l'homme » et « L'analyste et son deuil », p.437-465.

² FREUD S., L'organisation génitale infantile (1923), *La vie sexuelle*, PUF, 1969, p.115.

La fonction du corps vient ici inscrire la différence sexuelle. La position du sujet, son rapport au désir de l'Autre et à son objet (ce qui lui manque ou ce vers quoi son regard se tourne) sont déterminés par rapport à ce qui va être vu sur le corps.

Le corps fabrique la différence et reste marqué par la menace de perdre une partie de soi. Le point important dans la fonction du corps c'est la tension entre ce qui tient unifié et la possibilité de perdre une partie. Le complexe de castration est ce carrefour entre l'inconscient et le corps.

Lacan propose de prolonger les repérages imaginaires de Freud pour situer les coordonnées d'un élément qui manque à sa place : le phallus. Le corps de la mère désigne aussi l'altérité du corps du langage dans lequel le sujet est invité à surgir. Le corps donc est le lieu où opère un élément vide, une case vide à partir duquel l'inscription du sujet dans la chaîne signifiante est possible.

L'Autre comme corps est cette altérité où le sujet rencontre la différence sexuelle et l'inscription d'un élément vide déterminant les effets de signification.

Si le corps a pour fonction de former l'altérité (imaginaire et symbolique), il se structure lui-même en rapport avec ce qui se détache de lui, ce qui se sépare de lui : ces parties privilégiées qui se séparent pour former un « concept inconscient ».

En effet, un des concepts majeurs de l'analyse comporte directement une référence au corps.

Il s'agit du corps dont une partie peut être coupée et séparée du reste.

Freud écrit :

« Le bol fécal, l'enfant, le pénis constituent donc une unité, un concept inconscient – *sit venia verbo* –, celui de la petite chose détachable du corps. Sur les voies de ces connexions peuvent s'accomplir des déplacements et des renforcements de l'investissement libidinal, qui sont d'importance pour la pathologie et sont mis à jour par l'analyse.»¹

¹ FREUD S., Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (1918), *L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même*, Gallimard, 1981, page 236.

On peut dire que la castration articule le registre de l'inconscient avec une partie du corps. Chaque registre ou chaque étape de construction définit un rapport au monde et une interprétation de celui-ci. La question déterminante pour Freud est de savoir et mettre au jour la façon dont la castration fut inscrite pour le sujet. Est-elle refoulée ? Est-elle refusée, comme c'est le cas ici ? Quelles incidences et effets cliniques peuvent-ils alors s'en déduire ?

Les échanges avec l'Autre et les soins du corps, les zones privilégiées sont autant de points d'appui pour interpréter le monde, la sexualité et le désir des parents. Freud met l'accent sur les élaborations inconscientes par rapport à ce désir énigmatique et l'importance de ce qui se détache du corps pour structurer la réalité du monde et le fantasme qui la filtre.

Freud établit ici une série d'éléments avec les fèces, l'enfant, le pénis qu'il propose de subsumer dans la logique de l'inconscient comme une petite chose détachable du corps.

Le corps habité par l'inconscient et traversé par ses effets est celui dont quelque chose peut être détaché, coupé, séparé et perdu. Freud articule de façon subtile deux choses. Le corps de l'enfant est le lieu de différents échanges avec le monde extérieur et les personnes qui s'occupent de lui. A travers ces expériences importantes, il met l'accent sur ce qui entre et sort du corps pour identifier l'inscription de différentes pertes.

Le concept de la castration qui organise la subjectivité et son rapport à l'objet perdu trouve ici sa connexion avec une chose détachable du corps. Ce qui s'inscrit et se range dans l'inconscient comme perte d'objet est d'abord une chose détachable du corps.

Pour l'inconscient, pourrait-on dire, la perte s'inscrit en lien avec ce qui se détache ou sort du corps, la castration désigne l'inscription de cette perte et sa localisation grâce à l'opérateur phallique. La castration c'est la séparation d'une petite chose avec le corps. Le phallus est le joint structural entre la réalité vivante du corps pulsionnel et l'ordre littéral qui traverse la réalité de l'être parlant. Nous y reviendrons plus loin.

Cette mise en place de l'inconscient est corrélée à une perte d'objet dont le concept est la castration. Cela veut dire une partie qui peut se détacher du corps, une référence de ce qui est porté disparu. Freud fait jouer une dialectique entre ce qui sort du corps du sujet et ce qu'il attend au lieu du corps de l'Autre. Notamment un élément corporel qui peut manquer à sa place là où il est attendu. Dans cette fabrication de l'altérité, le rapport à l'autre passe par la médiation phallique que nous détaillerons.

Le corps fait le lit de l'Autre comme le support des effets du Logos. L'effet principal est l'inscription d'un manque et la fonction d'une case vide, d'une référence marquée du moins. La clinique freudienne s'oriente à partir d'un organe attendu à une place et porté disparu : le primat du phallus.

Après avoir détaillé le corps freudien dans son dédoublement entre les pulsions du moi et les pulsions sexuelles, entre les pulsion de vie et les pulsions de mort, le corps lacanien fermé et unifié dans l'imaginaire, nous abordons ici le corps et les bords orificiels (entrées / sorties, dedans / dehors) avec des objets que le sujet perd ou retrouve. Des objets investis de plusieurs significations et qui s'articulent à la problématique pulsionnelle du sujet.

Après avoir détaillé la fonction de l'image et du miroir dans la constitution subjective, il faut maintenant faire un pas supplémentaire. L'altérité fondamentale s'est présentée à nous sous les traits du reflet spéculaire de la forme unifiée, sous les traits du regard de l'Autre ayant une fonction de miroir qui valide et permet la constitution d'un Idéal pour le moi. Le corps se construit dans ses échanges avec l'altérité de l'image et des signifiants.

Le corps est ce qui tient ensemble grâce à l'image du miroir ou ce qui devient un élément du système langagier. Il fait corps et est unifié grâce à l'extérieur et l'altérité. Ainsi son identité et sa cohérence lui viennent du dehors, il ne trouve pas sa cohésion et son être en lui-même et de lui-même. La conscience n'est conscience qu'en étant d'abord reconnue par un autre conscience. Le moi n'est moi et ne peut dire Je qu'en s'identifiant à la forme spéculaire qui le saisit comme unité et l'aliène en même temps dans un autre.

Nos deux premières séquences sur l'altérité imaginaire et l'altérité symbolique veulent mettre en relief le dessaisissement nécessaire qui caractérise les rapports du sujet avec son corps.

Nous montrerons dans la troisième partie suivante que la maladie létale dessaisit le sujet dans les coordonnées de la mort et vient déchirer l'écran du silence organique.

Que se passe-t-il quand la mort empiète sur la vie et que le corps ne tient plus dans ses limites habituelles ?

La réponse du sujet aura pour but de recoudre et ce qui est déchiré, ou encore de « faire tenir » et rassembler par la parole plusieurs éléments de son histoire.

3- LES SITES PARADOXAUX DU SUJET

3-1 LE DOUBLE DESSAISISSEMENT

Contrairement à l'évidence visible, le corps ne tient pas son unité de lui-même mais elle est construite dans des échanges complexes sur les plans imaginaire et symbolique. Ce corps habité par la parole et traversé par les mécanismes du langage donne au sujet son lieu intime et familier. Mais il faut souligner que ce corps est aussi le lieu d'une vacuité et d'un écart du sujet avec lui-même. Il ne s'identifie pas totalement avec son corps, il doit affronter une tension constante avec ce corps qui lui obéit et lui échappe en même temps.

Nous avons vu que l'image du corps recouvre le défaut originel du sujet dans son identité et son être divisé par l'inscription dans la chaîne signifiante. Le langage passe dans le corps, le code prend possession du corps avant que le sujet puisse surgir et parler. Ce rapport au corps et à ses images indiquent en creux la faille subjective d'une incomplétude radicale. Nous avons montré plus haut que la jubilation du stade du miroir est déterminée par le désarroi et le morcellement primordiaux de la réalité organique.

Le corps donne l'illusion de l'unité et du rassemblement sécurisant mais, d'un autre côté, il est ce qui fuit et se révèle fragile.

Ce qui caractérise le sujet dans le rapport avec son corps et avec sa parole c'est la discordance, l'impossibilité de résoudre les tensions ou d'absoudre les conflits. C'est ce que nous entendons ici par « site paradoxal ». Cela veut dire que le lieu de l'être est le lieu du manque à être, que le lieu de l'identité est celui de l'étranger. Ou encore, l'intimité du corps peut échapper et fuir comme les significations qui lui sont liées.

Précisément, ce sont ces tensions et ces paradoxes structuraux qui vont être mobilisés dans l'atteinte somatique létale. Celle-ci vient fragmenter et accentuer les écarts et les béances pour le sujet. Il s'agit donc d'une clinique de l'irrésolution qui doit tenter de renverser les paradoxes mentionnés pour que la parole puisse lier et relier ce que la maladie sépare et déchire.

La maladie somatique, par exemple, creuse cet écart et enclenche avec acuité ces tensions constitutives.

Pour aborder la maladie létale comme un événement de corps, il nous faut préalablement préciser deux dimensions inhérentes à la pratique clinique auprès des patients atteints d'un cancer. La première dimension est celle du langage et de la parole. Le lieu de l'Autre désigne ce lieu où le sujet tente de se saisir, là où il fait l'épreuve de son manque et de sa division entre ses énoncés plurivoques et sa position énonciatrice. Ce lieu du langage est un site paradoxal où le sujet hésite, existe et qui simultanément le traverse et le fait souffrir. La seconde dimension est celle du corps malade. C'est le second site paradoxal qui confère sa réalité vivante au sujet et en même temps se dérobe toujours.

Ces rapports paradoxaux entre le lieu de l'Autre et le lieu du corps sont mis en jeu dans l'épreuve de la maladie létale. La fonction du Je, articulant la chaîne symbolique et le corps saisi dans une identification au moi, entre en fonction dans l'événement de corps produit par la maladie létale.

Le corps fonde la pensée en lui donnant une matière physique, organique. La vie du corps, ses tensions, ses excitations, ses satisfactions constituent le matériau à partir duquel la partition plaisir // déplaisir s'établit. Des zones corporelles se détachent et s'isolent à partir des échanges avec les autres, avec l'Autre. Les premiers processus de pensée, d'associations de sons et d'images, de rapprochements et de connexions, sont déterminés par les traces mnésiques d'expériences de satisfaction ou de déplaisir. Freud situe précisément la source de la pensée comme une substitution enclenchée à partir d'une retrouvaille impossible.

« toute cette activité de pensée compliquée qui va de l'image mnésique jusqu'au rétablissement de l'identité de perception par les objets du monde extérieur n'est qu'un détour dans l'accomplissement du désir, rendu nécessaire par l'expérience. La pensée n'est qu'un substitut du désir hallucinatoire »¹

L'objet perceptif de satisfaction ne peut pas être saisi au moment de la tension, un mouvement réactif se développe entre les traces, les images, les sons.

¹ FREUD S., *L'interprétation des rêves* (1900), op.cit., p.482.

3-2 LE CORPS LIEU D'ÉVÉNEMENTS

A partir de ce que nous avons précisé dans la tension du corps réel et du corps nécessaire et la construction d'une altérité constitutive du sujet parlant, nous interrogeons maintenant le lieu du corps. En quel sens peut-on qualifier la surface corporelle comme un lieu d'événements ? Quelles sont les relations qui se tissent entre la réalité biologique et la réalité du langage et du sens ?

La clinique auprès de patients atteints d'une maladie létale nous oblige à préciser ces relations à la lumière de la découverte freudienne. Cette découverte s'origine dans la distinction des paralysies organiques et hystériques.

Les premiers pas de Freud, précédemment développés¹, croisent de façon inédite la souffrance du corps, les événements biographiques et la logique de l'inconscient.

En effet, Freud articule la réalité corporelle et les pensées inconscientes de sorte que la première devient le lieu opaque d'un processus éloigné.

« Le corps, écrit Jean-Louis Pedinielli, apparaît ainsi, au gré des conceptions théoriques comme le lieu d'un processus qui se situe ailleurs. Promu écran – de protection et de projection – le corps est l'objet d'une délocalisation d'un phénomène psychique inélaborable, inverbalisable »²

Nous devons préciser l'axe de notre recherche par rapport au corps et aux événements qui le touchent directement. Comment le sujet malade va-t-il dire ce qui lui arrive ?

A partir de quel point singulier son énonciation se déploie-t-elle ?

L'atteinte somatique létale devient alors, nous y reviendrons dans la présentation des sept fragments cliniques, le lieu à partir duquel la parole s'enclenche.

C'est à partir de ce qui arrive de façon contingente dans la réalité somatique que le sujet va tenter une parole et répondre à l'effraction.

¹ Cf. *supra* la partie intitulée La rupture de Freud, p.159-173.

² PEDINIELLI J-L., Psychopathologie du somatique : la « maladie-du-malade », *Cliniques méditerranéennes*, 1993, 37-38, p.126.

Observation 4

Edwige est une femme de 40 hospitalisée dans notre institution de soins après une ablation du colon liée à un envahissement tumoral massif. Elle parle beaucoup avec le personnel soignant et semble chercher une confiance afin d'être « rassurée » dans ce moment difficile.

Ce contact proche et affectif peut déstabiliser certains soignants qui me demandent de rencontrer cette femme.

Je rencontre Edwige une semaine après son entrée.

Elle commence par se présenter dans sa profession et ses responsabilités :

« C'est moi qui dirige les affaires, je ne peux pas craquer. »

« J'ai beaucoup d'amis, je suis très entourée, mais... »

Silence.

« Les autres viennent me parler de leurs problèmes, de leur famille. Après ils rentrent chez eux. Mais je suis si seule, vous ne pouvez pas imaginer.

Je n'arrête pas de penser, dans ce moment de la maladie, que si je meurs personne ne saura qui je suis. Je cache beaucoup de choses je ne parle jamais de ma famille avec les amis.

Je ne parle jamais de ma mère. Elle est très autoritaire, elle ne nous a jamais donné confiance.

- Qui nous ?

- Ma sœur et moi. »

Silence.

« Je n'en ai jamais parlé. Elle s'est suicidée en 1988. elle n'en pouvait plus, elle a préféré mourir...

On m'a enlevé 35 cm de colon. On m'a enlevé tout ce que je n'ai jamais pu dire, ce qui s'est accumulé depuis tant d'années.

C'est surtout ça qui m'angoisse actuellement. Me dire que je peux disparaître et que personne ne sache la vérité. »

Ce court extrait clinique me semble présenter deux aspects.

Nous pouvons y lire la façon dont l'atteinte létale transperce la réalité du corps et réactive la trame signifiante dans lequel il est pris.

Ce que les recherches de Freud démontrent ce sont les modalités dont le corps du sujet est traversé par les mailles du texte inconscient.

Edwige pose sa question sur ce qui est caché en elle – sur un plan imaginaire, dans l'intimité de son corps – et qui pourrait disparaître sans mots dire.

Ainsi, le corps est, en un double sens, à considérer comme un lieu d'événements.

D'une part, l'atteinte somatique (ou les phénomènes de douleur) donne une prise et un grain de sable pour le texte inconscient.

« Chez des personnes qui sont disposées à la névrose, écrit Freud, il n'est pas du tout rare qu'une altération morbide du corps – par exemple, par inflammation ou par lésion – suscite le travail de la formation de symptômes, de telle sorte que celui-ci n'a rien de plus pressé que de faire du symptôme qui lui est donné par la réalité le représentant de tous les fantasmes inconscients qui n'attendaient que l'occasion de s'emparer d'un moyen d'expression. »¹

D'autre part, l'atteinte somatique perce le tissage et c'est la parole qui va établir un second lieu où le corps va se parler et être investi de différentes significations.

La parole adressée à l'autre dans un espace de séance peut créer une réponse à partir de ce qui est arrivé dans le corps.

Nous déplierons ces modalités de réponses et leurs enseignements pour la clinique et certains enjeux théoriques, dans la troisième partie de cette recherche.

¹ FREUD S., La nervosité commune (1916), *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Gallimard, 1999, p.495

3-3 SYNTHÈSE SUR LE DEDOUBLEMENT DU CORPS

Nous avons souligné dans cette deuxième partie la bipolarité du corps et du langage. Le corps est le lieu d'habitation de la parole, il est l'hôte du dire des autres et de leurs effets, il est fait de ces dits. D'autre part, le sujet habite le langage, il est supposé à la chaîne de ses représentants. Ces deux lieux sont articulés dans la vie des sujets entre le Soma, habitat de la parole et le Sema, l'habitat langagier.

On pourrait dire que le somatique et le « sématique » sont les lieux géographiques du sujet de l'inconscient.

De quelle façon le sujet habite-t-il son corps ? Quels rapports de division et disjonction peut-on mettre en évidence dans cette recherche ? D'habiter le langage et d'articuler dans le temps la synchronie signifiante, le sujet surgit comme divisé par les mots. Il est représenté par un signifiant vers un autre où il n'est pas, il a une nature d'éclipse, de scintillement entre deux absences ou deux néants : être de non-étant, il est une négativité. Il existe un écart et un manque entre le sujet et ce lieu d'habitat où se pose la question de son être et l'épreuve de son manque dans l'être. D'habiter son corps, le sujet en est dissocié et se perçoit comme séparé de lui. Avoir conscience de soi c'est avoir conscience de son corps et en même temps ne pas s'y réduire.

La question de l'altérité est interrogée à différents endroits de cette recherche. L'être parlant est soumis à un double registre d'altérité interdépendants. C'est d'abord l'altérité du corps, ce lieu intime et silencieux dans la santé. Espace intime dont l'altérité se révèle de façon privilégiée dans la maladie. Si l'âme donne une forme unifiée au corps, elle est dans ce moment particulier de la maladie létale traversée par une scission. Cette altérité du corps est redoublée par l'altérité de la syntaxe inconsciente, mise à jour par Freud.

Dans cette deuxième partie, nous avons développé les modalités d'articulation du corps avec l'altérité sur trois niveaux. L'aliénation du sujet dans son image, la tension asymptotique du moi et du je et la relation à une maîtrise anticipée. Corrélativement, c'est le registre de l'identité, de la reconnaissance et de la stabilité qui se met en place.

Deuxièmement, nous avons défini la projection et le repérage dans l'Autre comme regard et miroir fondateur du sujet.

Enfin, nous avons insisté sur l'altérité du corps maternel en tant que lieu sur lequel se repère la différence sexuelle, le manque phallique et la position prise par le sujet à son endroit. Nous proposons, sur le même mode que le dédoublement de la mort dans la première partie, un dédoublement entre le corps réel et le corps nécessaire.

Le corps réel est le corps morcelé et la dimension organique de l'habitat corporel du sujet de l'inconscient, c'est un corps affecté de mots, de dires et d'inconscient.

L'image spéculaire recouvre le corps organique et permet de maintenir son silence. Ainsi le corps est d'abord un voile, un habillage du réel qui fonctionne comme le refoulement ou la mise à l'écart du corps. D'autre part, les parois imaginaires de cette enveloppe constituent un écran à la dimension de l'inactuel et de l'infantile.

Pour le dire autrement, le corps abrite et recèle de l'inconnu, de l'organique et en même temps il est l'écran qui le protège. Le psychique n'est possible qu'à partir d'une séparation du corps, d'un refoulement organique, d'un vidage de la jouissance, d'une négation par le langage.

Le corps nécessaire désigne la fonction du corps dans la construction des altérités qui fondent le sujet de la parole. Une dialectique s'articule entre ces deux dimensions du corps qui prolonge et conserve en même temps la dualité freudienne du corps de l'auto-conservation et du corps libidinal ainsi que la dualité lacanienne du corps morcelé et de l'écran du corps spéculaire qui l'unifie.

Cette dialectique entre le réel et la fonction, entre l'impossible et le nécessaire confère sa dynamique aux éléments conceptuels concernés et aux enjeux cliniques auxquels nous sommes confrontés à l'écoute des patients touchés par la maladie létale. Celle-ci vient déchirer la texture du sujet et mobiliser les traces de son histoire, de sa filiation dans un échange de paroles où plusieurs éléments tentent de se dire.

Il nous semble difficile de se repérer dans ce champ clinique, sis à la frontière du domaine médical et de la pratique analytique, sans avoir posé ces jalons sur les dédoublements de la mort et du corps, sur la collusion introduite par l'effraction corporelle et le fil qui peut se tisser par et dans la parole. Il est fondamental dans ce travail d'explorer cette altérité entre le signifiant et le corps affecté pour pouvoir situer les incidences de l'atteinte somatique létale. Le sujet répond à ce qui lui arrive dans son corps à partir des traces discursives mobilisées dans son noyau sémantique.

Notre questionnement initial doit montrer sur l'hétérogénéité radicale des coordonnées du rapport à son corps et du rapport à sa mort pour un sujet.

Le complexe freudien de la castration est le pont, le carrefour, le croisement de la dimension de l'inconscient et du corps.

Elle désigne la double opération du langage sur la réalité vivante du corps : sa néantisation, son refoulement et sa vivification, sa salvification grâce à la mise en œuvre du phallus ou fonction phallique. Le sujet sauve son être de vivant en le localisant dans le signifiant imaginaire du phallus. Le corps est le reste de cette opération du langage sur l'organisme. Il est nécessaire de voiler l'organique pour faire émerger un corps. Le corps n'est possible que sur fond de sa mise à l'écart dans le refoulement ou voilé par l'image spéculaire. Il faut écarter la dimension organique pour qu'un corps soit investi par la libido et habité par un sujet.

A la fin de la présentation des éléments métapsychologiques du corps, nous indiquons deux directions, liées à nos hypothèses de travail, pour la troisième partie sur la maladie.

- 1) la maladie létale produit cet empiètement de la mort sur la vie et le court-circuit qui s'en déduit sur le rapport du sujet avec son désir. La perspective de jugement dernier et de franchissement conduit le sujet à une interrogation sur sa filiation, sur sa place dans le désir et ses irrésolutions passées.

Elle déchire le voile qui recouvre le dédoublement de la mort entre la mort réelle et la mort signifiante, l'être pour la mort. On soutiendra ici que la maladie déchire le voile sur cette double limite et peut produire l'empiètement de la mort symbolique qui saisit le sujet. Il va alors devoir répondre de son être dans le désir et la filiation dont il dépend.

- 2) La maladie létale produit aussi un empiètement du corps dans la vie et le court-circuit qui s'en déduit sur le rapport du sujet avec l'étrangeté. La perspective de franchissement du miroir qui cadre son rapport à la réalité peut conduire le sujet à une interrogation sur la possession de son corps et les significations cachées que ce lieu propre peut receler.

– C –

TROISIEME PARTIE

LA MALADIE LETALE

ELEMENTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

– I –
PREMIER CHAPITRE

AU CHEVET DU SUJET
–
L'ORDINAIRE DE LA CLINIQUE

*« Qui veut vivre a besoin de se reposer dans l'illusion d'une histoire,
mais ce repos ne m'est pas permis. »
Maurice Blanchot*

INTRODUCTION

Nous allons développer cette mise au premier plan des marques de l'Autre et des épinglages constitutifs de son être. Au chevet du sujet, la parole vient à réécrire l'histoire et à tenter d'en saisir les moments de rupture. La clôture effective de l'espace liée à l'anticipation de la mort contraint le sujet à explorer les ruptures temporelles et les déchirures du passé. Cette plongée dans les souvenirs, à travers la construction qu'elle supporte, participe à la constitution d'un tissage contre la mort.

En effet, la certitude anticipée de la mort vient clore l'indétermination du temps et fermer le sens de l'histoire. C'est le couperet de l'immobilisation, de la fixation et la saisie par l'être pour la mort. C'est le sens primaire de l'arrêt de mort. Au lieu même de cet arrêt, une parole est possible. C'est même la seule chose possible pour que le sujet ne disparaisse pas définitivement et ne s'abolisse dans la mort. Dans un mouvement de retour dans le passé, le sujet tente de réécrire l'histoire, de reconstruire et mettre en œuvre un trajet de la vérité.

Dans ce trajet, il fait l'épreuve, et nous avec lui dans les séances, de ce qui demeure aliéné et soustrait.

La maladie létale opère comme un révélateur, une mise en abyme pour chaque sujet touché dans sa vie et sa filiation. L'empiètement de la mort dans la vie entoure le sujet de multiples incertitudes sur l'avenir et par conséquent sur le passé et le présent.

Cette recherche porte sur la mise au travail, la réponse à partir de ce qui ne tient plus, de ce qui fait défaut dans l'histoire et se trouve « mis à nu ».

Le sujet est sollicité pour répondre sur un autre plan que le diagnostic, le traitement, l'évolution de la maladie.

Comment transforme-t-il ce qui lui arrive ?

Comment construit-il une place, dans le discours, à ce que la contingence fait advenir ?

Car la maladie est une contingence qui ne passe pas toujours dans le fil du destin que le sujet semble suivre. Elle vient en quelque sorte abolir le hasard, détruire l'aléatoire et prend la figure de l'arrêt sans appel. Comment répondre à cette abolition et cet arrêt ?

Cette réécriture fait le sel de notre clinique quotidienne, nous lui prêtons notre silence et notre écoute pour que les démons s'animent et que les ruptures laissées en suspens reprennent vie.

En effet, la subjectivité est occupée par des ombres, des fantômes, des scènes, des marques, des oublis et des ruptures. La masse de cette ignorance et des figures avec lesquelles le sujet cohabite est mobilisée et activée le dispositif de parole.

On est conduit à traverser l'opacité de la nuit intérieure et les brouillards intimes épaissis par ce qui arrive. Il semble possible de dire qu'à l'épreuve de la maladie, le sujet sombre et « de fil en aiguille, prend sa bougie pour lui-même, la souffle, et criant de peur, à la fin, se prend pour la nuit. »¹

Dans cette obscurité liée au regard de la mort qui saisit le corps, il faudra faire fonctionner la puissance lumineuse du Verbe et sa force de déplacement dans les détours de chacun.

Notre second fil directeur nous a conduit à proposer un dédoublement du corps. D'abord le corps morcelé, organique qui constitue une limite pour la pensée du sujet. C'est la réalité anatomique prise dans les rets du langage et la fragmentation qui en résulte. Mais le corps est aussi ce qui supporte la construction de l'identité du sujet et le territoire de l'altérité déclinée sur trois plans. Altérité du moi dans son corps, altérité de l'Autre du désir à partir duquel le sujet se positionne, altérité du signifiant en tant que parasite indépassable et occupant le corps jusque dans ses recoins les plus intimes.

Ce que l'on appelle maladie est une collusion contingente dans les coordonnées Nécessaire et Impossible des registres de la mort et du corps. Elle produit un forçage des rapports structuraux du sujet avec son corps et avec la mort, elle produit un grossissement et un dévoilement des articulations indiquées.

A partir de sept fragments cliniques, nous posons trois hypothèses :

H1 : La maladie grave est une déchirure du voile de l'ignorance sur la mortalité qui produit une confrontation subjective à la filiation du désir.

H2 : La maladie grave est une déchirure du voile porté sur le corps qui produit une confrontation subjective au morcellement de soi et de son identité.

¹ BATAILLE Georges, *L'expérience intérieure*, Gallimard, 1954, p.85.

H 3 : Les rencontres cliniques accompagnent l'acte d'une énonciation et d'une parole. Soit pour une saisie de soi et un rassemblement de ce que la maladie fragmente. Soit pour introduire une discontinuité ou une rupture dans ce qui fige le sujet.

Dans cette clinique nous travaillons à partir de la rencontre produite par la maladie et ce qui va pouvoir se déplacer vers une reprise assumée par le sujet. Avec la parole, il peut, dans un premier temps, border l'insupportable et apercevoir ce que cette effraction signale du ratage dans son existence.

La collusion de la mort et du corps questionne la possibilité même de dire *Je* et d'assumer un fragment de l'histoire de son désir.

Les interrogations de cette recherche sont des réponses à notre pratique clinique et à la confrontation avec la maladie, la parole, la mort. Avant d'être reliées aux concepts et d'interroger l'édifice métapsychologique, ces questions exigent une formulation précise de leurs contours et leurs enjeux. La maladie létale interroge le sujet et produit une mise en cause. De quoi s'agit-il ?

Le sujet cherchant l'étiologie de ce qui lui arrive explore la cause et l'origine de ses premiers pas dans la parole.

La maladie létale fait passer au premier plan ce qui reste ordinairement caché et voilé dans la structure. Nous avons montré dans notre première partie comment les deux versants de la mort sont joints. La mort est irréprésentable, négation absolue, insaisissable pour le psychisme et en même temps elle est indispensable au fonctionnement du symbolique ordonné à la loi paternelle. Pour chaque sujet un nouage singulier se tisse entre le Maître absolu aux confins du symbolique et la source même de la symbolisation.

Cette dialectique entre la fonction et le réel, entre la structure et sa limite est constituante du sujet et du désir. De sorte qu'il est possible de dire que la mort n'existe pas pour l'inconscient et qu'en même temps elle fonde la structure, la loi, l'organisation. Elle est impensable mais pas extérieure au fonctionnement de la pensée, elle reste à la limite mais elle fonde la référence paternelle.

Dans notre deuxième partie relative au corps, la même dialectique entre la fonction et le réel opère. Le corps n'existe pas pour l'inconscient et en même temps il fonde l'altérité imaginaire et symbolique. Le corps est impensable mais il fabrique le lieu de l'autre et de l'inscription du sujet. Le corps reste à la limite du fonctionnement de l'inconscient et en même temps il soutient la fabrication de l'autre, de l'Autre.

D'autre part, la mort est sans représentation dans l'inconscient mais elle est par contre anticipée, imaginée, « attendue » par le sujet. La mort individuelle met en jeu la dimension du temps. Le temps ne passe plus, il est invivable et arrêté. C'est parce que la mort est sortie de ses gonds dans l'articulation Impossible / Nécessaire que le temps ne passe plus. Il n'est plus possible de se projeter ou d'anticiper la mort puisqu'elle est réellement présente dans le corps du sujet malade.

L'enjeu de nos deux premières parties est de montrer que la mort et le corps sont à la fois fondamentaux dans la constitution subjective et nécessitent un voile ou un écran pour que l'espace psychique existe. Le sujet est protégé de la mort par une ignorance et un non-savoir fondateur. De même, il est protégé du morcellement de son corps par le voile de l'image spéculaire unifiante.

Nous proposons comme hypothèse de travail que la maladie grave opère une double déchirure dans ces voiles nécessaires au sujet. Les fragments cliniques présentés témoigneront alors des réponses et constructions du sujet dans cette épreuve.

Quelle est la possibilité d'articuler une parole quand la fonction nécessaire de la mort est atteinte et que le sujet doit répondre à la dimension réelle disjointe de son articulation à la loi symbolique ?

En dégageant la singularité de chaque situation et rencontre clinique, nous tenterons de mettre en relief une mise en question des effets du Logos dans la pratique.

Des effets qui se caractérisent dans l'historisation, l'inscription, la volonté symbolisante de ce qui a eu lieu et a été vécu. La maladie vient interroger la mémoire de la filiation et le passé des impasses du sujet. Cette rencontre résonne et redonne une force à la question du sujet dans son être et son existence.

Le sujet est mis en rapport, en tension, en opposition avec ce qui lui est le plus insupportable et avec les questions non réglées dans son passé, les défauts, les manques.

Dans ces rencontres au chevet, une parole se déploie et déplie le paysage des ruptures de la vie passée. Nous montrerons dans chaque cas la progression du discours vers cette reprise pour assumer et prendre sur soi, à son compte, un fragment de l'histoire sortie de son orbite et de sa ligne normale. L'imprévu de la maladie – son dangereux réel – conduit le sujet à dire et à explorer la filiation du désir. Il s'agit ici d'une reprise du tracé des lignes directrices où le sujet a à reconnaître les liens dans son histoire de l'origine jusqu'à sa mort.

C'est une clinique de la contingence et de l'imprévu qui laisse sa part à l'imprévisible et à la casuistique.

La maladie létale déchire et dévoile ce qui doit rester ignoré dans le rapport à la mort. Elle confronte le sujet à la filiation de son désir et la généalogie qui le fonde.

La maladie létale déchire et dévoile ce qui doit rester caché dans le rapport au corps. Elle confronte le sujet à une fragmentation de soi et de sa vie. Elle creuse un écart avec lui-même que la parole va tenter de réduire et d'atténuer.

C'est le statut même de l'énonciation et de la parole dans la pratique clinique (sa valeur, sa portée et sa limite) que nous interrogeons. Ce sont les ressources du Logos pour rassembler, lier et remonter dans l'histoire du sujet afin de se saisir comme *Je* singulier et assumer son être frappé par la maladie létale que nous portons à la question.

1- DECRIRE L'EXPERIENCE CLINIQUE

1-1 LES QUATRE METAPHORES FREUDIENNES

A plusieurs endroits de son œuvre Freud pose le problème de la transcription de la clinique et les difficultés à écrire et donner à lire des extraits de cure analytique.

« La publication des mes observations reste pour moi un problème difficile à résoudre, même dans le cas où je ne tiendrais pas compte des gens mal intentionnés et incompréhensifs. Les difficultés sont, d'une part, d'ordre technique, d'autre part, elles découlent de la nature même des circonstances. »¹

Il poursuit ainsi : « Le compte rendu n'est pas absolument fidèle, phonographique, mais il peut prétendre à un haut degré de véridicité. »

Il faudra aussi se souvenir que dans une note de bas de page, Freud restitue la pertinence d'une remarque du Dr Adler qui soulignait « l'importance particulière qu'il faut attacher aux *toutes premières* communications des patients. »²

Freud va proposer plusieurs comparaisons et métaphores pour tenter de rendre compréhensible la pratique dans ses effets et son but.

1-1-1 Explorer les archives

Dans les *Etudes sur l'hystérie*, il propose la métaphore du noyau pathogène entouré d'un édifice à plusieurs stratifications. Ce noyau symptomatique définit les éléments (des scènes oubliées, des phrases entendues, des images perçues) inaccessibles au sujet et vers lequel son discours le dirige. C'est le noyau refoulé que la cure doit être mettre à jour dans la parole grâce aux interprétations de l'analyste.

Autour de ce noyau, plusieurs archives et dossiers sont disposés, classés par thèmes. Ils sont reliés entre eux par des chaînes de discours, des connexions et des fils qui forment des nœuds. Dans l'interlocution clinique, « tout se passe comme si l'on dépouillait des archives tenues dans un ordre parfait. »³

¹ FREUD S., Fragment d'une analyse d'hystérie (1905), *Cinq psychanalyses*, PUF, 1997, p.2.

² FREUD S., *id.*, p.202.

³ FREUD S., *Etudes sur l'hystérie* (1895), PUF, 1956, p.233.

Il y a ainsi des points situés au carrefour de plusieurs directions et la parole choisit de poursuivre ou de s'arrêter. Freud propose la métaphore d'un chemin discursif, de lignes qui se croisent et se mêlent, de sillons qui se dessinent et tournent autour de ce premier noyau.

La cure est comme un voyage discursif au cours duquel la parole suit « un chemin irrégulier, une voie très sinueuse ».

« L'enchaînement logique ne rappelle pas seulement une ligne en zigzag, mais plutôt un système de lignes ramifiées et surtout convergentes. Ce système présente des nœuds où se rencontrent deux ou plusieurs lignes. En règle générale, plusieurs lignes, indépendantes les unes des autres ou parfois reliées, débouchent ensemble dans le noyau central. Autrement dit, il convient de noter avec quelle fréquence un symptôme est multi ou surdéterminé. »

Cette première métaphore décrit l'expérience analytique comme l'exploration approfondie des archives mnésiques inconscientes déposées autour du noyau pathogène. Tout un écheveau de classements et de dossiers, de classeurs des souvenirs, doit être démêlé pour atteindre le noyau symptomatique.

C'est une véritable progression dans les procès-verbaux, les jugements passés, les interrogations et les non-lieux des rencontres décisives pour le sujet. Cette progression vise la mise à jour des scènes pathogéniques et du noyau refoulé.

Les archives et les carnets s'ouvrent et se déplient dans la parole pour une nouvelle lecture. Le sujet est invité à réexaminer les écrits d'un texte qu'il porte en lui. Avant d'être nommée « psychanalyse », la méthode se fonde sur deux mouvements (*Ana* et *lyse*) lisibles dans cette première métaphore freudienne.

Ana est la remontée exploratrice dans les archives infantiles et son secret langage.

Lyse est le jeu subtil qui lie et délie, dissout et relie, dissipe et recompose les éléments du paysage subjectif mis à jour dans la parole.

Les deux scansions que nous mettrons en évidence dans nos fragments cliniques obéissent à ces deux registres. *Ana* où le sujet reprend et remonte pour ressaisir ce que la maladie grave déchire. *Lyse* est entendu dans son versant de liaison et d'assemblage de ce qui est disloqué.

1-1-2 La métaphore ferroviaire

Une variation de l'expérience analytique tracée comme le chemin exploratoire des archives mnésiques est présentée dans l'exposé du cas Dora. Freud se place ici sur le plan du discours du sujet et illustre le parcours clinique comme un trajet avec des étapes, des croisements et des aiguillages ferroviaires. Dora raconte son premier rêve :

« - Papa ne veut pas que mon frère soit ainsi enfermé la nuit. Il dit que cela ne va pas du tout et qu'on peut avoir besoin de sortir la nuit.

- Et vous avez alors pensé au danger de l'incendie ?
- Oui.
- Je vous prie de bien vous rappeler de vos propres expressions, car ce sera peut-être utile. Vous venez de dire : qu'on pouvait avoir besoin de sortir la nuit. »¹

Freud note en bas de page :

« Je fais attention à ces mots car ils me surprennent. Ils me semblent être équivoques. N'emploie-t-on pas les mêmes termes pour désigner certains besoins corporels ? Des mots équivoques sont, dans la voie des associations, comme des aiguilles. On met l'aiguille autrement qu'elle ne semble être placée dans le contenu du rêve, on arrive au rail sur lequel se meuvent les idées recherchées et encore dissimulées derrière le rêve. »

En 1895, le fil discursif suit des voies sinueuses et en zigzag à travers la reprise des archives et des traces déposées dans l'histoire du patient. Ici, l'attention analytique se porte sur les mots équivoques et leur confère le statut d'aiguille ferroviaire. Un mot équivoque – un signifiant (Lacan) dont le sens est défini uniquement par ses relations avec les autres éléments des chaînes concernées – recouvre un croisement de voies de pensées. Il s'agit alors dans la cure de permettre au sujet de repérer les différents niveaux dans sa propre parole, de lui indiquer le sens de ce qu'il dit sans le savoir. Les mots équivoques utilisés recouvrent des lieux de croisement, des carrefours qui déterminent le lieu d'où l'énonciation du sujet s'origine.

¹ FREUD S., Fragment d'une analyse d'hystérie (1905), *Cinq psychanalyses*, op.cit., p.47.

La métaphore de la cure comme un trajet ferroviaire de la parole analysante revient sous la plume de Freud dans son article consacré à la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine.¹

Pour un grand nombre de cas, il distingue dans le déroulement de la cure deux phases distinctes. Tout d'abord, l'analyste recueille de la part du malade « les connaissances nécessaires, lui fait connaître les présuppositions et postulats de l'analyse, et développe devant lui la construction de la genèse de son mal à laquelle il se croit autorisé sur la base du matériel livré par l'analyse.

Dans une deuxième phase, le patient s'empare lui-même du matériau mis à sa disposition, le travaille, se souvient de ce dont il peut se souvenir parmi ce qui se donne à lui comme étant le refoulé, quant au reste il s'efforce de le répéter dans une sorte de reviviscence. »

Ces deux moments de la cure analytique sont comparés par Freud aux deux sections d'un voyage ferroviaire. Le premier correspond aux préparatifs et au départ (les bagages, le billet de transport, gagner le quai et prendre place dans le wagon).

Il est pénible et fastidieux :

« On a maintenant le droit et la possibilité de partir en voyage vers des contrées lointaines, mais après tous ces travaux préliminaires on n'est pas encore arrivé là-bas, à vrai dire on ne s'est pas rapproché d'un seul kilomètre. »

Les étapes et le véritable voyage correspondent à la deuxième phase du travail analytique. Dans les circuits et les recès multiples de sa parole, le sujet peut alors parcourir son histoire pour traverser les aspects diffus de ses symptômes saisir les coordonnées de son désir méconnu. Nous n'insisterons pas sur la portée « cachée » de cette métaphore ferroviaire pour le fondateur de la psychanalyse.²

Chaque cure est comme un voyage en train en compagnie de Freud.

Chaque rencontre clinique digne de ce nom devrait être un fragment de voyage ferroviaire où le sujet parlant qui tente de dire sa souffrance découvre un paysage nouveau.

¹ FREUD S., Sur la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine (1920), *Névrose, Psychose, Perversion*, PUF, 1995, p.250-251.

² Il est notoire que Freud a souffert d'une phobie du train ou d'une « anxiété des voyages ». Cf. JONES E., *La vie et l'œuvre de Freud*, tome 1, PUF, 1990, p.199.

En ce qui concerne notre pratique clinique en institution de soins, il s'agit le plus souvent de rassembler les éléments mobilisés par l'apparition de la maladie et ses résonances pour le sujet. Il s'agit de recomposer une esquisse de cohésion dans une vie dont les ressorts et les fondements architecturaux vacillent.

1-1-3 La métaphore du récepteur téléphonique

D'une façon encore plus directe, Freud livre la métaphore suivante de l'interlocution analytique :

« l'inconscient de l'analyste doit se comporter à l'égard de l'inconscient émergeant du malade comme le récepteur téléphonique à l'égard du volet d'appel. De même que le récepteur retransforme en ondes sonores les vibrations téléphoniques qui émanent des ondes sonores, de même l'inconscient du médecin parvient, à l'aide des dérivés de l'inconscient du malade qui parviennent jusqu'à lui, à reconstituer cet inconscient dont émanent les associations fournies. »¹

Cette métaphore de la transformation des vibrations en ondes sonores est très intéressante.

L'inconscient envoie des vibrations, des signes, des lettres, des morceaux de discours, des fragments que l'analyste doit restituer. Il doit faire entendre ce que le sujet dit sans l'entendre, il doit toucher ce que cette parole, déliée dans l'espace de séance des contraintes sociales du dialogue, veut dire.

Le clinicien transforme ce qu'il entend pour indiquer au sujet ce qui tente de se dire à son insu. Il saisit dans le discours entendu les points et les nœuds afin de laisser entendre au sujet autrement ce qui se dit. Il doit permettre au sujet de lire ce qu'il est en train de dire sans le savoir.

¹ FREUD S., Conseils aux médecins sur le traitement analytique (1912), *La technique psychanalytique*, op.cit., p.66.

1-1-4 La métaphore du miroir

Une autre image proposée par Freud semble d'inspiration stendhalienne. Dans *Le Rouge et le Noir*, l'exergue du chapitre 13 du livre premier est le suivant :

« Un roman : c'est un miroir qu'on promène le long d'un chemin. »¹

Freud :

« Pour l'analysé, le médecin doit demeurer impénétrable et, à la manière d'un miroir, ne fait que refléter ce qu'on lui montre. Pratiquement, il est vrai, l'on ne saurait s'opposer à ce qu'un psychothérapeute combine une certaine dose d'analyse à quelque traitement par suggestion, dans le but d'obtenir plus rapidement un résultat thérapeutique patent, comme, par exemple, dans les maisons de santé, mais alors ce praticien doit se rendre compte lui-même de ce qu'il fait et ne pas confondre sa méthode avec une psychanalyse véritable. »²

Les derniers accents de cette citation sont précieux pour le clinicien qui intervient en institution ou en « maison de santé ». Les rencontres auprès du malade sont ponctuelles et limitées dans la durée.

Cette métaphore croise la dimension de la cure comme un voyage discursif avec des scansions, des étapes « le long d'un chemin », et la position neutre de l'analyste qui montre au sujet ce qu'il est en train de dire.

Elle s'avère néanmoins risquée et provoqua plusieurs dérives dans le post-freudisme. En insistant sur la dualité de la relation analytique et la position de miroir du praticien, il existe un risque d'enfermement dans une dyade spéculaire privée de sortie. L'issue implique la mise en jeu de l'insu, de l'imprévu et sa singularité radicale.

De plus, la réduction à être-un-miroir suppose une immuabilité, une permanence qui provoque des problèmes pratiques, notamment par rapport à l'interprétation. Elle doit introduire un élément supplémentaire au discours du sujet et ne peut se limiter à en être le reflet ou le renvoi simple de ce qui est manifesté dans la parole.

¹ STENDHAL, *Le Rouge et le Noir* (1830), Gallimard, p.88.

² FREUD S., id., *La technique psychanalytique*, p.69.

Par rapport à l'application nocive de cette métaphore freudienne, Lacan montre que la partie analytique ne se joue pas à deux entre un texte présenté face à un miroir. Il est nécessaire de la décomposer dans une structure quadripartite qu'il illustre dans l'image du bridge analytique.¹

Le partenaire du patient n'est pas directement l'analyste mais plutôt cette part de lui-même qui lui est cachée et refoulée. Il va devoir apprendre à lire cette partie inconnue de lui-même qu'est le texte inconscient, l'articulation du désir.

La place du mort désigne celle des sentiments et des significations propres à l'analyste qu'il doit mettre à l'écart. Il doit permettre au sujet de conquérir ce dont il est séparé par la censure et la résistance

A partir de ce rappel des métaphores freudiennes, nous pouvons dire qu'écrire l'expérience clinique et ce qui se déroule dans cet échange de paroles nécessite de matérialiser la parole. Freud considère les paroles dites du patient comme un circuit dans des manuscrits, des archives, des souvenirs. L'expérience se compare alors au déchiffrement d'un rébus inscrit sur un palimpseste et la superposition de plusieurs strates d'écriture. Le sujet en l'adressant à l'analyste découvre et lit ce qui est écrit, il accède progressivement à une autre interprétation ou un autre sens. Lire autrement ce qui était écrit correspond au régime de l'inconscient qui advient et se réalise dans la cure sur le mode du futur antérieur.

Lacan :

« le retour du refoulé est le signal effacé de quelque chose qui ne prendra sa valeur que dans le futur, par sa réalisation symbolique, son intégration à l'histoire du sujet. Littéralement, ce ne sera jamais qu'une chose qui, à un moment donné d'accomplissement, *aura été*. »²

Il est possible aussi de comparer l'espace de séance à la feuille blanche sur laquelle le sujet est invité à dire pour démêler l'écheveau de sa souffrance.

Nous reviendrons sur l'importance de cette négativité (une feuille blanche, le silence, le vide de paroles, le vide de l'attente) pour instituer l'écoute analytique et une pratique clinique dans les murs de l'hôpital. Il s'agit, par la mise en œuvre de cette négativité, de créer les conditions de la séance et de mettre en mouvement la puissance de la parole symbolisante.

¹ LACAN J., La direction de la cure et les principes de son pouvoir (1958), *Ecrits*, op.cit., p. 589.

² LACAN J., *Le Séminaire Livre 1, Les écrits techniques de Freud* (1953-1954), Seuil, 1975, p.182.

Freud rappelle que le clinicien doit oublier ce qu'il sait ou croit savoir à chaque nouvelle rencontre avec un patient. Il doit présenter une surface vierge et neutre pour la parole du sujet. On peut dire que cet oubli opère sur deux plans. Il réduit le praticien à être une surface vide, une attente qui n'attend rien pour entendre les paroles qui vont être prononcées.

Il tend à annuler son expérience antérieure pour accueillir l'idiosyncrasie inédite et ne pas perturber ce qu'elle veut dire. On rappelle simplement ici que la rencontre clinique est fondée dans un oubli pour le clinicien.

1-2 LE CHOIX DU FRAGMENT CLINIQUE

« Marcellus. – Holà Bernardo !

Bernardo. – Réponds donc. Est-ce Horatio qui est là ?

Marcellus. – Quelque chose de lui. »

William Shakespeare

Freud a souligné dès ses premiers exposés clinique la perte insurmontable dans l'opération de transcription et l'inscription de cet échange de parole entre deux corps présents dans une écriture destiné à un lecteur absent.

Nous avons choisi la présentation de nos situations cliniques sous la forme de fragment. Cette écriture se règle sur le mouvement discontinu de la succession des séances. Le fragment clinique n'est pas considéré comme la partie d'un ensemble qui devrait le refléter ou le contenir. Il tente au contraire d'indiquer l'impossibilité de se fermer et de constituer une totalité. L'accent porte sur la rupture et la discontinuité qui fondent le mouvement des séances et sont en rapport avec ce que le sujet lui-même essaie d'articuler dans sa parole.

En effet, l'enjeu de ce travail clinique tient dans la possibilité d'introduire une discontinuité et un écart avec ce qui arrive. Le fragment donne à voir ce mouvement de coupure que la parole peut introduire dans la saisie et la prise subjective liée à la maladie.

La dimension du fragment nous semble être la plus pertinente pour être au plus près de ce qui opère dans ce champ clinique.

C'est à partir de cette impossibilité fondamentale que nous proposons sept fragments cliniques composés de quatre strates de lecture.

- 1) Le contexte médical de l'hospitalisation et les données familiales.
- 2) La transcription des paroles qui ont eu lieu dans les séances se lit en italique.
- 3) Je livre mes impressions et mes remarques au fil des séances ou au cours des relectures ultérieures.
- 4) Les commentaires ont pour but d'introduire la problématique de la déchirure opérée par la maladie létale. Ils portent sur la modalité de réponse du sujet dans sa tentative de rassembler ce qui est fragmenté dans une énonciation. On peut dire que l'enjeu est de faire advenir le *Je* pour qu'il se situe dans ce qui arrive et puisse s'approprier, à sa mesure, une part de ce bouleversement.

2- PRESENTATION DE SEPT FRAGMENTS CLINIQUES

2-1 MARIE C., PRISONNIERE DE LA VIE

2-1-1 Contextes médical et familial

Marie C., âgée de 53 ans. Elle vient d'être opérée, dans les suites d'un diagnostic d'adénocarcinome pancréatique, d'une duodénopancréatectomie. Des séances de radiothérapie et de chimiothérapie sont programmées sur plusieurs semaines. Affaiblie par l'opération chirurgicale, elle entre dans notre établissement pour quatre mois.

Marie C. est issue d'une fratrie de deux enfants, elle a un frère aîné. Son père est mort d'un cancer vingt-cinq ans auparavant. Sa mère est décédée depuis cinq années. Elle vit seule et travaille dans une administration.

2-1-2 La maladie dans le corps

« Je crois que c'est le mot cancer qui me fait peur et qui m'effraie. Mon père est mort du cancer en 1976, cela a duré trois ans. Il était présent à la maison avec ma mère et moi, j'avais alors 23 ans. Depuis son décès, j'ai toujours eu peur du cancer.

Dès que je passe des examens gynécologiques et que les résultats sont en retard, je ne peux m'empêcher de penser qu'il doit y avoir un problème, une tumeur cancéreuse. »
Silence.

« Ma mère était très autoritaire, c'est mon père qui faisait tampon entre elle et moi. A la mort de mon père, elle a exigé que je reste près d'elle et que je ne l'abandonne pas. Je suis restée près d'elle pendant plus de vingt ans même si, pendant un moment, nous ne nous sommes pas vus du tout. »

Je lui demande la durée de cet intervalle sans voir sa mère.
Elle me dit : « à peu près 9 mois, c'était en 1994-1995. »

« Au CHU, je dors très mal et je fais des cauchemars. J'ai la hantise – je ne sais pas comment le dire – c'est comme une boule qui va m'arriver à l'intérieur. C'est quelque chose de grave que je ne pourrai pas arrêter. »

En même temps qu'elle évoque cette « boule », elle fait le geste de ce qui se diffuse dans plusieurs endroits de son corps.

« Dans ce moment, je crie alors un nom – le nom d'un homme que je n'ai vu qu'une fois, un homme assez âgé – je crie pour qu'il me porte, me soulève, me fasse sortir et...je me réveille. »

Silence.

Je lui propose un rendez-vous la semaine suivante qu'elle accepte.

2-1-3 Le climat de l'enfance

« J'ai toujours peur des rayons. Du côté de mon père, ses deux parents sont morts du cancer. En 1973, j'avais annoncé à mes parents que je voulais quitter la maison et prendre un appartement. Mon père est tombé malade quelques temps après. Je ne pouvais plus partir, je ne pouvais pas les laisser. Je suis restée pendant toute la maladie qui a duré trois années. A cette époque, j'avais déjà une appréhension par rapport au cancer, je pensais que si j'avais moins peur, je pourrai être plus proche de mon père, plus présente.

Souvent, il disait – c'était peut-être des paroles en l'air – que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue et qu'il vaut mieux avoir une corde autour du cou.

Il se disputait tout le temps avec ma mère. Quand on partait dans la voiture tous les trois, j'avais peur qu'il se tue. » (faut-il l'écrire avec le pluriel qu'ils se tuent ?)

Silence.

« J'ai toujours été très anxieuse, je le ressens à l'intérieur, c'est présent en moi. Depuis l'enfance, je m'accrochais à ma mère, j'avais peur qu'elle s'absente dans la rue, j'avais peur de la perdre et qu'elle ne soit plus là. Mon frère était plus âgé – et c'était un garçon – il faisait du sport et des activités à l'extérieur de la maison. Moi, je devais rester seule, des journées entières. Seule avec la peur.

C'est la peur d'être fermée, d'être enfermée dans une pièce : je laisse toujours la porte entrebâillée. »

Silence. Marie C. m'annonce qu'elle est hospitalisée la semaine suivante, je lui propose un rendez-vous à son retour.

2-1-4 La crainte d'un effondrement

« Je n'ai pas le moral, je ne l'ai jamais eu, mes parents étaient comme ça.

Mon père avait des idées suicidaires, je vous en ai parlé. Ma mère, une fois seule après le décès de mon père, me disait souvent qu'elle allait se jeter du deuxième étage. Je lui disais que ce n'était pas assez haut pour se tuer. »

Elle reprend :

« Maintenant je me sens fautive de n'avoir pas su profiter de ce qui se présentait à moi et d'être restée collée, prisonnière de ce climat familial. Entre vingt et trente ans, j'ai moi-même pensé à la mort après le suicide d'une collègue.

Quand je restais seule à la maison pendant des heures, je me sentais fautive de tenir à ma mère, d'être comme elle. »

Silence, Marie C. semble traversée par plusieurs choses, elle poursuit :

« Au tout début de la maladie, je me suis sentie révoltée contre moi-même comme si c'était de ma faute d'être malade. Excusez-moi, c'est difficile à dire...

Je lui demande : Pourquoi de votre faute exactement ?

Je m'en voulais de ce qui arrivait, c'est comme si je l'avais un peu provoqué. »

Silence.

« Je n'ai pas un sommeil apaisant. L'autre nuit, une phrase revenait sans cesse devant moi : j'ai un cancer du pancréas. Uniquement cette phrase, sans images, toute crue. »

« La chimiothérapie est annulée, je ne suis pas assez en forme, je suis trop affaiblie. Je ne sais pas trop comment prendre cette nouvelle. J'ai envie de croire à la guérison et en même temps il y a quelque chose de noué en moi qui m'empêche de vouloir guérir. »

« Je n'ai jamais vraiment eu de relations avec ma mère, elle reportait tout le temps les moments où nous pourrions nous parler. Quand elle m'apprenait des choses, la couture par exemple, ce n'était jamais bien : Tu es une bonne à rien, me disait-elle. Elle m'a souvent répété cette phrase.

Beaucoup plus tard, elle m'a demandé pardon pour la dureté de son comportement. Cela m'a fait bizarre, je ne voulais pas qu'elle me touche, que l'on se touche après la mort de papa. »
Silence.

« J'ai discuté du retour à domicile avec le médecin. Je ne me vois pas seule chez moi, retournée à la maison avec la maladie. J'ai toujours cette angoisse d'être abandonnée, quand je suis en ville avec des amies, si je ne les vois plus je panique. J'ai peur d'être laissée ou oubliée. Très tôt, seule à la maison je ressentais cette peur qui est toujours là aujourd'hui. »

La fin des séances me laisse l'impression étrange d'avoir parcouru un chemin non négligeable avec cette patiente tout en ayant frôlé à plusieurs reprises un point essentiel mais sans pouvoir le dire.

Avec quoi cette femme se débat-elle et qu'a-t-elle essayé de (me) faire entendre ?

2-1-5 Commentaires

2-1-5-1 Remarques sur le transfert

Dans le discours de Marie C., le désir semble éteint ou absent. Dans son histoire, la seule fois où elle a essayé de s'affirmer et de sortir en dehors de son climat familial, elle l'a payé cher. En effet, son père est tombé malade et elle est restée trois ans auprès de lui et de sa mère jusqu'à son décès.

Je repense ici à la première fois où je suis entré dans sa chambre, Marie C. s'est levée et m'a souri comme si elle m'attendait depuis longtemps. J'ai eu l'impression que ma présence lui faisait plaisir et que notre échange serait important. C'est un peu comme si elle allait me tirer vers elle, vers son climat et son absence de contraintes dans la vie.

Je pensai alors qu'elle vivait dans un espace raréfié, fantomatique, incertain, neutre et sans éclats véritables. Elle n'est pas, comme d'autres sujets peuvent l'être, à la recherche de soi-même ou de ce qui lui a manqué. Elle continue son parcours en spirale avec son rythme propre et tente plutôt en me parlant d'accrocher sur moi un fragment de ses liens encore présents avec sa mère.

Je suis frappé par sa pâleur et sa maigreur. Mais une gentillesse se glisse dans cette blancheur, c'est comme si on entrait dans un espace où restait à l'écart le vif des couleurs pour garder une simplicité, une perméabilité. Quelque chose est laissé au dehors pour qu'un soulagement en résulte, l'air est simplifié et plus libre. Elle va s'adresser à moi avec beaucoup de mots et de précision afin de recomposer certaines lignes directrices de son enfance et des épreuves qu'elle a traversées.

2-1-5-2 Deux formations oniriques

Marie C. est dans une confrontation avec la maladie létale et une certaine intrusion dans son corps. Dans les premières séances, elle nous livre le texte d'un rêve qui met en scène le surgissement de l'inquiétant dans le somatique. Reprenons les grandes lignes de ce rêve/cauchemar.

Il s'agit d'une boule qui arrive de l'intérieur et qui pousse dans le corps. Elle arrive de façon très inquiétante et sa progression ne peut pas être arrêtée.

Ce rêve met-il en images une rencontre possible pour le sujet ?

On pourrait proposer de considérer que le rêve interprète le somatique et donne une forme onirique à partir des éléments organiques touchés par le cancer.

Le travail du rêve traduit des investissements somatiques en les reliant à un désir caché qui concerne le désir d'avoir un enfant.

D'autre part, l'écriture onirique « J'ai un cancer » surgit d'une façon crue et détachée de tout contexte. C'est comme un écriteau qui avancerait mais sans connexion et sans appropriation possible pour le sujet. La question concerne la façon dont le sujet va continuer à être et à se défendre face à la menace de la maladie létale.

2-1-5-3 La filiation et la faute

Marie C. témoigne de cette volonté de rassembler et d'unifier par la parole les lignes de la destinée de son existence. Elle nous envoie dans les séances la lignée de sa filiation et de la « faute ». A plusieurs reprises, elle dit se sentir prisonnière dans son climat familial. Trois fois elle se dit fautive. Dans les scènes de son enfance où elle attend derrière la vitre et contemple le vide du monde dans son extériorité, elle reste prisonnière. Par rapport à ses parents, elle n'a pas réussi à quitter la maison familiale et fut obligée de rester. De même, elle se sent fautive par rapport à la maladie qui se revêt alors de sa signification de châtiment ou « punition ».

D'autre part, les paroles de son père lui enseignent qu'il vaut mieux « avoir une corde autour du cou » et qu'il vaut mieux n'être pas né. On a dit à Marie C. qu'il valait mieux n'être pas né et ne pas être.

Sa parole se déplace entre les deux rivages qui bordent sa vie. Ces paroles paternelles sur « l'inconvénient d'être né » résonnent encore dans son énonciation où elle tente, dans ses plaintes, d'en sortir et de les dépasser.

2-2 ANSELME D., L'INTRANQUILLITE DE LA VIE

2-2-1 Contexte de l'hospitalisation

Agé de 42 ans, Anselme D. est hospitalisé suite à une évolution métastatique importante. Le diagnostic de carcinome mammaire fut posé dix ans auparavant.

L'évolution actuelle de la maladie est localisée dans les zones pulmonaire et méningée.

Le dossier médical mentionne une tentative de suicide l'année qui précède l'hospitalisation actuelle. Des séances de radiothérapies sont programmées pour une durée de cinq semaines.

Face à des difficultés familiales, Anselme D. ne peut pas rester seul chez lui pendant le traitement, il entre alors dans notre établissement pour plusieurs semaines.

2-2-2 Contexte familial

Anselme D. est le onzième enfant d'une fratrie de treize. Il s'est marié à l'âge de vingt ans, il est père de trois enfants (âgés de vingt, dix-sept et treize ans).

Depuis l'apparition de la maladie, il est séparé de son épouse et voit peu ses enfants.

Deux sœurs aînées, présentes auprès de lui, sont les interlocutrices du médecin.

Lorsque je rencontre Anselme D. pour la première fois, il est assis sur son lit et regarde par la fenêtre : un étang, le mouvement des branches, le silence.

2-2-3 La rupture et la solitude

« J'ai peur de repartir à zéro. Je suis dans un tunnel dont je ne vois pas le fond ou le bout. J'ai toujours été pauvre, vous savez, pauvre en moments de chaleur ou d'affectivité. A la maison, mon père s'alcoolisait et nous réveillait la nuit pour chanter et danser. On était treize enfants, je suis le onzième. J'ai été en pension pendant onze ans, entre neuf et vingt ans, avec quelques sorties pour les stages et pour passer le diplôme. »

Silence.

Anselme D. me regarde puis détourne ses yeux pour fixer devant lui le mur blanc de la chambre. Il poursuit :

« Quand je suis passé devant le juge avec ma mère, celui-ci a demandé ce que je voulais faire.

Ma mère a répondu, c'est elle qui a répondu, insiste-t-il, de la soudure...

Je me suis alors retrouvé en apprentissage avec des voyous, des têtes brûlées qui me faisaient très peur. J'ai essayé de changer de formation et d'aller vers la cuisine.

Le soir dans les chambres j'avais très peur, peur du noir.

Ici le soir c'est pareil, j'ai l'impression de ma solitude qui me rappelle quand j'étais en pension. »

Silence.

« Récemment, j'ai aidé une amie atteinte du cancer en lui disant qu'il est préférable de subir une chimiothérapie qu'une déception sentimentale, une vraie. Je crois qu'elle a compris et qu'elle va mieux. »

« Je me suis beaucoup occupé d'enfants dans un club de football ; je crois que j'aimerai aider les enfants atteints du cancer : c'est injuste ces enfants qui souffrent pour rien et sans raison. Depuis deux ans, il y a eu une rupture, j'ai été très malade, j'ai frôlé la mort. Je ne suis plus dans le même espace et dans les mêmes repères. Je ne vois plus mes trois enfants, ça c'est une autre rupture. Mon fils sort avec une fille, c'est à cause d'elle que je suis séparé de ma femme. »

Je propose à Monsieur de poursuivre la semaine prochaine. Avant que je ne franchisse le seuil de la chambre, dans un sursaut porté par ce qui n'a pas encore pu être dit :

« Plus jeune, j'y repense souvent aujourd'hui, je n'ai pas été préféré, désiré : ma mère n'avait pas le choix ». Il tourne alors son regard vers la fenêtre.

2-2-4 L'attente de la mort

« J'ai peur de sortir et d'affronter ce qu'il y a dehors. Je sens, à l'intérieur de moi, des montées de violence. Si je devais me battre avec quelqu'un je crois que je le tuerai. Dans mes films, je me bats avec celui qui est parti avec mon ex-épouse, à la fin je l'égorge, c'est sanglant. »

Une fois qu'il a pu dire cela Anselme D. est moins agité et semble moins perdu.

En effet, après la première séance, les pensées qui me sont venues sont : une fêlure impossible à cicatriser vient le hanter. Pour ne pas être anéanti, il s'accroche aux branches du désir qui a entouré ses premières années et à partir duquel il s'est construit. Dans la clinique, il faut en faire surgir les arêtes, les ruptures et de s'y inscrire dans une parole, le sujet surgit de l'accomplissement de cette réécriture.

Je réagis peu, ce qui semble l'apaiser et lui permettre de parler d'autre chose. Je ne reprends pas sa violence ou ce qui lui fait violence. Je décide de ne pas l'interroger sur cette dernière.

« Hier après-midi, j'étais allongé sur mon lit. J'étais en train de fabriquer un cercueil, c'était pour moi. Mes enfants sont autour et me regardent. J'ai envie d'en finir, pour ne plus avoir de problèmes il faudrait que je sois dans une boîte. Mon fils de seize ans m'a appelé et je lui ai dit que j'allais partir. Il m'a demandé : et moi qu'est-ce que je vais devenir ? Je lui ai répondu : tu m'oublieras, j'ai oublié mon père, toi aussi tu m'oublieras. »

Je lui pose alors la question : « est-ce que votre fils vous interpelle ? »

Anselme D. : « Oui toujours. Regardez je l'ai dessiné, ma fille également. »

Il me montre deux dessins représentant ses enfants, posés sur sa table près de la fenêtre.

Mais ces dessins représentent-ils autre chose que ce qu'ils montrent ?

Dessine-t-il ces enfants parce qu'ils sont absents et invisibles ?

La façon dont ils apparaissent les situe en train de regarder Anselme D. plongé dans le cercueil qu'il se fabrique.

« Depuis la maladie je ne fais plus de sport ni d'activités. Je n'ai plus envie de construire ou de faire des projets, tout risque de s'effondrer et de s'arrêter. Dans un an, je peux retomber malade. D'ailleurs, c'est arrivé une fois au travail, j'ai failli me balancer par la fenêtre.

Heureusement, mon patron est compréhensif – il a lui-même des problèmes dans sa famille - et m'assure que ma place est réservée, qu'il m'attend.

Pourtant, je ne peux pas m'empêcher de penser qu'il pense que je traîne et que je suis un fainéant. C'est la même chose ici, quand les femmes de ménage sont dans la chambre elles doivent penser : qu'est-ce qu'il fait ? il attend que le temps passe ?

Justement, je ne sais pas ce que je fais là. »

Silence.

Qu'attend-il ou plus précisément qu'a-t-il attendu dans sa vie ?

A partir de quel point son attente prend-elle ses racines et se dresse-t-elle ?

La maladie grave fait-elle resurgir ce que le sujet a attendu ? qu'est-ce qu'elle présentifie pour lui ? Ou encore à quoi a-t-il affaire dans ce moment où sa vie est contestée par le mal ?

Après quelques minutes de silence, il reprend :

« J'ai des douleurs et des vertiges au niveau du front et des yeux. J'ai l'impression qu'on m'arrache les yeux même si je prends des médicaments.

Dans ces moments-là je dois m'allonger dans le noir les yeux fermés.

Cette nuit je sais que j'ai rêvé mais je ne m'en souviens plus. Normalement quand on rêve on s'en souvient et on y pense en se levant, en s'habillant et ensuite la journée peut commencer.

Depuis dix ans que je suis dans le circuit des hôpitaux et des cliniques, je ne peux plus rêver. Pour moi, il n'y a plus de rêve, pas de repos possible. »

Je clos la séance en lui disant que les rêves ne sont pas toujours reposants et que, peut-être, certaines choses l'empêchent de dormir.

2-2-5 L'arrêt du temps

« Bonjour, je ne sais plus quel jour nous sommes, je me crois dimanche.

Je n'ai plus d'avenir et je vis au jour le jour...

Combien de fois ai-je entendu cette phrase dans de telles situations ? Rien n'arrive à m'ôter l'idée que cette phrase recouvre autre chose et ce « jour le jour » porte en sa simplicité de nombreuses obscurités. Quelle est la teneur de la succession de ces jours indépendants et indifférents les uns aux autres ? Souvent, les proches eux-mêmes, en bonne santé, donnent ce conseil : mais vivre au présent et dans l'instant, qui peut y prétendre ?

Et vivre au jour le jour suppose l'oubli de plusieurs choses que la maladie létale rend impossible pour quelqu'un qui sent la mort dans son corps, qui « sait » la mort en lui.

...Je serai mieux quatre mètres sous terre, délivré de tous ces soucis. Ce que je demande à la vie c'est qu'elle me laisse tranquille. »

Ce qu'il attend ou ce qu'il demande : que la vie le laisse tranquille et qu'elle se retire ?

Est-ce qu'il demande à mourir ? est-ce qu'il attend la mort ?

« Ce qui me fait peur c'est que tout ce que je construis s'arrête, s'effondre et ne peut pas s'achever. J'ai essayé une seconde fois, avec une autre femme, mais cela s'est mal terminé puisque quand elle a su que j'étais malade, elle est partie. A cette époque j'ai eu un déclic à l'hôpital, j'avais perdu dix-huit kilos et ne mangeais plus rien.

Dans ma chambre d'hôpital, j'ai vu une ombre – comme l'Abbé Pierre – qui s'est présentée devant moi, c'était l'aumônier. Je lui ai dit non, ce n'est pas la peine. Alors il est sorti de la chambre, ça a été le déclic : j'ai eu faim, on m'a apporté un plateau, j'ai mangé.

C'est comme si j'avais eu peur et que je me disais « Dépêches-toi, il ne reste plus beaucoup de temps. »

Je lui dis que souvent les autres veulent aider mais ne savent pas quoi dire. L'important, pour nos rencontres est de permettre un temps pour dire. « Ce qui m'intéresse c'est que vous puissiez dire ce que vous avez dans la tête et qui vous gêne. » lui dis-je. Il acquiesce.

2-2-6 Le mouvement de l'intranquillité

« Je vais recommencer les rayons. Mon fils m'a appelé, j'ai failli prendre un véhicule pour y aller : je pense que cela aurait été sanglant, violent. Je ne supporte pas que l'on dise que j'ai trompé ma femme, que je l'ai quitté pour une autre, que je suis un salaud. »

Silence.

*« C'est difficile, vous savez, de s'endormir tous les soirs en pensant à :
est-ce que demain j'aurai mal à la tête ? quelles douleurs vont m'envahir ?
Qu'est-ce que je vais pouvoir faire ?*

Quand je suis allongé sur mon lit, je me vois dans un cercueil à côté de moi.

Il n'y a pas de bruit, pas de gens, c'est apaisant, je suis en harmonie, c'est fini enfin.

*Dernièrement, j'ai essayé d'aller dans une soirée, je ne suis pas resté plus d'une heure.
J'étais fatigué, je suis allé m'allonger au calme, je voulais qu'ils m'oublient. »*

*« C'est mon deuxième fils, le plus jeune, qui m'a demandé de faire les rayons. Je ne m'imagine pas vivre seul dans un appartement vide. A quarante ans, je suis en invalidité pour la sécurité sociale. Quand les autres vont travailler : tu restes seul, délaissé, loin de tout.
Je souhaite que tout cela se termine, je veux être tranquille, je veux que l'on m'oublie. »*

« Je suis allé, accompagné de mon fils, à Bordeaux chez mon frère ce week-end. En le déposant chez sa mère, j'ai aperçu son amie. C'est elle que je veux attraper, c'est elle qui fait que nous sommes séparés et elle a pris mon fils. »

Silence.

*« Je suis rentré ici dimanche soir c'était désert. Je suis seul, je n'ai plus rien.
Par contre, j'ai rêvé de vous. J'étais dans la rue, un enfant a lancé une pièce par terre, je l'ai ramassé, j'ai regardé des deux côtés et vous m'avez dit : Rentrez chez vous, on dirait un fou. »*

Avec difficultés, il s'allonge sur son lit. Il semble épuisé et vouloir se reposer.

Je lui propose un nouveau rendez-vous.

« Je me sens un peu mieux mais il reste quelque chose en moi, je ne sais pas ce que c'est, qui fait que si quelqu'un tombe entre mes mains, je crois que je pourrai le tuer. J'ai rêvé de deux jeunes flambeurs qui venaient de voler une voiture et me narguaient. Ca m'a énervé, j'ai sorti un sabre et je lui ai coupé la tête. Même chose l'autre jour à la terrasse d'un café quelqu'un me regardait, j'ai failli me lever pour lui demander ce qu'il voulait. »

Silence.

« J'ai toujours fui la violence, mes frères étaient des voyous je ne voulais pas être comme eux. En classe, le professeur appelait : D..., j'espère que tu ne seras pas comme ton frère. Tout le monde se retourne, tu es mal et tu baisses la tête. J'ai toujours voulu être confondu, les feuillets glissaient sur les noms propres, je me mettais à l'écart. »

Anselme D. doit aller vivre quelques semaines chez sa sœur, dans la mesure où son état physique et médical le permet. Nous nous quittons après ce dernier entretien.

2-2-7 Commentaires

2-2-7-1 Le ratage premier

A plusieurs endroits, Anselme D. est envahi par la pensée de la mort et il y répond par une mise en scène funèbre. Il se voit dans son cercueil mais les enfants sont présents et le regardent. Puis, dans une seconde séquence, il est seul dans la boîte, apaisé et tranquille.

D'autre part, il veut vivre et se sent appelé à vivre en dépit de la maladie. C'est maintenant qu'il veut vivre. Le début des séances se déroule après une rupture et le retour dans une période douloureuse de sa vie. Adolescent, il vivait en pension.

On peut dire que, simultanément, il veut vivre et il a peur de vivre.

La violence de la maladie le confronte à sa prise dans le signifiant « salaud » et la violence qui lui est liée.

L'intranquillité de la vie c'est la vie qui ne le laisse pas tranquille et ne l'a jamais laissé tranquille. Il a toujours dû se battre et affronter un désir de l'Autre anonyme. La vie exige trop de lui et le rend malade. Il veut que la vie le laisse tranquille, il voudrait pouvoir s'en extraire et quitter la vie, être oublié, disparaître du monde. C'est comme un appel à la mort, la manifestation d'une tendance à aller vers la mort que la maladie vient renforcer.

Enfin, l'intranquillité de la vie désigne une version singulière de ce morcellement de soi et de sa parole comme *Je*.

Le sujet essaie de traiter par la parole ce qui l'assaille et ne cesse pas, depuis plusieurs années, de ne pas réussir à s'intégrer, à commencer. C'est l'inaccomplissement répété d'un début avorté et manqué. C'est aussi une version du ratage premier qui surgit dans la rencontre avec la maladie de la mort.

L'énonciation du sujet montre autant la volonté de se saisir et tenir ensemble que la puissance de la déchirure qui le fragmente.

2-2-7-2 L'espace de la chambre

Dans l'institution de soins, le psychologue clinicien se déplace dans l'espace intime de la chambre du malade. Celle-ci délimite un espace ambigu, un lieu pour soi mais impossible à s'approprier. La chambre d'hospitalisation brouille les frontières habituelles de l'espace intime et nécessite un investissement du sujet.

Le premier mouvement est de mon côté, je me déplace vers le patient.

En écrivant au moment de la sortie de la première séance, je notais que derrière la vitre contemplée par Anselme D. revient chaque jour pour la même tableau, la même scène dans un décor imperturbable. Cette fenêtre sur le monde emporte avec elle la vision de ce qui est loin, éloigné ou retiré. Derrière le paysage donc, je percevais comme la sensation d'une absence, l'impression d'une destruction qu'il contemplerait malgré lui.

Je pense à la configuration de la chambre, à cet espace fermé que chacun connaît et traverse à sa manière. Blaise Pascal écrit :

« tout le malheur des hommes vient d'une seule chose, qui est de ne savoir pas demeurer en repos dans une chambre. »¹

Mais pourquoi ?

Dans la solitude de la chambre, le vertige du néant affleure et la confrontation à sa solitude indépassable.

Précisément, l'hospitalisation oblige le sujet à rester de façon prolongée dans sa chambre.

La chambre est un de ces lieux de passage que l'on occupe mais qui ne sont pas nôtres. La difficulté d'occuper une chambre qui est la sienne mais ne nous appartient pas. Quelque part en chacun, existe ce motif de la pièce fermée à différents moments de sa vie : la chambre d'enfant, la chambre de pension, la chambre d'hôpital, la chambre d'hôtel, la chambre en maison de retraite.

Anselme D. nous indique tout de suite que dans sa chambre, « il » (ou quelque chose en lui) se retrouve en pension.

¹ PASCAL Blaise, *Pensées*, VIII, Divertissement fr. 126, Œuvres Complètes tome 2, Gallimard, 2000, p.583.

2-3 LYDIE V., L'HORIZON DE LA VIE

2-3-1 Contexte de l'hospitalisation

Lydie V., âgée de 36 ans, est atteinte d'un cancer et vient de subir une ablation du sein. Elle poursuit un traitement chimiothérapique.

Elle est fille unique. Elle a réalisé des études de commerce et exercé des responsabilités dans un magasin d'alimentation.

2-3-2 L'image perdue

« Je ne me sens pas femme. Je me protège avec une carapace et je me déplace avec des airs-bags. Très tôt j'ai été adulte et je n'ai jamais pu profiter de la vie. Je n'ai pas eu d'enfance ni d'adolescence.

Ma mère était dépressive, je rentrais de l'école et je devais m'en occuper. C'est moi qui était sa mère. Elle cherchait toujours la perfection, on ne devait manquer de rien. Elle me disait toujours : tu n'es qu'une bonne à rien, tu es née fatiguée. »

Silence.

« A vingt-quatre ans, j'étais responsable adjointe d'un supermarché, j'avais cinquante personnes sous ma responsabilité. A ce moment-là, j'ai énormément grossi et je faisais des crises d'anorexie-boulimie. Si je devais me définir, je prendrai l'image d'un clown qui, déguisé et maquillé, fait rire les autres mais le soir, après le spectacle, il n'y a plus personne : il est seul, tout seul. »

« Avec le traitement chimiothérapique, j'ai perdu mes cheveux. On m'a conseillé de les raser pour ne pas avoir à les trouver sur son oreiller quand on se réveille. Quand je me suis vue rasée dans le miroir, j'ai pensé aux femmes tondues après la guerre dans les images vues dans les films. »

Elle me tend alors la photographie d'une image en couleur. Elle a vingt ans, elle est souriante. Je suis alors face à un dédoublement de la personne qui occupe alors deux places différentes. Pour écouter la personne présente, je dois laisser cette confrontation d'images qu'elle suscite. Je reviendrai sur ce point clinique car j'ai constaté, assez souvent, que le sujet malade nous montre une photographie, une image du passé. (cf Commentaires)

« De toute façon je suis moche et laide, c'est une façon de me protéger contre le sexe masculin. Quand j'étais petite, mon père sortait son fusil dès que quelqu'un s'approchait de moi. »

Je clos la séance en disant à Lydie V. que l'on se revoit la semaine suivante. Dans le couloir, ses mots résonnent en moi : se protéger contre le sexe masculin... Je marche avec cette phrase ne sachant pas trop ce qu'elle recouvre ou indique.

2-3-3 La vie dans le mauvais sens

« Je suis uniquement un être humain, je ne suis plus une femme, c'est comme si on m'avait castré. Jamais plus, je ne serai la fille que j'ai été et que je vous ai montré.

Vraiment on m'a cassé, on m'a meurtri, on m'a brisé. Il y a des brèches et des fissures dans ce que j'ai construit.

Le cancer ça fait peur, c'est comme une épée de Damoclès au-dessus de soi : personne ne vous dit jamais que vous êtes guéris. Vous n'êtes jamais à l'abri »

Je pense, à ce moment précis, à la dimension folle de cette épreuve somatique létale.

Quel abri le sujet va-t-il trouver ?

Quel refuge va-t-il consolider afin de préserver un espace où respirer et survivre ?

C'est dans la parole et par la parole dans l'espace de séance qu'il peut essayer de rassembler cet abri nécessaire face à ce qui arrive.

« Vous savez, la vie c'est comme la construction d'une maison. D'abord la fondation, les murs puis la toiture. Ce qui vient à la fin, la mort, c'est la cheminée. Mais moi, c'est comme si j'avais pris le mode d'emploi à l'envers, dans le mauvais sens. »

Silence.

Dans ma tête, ses mots : la mort, c'est la cheminée...

« J'ai un sommeil perturbé et difficile. Cela a commencé à l'université. Après le décès de mon père, je n'ai pas dormi pendant quinze jours. C'est comme si je ne pouvais pas me laisser aller, je surveillais tout ce qui se passait autour de moi. Dormir c'est dangereux : on peut faire n'importe quoi de vous.

Toute petite, je ne pouvais pas m'endormir avant que mes parents s'endorment.

Je leur demandais tout le temps « Est-ce que vous dormez ? ». Ma mère, une fois, s'est levée et m'a cassé le balai sur l'épaule. Quand nous partions en vacances, je me levais pour aller dans la voiture. J'avais peur qu'ils partent, qu'ils m'oublient ou m'abandonnent. Je m'en souviens j'avais quatre ans. »

Silence.

Je donne rendez-vous à Lydie V. la semaine suivante.

2-3-4 A l'horizon

« J'espère que je vais m'en sortir en arrivant à grimper le mur, à terminer ce livre ou ce chapitre et passer à autre chose. J'aimerai profiter des petits bonheurs avec un petit b. »

Je ne sais pas pourquoi je lui demande alors : Avez-vous un horizon... ?

« Oui, dit-elle, mais pour l'instant c'est comme s'il y avait un mur devant l'horizon qui empêche de voir au-delà. Le chemin se rétrécit au fur et à mesure que l'on avance. Il y a des précipices de chaque côté, j'ai peu de marge de manœuvre, il y a moins de zigzags possibles. »

Silence. Elle semble légèrement absente et pourtant cherchée par une partie d'elle-même qu'elle n'arriverait pas à fixer.

Sans me regarder :

« J'ai besoin de votre écoute, le psychologue c'est celui qui permet d'aller sur le chemin. Ce n'est pas lui qui le trace ou qui marche mais il est comme l'aiguille ; déjà il dit qu'il y a un chemin...

Ce n'est pas un chemin pré-existant, c'est une voie (une voix ? aujourd'hui encore je ne sais pas comment écrire ce mot) à venir qui se fait et que l'on peut regarder. »

Silence. Sa tête se détourne de la fenêtre et revient dans l'espace de la chambre. Elle semble moins loin.

« Le temps est vécu différemment. Vous par exemple. Vous vous levez, vous servez à quelque chose et vous avez des choses à faire. Moi, quand je me lève et me regarde : je me dis que je survis à la maladie, que c'est une chance et en même temps à quoi est-ce que je sers ?

Qu'est-ce que je peux projeter sur ce mur devant moi ?

Pour les autres, on sait qu'on meurt mais on n'y pense pas, on avance, on a de la marge.

Moi je ne peux pas, le poids de la maladie me neutralise, il fait bloc et il empêche de regarder devant soi. »

Silence.

2-3-5 Le pire et le factice

« Ma mère cherche la perfection, on ne doit manquer de rien et toujours avoir des réserves. Quand, de bonne volonté, je faisais le ménage ou le repassage, elle passait derrière moi et sans rien dire – ce qui est peut-être le pire – elle refaisait tout.

Aujourd'hui, j'entends encore ses phrases : Tu n'es qu'une bonne à rien, tu es née fatiguée.

Quelque chose en moi est cassé et si je tente de recoller les morceaux – c'est comme pour un vase – ça se voit : ça tient mais ça se voit. »

« Face à ma mère, je n'avais aucune place, aucune légitimité. Depuis que mon père est mort, elle a réagencé les priorités. Il y a six ans, elle a réussi à me dire un compliment : Je suis fière de toi...Je me suis effondrée de joie, de pleurs, c'était la première fois.

Elle n'a pu s'empêcher de me dire alors « Pourquoi pleures-tu ? C'est vrai de toute façon ».

« Maintenant, c'est presque l'inverse, elle me complimente mais je n'y crois pas. Cela passe comme de l'eau sur un imperméable, c'est comme quand on déguste un plat les premières bouchées sont excellentes et après c'est différent. Il y a un moment pour dire les choses, après c'est trop tard. »

Je l'invite à poursuivre :

« - Continuez. A quoi pensez-vous ?

- Je pense que l'on ne peut pas, c'est impossible, que l'on m'aime, je ne peux pas être aimée. Au fond de moi-même j'en suis persuadée et c'est pour cette raison que j'ai un clown, un clone aussi (elle sourit de l'homonymie). C'est quelqu'un d'autre pour faire le lien avec les autres.

C'est vrai que l'apparence physique est prépondérante, prédominante mais si je rencontrais une fée et une baguette magique ce ne serait pas mes premiers vœux. »

A ce moment, c'est-à-dire à ces mots, se forme en moi l'image précise du tableau de Balthus « Le passage du Commerce-Saint-André » où un personnage de dos, dont le visage nous est dès lors inaccessible, avance vers le centre du tableau et semble déjà loin. Il est en chemin vers sa propre dissipation. Il tient dans sa main droite une baguette...

A gauche, sur le trottoir, une enfant joue avec sa poupée assise en face d'elle sur une petite chaise. Juste après, une femme se tient à la fenêtre et semble se heurter à la matière du mur. Dans un même mouvement, sur la toile peinte, l'inertie du mur, la volonté de s'échapper et son impossibilité réalisée. Ceci sur fond du personnage qui avance dans la nuit, ou la brume, avec une sérénité surprenante quoique sincère. Est-il en train de sourire ? A-t-il les yeux ouverts ? Que sait-il du bruit de la scène sur le trottoir ?

Autant de questions sans réponses qui se mettent à tourner devant la vue de ce tableau.

« Pour moi, vous n'êtes pas la fée du mardi¹, vous n'exaucez pas les vœux mais vous permettez quand même, d'une autre manière, que les gens marchent sur un chemin sans trop se casser la gueule. Lorsque l'on est seul avec des précipices autour, on peut tomber. Vous êtes comme le niveau qui permet que les murs de la maison soient droits et ne partent pas de travers, que les choses tiennent à peu près. »

Ce niveau m'évoque le passage à niveau, le passage au dessus de la voie ferrée.

La personne seule dont le travail consiste à lever et baisser la barrière.

Bien plus, j'entends ici l'importance d'être en présence d'un passé, à côté d'un monde inaccessible et si proche, de se promener dans le temps, avec lui, et le passage à niveau concerne ce point du temps dans mon histoire où j'ai cru disparaître sans être jamais apparu.

¹ les séances hebdomadaires avec Lydie V. ont lieu le mardi.

S'effacer et disparaître avant « d'être », avant d'apparaître : tel est l'un des points de ce temps intime qui soudain se met à vibrer dans le mot « niveau ».

Ce point n'est-il pas aussi une difficulté pour Lydie V. ? Où s'est-elle cachée pour préserver un espace respirable sans pour autant réussir à vivre ?

Je clos la séance sur ces mots : que les choses tiennent à peu près.

2-3-6 Suis-je une femme ?

« Je ressens un profond malaise, je l'ai déjà dit : je me sens un être humain mais pas une femme. J'ai perdu un sein, mon œil me fait souffrir et n'est pas encore rétabli, je n'ai plus mes règles. Le médecin ne sait pas. Il ne peut pas me dire si je suis ou non ménopausée.

Quand je me regarde dans la glace je vois un déchet, je me fais horreur.

J'ai reçu beaucoup de cartes postales qui témoignent d'émotions et de sentiments : ça me fait du bien même si ce n'est pas vrai. Je ne vais pas mourir du cancer mais du cœur. »

Silence.

« C'est ainsi que je me vois, si j'étais en tête de gondole, les gens ne me prendraient pas. On ne s'intéresse pas à un produit ouvert, fissuré. Quand je suis seule, je mange à fond, je m'isole pour oublier. On a tous des choses à oublier, non ? »

- Oublier certains moments de son histoire, pour avancer..., lui dis-je.

C'est à partir de l'horizon indépassable de la condition du sujet comme étant le « reste » des rencontres qui marquent son histoire, qu'il sera possible de vivre, d'avancer et d'assumer ce qui, toujours, vient.

2-3-7 Commentaires

Que nous enseigne ce fragment clinique sur la réponse d'un sujet confronté à la maladie létale ?

Là où l'écran de l'ignorance sur la mort et sur le corps vivant n'opère plus, le sujet répond sur le plan du désir et la complexité de sa filiation.

2-3-7-1 L'historisation des contingences passées

Lydie V. tente de grimper en haut du mur de la maladie pour terminer un des chapitres difficiles de son histoire. Il s'agit, au fil des séances, d'essayer d'assumer la fragilité de ses failles malgré les injonctions paradoxales de l'emprise maternelle.

Pendant plusieurs semaines, elle explore les coordonnées de son histoire désorientée par la mise à l'épreuve du corps mortellement malade. Lydie V. exprime cette volonté symbolisante de pouvoir s'approprier ce qui arrive, elle qui fut toujours passive, flouée, dépassée.

Dans le contexte d'une énonciation possible, elle tente de construire sa réponse originale à ce qui arrive. Cela implique de repasser par les moments cruciaux de sa vie et de témoigner de la crainte d'être abandonnée et l'urgence de se protéger.

De plus, cette mobilisation va permettre d'analyser son « énorme carapace » pour lui laisser un peu plus de marge et de respiration.

2-3-7-2 La photographie et la mort

Au début de nos rencontres, Lydie V. nous tend une photographie qui la montre dans l'éclat de ses vingt ans.

Je souhaite interroger ici la nécessité, pour plusieurs sujets pendant les séances ayant lieu dans leur chambre, de nous donner à voir la différence entre soi et une image.

S'agit-il de montrer le chemin parcouru et l'œuvre terrible du temps au témoin que nous représentons alors ?

S'agit-il que l'on ne garde pas uniquement, et dangereusement pour lui, ce qui se voit aujourd'hui dans la réalité ? Ou que l'étoffe de sa personne fasse appel à ce qui a disparu mais que la photo conserve malgré tout ?

C'est l'ambiguïté essentielle de la photographie qui apparaît à partir de ces questions. Si la prise photographique fige et montre ce que l'on ne voit pas, elle arrête le temps et donne l'image immobile d'un être vivant.

Sans médiation, la photo donne une image du passé et dit implicitement : ceci a été. Cet effet est dans la prise qui saisit et éloigne en même temps tout présent possible. Il ne s'agit pas de la saisie d'une scène qui donne à voir et alimente la mémoire. La photo signe l'intrusion de l'arrêt de la mort dans le flux temporel.

Le piège et la faiblesse de la photo tient en ceci qu'elle ne montre pas la présence de ce qui est, elle ne dévoile pas ce qui existe. Elle indique ce qui a été, ce qui fut, et le porte au plus haut en disant que cela n'est plus. La photo parle au passé, c'est un art de la chute, de la perte et de la déchéance de l'instant vivant dans l'éternité fixe de son image.

Cette image lui donne une épaisseur spéciale qui est celle du regard de la mort. Toute photo semble prise sous le regard de la mort et faire entrer la personne dans le passé composé. La photo montre l'empiètement de la mort dans la vie dont elle arrête le cours pour figer l'être. Elle détache et extrait du donné une figure, elle est une mise en œuvre technique de l'*Aufhebung* du langage. Une image photographique veut dire que cela a été et a existé.

La prise d'une photographie saisit le présent en l'arrêtant. Elle le fige, arbitrairement et violemment sans doute, pour révéler en même temps que l'arrêter, elle le rend inexistant. Ce qui est pris en photo passe dans la tension de l'oubli entre ce qui est et déjà n'existe qu'au passé. Le temps de la photo est celui de ce qui fut mais jamais n'est le présent.

Ainsi cet appel à la photo, si présent dans nos rencontres cliniques, serait lié à la dimension du regard de la mort et de la loi de la mort. Le malade lui-même est placé sous ce regard de la mort, il retrouverait dans la photographie la force de cet arrêt lié au regard de la mort. La photographie est toujours prise du point de vue de la mort et l'introduit nécessairement. On sait que dans certaines cultures la photographie, du visage notamment, est désignée comme un vol, un arrachement d'une part de soi-même qui n'est autre que la mort que le sujet porte en lui et qui fonde la béance de son existence.

Parfois la photographie garde la trace de ce qui est aujourd'hui perdu. Elle montre le passé comme il n'a jamais eu lieu et peut retenir notre attention dans un moment précis. Si la maladie est le nom de cet empiètement de la mort sur la vie, on voit que son action se rapproche de celle de la photographie. Toutes les deux opèrent un franchissement et saisissent le sujet sous le regard de la mort.

2-4 EUGENE A., L'ORIGINE DE LA VIE

2-4-1 Contexte médical

Eugène A. est atteint d'une tumeur évolutive de la gorge. Il est hospitalisé dans notre établissement à la veille d'une trachéotomie palliative. Il est âgé de 57 ans.

2-4-2 Une naissance incertaine

« Aujourd'hui je vous parle car demain on me coupe le sifflet. J'ai très peur. »

« Je suis né de l'incertitude et je partirai de cette incertitude.

On m'a toujours appelé le bâtard parce que je ne sais pas d'où je viens. Toute ma vie j'ai porté la honte d'être né. Je suis né coupable. »

Silence.

« Pendant des années, j'ai recherché ma mère pour savoir d'où je venais. Je voulais un signe de ma naissance. Elle a accouché sous X sans rien me laisser. »

« J'ai fréquenté de nombreuses femmes, j'adorais danser et je les faisais toutes valser.

Par contre, je ne me suis jamais fixé, j'avais trop peur du bonheur. »

Je m'entends lui répéter « trop peur du bonheur ».

Je lui propose alors un rendez-vous la semaine suivante.

2-4-3 L'abîme de l'existence

Eugène A. se plaint de ne pas pouvoir « raccrocher sa vie à un quelconque souvenir », il dit aussi être « dans un abîme, une existence sans fond ; je n'ai jamais eu de repères. »

Eugène A. parle de la maladie cancéreuse comme d'une injustice :

« Je ne sais pas d'où vient cette maladie qui me ronge la gorge, est-ce à cause du traumatisme de ma vie ? Je n'ai jamais fait d'abus. »

2-4-4 Commentaires

Ce court fragment clinique présente l'intérêt de montrer la reprise par un mouvement de paroles des coordonnées de son roman familial dans ses failles et ses défauts.

« Qui suis-je ? » et « d'où je viens, d'où vient le Je ? »

Ces questions fondamentales qui resteront sans réponse pour lui sont celles qu'il agite et anime au seuil de la mort prochaine.

Quelle portée et quelle place attribuées à cette quête de l'origine et du commencement de soi, ce d'où Je viens qui semble insister dans nos rencontres cliniques ?

Le sujet tenterait de fixer son origine, de reprendre et d'affronter la concaténation de la filiation là où l'anticipation de sa mort le projette vers le néant. Il viserait soit à établir une continuité, un fil directeur, soit à venir justement faire rupture dans cette saisie par la maladie. La maladie et l'anticipation de la mort plongent le sujet dans les lignes initiales de la vie et du désir. Une des modalités pour reprendre le fil de ce qui lui arrive serait de témoigner du ratage présent dès la venue au monde.

Au fond, dans les marges de la scène médicale et technique qui traite la pathologie cancéreuse, le sujet parlant travaille à la fixation (jamais réussie de son origine et de son commencement) et à la reprise de son « *d'où Je vient* ».

Il est important de dissocier l'origine et le commencement. La première est une énigme dont la réponse est perdue, le sujet est radicalement séparé de son origine. Le commencement, par contre, est enclenché par le récit qui occulte et tente de dire l'origine. Chacun met à la place de ce trou l'origine d'une fiction, d'un récit qui lui donne sa raison et permet au sujet de continuer à vivre.

La maladie létale dévoile la béance de l'origine et du trou qui fonde le sujet parlant. Elle le pousse alors à répondre et tisser la trame d'une filiation.

Les rencontres cliniques et l'écoute attentive de ce qui nous est adressé dirigent ce questionnement vers l'origine du *Je*, vers le commencement de la parole et du désir.

Freud a indiqué les failles dans le savoir et les trous énigmatiques que le sujet rencontre dans son existence. Il a également indiqué la nécessité subjective de colmater et recouvrir ces failles par des récits, des théories, des fantasmes agencés par le sujet tout au long de sa vie.

Il y a ainsi une dimension des fictions imaginaires pour recouvrir et fixer l'origine vacillante du sujet mis en question par le pronostic létal de la maladie. Mais il y a plus.

Le sujet se débat dans la parole avec le désir de l'Autre qui l'habite et à partir duquel il s'est constitué. La maladie cancéreuse possède cette force d'impact déstabilisatrice dans l'homéostasie du principe de plaisir. Elle bat en brèche le fantasme d'immortalité¹, elle fait saillir les failles dans le savoir, les fantasmes, l'inconscient du sujet.

C'est ce point qui est la source de ce travail de recherche. En effet, c'est dans les failles inhérentes du sujet avec soi-même et avec son histoire, sa filiation et son désir que la parole singulière prend corps et qu'elle mobilise notre écoute, notre attention et nos réponses.

Face à ces étincelles, le sujet parlant va alors essayer de fixer son origine, de tisser un fil continu et de donner une forme cohérente à cette vie qui glisse vers la mort. Il en donne une version problématique et se livre à des explorations, des reprises, des relectures de ce qui restait en plan.

Pour donner une image nous dirons que chacun abrite dans son histoire des scènes où le crayon est resté posé sur le papier vierge et pas encore noirci. Il existe ainsi dans les tiroirs de la mémoire plusieurs bureaux et tables où la parole est suspendue ou bloquée. L'impact de la maladie bouleverse ces lieux de rupture et oblige le sujet à reprendre le fil et à écrire, à dire, à faire passer dans la parole ce qui reste arrêté.

D'où *Je* vient ? D'où part cette vie qui en vient à s'éteindre et disparaître ?

De quel chaos originel suis-je le résultat et le produit ?

Origine de la parole, du désir, de la pensée, du sujet, sont mises à la question dans l'épreuve de la pathologie létale. Je témoigne ici pour ces personnes qui se sont livrées à moi, qui ont avoué des choses et qui ont tenté l'effort de dire dans un moment où plus rien n'existe et où les branches sont fragiles.

¹ BACQUE M-F., « Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuils dans les cancers », *Revue Francophone Psycho-Oncologie*, 2005, 2, p.117-123.

2-5 CLAIRE L., L'AMPUTATION DE LA VIE

2-5-1 Contexte de l'hospitalisation

Claire L. est hospitalisée pour le traitement chimiothérapique d'un cancer du sein après une intervention chirurgicale et une ablation.

Elle est âgée de 47 ans et vit seule depuis une dizaine d'années.

2-5-2 Formation onirique et atteinte corporelle

Claire L. commence par évoquer les différents degrés dans l'annonce de sa maladie.

« On a commencé par me parler d'un petit cancer de neuf millimètres. On m'a dit qu'il fallait refaire des examens pour finalement me parler d'une mauvaise nouvelle. Il y en a partout, le médecin m'a fait un dessin et m'a parlé de la nécessité d'une intervention. Pour moi c'est une mutilation. »

« Pendant cette période, j'ai fait des cauchemars. Je me réveillais la nuit pour toucher mon sein, pour être sûre que c'était réel et qu'il était toujours là. Je vis avec la peur de vivre amputée d'un morceau de corps en moins. A un moment j'ai même pensé préférer mourir que d'être amputée. J'en ai parlé à mon fils qui m'a dit que si l'on n'est pas maître de sa naissance on est par contre libre de sa mort. Mais il s'est rétracté et il préfère que je sois opérée. Je l'ai fait pour lui et pour ne pas lui faire de peine ».

Pour elle, plutôt mourir que de vivre dans un corps avec un sein en moins.

« Au Centre anti-cancéreux, je vois les malades comme dans un clip de M. Jackson, les gens sortent de leurs tombes, ils sont morts-vivants. J'ai l'impression d'être entourée de morts-vivants. »

Si le malade est comme un mort-vivant qui a déjà un pied dans la tombe, qu'en est-il pour elle ? où se situe-t-elle ?

Elle sait qu'ils sont déjà morts mais ne le savent pas. Elle a peur du risque d'être emportée par la mort et aspirée par cette proximité.

2-5-3 Le corps fragmenté

« Une infirmière m'a présenté les prothèses mais cela ne m'a pas rassurée. J'étais face à des morceaux de seins étalés sur une table, pour la reconstruction mammaire.

J'ai tout de suite pensé que je ne pourrai jamais mettre ça dans mon soutien gorge. »

La parole et le fait dire de Je lui permettrait de s'extraire et de se dégager de cette chute du corps malade qui n'est plus lié à la féminité et la maternité. Son corps sans attributs n'est plus le sien. *« Le sein représente la féminité, j'ai allaité mon fils. »*

« Autre chose encore. Avant de partir les soignants voulaient absolument que je regarde la cicatrice. Je n'ai pas voulu. Ils disent que quand on est seul c'est encore pire, plus traumatisant...Je préfère avancer à mon rythme. »

« De plus, le temps me paraît irréel, il ne passe pas et je suis comme ailleurs.

Tous les matins je dois me dire : vivement ce soir, une journée est passée aux côtés de ce corps là. Je suis comme séparée de mon corps et ma tête est ailleurs. Vous savez, je rejette mon corps. Il n'est plus à moi, c'est une masse de chair et d'os mais ce n'est pas mon corps. Je suis presque morte et je vis par procuration. C'est comme si on avait signé mon arrêt de mort ».

Silence.

Un retour à domicile ayant pu être programmé rapidement, je ne reverrai pas Claire L. après nos trois entretiens.

Les ruptures et les arrêts dans le circuit de la parole sont aussi à l'épreuve pour le clinicien.

2-5-4 Commentaires

2-5-4-1 Amputer son passé

Chaque partie du corps humain, fonction ou organe, est susceptible d'être investie et impliquée dans un réseau de significations, de souvenirs, elle est en puissance l'élément d'une combinatoire singulière. Nous avons développé ce point structural dans la partie intitulée « la rupture freudienne ». La maladie létale vient forcer et faire travailler les réseaux et les combinaisons signifiantes qui habitent le corps.

Pour Claire L., c'est la valeur érotique du sein dans ses connexions avec le registre féminin et / ou maternel qui est activée. Ce sujet nous parle directement du rapport avec son fils et son allaitement pendant plusieurs mois. A cette première strate s'accroche ensuite la prise de décision médicale et l'échange avec son fils. Elle dit avoir accepté l'opération « pour lui ». De sorte qu'elle vit maintenant par procuration.

D'une façon plus générale, on peut dire que l'héritage familial et les coordonnées du sujet sont insérés dans des combinaisons et incarnés dans sa chair. La maladie somatique se présente comme un forçage dans les paramètres des tensions du sujet avec l'Autre et la filiation du désir. C'est ce que nous allons développer dans notre partie suivante « la maladie létale, aiguillon du désir ».

2-5-4-2 Refuser son corps

Je souhaite ici souligner l'intrusion du corps dans le dévoilement de ce qui doit rester caché et masqué. Le corps frappé par la maladie se met à échapper et fuir les frontières qui le contiennent. La première réponse du sujet prend alors la forme du refus de son corps.

Qu'est-ce qui assure l'identité du sujet quand le corps est mutilé et morcelé ?

Qu'est-ce qui fonde la certitude et l'identité du sujet ? Sur quoi va-t-il s'appuyer si le corps ne tient plus ?

La réalité organique se brouille avec les contours de la forme imaginaire et n'appartient plus au sujet qui le rejette. En perdant un sein, Claire L. perd la cohésion de l'ensemble de son corps et tente de saisir une réponse à cette perte du corps.

Le sujet interroge aussi le déroulement d'un temps irréel qui ne passe pas. Quand le réel corporel se brouille avec les limites de l'image du corps, le sujet est « ailleurs » que « dans » le temps. On aperçoit par ce biais que la dissociation du sujet avec le temps a un rapport précis avec la disjonction du sujet et de son corps.

2-5-4-3 Accepter une nouvelle réalité ?

On parle souvent, pour décrire les processus en jeu dans l'épreuve de la maladie grave, d'acceptation et d'intégration. De quoi s'agit-il ?

La maladie produit un excès traumatique que le malade va devoir intégrer et essayer d'y faire face. Il va s'ajuster à la maladie et à ses conséquences selon différentes voies liées aux pertes concernées :

« L'adaptation psychologique vise à préserver l'intégrité physique et psychique, à récupérer les troubles réversibles, et à compenser les troubles irréversibles. A chaque phase et stade de la maladie les réactions psychologiques opèrent une intégration complexe entre la mémoire des expériences passées, la perception des menaces futures et les ressources disponibles (état physique, personnalité, soutien psychosocial). Ces réactions peuvent mener à une adaptation ou à un échec. »¹

C'est une logique de l'acceptation et du cheminement qui passe par l'acceptation des changements et bouleversements induits par la maladie grave. Le malade doit en effet affronter une multitude de modifications dans ses relations aux autres, à son image, à son corps. Pour désigner l'ampleur de l'épreuve à surmonter, certains auteurs parlent du syndrome d'Atlas en référence à la figure antique dont le corps ploie sous le poids du monde qu'il porte sur ses épaules. « Cette expression métaphorique permet de visualiser le peu de marge de manœuvre des malades cancéreux durant la phase de traitement. Enfin soulignons que la position d'Atlas implique aussi une certaine perte de liberté et des choix se limitant à des alternatives extrêmes : lutter et se faire traiter ou alors abandonner. »²

¹ RAZAVI D., DELVAUX N., *Psycho-oncologie*, Masson, 2002, p.67.

² id., p.76.

Dans cette perspective, il s'agit pour le malade d'intérioriser de nouveaux repères et de faire face aux inévitables changements liés à la réalité de la maladie.

Le schème qui structure cette théorie est le suivant :

l'absorption progressive ou non du trauma par les mécanismes du système cognitif. Nous dirions volontiers l'intégration du réel par la machine symbolique.

Mais ce que la psychanalyse met en évidence c'est que cette machine habite aussi en elle du réel et de l'impossible qui touchent à la mort et au corps. Ce que nous avons développé au début de cette recherche tend à montrer l'intrication de la double fonction de la mort et du corps avec un réel. Nous espérons avoir montré la complexité des paramètres et coordonnées des rapports du sujet parlant avec sa mort et son corps pour que l'approche de la maladie grave comme une nouvelle réalité à accepter se montre problématique.

Il paraît indispensable d'inclure une réflexion sur la catégorie du réel, de l'insupportable et de l'impossible et les court-circuits que provoque la maladie grave pour situer les enjeux psychiques impliqués dans cette épreuve.

Je développerai ce point dans la partie suivante.

2-6 EMMANUEL T., LE PECHE DE LA VIE

2-6-1 Contexte de l'hospitalisation

Emmanuel T. vient d'être opéré d'une néphrectomie pour une tumeur cancéreuse. Il présente d'autre part une polynévrite d'origine exogène et une cachexie. Il entre dans notre établissement pour plusieurs semaines.

2-6-2 Un départ raté

« Je suis né en 1939, ce n'est pas une belle année pour naître... »

Je suis le fils du péché, mon père n'était pas mon géniteur. C'est mon parrain de baptême qui s'est occupé de moi. Etant enfant, je n'ai jamais pu souhaiter la fête des pères... »

« Mon parrain est récemment décédé, à cause de mes problèmes de santé je n'ai pas pu assister à son enterrement. »

« J'ai fait la guerre d'Algérie, j'avais vingt ans. C'était affreux, c'est la seule fois de ma vie où j'ai pleuré. Pendant une mission, on était parti à douze et on est revenu à cinq. »

« J'ai eu une liaison avec une femme qui s'est mal conduite, elle est passée par la prison. Elle était enceinte et j'ai dû payer pour que la naissance de ma fille se passe à l'extérieur des murs. Elle est née le 15 juin 1969, le jour de la fête des pères. »

Emmanuel T. parle ensuite des rapports brouillés avec ses deux enfants, liés à des problèmes d'alcoolisation et de « dépression ». Il explique que ses enfants ont longtemps vécu chez leurs grands-parents.

Je lui propose un rendez-vous la semaine suivante qu'il accepte.

2-6-3 Faible ou fiable ?

« Cliniquement je suis faible, j'ai perdu trente kilos après l'opération. »

Silence.

« J'ai été faible avec ma fille car je n'ai pas réussi à lui dire franchement les choses. »

« Je suis faible avec les femmes. Pourquoi ?

Moi qui croyais être là pour les autres ou avoir fait des choses pour eux.

Je ne sais pas si je suis un type fiable... »

« Je m'aperçois aujourd'hui qu'on est seul pour mourir alors qu'à la naissance on est plusieurs. Je suis fatigué, vous savez, je me sens isolé, je vais crever tout seul. »

« J'aimerais recevoir du courrier et des nouvelles. C'était mon anniversaire la semaine dernière, je n'ai rien reçu... »

Emmanuel T. sera hospitalisé dans un autre service, suite à une altération générale, quelques jours après ce second entretien qui est devenu le dernier.

2-6-4 Commentaires

La maladie grave est présentée par Emmanuel T. comme l'aboutissement logique de qui était présent et presque « moisi » en lui depuis très longtemps.

Tout se passe comme si quelque chose se réalisait : « je suis le fils du péché ».

A sa façon, son discours prend un accent presque shakespearien : « Il y a quelque de pourri dans le royaume du Danemark ».

La faute est là depuis le début et le commencement est une erreur à propos du père et du géniteur. Son existence est le résultat de ce rapport fautif ou illégitime entre sa mère et un autre.

Il vit dans l'ombre de ce commencement raté et de ce péché originel. La maladie grave
branche directement l'énonciation sur le fil de la filiation et son d'où je viens ?
D'où vient le *Je* ? De quel désir suis-je le résultat et le reliquat ?

La question déterminante se dédouble entre l'énigme de l'origine et le récit d'un
commencement sur la filiation désirante du *Je* mis en cause par l'apparition de la maladie
grave.

2-7 AGATHE B., LE FIL DE LA VIE

2-7-1 Contexte de l'hospitalisation

Agathe B. est hospitalisée pour un cancer digestif grave. L'absence de possibilité thérapeutique la place d'emblée dans une prise en charge palliative et de soins de confort. Elle est âgée de 51 ans, mariée et mère de deux enfants de 17 et 22 ans.

2-7-2 Ne pas avoir été désirée

« Je suis inquiète par cette maladie, qu'est-ce qui va se passer ? »

Silence. Elle me regarde, comme si elle cherchait un assentiment ou si elle mesurait la possibilité de se lancer dans le dialogue.

Elle est comme devant une épreuve de saut en longueur et mesure en un éclair si elle se met à parler ou non. Je la regarde en essayant de lui laisser entendre que nous avons le temps.

Elle reprend :

« C'est la première fois que je parle de ça : je suis la troisième enfant après un garçon et une fille. Je n'étais pas désirée.

Mon père voulait une fille et ma mère un garçon. Je suis arrivée comme un cheveu sur la soupe. J'étais toujours à l'écart et fautive. Mes parents ne me l'ont jamais dit mais ils me l'ont fait comprendre. J'ai toujours été obligée de me rebeller, d'aller contre pour pouvoir être là sinon je serai restée dans un coin et dans l'ombre.

Ma mère me faisait sans cesse des reproches par rapport à mes notes scolaires qui étaient moyennes par rapport à mes frères et sœurs. »

2-7-3 Le semblant et la vérité

« J'ai toujours été une battante et j'ai essayé de construire quelque chose avec ma maison, mon foyer, ma famille. Quand les amis m'appellent au téléphone, j'essaie d'être forte et de tenir mais quand je raccroche, je sens que c'est faux et que je fais semblant. Je ne peux pas m'effondrer, il faut que je tienne pour traverser cette maladie. Je dois réussir pour mes enfants et mon mari : je ne peux pas les décevoir. »

« C'est la première fois que je ne maîtrise pas ce qui m'arrive. J'ai toujours été obligée de bâtir parce que mes parents ne m'avaient rien donné. Ma mère avait son fils, mon père sa fille, moi j'étais là. »

Silence.

« Il n'y a qu'avec vous que peux parler de ça. J'ai peur de ne pas y arriver, c'est comme si j'étais entourée de sables mouvants. Je tends mon bras en avant, je veux que l'on me voit le plus longtemps possible. »

L'apparition de la maladie létale réalise quelque chose que le sujet tenait pour impensable. Elle active la crainte réelle que les choses cessent et s'effondrent.

Jusqu'où Agathe B. peut-elle supporter la pensée que sa vie doive s'arrêter et cesser?

Que signifie pour elle cette crainte de décevoir et trahir ses engagements, ses devoirs envers les autres ?

2-7-4 Commentaires

2-7-4-1 La violence de l'imprévu

Je propose ici l'hypothèse qu'avec le surgissement de la maladie létale ce qui ne fut jamais dit vient à s'ouvrir et se dialectiser dans la parole. Dans la prise et l'emprise de la maladie létale, le sujet tente alors de se dire et de se signifier comme être singulier.

C'est au moment où le sujet est saisi par la maladie, dont les effets et la détermination lui échappe, que précisément les coordonnées de son rapport au désir de l'Autre et sa position fantasmatique se pressent sur les bords de son discours.

La première violence de la contingence de la maladie létale est que les choses n'étaient pas prévues ainsi. L'imprévu, plaçant le sujet face à ce qu'il ne peut pas contrôler ou savoir, introduit la mort dans son horizon. Le destin surgit avec la maladie grave et interroge, de façon compressée et urgente, la position face au désir de l'Autre et sa filiation.

2-7-4-2 La filiation du désir

J'insisterai ici sur le premier point livré par Agathe B. dès le début de nos rencontres. Il s'agit de la place et de l'importance d'avoir ou pas été un enfant désiré. Ce terme est à entendre dans le sens d'avoir été marqué et traversé par un désir.

Il désigne une position fondamentale dans la structure que Lacan expose dans son Séminaire sur les formations de l'inconscient (1957-1958). Je développerai ce point dans le chapitre sur la place de l'enfant désiré en question.¹

Agathe B. insiste sur l'importance de la place qu'elle a ou non trouvée sur la scène familiale. Elle a d'abord eu l'impression d'être quelqu'un qui dérange et qui n'était pas attendue. Elle peut dire aujourd'hui que sa propre famille s'est construite sur cette « faille » originelle qu'elle a su garder secrète. C'est à partir de cette place ambiguë dans les rapports avec les autres éléments de sa famille qu'elle peut parler et répondre à la contingence déstabilisante de la maladie létale.

¹ Cf *infra* p.293-296.

On peut parler d'un certain accent shakespearien dans la présentation des sept fragments cliniques. Un accent qui mêle le retour sur la filiation du désir et un certain désespoir. C'est le désespoir de qui arrive à son achèvement en ayant la sensation d'une béance et d'un ratage. Avec la proximité réelle de la mort, les sujets témoignent de quelque chose de moisi et mortifié dans l'origine du désir et de la parole. Le désespoir est causé par la perte de l'évidence des assises du sens. La maladie létale est une question posée sur l'être et la justification de sa légitimité.

Contrairement à la dissociation possible entre le corps malade et l'implication subjective pour la plupart des maladies, le pronostic létal et l'enjeu de la mort engage tout de suite le sujet. Le sujet est embarqué et engagé par ce qui lui arrive et va tenter de répondre à cet appel. Face à la maladie létale, quelque chose se déchire, se brise et se perd. Une déchirure dans l'ignorance de la mort et dans le silence du corps, les évidences et les leurres de la méconnaissance se brisent, l'ipséité, la cohésion du Je se perd. C'est au creux de ce triple aspect (déchirure, brisure et perte) que se déploie notre action pour que se déplie la parole dans un espace de séance. Il s'agit d'instituer un lieu pour, peut-être, tenter de dire et restituer la possibilité d'une parole là où la maladie fait advenir l'impossibilité de la possibilité (Lévinas). Il s'agit encore d'aider le sujet à fixer ce que l'événement touche et révèle dans son rapport à l'Autre.

Le réel de notre expérience clinique se situe dans le surgissement de l'imprévu (événement sans cause) et la mise en évidence de ce qui y est pris et saisi pour le sujet. Il nous paraît fondamental que le sujet puisse répondre à l'appel du réel. On sait que l'appel est toujours impersonnel, anonyme et sans destinataire. C'est la réponse qui transforme le cri en appel et le fait entrer dans un échange. La réponse, dans une logique rétroactive, transforme le cri anonyme en un appel adressé. Par exemple dans l'appel au secours ou le cri de l'enfant dans ses premiers mois de vie extra-utérine. L'action spécifique et la réponse de l'autre modifient l'appel vain en un appel reçu et sa transformation dans l'échange. Il appartient donc au sujet de modifier la contingence événementielle et le surgissement de l'impossible en appel, c'est-à-dire en y répondant par une action de parole.

La réponse du sujet n'est pas seulement une intégration ou une adaptation aux changements dans la réalité mais, plus radicalement, l'acte qui transforme ce qui arrive en appel du réel.

Cette dignité est toute entière dans la réponse du sujet à l'appel du réel et au trou que la maladie ne manque pas de provoquer.

De plus, le sujet placé sur les bords de son existence tente d'articuler les apories et les échecs de sa vie passée. Face au problème insoluble de sa propre mort (*insolubilia*), le sujet parcourt et traverse les lignes de la filiation pour mettre en exergue les ratages. Il nous parle de cette position primordiale d'écume et de reste des vagues du désir qui l'ont porté au monde et qu'il tente d'assumer.

- II -

DEUXIEME CHAPITRE

CLINIQUE DE LA MALADIE LETALE

Ces deux premières parties nous ont permis de dégager la dynamique métapsychologique de l'ignorance (*ignoscit*) nécessaire à la logique de l'inconscient. La mort supporte la vie à condition que, dans l'Autre, un point reste voilé. Le sujet ne sait pas qu'il est déjà mort, il ignore qu'étant sujet symbolique il est comme mort.

Cet *ignoscit* est directement relié à la fonction de la mort qui supporte la vie en tant qu'elle est oubliée, et pas simplement refoulée, et à celle du corps qui ne dérange pas le sujet à condition d'être voilé derrière un écran. Les quatre pôles de la mort impossible / la mort nécessaire et le corps réel / le corps nécessaire tiennent ensemble et délimitent l'espace des sites paradoxaux du sujet fondé par la fonction de cette ignorance. La vie n'est possible qu'à partir de cette ignorance et perdure habituellement grâce à cet espace protégé de la mort. La vie se fonde dans une mise à l'écart et une ignorance salutaire que certains événements peuvent venir troubler.

Nous souhaitons explorer maintenant les différentes strates que la contingence de la maladie ouvre dans l'existence du sujet. Nous proposons de saisir la maladie grave comme l'agent d'un court-circuit dans les coordonnées de ces dédoublements. Ce court-circuit produit un forçage dans le rapport du sujet avec ses coordonnées fantasmatiques.

On appellera « maladie létale » ce qui produit une collusion et une distorsion dans ces repères. On appellera « réponse du sujet » l'élaboration par la parole et la mobilisation des coordonnées singulières pour réaménager l'insupportable dans la pensée et l'invivable de la vie. Cette exigence d'avoir à continuer à vivre « psychiquement » implique un devoir-dire et une reprise des détours de la concaténation signifiante qui détermine la place du sujet dans la parole.

A partir de la présentation des sept fragments cliniques, nous allons montrer en quoi le surgissement de la maladie de la mort peut venir interroger l'origine, le ratage et la filiation désirante du sujet. Maladie de la mort désigne ici la maladie qu'est en lui-même l'empiètement de la mort dans la vie d'un sujet. Cela veut dire aussi que ce dernier peut être malade de la mort en tant que vérité de l'être, condition indépassable de son être voué à la mort.

1- LA MORT SORT DE SES GONDS

1-1 LA MALADIE, DECHIRURE DANS L'IGNOSCIT DE LA MORT

« Il serait extrêmement utile à la vérité de ne pas se découvrir. »

Maurice Blanchot

A l'écoute de ces patients dont la vie bascule d'une « mort infinie à une mort certaine »¹, il est possible d'entendre cet envahissement d'inquiétudes lié au forçage produit par la maladie qui fait sauter un verrou et tord le fil qui donne sa ligne à l'existence.

La maladie grave fait sortir le sujet, dépossédé dans son être, de la trajectoire de sa vie. Elle est la contingence qui fait sortir la mort de l'oubli et place le sujet sous son implacable regard.

Hamlet : « Le Temps est hors de ses gonds ».²

Pour le dire sur un mode hamlétique, dans l'épreuve de la maladie létale la mort sort de ses gonds.

Tout se passe comme si la maladie létale déchirait l'ignorance protectrice jetée sur la mort.

A travers l'apparition d'une maladie létale, ce n'est pas uniquement la manifestation de l'imminence de la fin ou la prise de conscience de la finitude pour le malade. Nous tentons d'indiquer que cette rencontre est, plus radicalement, une rupture et une brisure de la fonction de la mort. Cette altération de la fonction permet de prolonger notre questionnement clinique et préciser les enjeux psychiques qu'elle détermine.

Ainsi, nous rencontrons le sujet hospitalisé quand le voile se déchire et que la mort empiète sur la vie. Le bruit de fond de ce mouvement silencieux donne ses couleurs aux rencontres cliniques et à ses élaborations subjectives. Cette dimension confère à cette pratique un des aspects de son style. Ces lames de fond, comme le bruit ininterrompu des vagues de la mer mis en scène dans le texte écrit par Marguerite Duras³ évoqué plus haut, éclairent paradoxalement ce qui va se dire et sera susceptible d'être entendu dans les séances.

¹ Titre d'un article de Catherine ZITTOUN, *Cliniques méditerranéennes*, 1999, 59-60, p.65-74.

² SHAKESPEARE W., Hamlet I 5, *Hamlet, Macbeth, Othello*, Livre de poche, 1984.

³ DURAS M., *La maladie de la mort*, Minuit, 1982.

Une brèche se produit qui ouvre la porte à des pensées, des craintes et des interrogations que nous rassemblons sous le terme d'oubli impossible. La zone de l'oubli – de la mort – sort de l'ombre et saisit le sujet. Le sujet malade qui ne peut plus tenir ou retenir ce qui s'effondre nous convie à l'écouter. Il va alors tisser et construire une cohésion passagère de son histoire et creuser certains traits.

Dans un forçage saisissant, la maladie létale place le sujet devant la question de sa destinée. Elle le place à un carrefour de son existence. Il est comme arraché à la réalité et à sa rêverie nécessaire.

« L'être profondément souffrant jette sur les choses, du fond de son mal, un regard d'une épouvantable froideur : tous ces petits enchantements trompeurs au milieu desquels les choses baignent habituellement lorsqu'elles sont contemplées par l'œil d'un bien-portant ont disparu pour lui : il gît lui-même sous son propre regard, sans charme et sans couleur. »¹

La maladie létale précipite le sujet dans les sillons du Jugement dernier et le contraint à dire une parole sur sa place dans la filiation. Il s'agit d'une rencontre avec les lignes de force de son insondable origine. Cela concerne l'origine biologique, comme nous l'avons vu pour deux fragments présentés précédemment. Eugène A. est représenté sous le signifiant « bâtard » depuis son enfance. Emmanuel T. se présente comme le « fils du péché » dès ses premières phrases. Mais c'est surtout l'origine du désir qui a entouré et marqué les premiers pas du sujet dans la parole qui est donnée à entendre. Car le sujet apprend aussi à marcher dans la parole, à s'y déplacer et à avancer. La mise en question par la contingence de la maladie le confronte directement à sa place dans le monde symbolique, son savoir et ses certitudes. L'espace de séance devient alors ce lieu où il tente d'affirmer et avancer une ligne discursive dans cette filiation.

Nous avons montré dans nos deux premières parties l'importance de l'ignorance et de l'oubli pour que le sujet puisse vivre dans le langage. Cet oubli concerne deux registres connexes : la mort et le corps. L'inconscient permet à l'homme d'oublier qu'il est mortel et même qu'il est déjà mort, inscrit dans le symbolique. Cet oubli suppose la dialectique de la mort qui porte la vie, fonde le symbolique avec la mort inhérente à la vie individuelle, la mort-terme.

Cette dialectique est la marge de l'oubli qui fonde l'être et rend la vie supportable.

Vivre suppose l'oubli de la mort.

¹ NIETZSCHE F., *Aurore*, §114, Gallimard, 1980.

Pour les Grecs, l'Oubli s'écrit Léthé comme le fleuve situé entre la vie et la mort. C'est le fleuve limitrophe dont l'eau apporte l'oubli aux âmes des morts. Entre la vie et la mort, l'oubli. Si la maladie létale est un empiètement de la mort sur la vie, inmanquablement l'oubli est touché.

D'autre part, le a privatif devant l'oubli indique, chez les Grecs, le non-voilement, le dévoilement qui est une définition de la vérité. L'oubli est fondamentalement oubli de la vérité, voile posé sur la vérité qui permet la vie, une ignorance supporte la vie et la rend supportable.

L'articulation grecque de l'oubli avec la vérité semble rejoindre l'articulation freudienne du refoulement et du refoulé. Au début de son enseignement, Lacan a insisté sur ce point que c'est la vérité (vérité du désir, vérité du sujet) qui est refoulée et doit être mise à jour dans le procès de l'analyse. La cure est le chemin d'une conquête de la vérité pour le sujet.

L'inconscient, ce lieu des marques ignorées du sujet à partir duquel son désir est articulé, obéit à une logique de l'oubli. Cet oubli n'est pas définitif et la vérité emprunte d'autres voies pour se manifester : le symptôme par exemple.

En 1960, Lacan avance une définition radicale de l'inconscient :

« Le redoutable inconnu au-delà de la ligne, c'est ce que, en l'homme, nous appelons l'inconscient, c'est-à-dire la mémoire de ce qu'il oublie. Et ce qu'il oublie c'est ce à quoi tout est fait pour qu'il ne pense pas – car la vie, c'est la pourriture.»¹

On peut lire dans ce passage les deux registres que nous avons posés au début de ce travail comme la mort et le corps.

L'inconscient est une défense, il est fait pour protéger le sujet de ce qu'il pourrait penser de la mort et du corps, il est fait pour qu'il puisse l'oublier – pas définitivement mais assez pour pouvoir vivre et désirer.

Lacan poursuit :

« Le discours de la science est un discours qui n'oublie rien.

C'est par là qu'il se différencie du discours de la mémorisation première qui se poursuit en nous à notre insu, du discours mémorial de l'inconscient dont le centre est absent, dont la place est situé par le *Il ne savait pas* qui est proprement le signe de cette omission fondamentale où le sujet vient se situer ».

¹ LACAN J., *Le Séminaire, L'éthique de la psychanalyse* (1959-1960), Seuil, 1986, p.272.

L'inconscient est comme une vitre posée entre le sujet et la mort de la même façon que le corps est un écran pour le corps morcelé, organique. La maladie létale frappe sur les deux plans, le voile posé contre la mort et la barrière du corps-écran. Dans certains fragments cliniques, l'expression de quelque chose de cassé, brisé en morceaux et même recollés, apparaît à différents endroits.

Il me semble que ce mouvement de la parole tente de faire entendre que quelque chose ne peut pas être oublié, qu'il y a comme une fuite du sens. L'image héritée de la tradition de l'écoulement indéfini à la sortie du tonneau des Danaïdes pourrait ici être évoquée.

L'épreuve de la maladie létale est celle de la fêlure et de la brisure pour le sujet parlant.

L'inconscient définit une zone de l'oubli, il est une défense contre le réel, au même titre que tout discours d'ailleurs. L'être parlant ne peut vivre qu'en étant protégé de la mort.

L'intérêt de la première partie de cette recherche est d'indiquer la distribution de la mort dans la structure freudienne et de montrer qu'elle se dédouble en mort impossible (qui ne cesse pas de ne pas s'écrire) et en une mort nécessaire (fondatrice du désir et de la loi).

La mort, au sens fort, est oubliée et tenue derrière un voile.

La contingence de la maladie létale attaque la dialectique de l'impossible et du nécessaire pour le sujet. Quelle est l'impossibilité produite par la maladie grave ?

A plusieurs reprises, certains sujets disent qu'ils n'arrivent pas à oublier le passé ou le présent. L'effraction de la maladie grave peut provoquer un temps vide et absent.

Nos différents axes de travail se rassemblent ici.

La levée du voile de l'ignorance protectrice, le non-voilement de la vérité première, l'épreuve du temps vide coupé de la possibilité d'oublier ; le corps lui-même doit être frappé d'oubli et d'absence pour que le sujet l'habite et n'en soit pas encombré.

C'est ce registre qui appuie notre thèse et confirme que l'impact de ce dévoilement, ce non-oubli, ce qui devait rester caché, cette sortie du silence, est cette collusion de la mort et du corps. La maladie provoque ces conséquences en cascade.

La maladie létale empêche d'être et d'exister dans le temps car elle empêche d'oublier. Il faudra préciser l'expression répandue, y compris dans le monde médical où cela devient presque une caractéristique de l'effet de la maladie létale, de l'épée de Damoclès. En effet, le patient doit vivre avec un couperet qui peut s'abattre à tout moment et ne vous laisse jamais tranquille. La maladie renforce cette épée de telle sorte qu'il ne peut plus l'ignorer, l'arrêter, l'oublier.

1-2 LA PLACE DE L'ENFANT DESIRE EN QUESTION

Là où la maladie grave directement la possibilité de la fin certaine, le sujet interroge le début et l'origine. A plusieurs reprises, certains sujets nous font part d'un point précis de leur biographie selon lequel ils n'ont pas été désirés.

Ils s'avancent comme non-désirés depuis le début de leur existence. On sait que cette place occupée par l'enfant a des effets déterminants pour la suite de sa vie et sa position face au désir de l'Autre. Lacan indique l'importance de cette place structurale de l'enfant désiré :

« l'expérience nous a appris ce que comporte de conséquences en cascade, de déstructuration presque infinie, le fait pour un sujet, avant sa naissance, d'avoir été un enfant non désiré. Ce terme est essentiel. Il est plus essentiel que d'avoir été, à tel ou tel moment, un enfant plus ou moins satisfait. »¹

Cette place ne se réduit pas au fait que les parents aient ou non désiré avoir un enfant, la façon dont il fut attendu et les pensées qui accompagnent son insondable conception. La place d'enfant désiré veut dire l'articulation d'un désir particulier avec l'enfant-objet et les effets inconscients de cette confrontation. Qu'est-ce qui se transmet à travers le rapport du désir de l'Autre vers l'enfant ? Quelles attentes et quelle place l'Autre lui réserve-t-il ?

Les mouvements alternatifs d'absence et de présence du premier objet (appelé maternel) deviennent les signes d'un désir auquel le sujet s'accroche. Ces rencontres donneront sa marque et son style à l'engrenage constituant de l'enfant désiré ou non désiré.

La place de l'enfant est ce point dans la structure du rapport à l'Autre qui reste voilé et ignoré. Ce sont les premières marques et les traces du désir de l'Autre qui dépassent les attentes réelles des parents à l'égard de l'enfant. Il s'agit plutôt d'indiquer la façon dont le sujet a rencontré le désir de l'Autre et la façon dont il en fut marqué.

En remontant dans ce circuit de la filiation du désir qui entoure sa venue et son advenue, il est frappant d'entendre que le sujet témoigne de cette confrontation indépassable avec un non-désir à son endroit.

Comment le sujet s'inscrit-il néanmoins dans une filiation généalogique du désir à partir de ce faisceau de la place de l'enfant désiré ? Quel effort et quelles contraintes ce non-désir inaugural impliquent-ils pour le sujet ?

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre V, Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Seuil, 1998, p.257.

Dans cette configuration, le court-circuit de la maladie létale, qui est surtout une question posée dans le rapport du sujet au désir, interroge le sujet sur sa filiation et son *d'où Je vient ?* Il est alors conduit à témoigner de sa place dans les rets du désir inaugural et de ses difficultés ou du ratage mis à jour par l'épreuve de la maladie.

Le terme d'enfant désiré répond à la constitution de la mère en tant que siège du désir et à la dialectique du rapport de l'enfant au désir de la mère. La place de l'enfant désiré veut dire la façon unique et déterminante dont le corps de l'enfant fut l'objet d'un désir, les circuits qui l'ont saisi et visé comme objet à partir du désir de l'Autre.

C'est à partir de cette place, constituée des rayons de parole et des faisceaux du désir de l'Autre, de l'enfant désiré et la façon dont le sujet va l'occuper et s'y inscrire que se tisse le texte d'une filiation du désir.

On peut dire que les énonciations des fragments cliniques présentés témoignent à la fois de l'importance déterminante et des failles de cette rencontre avec le désir de l'Autre.

On constate que la maladie grave réactive ce point structural où l'enfant s'inscrit dans l'Autre et commence à y être représenté. Il s'affirme en se refusant et en se retirant de l'endroit où on le place et d'où on lui parle.

On peut dire aussi que la maladie, dans sa dimension de danger mortifère, réactive le risque inaugural de l'inscription du sujet dans l'Autre teintée du « ne pas être désiré ». Au premier plan, la maladie cancéreuse touche la position du sujet dans le désir de l'Autre. Elle fait surgir la dépendance du sujet aux signifiants primordiaux de la généalogie et plus précisément les fantasmes autour du point initial de n'avoir pas été désiré.

Tout se passe comme si l'affrontement avec la maladie activait ce qui a eu lieu pour le sujet face à ce non-désir des parents, ce désir incertain lu entre les lignes où l'enfant reçoit un message mortifère.

La maladie grave ne vient-elle pas inscrire la vérité du message initial pour le sujet contraint de dire ce qui s'est passé ?

L'épreuve de la maladie létale viendrait en quelque sorte authentifier ce qui restait dans les marges et les replis de l'histoire. La réalité contingente rencontre des points fantasmatiques de la trame subjective. La rencontre imprévue réactive les failles dans la filiation du désir pour le sujet.

Elle fait surgir les béances constitutives du rapport du sujet avec le désir de l'Autre. Ce désir et son origine, les premiers pas du sujet dans son histoire sont fabriqués par ce qui se manifeste et ce qui manque. Ce qui est donné compte autant que ce qui est différé ou attendu par le sujet. La maladie létale opère comme un révélateur des trous et des marges de l'histoire que le sujet mobilise dans son élaboration.

Je tiens à indiquer l'importance de la façon dont les sujets parlent de cette dimension « non-désiré » dans leur existence. Ils ne sont pas dans la plainte, la révolte ou la rancune à l'égard du cadeau empoisonné que peut être la vie. Ils témoignent de leur souffrance dans une parole adressée. Ils font part de ce qui leur appartient depuis longtemps et ils le livrent comme une parole à entendre plutôt qu'à interpréter. Le sujet parlant montre le chemin, indique la voie dans laquelle certains points seront à éclaircir ou éclairer.

Tout se passe comme si la vérité omise, intolérable venait se révéler au grand jour.

Cette trace d'un non désir et cette place vacillante de l'enfant désiré peuvent être renforcées par la maladie létale.

N'avoir pas été désiré veut dire l'impossibilité de pouvoir vivre d'une façon « légitime », de n'avoir pas reçu la parole qui accueille et authentifie l'entrée dans le monde c'est-à-dire dans la chaîne symbolique. Nous l'avons dit, cette place de l'enfant désiré s'ordonne dans un repérage précis avec le désir maternel.

Une question clinique se précise :

L'enfant a-t-il occupé ou non la position d'enfant désiré c'est-à-dire visé par le désir, objet du désir qui se montre et se manifeste dans les dires ?

Face au danger de la maladie, le sujet essaie de faire tenir les deux extrémités de son existence et articule une version sur cette place déterminante de l'enfant désiré. Place d'où s'origine le texte de son désir imprimé par les marques et les absences de l'Autre.

Sur la scène psychique apparaissent alors des situations où l'enfant affronte un non-désir, une absence d'attentes et doit se construire face à ce point. Tout se passe comme si la venue au monde était une chute et que le sujet devait s'accrocher et élaborer les premières lignes d'un texte intime plus ou moins conscient.

Ce non-désir fut recouvert et pris dans différentes chaînes de pensées et contextes que la maladie déchire. Elle révèle alors la fragilité et la précarité dont le sujet va nous parler.

A l'épreuve de la maladie de la mort, le sujet rencontre la question de cette place du sujet dans son rapport au désir et à sa filiation.

L'espace de séance peut être celui où cette question s'ouvre et tente de se dire.

1-3 ABANDON ET DERELICTION

« Et maintenant, tout était accompli : impossible de rien changer au total de ses actes ; son destin avait pris une figure éternelle. C'est cela que signifie : se survivre, – lorsqu'on a la certitude de ne pouvoir plus rien ajouter ni rien retrancher à ce qui est. »

François Mauriac

La première partie de cette recherche a posé que la mort opère simultanément comme limite et fondement de la possibilité d'une articulation discursive. D'autre part, ce rapport paradoxal du sujet avec la mort est structuré par une méconnaissance qui l'en protège.

Nous soutenons ici que la maladie létale est l'agent d'une désarticulation de la mort dans sa fonction.

A l'épreuve de la maladie létale, le sujet affronte la solitude de son « chiffre mortel » et n'a d'autre choix que de passer par les points de croisements et de rupture avec le désir de l'Autre. Il se confronte aux hasards dont la vie se tisse, les moments qu'elle contourne et sur lesquels elle retourne. Il traverse les virages de sa vie avec le fil d'Ariane et les foyers à partir desquels la parole peut se dérouler.

Dans cette perspective, la maladie létale est aussi une confrontation à l'altérité des signifiants qui constituent le noyau sémantique du sujet. Elle induit le sujet vers ce point d'appui dans l'Autre qui soutient et détermine sa position propre. Elle produit un affrontement du sujet à l'altérité des signifiants de l'Autre et leurs marques sur son désir et son existence.

Nous souhaitons insister sur ceci que dans cette épreuve, de l'altérité des signifiants de l'Autre, quelque chose se retire et laisse sur le sable de sa désertion les nœuds de croisement du sujet avec l'Autre, les points sensibles qu'il va tenter de mettre en paroles.

La maladie létale ouvre-t-elle une détresse qui coupe le sujet du monde et le plonge dans un désarroi que l'on peut qualifier de retrait de l'Autre ?

Cette confrontation et ce retrait obligent le sujet, dans une urgence, à essayer de tisser les fils d'une existence inter-rompue.

Cela veut dire ici que les points d'appui symboliques qui encadrent la réalité vacillent dans le surgissement de la maladie. On ne peut négliger la dimension de l'abandon et de la détresse du sujet dans cette épreuve. Mais comment les entendre ?

Cette expérience particulière de quelque chose qui s'est retiré et abandonne le sujet ne trouve-t-elle pas ses coordonnées les plus impressionnantes dans la figure du Seigneur lui-même ?

La référence est ici la quatrième parole du Christ en croix :

« *Eloï, Eloï, lama sabachtani ?* » ou « *Deus meus, Deus meus, ut quid dereliquisti me ?* »

Les Ecritures indiquent qu'à partir de la sixième heure (c'est-à-dire midi) les ténèbres recouvrent la terre. Cette parole est prononcée à la neuvième heure.

« A la neuvième heure, Jésus sent venir la mort. Il élève de nouveau la voix. Il va parler d'une manière plus pressée. C'est le temps de ses quatre dernières paroles. »¹

Et un peu plus loin :

« c'est en ce moment de total dénuement, où il n'a plus rien sur quoi s'appuyer, que le Père attend pour le désoler intérieurement et laisser retomber sur son cœur le poids d'une indicible angoisse. »

Nous proposons de définir comme un schème clinique, dans la confrontation du sujet avec la maladie grave, cette quatrième parole du Christ en croix pour accentuer le « cri de la détresse intérieure. »

L'épreuve imprévue avec la maladie létale peut être aussi une confrontation du sujet avec un retrait et un abandon. Le sujet fait l'épreuve d'être lâché par ce en qui il a donné sa confiance. Que dit cette parole fatale ? Est-elle un appel ou une attente de réponse ?

Elle porte sur deux registres. Elle est avant tout l'appel ultime vers le Très-Haut dans une prière poignante. Au moment de la plus haute solitude, Jésus se tourne vers le Père, cette parole est « une sorte de question posée au Ciel par le Juste. »²

Mais elle est aussi un jugement sur ceux qui le persécutent, elle est une accusation « qui pèse sur la justice et les tribunaux des hommes ».

¹ JOURNET C., *Les sept paroles du Christ en croix*, Seuil, 1952, p.80.

² id., p.98.

Pour transposer ce double registre dans la clinique et utilisés les catégories de Lacan, on peut dire que ce cri se tourne soit vers l'Autre ou soit vers les autres semblables.

Dans le moment de la dérélition, le sujet peut investir le Logos et ses raisons secrètes ou se tourner vers l'échange avec l'autre.

Ce défaut dans l'Autre, le fait qu'il manque et ne réponde pas à l'appel du sujet, peut être vécu comme un abandon. La question est alors de savoir ce que le sujet va mettre à la place de cette faille. Quelle figure, quelle croyance, de quels linéaments va-t-il entourer cette béance dans le rapport à l'Autre ?

Dans ce que nous disent les sujets, il y a fréquemment un moment et une étape de cet ordre-là. La vie s'éclaire autrement à partir du retrait de l'Autre. Après le premier temps d'aveuglement et déchirement dans le voile qui couvre la réalité, le sujet tente de répondre à l'effraction.

Le retrait de l'Autre c'est le retrait de ce qui le porte et le fait tenir dans la vie, c'est l'atteinte de cette fonction de la mort qui porte la vie du sujet dans le monde.

En effet, ce retrait du point de garantie dans l'Autre a à voir avec ce que nous indiquions de la déchirure du voile de l'ignorance nécessaire sur la mort.

Il semble qu'il faille poser ce retrait de l'Autre comme une atteinte de l'Idéal du moi en tant que substitut du père et instance exaltante pour le sujet.

Si cet Idéal désigne le point à partir duquel le sujet se saisit au miroir de l'Autre, la maladie attaque directement ce point et va mettre en jeu les éléments qui ont participé à sa construction, sa métaphorisation, son identification dans le noyau sémantique du sujet.

Quelque chose du père, de l'idéal du moi et de la garantie au fond de l'existence, de ce qui supporte la vie, la réalité est touché à la racine.

Les paroles du Christ sonnent juste en convoquant l'instance paternelle qui abandonne et détourne son regard. Il faudra préciser ce qui est touché dans le support paternel de la réalité et ce qui délaisse le sujet. Puis, nous questionnerons par en dessous la question adressée au désir et au vouloir de l'Autre :

« Pourquoi m'abandonnes-tu ? Toi qui supporte ma vie et son sens ? »

Le sujet rejoint la déréluction originelle, la marque de la finitude et de l'insuffisance vitale de l'être. Comme toujours, c'est par le langage qu'il est alors possible de répondre à cette faille. Là où l'on perçoit une crainte et une angoisse de mourir, ne s'agit-il pas aussi d'une béance plus profonde ? La marque de l'inscription du sujet dans l'Autre et son défaut radical ? La maladie produit un arrêt de mort et un arrêt de la fonction du père mort qui porte la vie. Le sujet entre alors dans le rapport à quelque chose qui ne cesse pas de ne pas s'écrire.

Nous soulignons ici les moments où, pour certains sujets, la maladie létale produit un court-circuit et un forçage dans la problématique de la filiation. Ce forçage peut opérer dans le rapport à la dimension maternelle et à la place de l'enfant désiré, définie par Lacan en 1958. Soit il opère dans le rapport à la dimension paternelle et le retrait de l'Autre. Nous passons maintenant à la troisième strate des effets de la maladie létale sur la fonction de la mort.

1-4 MALADIE ET MALEDICTION

*« Il faut remonter, pour commencer, jusqu'à ses origines,
et, aux fins de continuer, le suivre, patiemment,
par les différents stades, en ayant soin d'en montrer la fatale concaténation,
qui en ont fait ce que je suis. »*
Samuel Beckett

Nous entrons maintenant dans la troisième strate de cette problématique avec la question du destin et de la malédiction.

La rencontre imprévue de la maladie létale dresse les questions suivantes à l'ordre du jour :

Le sujet va-t-il poursuivre son destin généalogique ? Va-t-il consentir et assumer cette réalisation ? Va-t-il la refuser et vouloir s'en séparer, s'en détacher ? A quel prix ces nœuds et torsions généalogiques se paient-ils ?

Ce double motif du destin et de la malédiction est une dimension importante de l'expérience clinique dans le contexte de la maladie létale.

Cette acuité est notamment produite par l'empiètement de la mort, sortie de ses gonds, dans la vie. Nous pouvons lire dans plusieurs des fragments cliniques la façon singulière dont le noyau sémantique du sujet est activé par la maladie létale. Il semble alors pertinent d'accompagner le sujet vers le vif de ce rapport à l'Autre et ses points constitutifs.

Dans la Grèce antique, le destin définit l'impossibilité pour l'individu de sortir de sa nécessité généalogique. Cette nécessité supérieure, *Anankè*, dépasse les êtres qu'elle détermine réduits à subir et endurer leur destin. L'être humain poursuit et réalise ce qui ouvre sa venue dans le monde et le commande à son insu. En tant que sujet parlant, sa vie obéit aux lois de la parole et aux pactes silencieux qui président sa naissance. Le destin est la force aveugle qui s'accomplit et dont les mortels ne sont que les éphémères moyens.

Cependant, le sujet consent-il au sens de sa généalogie et de son *Atè* grec ?

Peut-il refuser ce qui semble tracé pour tenter de s'en extraire ?

Pour Freud la transmission et la généalogie sont celles du désir, de ses articulations dans une parole et des figures. Le déroulement de la cure analytique permet au sujet d'extraire les signifiants-maître de son histoire et les lignes de force de son trajet. Il doit alors prendre une position par rapport à eux : ou il consent à poursuivre son destin, ou il cherche à vouloir en sortir et à contrer l'éventuelle répétition.

Comment distinguer destin et malédiction ?

Le destin, nous l'avons dit, désigne la force des coordonnées qui précède et dépasse la vie du sujet. Il implique la perspective du jugement dernier et du point final à partir duquel le sujet pourrait dire qu'il a réalisé son destin ou qu'il a accompli son désir.

Un point « absolu » est nécessaire pour lire, rétroactivement, ce que furent les actes et les décisions du sujet. De ce point de vue, on peut dire que le destin et le désir sont les deux faces d'une même pièce où la partie ne délivre son sens qu'au moment suprême du jugement dernier. Ce terme absolu suppose la garantie de la vérité pour totaliser le désir et le destin.

La fonction de ce jugement est celle de l'Autre qui authentifie et transcende l'expérience passée pour l'inscrire définitivement. Ce qui a eu lieu prend une nouvelle réalité à partir de ce point du jugement dernier.

On retrouve ici ce que nous avons développé sur la fonction de la mort qui porte la vie. Ce point dans l'Autre du jugement dernier à partir duquel l'existence du sujet est jugée, évaluée en termes de désir et de destin, peut être interrogé pour le malade.

De la même manière que la plus simple des phrases prend son sens partir de son terme dernier. L'effet de sens (la signification et la direction indiquée) se produit toujours de façon rétroactive. La phrase du désir, la progression de son rébus, s'éclairent et se scellent en fonction du dernier terme.

Le sujet livre une version de sa destinée en témoignant d'un ratage inaugural ou d'une première faute. Tout se passe comme si la possibilité de mourir impliquait la nécessité de faire entendre que quelque chose boite depuis le début.

A l'épreuve de la maladie létale, la vie prend une couleur de destin, le sujet tente alors de s'intégrer dans la nécessité symbolique qui préside à sa naissance, dans cette filiation qui le dépasse.

Tout au long de sa parole, il est entre les deux – et nous avec lui dans la séance. Entre ce mouvement qui le fait rejoindre le ratage initial des coordonnées de l'Autre et la tentative de faire entendre sa réduction à être ce reste dans le flot et les vagues du désir.

Rattrapé par son être voué à mourir, il tente une parole à l'épreuve de la maladie létale.

Dans trois des fragments présentés, Anselme D. et le ratage premier, Eugène A. et la naissance incertaine ou Emmanuel T. et le départ raté, les sujets ne se plaignent pas de ce dont ils parlent. Ils tentent au contraire de faire entendre leur singularité et de relier les différentes strates de leur vie contestée.

Ils répondent de leur souffrance sans être enfermés dans la répétition du Pourquoi cela m'arrive-t-il ?

Ils répondent de ce que la maladie létale vient toucher et révéler des marges de leur histoire.

Etymologiquement, la malédiction renvoie à la mal-diction, au mal dit, à la mauvaise diction ou encore les dits dont le sujet ne peut pas se défaire. De plus, c'est aussi le mal à dire, l'extraction de ce qui est pris dans la rencontre imprévue et que le sujet ignore encore.

Nous pensons avoir montré que dans cette épreuve de la maladie létale, il peut y avoir un mal à dire, en deux sens. En premier lieu, la réalité de la maladie et de la souffrance sont à dire et suscitent le passage dans la parole. Quelque chose s'adresse pour être entendu. En second lieu, le mal à dire désigne aussi la difficulté à dire et l'obstacle ou la réticence à s'engager dans l'envoi de confidences vers l'auditeur incarné dans la séance.

Dans ce moment critique pour le sujet, il s'agit pour moi d'offrir un espace pour cette confrontation avec la concaténation et la filiation du désir qui habite le sujet.

Il s'agit de maintenir l'espace de séance destiné à ce travail d'entendre la parole, tenter un bien-dire pour circonscrire sur un temps limité ce qui est en cause et aliéné dans la mauvaise rencontre. Dire et tenter une parole sur ce que la maladie vient bouleverser et court-circuiter est un des enjeux cliniques importants de cette pratique.

Je développerai ce point dans le chapitre intitulé la réponse du sujet.¹

La rencontre de la maladie létale place le sujet face aux trous de son histoire, aux béances de sa filiation ou au ratage initial de son entrée dans la vie.

¹ Cf. infra p.351-371.

Nous passons maintenant au deuxième aspect des incidences subjectives de la maladie létale dans le renforcement de la dimension du corps.

2- LE CORPS SORT DE SES GONDS

2-1 LA MALADIE, DECHIRURE DANS LE SILENCE ORGANIQUE

La maladie grave, entendue dans une perspective médicale (tumeurs malignes diversement localisées, glioblastomes,...), prend ses racines à l'intérieur du corps et vient déranger les coordonnées de vie d'un sujet singulier. Son annonce et sa nomination produisent un trouble dans le supposé silence des organes et une rupture dans l'évidence de la présence au monde. Trouble et rupture, la maladie est une atteinte radicale de l'être et du corps.

Etymologiquement, la maladie est mal-adie et mal-habit, elle est le signe d'un rapport troublé à l'habitation neutre d'un corps. Son espace se définit dans les relations complexes nouées entre le sujet et son corps. Ces relations sont déterminées par des éléments imaginaires (la forme spéculaire du corps et ses séries fantasmatiques) et symboliques (les paroles de l'Autre parental, familial, social, et ses séries identificatrices). Elles convoquent l'architecture intime d'une subjectivité articulée au corps vivant et leurs tensions constantes. Nous détaillerons ces principales dimensions comme paramètres constitutifs de cette recherche sur l'événement de corps provoqué par la maladie grave et la mise en abyme de ses incidences subjectives.

La maladie grave touche le silence nécessaire du corps qui supporte la vie du sujet. Ce mutisme du corps est celui de la santé définie par Leriche comme « la vie dans le silence des organes »¹. La maladie grave fait passer cette dimension corporelle au premier plan, elle sort de l'ombre et brise le silence précédent. Le substrat matériel silencieux de la présence au monde sort de son retrait pour devenir une chair « bruyante ».

Le malade prend conscience de la réalité de la maladie quand son corps dysfonctionne et n'obéit plus. La maladie vient rompre la confiance avec le corps à travers des difficultés pour se mouvoir, pour penser, pour parler. La douleur réveille la pensée, elle rappelle « j'ai un corps ». Le corps sort du silence organique, la maladie introduit le vivant à l'existence de sa particularité ou à la béance entre son être et son essence.

Elle dissocie la coïncidence imaginaire du sujet avec son corps et fait passer la question du corps sur un autre plan.

¹ citée par CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, PUF, 1994, p.52.

Quelque chose semble sortir du contenant imaginaire de la forme du corps, quelque chose excède et déstabilise celle-ci. Le sujet malade devra alors tenter de faire rentrer l'organique dans le contenant de l'image.

Il ne s'agit pas ici de restituer une positivité au corps malade mais d'indiquer la déchirure dans sa fonction-écran, au double sens de ce qui voile la lumière et de ce sur quoi des images se projettent et défilent.

Ce corps-écran est aussi ce qui fonde l'oubli de l'organique et de ce corps archaïque investi par l'inconscient. On peut dire que le corps est aussi le lieu de l'oubli par excellence qui fonde l'ouverture de la dialectique du langage.

L'entrée mythique du sujet dans le langage mise en scène dans le jeu du « Fort-Da »¹ s'attache aux mouvements du corps de la mère. La conjonction de l'opposition phonématique avec l'opposition absence / présence engage le support réel des apparitions / disparitions du corps de l'Autre. Ce que le langage va nouer et renverser ce sont d'abord les traces des passages du corps de la mère.

Nous avons vu précédemment que l'opacité du corps habite l'identité dont la transparence et la conscience demeurent leurrantes. Cette étrangeté ou cette altérité sont dialectisées et « oubliées » dans le silence du corps qui correspond à une mise au secret. La maladie vient faire sortir le corps de cette obscurité et mettre en défaut sa fonction d'écran à l'intrusion de l'inactuel ou du dangereux.

« Ceci n'est plus mon corps » nous dira une patiente en voulant délaissier cette réalité organique afin de pouvoir continuer à exister.

Qu'est-ce qui est insupportable pour le sujet dans cette épreuve du corps ?

Les situations extrêmes nous révèlent ce qui se joue dans ses altérations physiques. Les poses de sonde et les stomies (pour les cancers du colon) font basculer ce qui était invisible sur le devant de la scène visuelle. La chair et ses entrailles sont montrées aux yeux des autres (proches ou soignants) et à ses propres yeux. Ce qui était caché derrière la peau et l'image se trouvent maintenant présent sur un mode continu. Ce qui était invisible et méconnu passe au dehors.

¹ FREUD S., Au-delà du principe de plaisir (1920), *Essais de psychanalyse*, op.cit., p.52-54.

On peut repérer un mouvement de renversement entre dedans et dehors, contenu et contenant, au niveau de la réalité somatique elle-même. Le sujet va prendre une position face à ce renversement et cette mise entre parenthèses de l'écran qui entoure l'organique.

Ces différents phénomènes nous obligent à interroger la complexité des rapports du sujet avec un corps malade. Je souhaite rappeler ici la perspective retenue.

La maladie létale a pour fonction d'activer la tension entre le corps (imaginaire) et l'organique (réel). Elle fournit un support charnel pour cette tension entre les deux dimensions du corps. Nous avons montré dans la deuxième partie les différentes modalités selon lesquelles le corps s'inscrit pour l'être parlant en se dédoublant entre la fonction et le réel.

Distinct du corps enveloppé par l'image narcissique (corps imaginaire) et du corps offert à la prise des signifiants refoulés (corps symbolique), le corps réel désigne ce qui se révèle au sujet dans la discontinuité d'intermittences contingentes. Le corps réel ex-siste derrière ou au-delà de l'image et du symbole.

L'organisme (le somatique en tant qu'il est impensable pour le psychisme mais qui en même temps fournit sa matière et détermine la fabrication de l'altérité), le corps représenté principalement comme imaginaire.

Dit autrement, le sujet habite son corps par le filtre imaginaire dont la multiplicité des images a pour fonction d'habiller le réel de l'organisme. Le corps fabrique le rapport à l'altérité et recouvre ces rapports pour qu'ils soient vivables, humains, de l'ordre de la ressemblance du semblable.

2-2 L'INTRUSION SOMATIQUE

Nous avons indiqué dans la partie sur le corps dédoublé l'importance de l'image du corps dans la constitution du moi et du Je. La maladie létale peut produire une régression au corps morcelé et ses organes détachables. Au moi fissuré de l'intérieur, la mobilisation des signifiants par le Je tente de maintenir une cohésion.

La maladie présentifie le réel du corps qui tend à effacer la fonction imaginaire structurante du rapport à l'autre. Elle rend réel ce qui doit rester sous l'enveloppe imaginaire, écrite i(a) par Lacan dans son graphe du désir.¹

Les faiblesses du corps (fièvres, céphalées, vomissements) indiquent que quelque chose se passe mais que le sujet veut ignorer.

Comment le sujet va-t-il répondre à cette intrusion qui correspond à un brouillage, un flou dans la conjonction imaginaire / réel qui soude et fonde le corps humain ?

Ce n'est pas tant une effraction qu'un glissement dans les relations entre la réalité organique et la forme du corps, l'image qui la contient.

Dans le troisième fragment clinique présenté, Lydie V. parle à plusieurs reprises de son image et de son corps attaqué par la maladie cancéreuse, mutilé par l'ablation comme un vase cassé. Elle tente de recoller les différents morceaux mais elle sait que les lignes sont toujours visibles.

Elle parle de son corps comme un vase ébréché par les épreuves de la maladie et la nécessité de composer avec cette impossibilité d'effacer totalement les fissures. De plus, ce qui est à l'intérieur d'elle-même n'est pas foncièrement menaçant mais semble plutôt vide.

« Je me sens vide, tous les tiroirs et les pièces à l'intérieur de moi sont vides. Ca, par contre, personne ne le sait ou ne le voit. Ma carapace empêche les autres de voir à l'intérieur de moi. »

¹ LACAN Jacques, Subversion du sujet et dialectique du désir (1960), *Ecrits*, op.cit., p.817.

Le traitement médical et l'exploration du corps malade peuvent susciter une invasion pour le patient dont le corps est instrumentalisé, quantifié et observé sur tous les plans. Il faut cependant distinguer une autre invasion par le corps qui désigne le surgissement imprévu de ce qui restait enfoui en soi. En tant qu'agent d'un point de bascule, la maladie létale fait alors passer ce qui était caché sur la scène et la lumière du jour. De quoi s'agit-il ?

L'autre côté qualifie un franchissement des repères habituels de la subjectivité, le sujet entre alors dans un autre espace et une autre géographie que la réalité normale. Les éléments imaginaires du corps semblent « détachés » de leurs connexions quotidiennes.

L'expression « ce qui devait rester caché passe dans la lumière », que Freud reprend de Schelling dans son texte fondateur sur le sentiment d'étrangeté, qualifierait le mouvement d'entrer dans l'intimité des fondements de ce qui saisit le corps du sujet. ¹

Observation 5

Madame R. vient d'arriver dans notre établissement pendant son traitement chimiothérapique. Le diagnostic de tumeur cérébrale a été posé depuis quelques mois, accompagné du signal de douleurs intenses. Cette femme est présentée par le médecin comme très anxieuse et très angoissée.

« Je suis quelqu'un d'active et dynamique. Depuis que je suis toute petite j'ai des douleurs dans la jambe droite et dans l'épaule : Ma sœur aînée a toujours entendu mes plaintes. »

« Depuis cet été, je sentais une boule sur la tête, je ne me suis pas inquiété et finalement c'est une tumeur. Je ne sais pas si je vais m'en sortir, j'ai peur. »

Elle commence par dire deux choses : la douleur physique fait partie de sa vie depuis son enfance. Sa sœur pourrait témoigner de ses plaintes et douleurs.

Vivant avec la douleur du corps, elle ne s'est pas inquiétée de ce qu'elle sentait dans sa tête comme « boule ». Elle poursuit :

« J'ai revu mes cinq enfants : peut-être est-ce la dernière fois ?

Cette crainte de mourir à cause de la maladie, je l'ai déjà ressentie quand j'étais enceinte. A chaque grossesse, j'ai toujours eu peur de ne pas survivre à l'accouchement.

J'avais peur que l'enfant se retrouve seul sans sa maman. Aujourd'hui, j'ai plus peur pour mes enfants que pour mon mari. J'ai presque honte de vous dire cela. » La rencontre de la maladie létale révèle et réveille plusieurs éléments subjectifs précis.

¹ Cf. *supra* ce que nous avons développé dans le chapitre intitulé L'étrangeté du corps malade, p.185-194.

Je laisse volontairement à l'écart la tentative d'inscription de ce qui arrive dans la répétition des grossesses successives et la dimension fantasmatique qui mêle le don de la vie et la mort du donateur.

Je souhaite plutôt souligner que la maladie létale vient activer le rapport problématique avec ce qui vit dans le corps. En effet, le sujet articule dans son discours ses douleurs rhumatismales régulières, son corps pendant les grossesses et les accouchements et la maladie tumorale actuelle.

On peut dire que le surgissement du corps porteur d'un élément supplémentaire (l'enfant ou la tumeur) résonne et mobilise une réponse de Madame R.

Par un hasard des rencontres cliniques, nous pouvons indiquer que cette connexion de la maladie létale avec une « boule » dans le corps est apparue dans le premier fragment clinique intitulé Marie C., prisonnière de la vie.

Pendant le récit d'un rêve, elle indique qu'une boule l'envahit à l'intérieur du corps et se met à bouger de façon troublante sans qu'elle puisse arrêter ces mouvements.

Les connexions associatives de la patiente pendant cette séance indiquaient de façon voilée le rapport avec la gestation et la présence d'un enfant.¹

Cette thématique de l'intrusion du corps recèle des incidences cliniques essentielles pour la pratiques de la médecine et de la psychanalyse :

S'agit-il pour le sujet de s'adapter à un nouveau corps ?

S'agit-il de le faire passer du refus vers une « acceptation » ou une intériorisation ?

Ne faut-il pas d'abord laisser l'articulation se dire et permettre au sujet de répondre à ce qui lui arrive ?

Non pas l'adapter à la réalité mais commencer à répondre sur ce qui est en question dans cette rencontre imprévue.

¹ Cf *supra*, p.247-252.

Dans son ouvrage intitulé *L'intrus*, publié en 2000, Jean-Luc Nancy témoigne de plusieurs points importants dans la complexité des rapports avec le corps malade.

L'atteinte du corps sème la confusion dans l'équilibre des différents aspects du corps (imaginaire et réel).

L'intervention médicale met sur le devant de la scène la thématique de l'intrusion propre au sujet parlant. Intrusion qui peut venir de l'extérieur, de l'étranger, du dehors. Mais jusqu'où l'effraction d'un élément hétérogène est-elle tenable ?

Ne faut-il un point d'accès pour qu'il puisse entrer ? la séparation dehors / dedans de la frontière est-elle réellement pertinente ?

Sur un deuxième plan, l'auteur interroge l'intrusion par le dedans. En effet, et la théorie freudienne a donné un relief considérable à cet aspect, le dedans abrite une intimité qui lui est étrangère. L'autre est aussi en soi, dans sa propre maison le moi peut rencontrer une altérité.

L'organe du cœur opère comme élément métaphorique dans cette épreuve de l'intrusion.

Ce qui permet le fonctionnement de l'identité du corps est en grande partie dérobé au regard de celui qui l'habite. Il faut donc un « étranger » en soi qui fasse marcher la machine.

Ce que nous avons développé dans la partie corps réel touche cette connexion et au dédoublement du corps.

Ainsi l'intrusion du corps ne vient pas de l'extérieur mais elle attaque de l'intérieur.

L'étrangeté est d'abord en soi et la maladie vient révéler cette réalité ignorée par le sujet.

L'autre scène, l'ailleurs, découvert par Freud a consisté à le situer à l'intérieur comme domaine fermé et se manifestant dans des circonstances précises, sur un mode fragmentaire.

2-3 DEPOSSESSION DU CORPS ET FUITE DU SENS

Pour développer l'aspect de la dépossession de son propre corps par le surgissement de la maladie létale, je prends comme point de départ l'ouvrage de Claire Marin intitulé *Hors de moi*.

Dans ce texte, l'auteur fait passer, de façon décisive, dans un travail d'écriture les effets produits par l'apparition d'une maladie grave.

« Cette maladie me met hors de moi. La colère dit cette insupportable dépossession. C'est de ma propre vie, de mon identité que je suis amputée. Je ne suis plus celle que j'étais. Ce n'est pas l'effet d'une usure naturelle, un essoufflement inévitable du vivant qui vieillit. Je ne me reconnais plus. Ni en photo, ni en souvenir. Elle a fait de moi quelqu'un d'étranger. Pour me retrouver je dois encore lutter. »¹

Cette femme jeune, atteinte d'un cancer généralisé, réussit à indiquer plusieurs éléments précieux pour une clinique de la singularité dans l'épreuve de la maladie.

Elle montre de quelle manière la maladie vient la déposséder de tout ce qui lui est le plus intime et qu'elle croyait tenir fermement. Que ce soit son corps ou son identité – et nous avons montré la connexion des deux dans la partie sur la métapsychologie du corps en ceci que l'image du corps donne ses linéaments à l'identité du *Je* en formation – les assises vacillent et le sujet ne peut être que perdu.

Il s'agira alors d'essayer de se retrouver, mais qu'est-ce que cela veut dire ?

De quelle façon le sujet peut-il se perdre ou être dépossédé de qu'il a ?

La dépossession de son corps n'est pas la dépossession d'un objet ou d'un bien ordinaire.

Comment préciser cette dépossession de son corps ?

Je ne peux être dépossédé que de ce que je suis possesseur assuré. Mais comment situé le corps dans cet ordre des choses. Par définition le corps est un avoir et plus que ça.

En effet j'ai un corps qui m'appartient mais c'est aussi lui qui me donne une consistance dont je ne peux me débarrasser. On dit trivialement que j'ai un corps et je suis un corps.

Par conséquent, la dépossession provoquée par la maladie grave touche les deux aspects.

¹ MARIN C., *Hors de moi*, Allia, 2008, p.22.

Je peux me distancier de mon corps voire m'en absenter, pendant une consultation médicale ou des examens par exemple. Je ne peux cependant pas complètement m'en abstraire sauf dans des cas spécifiques où le corps devient le lieu de réception d'une présence divine.

Le corps est impossible à effacer totalement pour le sujet.

En tout cas, la maladie met hors de soi car elle fait sortir des repères habituels de l'espace intime et silencieux du corps. Maintenant que la maladie est à l'intérieur le corps devient dangereux et menaçant. Cette dimension phobogène du corps malade a été indiquée par plusieurs auteurs.

Mais surtout, le sujet mis à la porte de son corps malade est comme perdu et dénué d'identité stable ou fixe. Il s'agit maintenant de retrouver et reconquérir un ancrage, un point fixe tels que le corps silencieux le donnait. Où trouver ce point rassurant pour un sujet ?

Si le corps se révèle défaillant ou dangereux, où trouver une assise et un appui ?

La réponse vient assez vite maintenant puisque le second site du sujet est le langage. Si le corps fuit ou que le sujet en est dépossédé c'est dans le langage (écrit ou parlé) qu'il pourra lui être donné de s'y retrouver.

L'auteur écrit :

« Dans ces moments-là, les paroles reviennent de manière lancinante, elles reviennent, comme dans une ronde ivre, hanter ma tête des mêmes mots sans cesse répétés « Je ne suis pas vivante, je suis morte. » Je les laisse m'envahir et me saturer l'esprit avec l'espoir que la répétition les épuiserait, mais elle les renforce, comme si la violence se régénérerait à tourner en rond dans la cage du mutisme. »¹

Si la médecine s'occupe du corps malade et du traitement de la maladie, il s'agit de se décaler et de proposer un contexte d'énonciation et d'entendre ce que vit le sujet, avec quoi il se débat et ce qu'il va pouvoir créer pour répondre.

Nous avons insisté sur la fonction de symbolisation de la parole pour indiquer simultanément qu'elle est travaillée par ce qui lui résiste et ne peut entrer dans son procès. Nos dédoublements respectifs dans les ordres de la mort et du corps sont fidèles à cette structure de la métapsychologie freudienne.

¹ *op. cit.*, p.23

C'est bien la tension entre ce que la rencontre imprévue de la maladie suscite comme réel et ce qui va pouvoir s'en inscrire, se mobiliser dans la réponse du sujet, qui donne à cette recherche l'axe de son sillon.

« Parce que la parole est toujours en retard sur le mal, malhabile, inadéquate. La parole le dénature, transformant le cri inarticulé en sons maîtrisés. Cette maîtrise, déjà, est autre chose. Comment contenir dans le sens ce qui n'en a pas ? Comment prétendre asservir la souffrance à la construction logique d'une phrase ? »¹

L'auteur de ce texte nous permet aussi de préciser la tension entre la réalité du corps, le moi et l'identité du *Je*. On peut lire au fil des pages que la colère et l'enfermement initial dans une spirale sur la raison inconnue et insondable de ce qui arrive, laisse la place à une réappropriation de la contingence et à un déplacement du centre de gravité.

Pour le dire d'une façon condensée, ce texte évite deux écueils. A partir d'une rencontre imprévue avec la maladie, le procès de l'écriture ne va pas faire entrer dans le sens ce qui en est dépourvu, ou mettre des mots sur une réalité insupportable.

Plus radicalement, ce texte indique les sillons qui se déduisent du récit en tant qu'il crée lui-même l'événement. Comme le dit Maurice Blanchot, le récit est l'événement car il ne vient pas dessus ou après pour en dire la vérité. Parole et événement sont de la même matière et ne peuvent pas être dissociés.

« C'est moi que la maladie divise. Je suis la chose que l'on découpe. Je suis le négatif, l'élément perturbateur de la narration, le renversement. Je suis la mauvaise surprise. Je suis le problème. Je reste irrésolue. »²

¹ *id.*, p.25

² *id.*, p.41

Les rêves, les formations oniriques où cette question se travaille, se produit montrent souvent des situations « infernales », où le corps est morcelé, où la personne est conduite dans des endroits de torture, de violence sur le corps.

Le travail psychique qui s'enclenche vise à traiter la difficulté d'avoir un corps sans l'image protectrice et contenant.

Nous avons montré dans la deuxième partie que la fonction du corps constitue l'altérité et que son procès suppose la mise entre parenthèses de quelque chose, (a). Le corps est pris dans l'image et sa constitution princeps suppose la mise à l'écart de quelque chose de réel.

La maladie empêche le sujet d'habiter et d'occuper son corps.

Elle opère un forçage dans l'étrangeté du corps recouvert de méconnaissance.

Dans le fragment présenté, Claire L. témoigne de la séparation qui s'opère entre elle-même et son corps malade.

« Je suis comme séparée de mon corps et ma tête est ailleurs. Je rejette mon corps. Il n'est plus à moi, c'est une masse de chair et d'os mais ce n'est pas mon corps. »

Tout se passe comme si le moi ne recouvrait plus entièrement la réalité organique, comme si elle n'était plus maintenue dans son espace ordinaire. Le réel doit être habillé et filtré par une image narcissique.

En effet, nous avons vu que le corps traverse l'habillage du somatique par les mots et l'habitat par la parole.

Le corps devient invivable car il n'est plus assumé comme une possession par le sujet. Il ne le reconnaît plus et le refuse.

On peut essayer de faire entendre au discours médical qui intervient sur le corps organique le style de retentissement que peut provoquer une intervention réelle. Toute ablation ou mutilation attaque l'identité imaginaire du sujet dans les rapports avec ses semblables. Il existe des interactions constantes entre le morcelé / le spéculaire et l'organique et l'inconscient.

3- UNE CLINIQUE DE LA FRAGMENTATION

3-1 INTRODUCTION DE LA FRAGMENTATION

Un point crucial de ce champ clinique se situe dans l'épreuve de la dislocation pour le sujet saisi par la maladie létale. Nous avons avancé que l'appareil psychique ne fonctionne que si la mort et le corps sont voilés et fixés dans une dialectique. Le corps donne sa réalité au désir et à la pulsion, la mort est la limite et le fondement de l'ordre symbolique.

Dans l'espace de séance, il s'agit par la parole de recoudre et tracer les lignes pour faire tenir ce que la maladie délite. Nous avons vu dans les différents fragments cliniques présentés ce mouvement de tissage opéré par la mobilisation de la parole. Il s'agit ainsi de témoigner de l'intranquillité du sujet malade menacé par la mort et écarté de lui-même.

Ce que je vois et reçois dans les séances sont les fragments de l'intranquillité que le sujet arrive à soulever de la masse épaisse du noyau sémantique. Dire pour saisir un fil singulier qui intégrerait son désir dans l'histoire et ferait passer le désir dans ce qui semble éparpillé.

Cette déchirure dans les registres de l'*ignoscit* de la mort et dans l'écran du corps produit en retour un effet de verrouillage, de fermeture pour le sujet. Il répond dans un acte de parole qui mobilise ses signifiants et interroge la filiation du désir.

Les fragments cliniques témoignent de ces réponses singulières et de la volonté de donner une forme, une figure, une « cohésion » au trajet du désir dans lequel il est emporté et où il tente de continuer à exister. Tisser un fil entre les points du noyau sémantique pour respirer et défaire ce que la maladie entrave.

La maladie létale confronte le sujet à son inachèvement et le surgissement du ressassement de ce qui restait dans les marges d'une extériorité radicale. Cette dimension fait retour, en miroir pourrait-on dire, sur le questionnement du clinicien chercheur. L'impression prédominante de ce travail est celle de toucher au vide qui avale tout, au trajet en spirale et ses détours labyrinthiques. Après chaque pas accompli, cette impression de ne pas avoir bouger et le silence qui résonne sur les murs. Chaque pas accompli semble creuser l'infinité de l'écart qui sépare de la fin, même si celle-ci reste secondaire et que seul importe le chemin lui-même, le trajet plus que l'arrivée, les détours plus que la fin.

Le bruit de la mort et du corps passe au premier plan des rencontres au chevet singulier du sujet. La ligne directrice de cette recherche se tisse à partir de l'écoute de ce qui est dit, se montre et s'indique.

Qu'est-ce que la série de sept fragments tend à indiquer et questionner ?

Elle ne prétend pas démontrer, au sens d'une suite de raisonnements aboutissant à une solution, ou même illustrer un concept à partir de sa matière clinique et de « l'expérience éternellement verdoyante. »¹

Le mouvement de ces discours entendus en séance, de ces faits de langage, indique à chaque fois une faille dans le rapport du sujet avec sa condition mortelle et corporelle. Ces énonciations affrontées à la maladie de la mort mettent en scène un ratage premier ou un défaut fondamental qui préside à leur vie.

A l'écoute de sujets qui parlent de ce qui leur est le plus intime et le plus secret, je peux et je dois témoigner à mon tour de l'importance de la conciliation impossible.

L'expérience clinique est celle d'une réconciliation qui se brise. Entre la filiation du désir ou la réécriture de l'histoire du *Je* et la maladie létale qui la nie, le sujet peut-il réaliser un franchissement ? Peut-il relever l'opposition des deux ?

Il semble que notre série clinique montre, peut-être, dans les méandres et détours singuliers de chaque sujet malade, une dislocation et le choc de ce qui se brise. On dira alors que la parole naît de cette contradiction entre la filiation, l'*initium* de l'histoire et la maladie, la mort, le corps.

La parole donne forme à l'impossible conciliation dans les traits de la zone opaque de sa venue au monde. Le sujet trace les lignes de sa naissance et de son advenue dans l'Autre.

Dans chaque fragment présenté, le sujet témoigne de son inscription dans les contingences de la vie et la tension avec l'Autre, sa position brisée d'objet désiré / non désiré, wanted / unwanted, attendu / non attendu.

C'est de sa position de résidu et de reste d'une histoire, d'un désir et de ses rencontres, que le sujet est appelé à répondre.

L'expérience clinique témoigne ainsi d'une tentative de concilier la béance du sujet avec l'origine du désir. Dans les différentes mobilisations discursives, nous entendons la pente du ratage de l'existence, du destin qui s'accomplit et d'une conciliation qui se brise.

Confronté au problème insoluble de la mort, l'énonciation du sujet tente avec la machine signifiante de fixer l'origine mouvante et floue, de remonter à la source vive du désir venu au monde.

¹ FREUD S., *Névrose et psychose* (1924) , *Névrose, psychose et perversion*, 1995, p.283.

Notre série de fragments cliniques montre une logique des réponses pour masquer le réel dans la reprise des figures initiales où le désir s'est pris et fixé. La maladie réactive les captures initiales dans lesquelles le sujet tente de se déprendre. La conciliation se brise entre la négation et la parole, entre la privation et l'énonciation du sujet.

Clinique de la fragmentation doit s'entendre en deux sens :

1) La rencontre imprévue vient déchirer l'ignorance instituée sur la mort et le corps, elle vient briser les savoirs établis pour le sujet, elle fragmente les assises de son existence.

C'est une fulgurance, une trouée caractéristique de la mise en jeu du réel qui fragmente.

2) La réponse à cet appel du réel ressort aussi de la fragmentation. Le sujet doit se déprendre de ce qui l'a saisi, il doit faire jouer la discontinuité, l'extraction par la parole. Traiter le réel par le symbolique et le mouvement de la filiation.

Il ne s'agit pas d'une historisation du somatique, d'une appropriation de l'événement par un récit dans une parole. Je souhaite marquer le caractère manqué de la rencontre, marquée par de l'inassimilable et l'importance de la réponse pour se séparer, pour diffracter.

Il est nécessaire de discourir pour discontinuer. C'est une clinique de l'imprévu et de l'imprévisible pour le sujet malade qui tente de faire entendre une parole.

C'est une clinique du ratage en plein jour.

L'être pour la mort, l'être résidu du sujet est au devant de la scène.

Ils font entendre un vice de forme dans la vie, quelque chose est biaisé dès le départ et la maladie vient réactiver cette faille, elle dévoile et montre la vérité de l'être mortel.

Cela correspond à ce que Lacan a indiqué du sujet comme discontinuité dans le réel.¹

Non pas le sujet pris dans l'*automaton*, à la découverte de la révélation de la vérité de son inconscient ; non pas le sujet qui se réalise dans la cure et advient dans son progrès.

Mais ici, la contingence est première et inaugurale. La rencontre du réel ouvre l'espace clinique dans lequel le sujet va devoir mobiliser et se défaire. Alors que le sujet est toujours masqué, représenté, fuyant derrière les circuits du langage ; ici il est pris dans une contingence et saisi par ce qui arrive. Cet accès au réel par la rencontre peut produire une position subjective, un entre deux, une discontinuité dans ce réel massif.

Il s'agit pour le sujet de répondre, de faire un trou dans ce bloc, d'écarter les éléments compris dans la rencontre dangereuse.

¹ MILLER J.-A., Réponses du réel, *Aspects du malaise contemporain*, Navarin, 1984.

Il est important de préciser la distinction de ce qui est sans fin ou sans arrêt possible et la proximité de la fin, de la cessation, du néant. On retrouve alors, sous une autre forme, la distinction des deux morts qui ouvre cette recherche. La mort inhérente à l'existence vivante définit la condition mortelle et sa finitude. D'autre part, la mort dans la vie introduite par la présence du langage et qui a pour fonction de supporter la vie.

A plusieurs reprises, Freud indique ce devoir de supporter la vie pour l'être humain. On peut dire que cette nécessité éthique – le devoir – renvoie à la nécessité d'assumer sa condition d'être parlant et sa position résiduelle d'une filiation particulière.

L'*anankè* à supporter pour le sujet est bien celle de son inscription dans la filiation et sa place dans le symbolique qui le traverse et l'excède. C'est donc un nouage intime et singulier des deux forces indiquées par Freud dans les années 20 : *Anankè* et *Logos*.

Il s'agit de la nécessité de porter et assumer cette part de la chaîne signifiante (*Logos*) à partir de laquelle le sujet apparaît et dans laquelle il va structurer les circuits de son désir.

On peut proposer d'indiquer ici les réponses de chaque sujet présenté dans la partie précédente, en les cristallisant sur leur trait essentiel de discontinuité :

- Anselme D., Je veux repartir à zéro, mettre les compteurs à zéro. Cela veut dire assumer l'effacement de l'histoire et tout recommencer.
- Marie C., Le cancer est moi, dans mon ventre. La maladie létale révèle qu'elle porte quelque chose en elle – comme un enfant.
- Lydie V., Je ne me sens pas femme. La position dans le rapport au partenaire sexuel est percée dans la contingence de la maladie létale.
- Claire L., Je suis séparée de mon corps, ce n'est pas moi. Se dévoile une impossibilité d'habiter et investir l'espace de son corps.
- Eugène A., Je suis entre deux incertitudes (naissance / mort). C'est la faille de la naissance qui est révélée et dévoilée.
- Emmanuel T., Je suis le fils du péché. La maladie létale réactive l'échec du sujet dans sa translation entre la place de fils et celle de père.
- Agathe B., Je dois m'en sortir...au risque de donner raison à ma mère. Ce sont les lignes du pacte premier lié à sa naissance que le sujet parcourt et travaille.

Cette clinique auprès de patients médicalisés nous montre ce qui reste habituellement recouvert dans les articulations de l'inconscient, du refoulement et du principe de plaisir. Elle fait entrer dans la logique d'un autre espace qui, en retour, éclaire la théorie et lui pose des questions. Précisément nous interrogerons la dimension de l'oubli, du voilement impossible qui envahit le sujet et le plonge dans un temps vide, arrêté, absent.

Ce qui vient, souvent, au premier plan appartient à l'oubli. Il semble que la maladie frappe de plein, mais en silence, la possibilité de l'oubli. Au chevet du malade :

« je n'arrive pas à oublier ; c'est impossible d'oublier ».

Il me semble, à les lire aujourd'hui, que les sept fragments cliniques indiquent ce mouvement du sujet dans le discours. Le sujet lui-même est fragmentaire, est un lambeau des rencontres qui ont marqué son existence. Au fond le fragment vient qualifier à la fois le mouvement des séances cliniques et la façon dont le sujet peut apparaître et disparaître.

A la tendance unifiante et globale de soins pluri-disciplinaires, s'esquisse ici un axe clinique du sujet singulier nécessairement fragmenté. C'est comme fragment et comme reste qu'il peut tenter d'assumer ce qui lui arrive.

3-2 INTERROGER LE TRANSFERT

*« Avoir le courage de l'énigme, conceptualiser l'angoisse
pour garder rassemblés le proche et le lointain. »*

Jean Oury

Après avoir posé l'axe de la mise en parole de la souffrance psychique, il faut se pencher sur ce que le transfert des mots entendus provoque.

Qu'est-ce que nous « travaillons » et inventons à partir de ce qui nous est dit et transmis ?

De quoi puis-je témoigner, quels aspects vais-je privilégier ?

Que faire de ce qui nous est dit et adressé ?

Cette écoute de la parole se poursuit et se construit dans l'écriture.

Le sujet nous envoie ses morceaux de vie, ses difficultés depuis que son existence est contestée et rattrapée par la maladie. Il tente de répondre à cette déchirure en passant par les défilés de la parole singulière mise en œuvre dans la séance. Nous devons rendre compte et témoigner à notre tour de ce qui est dit, transmis, envoyé.

Il s'agit d'entendre ce que parler veut dire et de suivre le sujet dans ce qu'il dit. Pour ne pas sombrer dans le silence et la privation de la voix, les séances animent une parole possible qui rassemble les morceaux, qui réunit ce que la maladie fragmente. Mais moi en tant que thérapeute ? Comment transformons-nous ce que nous recevons ?

Quelle mise au travail cette réception suscite-t-elle ?

Deux points sont à développer.

Le sujet malade témoigne d'une souffrance qui tente de se dire et d'entrer dans les réseaux signifiants. La présence de l'auditeur a pour visée de mettre en œuvre ces premiers pas de la parole fragile et la réponse du sujet face à ce qui arrive. L'énonciation accroche la souffrance dans la chaîne et fait ressortir les points intimes et les failles dans l'être qui résonnent. Le corps malade est comme une caisse de résonances dans lequel des fragments, des morceaux d'histoire, des épaves passées aspirent à se dire. Ce qui est enfoui et englouti subitement refait surface et infiltre la chaîne des paroles.

La maladie létale est un forçage qui fait advenir sur la scène ce qui restait dans les marges de l'histoire et dans ses tiroirs.

Ce qui se travaille ici ce sont les **conséquences** de la maladie plus qu'elle-même. C'est sa filiation, ses épaves, ses ruptures qui sont sur la scène et autour desquelles se tisse un fil singulier.

A l'écoute de ces signes et de ces phrases, nous sommes d'emblée plongés dans l'intimité et le « vif du sujet », pour conférer une portée heuristique à cette expression courante. La parole nous introduit dans les recès de l'intimité assaillie par la maladie. C'est d'abord cela qui m'a frappé dans cette clinique au chevet et dans les murs de l'institution.

Les problèmes enfouis et les ruptures dans la position du sujet par rapport au désir de l'Autre sont mobilisés et affleurent dans le discours. Auditeur et récepteur, je suis l'adresse qui fonde la mise en mouvement, la dialectisation des mots et des questions qu'ils portent. Il s'agit alors de faire passer ce qui bouge et vacille dans l'intimité au niveau de l'articulation symbolique. La parole a cette force et cette puissance d'arrachement à ce qui est subi et contraint. L'acte de parole, c'est-à-dire le transfert, l'effort de dire sont la réponse du sujet pour s'approprier une position dans la parole, un abri dans le langage, à partir de ce que la maladie conteste et fragmente.

Dans la rencontre clinique il est question de l'être et de l'histoire, de ce qui était avant que le sujet naisse et de la mort qui, inévitablement, vient ou est déjà là. C'est le paradoxe de l'anticipation qui spécifie le rapport à la mort. Elle n'est jamais présente, elle n'est jamais donnée que comme la mort d'un autre, l'affrontement à son corps sans vie. Et pourtant la mort est déjà là, elle occupe les pensées, elle alimente ses fantasmes dirigés vers les autres ou vers lui-même.

On ne peut pas réduire la maladie létale à ses dimensions médicale et psycho-sociale.

Elle est fondamentalement une mise en question de l'être saisi par la mort dans son corps.

Entre lui-même et son corps se glisse l'ombre de la mort à laquelle il va répondre.

La rencontre clinique travaille cette mise en jeu de la mort sur la vie et cette mise en cause par le réel.

Je reviendrai sur ce point de l'articulation entre l'action et le désir du clinicien, entre la séance et ce qui est l'œuvre pour que je puisse continuer et avoir envie que la parole continue.

Que la parole fasse advenir ce que le sujet ignore de lui-même et que la rencontre imprévue déstabilise et désordonne.

Qu'il ne détourne pas son regard de ce qui survient dans son existence et qu'il puisse alors entrer dans une énonciation.

C'est au fond un désir de parole, une passion du dire, du Logos qui s'adresse à nous dans toutes les circonstances de la vie et dont la maladie vient révéler une dimension.

Il s'agit de franchir, de passer par la parole pour que le sujet puisse occuper une place au moment même où la maladie le dépossède de son corps et de ses assises fondatrices.

La parole est ainsi une passerelle pour franchir l'épreuve.

3-3 LE LOGOS EN QUESTION

Cette pratique clinique peut se définir comme articulée à la limite dans un double sens. D'une part, elle touche les limites du pouvoir médical dans sa puissance de guérir et soigner. D'autre part, elle se confronte aux limites de l'action de la parole.

Ces limites dessinent un creux et une marge où intervient notre action. Je développerai plus loin la tension de cette éthique qui noue l'action avec un désir.

Dans les séances se croisent les mailles du tissu déchiré par la maladie létale.

Ce travail de recherche sur la parole à l'épreuve de la maladie létale nous conduit à préciser les trois aspects du Logos dans la clinique.

Tout d'abord, la parole est ce qui rassemble, recueille et réunit les éléments épars. Elle peut faire tenir ce qui est déchiré par la contingence de la maladie.

C'est la parole de la singularité.

Le sujet tente de ressaisir quelque chose de son histoire et de ses ruptures. Il montre une volonté de rassembler et de recueillir ce qui est disloqué. En opérants sur les bords et les marges, nous interrogeons cette valeur symbolisante, « rassemblante » de la parole et du Logos. Ce tissage à partir de la déchirure du voile de l'ignorance de la mort met en œuvre la force de la parole, la lutte du discours contre ce qui attaque l'identité et ruine la vie du corps. C'est le mouvement d'un acte de parole pour se ressaisir comme Je dans une histoire et comme sujet d'un désir particularisé.

Ce travail progressif pour rassembler et faire tenir l'ascendance et la descendance, l'originel et l'après, montre ses jointures dans cette clinique de la singularité du sujet.

On peut parler de filiation du désir, de tissage du lien et du fil qui rassemblerait les étapes de sa vie. Il s'agit ainsi de soutenir le sujet dans le ressaisissement d'une énonciation possible, d'une prise de parole qui dirait Je pour écrire son histoire. C'est au lieu même de cette privation de parole que la séance suscite le dire pour une reprise de soi.

Ensuite, la parole est ce qui permet de découper et de se repérer dans la réalité.

Le langage permet d'introduire de la discontinuité, de la fragmentation dans ce que le sujet a à traverser et auquel il doit répondre. La parole permet de créer du moins et du vide. Elle est négativité en acte qui peut répondre à la béance ouverte par le réel dans la rencontre.

C'est la parole de la différence.

Enfin, le langage est aussi ce qui ouvre le franchissement, ce qui transcende la réalité comme le symbolique dépasse et excède la réalité. Les mots ont plus de réalité que les chose.

La maladie létale vient défaire et déchirer le tissu du savoir, du fantasme et ouvre ainsi un accès au réel. C'est parce qu'il est à la fois impossible de mobiliser la parole dans cette épreuve et en même temps nécessaire de ne pas s'y dérober que je poursuis dans cette voie.

Il s'agit de parier sur le dire.

Je cherche la parole, son action, ses effets.

Qu'est-ce qui m'anime autant dans ce champ ? Pourquoi y suis-je ?

Ce serait la passion d'un dire là où il n'y a rien à dire.

Car la parole n'a d'intérêt et ne peut créer la rencontre qu'au prix d'un danger.

La citation d'Hölderlin « Là où est le danger croît aussi ce qui sauve », commentée par Heidegger, implique la dimension du retrait de l'Autre (ou des dieux, au pluriel, pour lui). Cette détresse de ce qui se retire est véritablement ce qui soutient et porte le Chant de son dire.

Il est nécessaire de souligner la connexion entre la parole et ce qui sauve, ce qui peut être sauvé, sorti de la détresse. Il s'agit dans la séance de laisser croître et s'ouvrir une énonciation qui sauve, qui fait sortir de l'obscurité ce qui demeure pris dans la contingence et le bloc du réel.

Qu'est-ce qui advient au discours ?

Ce qui me semble indiqué dans la présentation de sept fragments cliniques c'est le déplacement de l'impossibilité de pouvoir dire Je, la privation de parole, vers le rassemblement et la saisie de soi dans la reprise du *Je*.

Les séances peuvent être considérées comme des moments de couture et de cicatrisation de certains points du noyau sémantique. Il s'agit de broder un fil tenu à travers différentes séquences et questions du sujet. Broder pour border les béances et les écartèlements induits par la maladie grave.

A partir de ce matériel clinique et ces différents contextes d'énonciation, il s'agit d'indiquer une clinique de la réconciliation qui se brise entre l'histoire continue de la filiation et ce qui tend à l'annuler et la nier. L'épreuve de la maladie létale montre avec un relief important la tension entre ce qui nie la vie, prive le sujet de parole et la remontée dans la filiation – tentative analytique – pour se situer dans cet ensemble symbolique dénudé et mis en arrêt.

Dénudé en ceci que se dévoile pour le sujet, dans cette épreuve, la faille du système à pouvoir répondre de son existence singulière et à lui livrer le dernier mot sur son être.

C'est bien ce défaut fondamental de l'ordre symbolique dans lequel le sujet a à se constituer qui est touché dans la rencontre de la pathologie.¹

Tout l'effort subjectif étant alors de remédier et suppléer à ce défaut en remontant et écrivant sa propre filiation et les ruptures qui la composent. Sont en quelque sorte réactivées les pressentiments de ce défaut fondamental de l'Autre à révéler et dire la vérité de son être, de son être pour la mort car il n'y en a pas d'autre.

La réconciliation qui se brise se lit aussi dans ces mouvements d'oscillation entre « D'où Je vient ? » et ce qui l'empêche. Un rythme hésitant se dévoile dans les séances.

La parole permet de voiler et border la déchirure, de préserver une reprise de soi et assumer un discours singulier. Une écoute analytique est proposée pour restituer la possibilité de dire Je en son nom sur ce qui est en train d'arriver. C'est l'inflexion de la parole qui peut permettre au sujet de reprendre ce que la maladie défait.

Les fragments cliniques exposés indiquent les plis et les détours du fil de la parole adressée à l'autre. Dans un équilibre instable entre l'intimité et la limite impossible, entre ce qu'elle sauve et sa faiblesse par rapport à la gravité des enjeux, la parole poursuit le débat du sujet avec lui-même et sa filiation désirante.

¹ Nous avons développé ce point dans le chapitre intitulé La maladie, déchirure dans l'*ignoscit* de la mort, p.288-292.

Freud évoque l'image des cicatrices de l'inconscient, des traces laissées par les conflits infantiles et les tensions antérieures, comme des marques constitutives du noyau sémantique. Il me semble que ce sont ces points qui tentent de se lier et se relier dans la parole du malade. Notre pratique des séances est celle de la couture discursive, du chemin qui ne se contente pas de refléter mais exige cette symbolisation et cette inscription dans l'échange de paroles.

Cette jointure touche aussi la marque de la limite de l'acte médical et la limite de la parole.

C'est sur cette limite et sur cet arrêt ou cet impossible qu'il s'agit de prendre appui pour opérer dans la clinique singulière de la parole.

Nous expliquerons cet aspect de la clinique de la réponse, de l'impossible, de la discontinuité dans l'épreuve de la rencontre imprévue.

A partir de ce que nous avons développé sur les réponses du sujet confronté à la maladie létale et la mise en question du *Je*, il est possible d'effectuer un retour réflexif sur l'institution de soins et le discours médical actuel. Il s'agit d'interroger le dispositif et la prise en charge des patients à la lumière de ce que nous enseigne la rencontre dans la singularité clinique. Ce questionnement prend sa source dans l'expérience de la parole et ce qu'elle engage pour le sujet comme pour son auditeur.

Il est possible d'interroger le dispositif contemporain du soin, les avancées et les protocoles qui orientent la fonction soignante, à partir du lieu de la séance considérée comme un laboratoire et un lieu d'expérience.

Au chevet du sujet, la séance offre le déploiement d'une parole singulière suscitée par une rencontre imprévue. C'est un lieu d'articulation pour une parole à l'épreuve de la maladie létale et la mise en question du sujet. Il s'agit maintenant d'interroger les discours qui conditionnent la fonction du soin à partir de la pratique clinique du singulier.

Notre fil conducteur pose que les dispositifs et protocoles actuels obéissent aux exigences de quantité et qualité et définissent un cadre normé.

Le discours médical actuel prône le travail pluri-disciplinaire, le croisement des regards et des compétences. Une prise en charge globale, totale et personnalisée est promue au rang d'un idéal dans la prise en charge.

Mais ce discours ne construit-il pas aussi une modélisation de la personne bio-psycho-sociale ? En quoi cette modélisation unitaire opère-t-elle une réduction et une neutralisation de la parole, du dire et ses effets ?

Après avoir interrogé la métapsychologie freudienne à partir de la clinique auprès de patients touchés par la maladie létale, nous questionnons la praxis médicale à partir du sujet de l'inconscient. Nous entrons maintenant dans le champ institutionnel de la pratique clinique.

- III -

TROISIEME CHAPITRE

PSYCHOLOGUE EN TERRE MEDICALE

Comment qualifier cette terre médicale, son discours et son institution ?

Quelle est la nature de la *terra incognita* du champ médical ?

Selon quelle lois offre-t-elle une entrée possible au psychologue clinicien ?

Lorsque l'on pose ses pieds sur une terre inconnue, avec ses codes et ses règles, ses fonctionnements et dysfonctionnements, ses principes et sa logique, comment est-il possible de créer une place ?

La pratique clinique opère toujours dans un lieu et une histoire traversés par l'évolution des savoirs et des principes.

Notre place est un effet de la confrontation, qui n'a d'autre ambition que d'être fructueuse pour les protagonistes de la scène médicale contemporaine, entre deux discours.

Le discours médical organisé par un savoir sur la maladie létale et sur le malade. Il est nécessairement à côté de l'autre. Le discours analytique organisé par la place qu'occupe le clinicien dans le transfert. Les deux personnes sont impliquées dans un procès de parole, elles sont engagées par la force du dire. Là où la médecine cerne et traite la maladie, il s'agit d'entendre la façon dont le sujet répond son être-malade.

Il est préférable de suivre la maxime provisoire de Descartes en suivant les règles en vigueur et ne pas se mettre d'emblée hors-jeu. Il est important de connaître les données scientifiques, la multiplicité des aspects de la réalité médicale. Il ne s'agit pas d'enrichir son savoir mais de pouvoir s'en passer auprès du patient. Ne pas être ignorant de la réalité de la maladie, des traitements, et de leurs conséquences pour pouvoir entendre celle du sujet hospitalisé.

Le psychologue prend connaissance du lieu institutionnel, comme l'explorateur cher aux travaux de Freud, il se repère dans ses différentes strates et essaie alors d'y occuper une place et de tenir une parole.

Je commencerai par présenter l'institution dans laquelle j'exerce depuis plus de sept années.

1- INSTITUTION DE SOINS ET LOGIQUE MEDICALE

*« Tout le dramatique et le comique de notre époque est à l'hôpital
et dans l'étude des gens de loi. »*

Honoré de Balzac

1-1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Il s'agit d'un centre de convalescence et de cure médicale composé de cent lits.

Il existe depuis 1967 et se trouve dénommé aujourd'hui Centre de soins de suite.

Une des activités importantes de l'institution est le partenariat avec plusieurs Centres de cancérologie et l'accompagnement des malades jusqu'à la fin de leur vie.

Il est important de dire quelques phrases sur le lieu et le contexte de la pratique clinique. Le praticien s'inscrit en effet dans un lieu et un moment donnés de la vie institutionnelle. Cette inscription dépend, pour une part, de ce qui précède sa venue et qu'elle active sans le savoir. De la même façon que le sujet singulier porte sur son dos des phrases, des scènes et des attentes, le praticien se trouve revêtu de masques et de figures par les autres membres de l'équipe. Cette dimension fantasmatique et historique est déterminante.

Le passé, ou ce qui précède la venue, fait partie du présent – tout le temps. Le passé n'est pas ce qui eût lieu, le passé est ce qui dans le présent continue à agir et lui donne ses linéaments.

On s'inscrit toujours dans une histoire et un contexte commencé depuis longtemps et que l'on cerne mal. C'est une expérience clinique d'affronter et mesurer le registre historique, la détermination de la place sans vous. C'est en occupant et en incarnant la fonction dans l'institution que quelque chose pourra se réaliser.

La santé de l'institution dépend de sa capacité à remodeler le passé, à le mobiliser pour qu'il continue à faire vivre le présent.

Dans la richesse de cette pratique clinique dans l'institution je retiens ici deux points.

La confrontation des soignants avec la mort et la répétition des décès, la souffrance et les limites de leur action.

De plus, l'impuissance de ne pas pouvoir faire quelque chose, de ne pas pouvoir répondre dans certaines situations et ce que cela nous indique dans notre travail.

Je propose de développer ces deux points dans le chapitre sur les demandes adressées au psychologue.

1-2 LES DEMANDES ADRESSEES AU PSYCHOLOGUE

1-2-1 La souffrance d'une équipe médicale

Les demandes adressées au psychologue dans l'institution par l'équipe soignante commencent souvent quand quelque chose échappe et met en difficulté auprès du malade.

Quoi dire ? Comment dire ? Qu'est-ce qu'il faut éviter de dire ?

Si le patient parle de sa mort ou pose des questions : combien de temps me reste-t-il à vivre ? est-ce que je vais souffrir ? est-ce que vous serez présents ?

Ou au contraire, s'il ne dit rien et n'en parle pas (« étrangement serein »). S'il est dans le déni de la gravité et de la mort, « il est mutique », il est dans un « syndrome de glissement » ou de régression. Si le malade se défend contre ce qui lui arrive, « il n'a pas encore cheminé ».

Elisabeth Kubler-Ross a proposé une indication pour le soignant face au malade qui sait qu'il va mourir : « Comment vais-je partager ce savoir avec lui ? »¹

Comment être à côté de celui qui meurt et continue de parler, de poser des questions et de manifester un vouloir ?

Cette position est difficile à tenir et oblige un travail sur son propre rapport à la douleur et la mort. Ce travail nécessite une mobilisation dans la parole et dans l'échange avec les autres.

Le psychologue peut être « attendu » pour fournir des réponses, des éclairages, des conseils sur les mécanismes « psychologiques » en jeu. Un savoir lui est supposé sur les façons et les « mots pour le dire », sur les émotions en cause des deux côtés de l'interlocution traversée par la maladie et la mort.

Les équipes sont en attente de réponse pour parler et être auprès du malade ; elles ont peur de ne pas savoir quoi dire (alors que le psychologue sait).

¹ Citée par de M'Uzan, *De l'art à la mort*, Gallimard, 1977, p.192.

On peut entendre que la maladie et la mort creusent ce trou, cet appel d'air qui déstabilisent les acteurs en présence.

Il s'agit principalement de demandes pour comprendre, des conseils pour réagir et « s'ajuster » à la situation et aux comportements du malade. Il s'agit toujours de définir ses propres limites dans le soin.

Comment reformuler les paroles auprès du patient ou de sa famille ?

Jusqu'où s'engage-t-on dans la relation de soin qui va jusqu'à la mort ?

Comment séparer et ne pas mêler les sphères personnelle et professionnelle ?

Toutes ces interrogations sont alimentées par une puissance du savoir ou des réponses dont le psychologue tente de se défier. Le discours médical, redoublé par celui de la science, est emporté par son mouvement de trouver des réponses aux problèmes et de repousser ce qui le gêne.

Le psychologue est alors tenu de répondre aux soignants et de livrer des éléments pertinents pour aider et accompagner le malade dans son épreuve. Il est aussi garant de la prise en compte de la singularité et de l'imprévisible à l'intérieur d'une institution dans laquelle la tendance dominante est le contrôle, l'anticipation et l'anonymisation. (je reprends ces points dans le chapitre sur les impératifs institutionnels)

1-2-2 Remarque sur la fonction soignante

Il est important de rappeler que le psychologue s'inscrit comme un professionnel parmi d'autres et essaie d'apporter un point de vue sur la situation complexe du soin.

Il faut pouvoir donner des éléments qui aident l'équipe, de montrer et indiquer aux autres des points inaperçus (un élément biographique, un conflit latent,...) et de faire entendre la singularité subjective qui compose « le » malade.

Il faut encore faire vivre cette dimension du non-savoir et de l'imprévu sans que cela soit trop menaçant ou inquiétant pour une pratique médicale fondée sur l'exécution de prescriptions et la mise en jeu de résistances importantes.

Les équipes de soin ressentent souvent une « dissonance cognitive » entre ce qu'ils disent avec la personne malade et ce qu'ils savent. Elles ont l'impression d'être en porte à faux, la vérité médicale peut être encombrante, gênante pour la relation et la présence auprès du malade. Par exemple dans l'évaluation de la douleur du malade, comment saisir sa parole et sa perception de la douleur ? Pourquoi dit-il des choses contradictoires en fonction de l'interlocuteur, médecin ou infirmière par exemple ?

Où est la cohérence de son discours ? Où est la cohésion de la pratique soignante ?

Soigner et prendre soin se colorent de façon différente dans les structures de soins de support ou de soins palliatifs. Ces lieux, et les personnes qui y travaillent, composent avec la gravité de la mort sur le long terme.

L'équipe soignante ne veut pas rester dans l'ignorance, mais que cherche-t-elle à savoir ? Elle est dans une logique du diagnostic et de l'action référée à un savoir, une connaissance, une vérité médicale. Nous savons quelque chose de lui que le malade ignore ou cherche à ignorer, nous ne sommes pas sur « la même longueur d'ondes ».

L'équipe soignante rencontre la personne malade en tant que soigné et objet de soins. Ce dernier est nécessairement soumis au discours qui structure l'institution, ses principes, son orientation.

C'est comme s'il fallait que le soignant désapprenne ce qu'il sait du patient (état somatique, pathologies, biographies) pour pouvoir laisser la rencontre se produire. Le psychologue doit pouvoir aider à aller dans cette direction et toujours souligner la nécessité de mettre de côté le savoir et la technique pour être à côté et non face à face.

Chaque soignant incarne la fonction et occupe une place dans un dispositif et une logique implacable. Sa pratique met en œuvre des principes et l'implique dans le soin au sens le plus large du souci de l'autre vulnérable et malade. Soigner signifie d'abord prendre soin de l'autre en difficulté et engage la réalité du corps malade comme les ressorts conscients et inconscients du sujet frappé par la maladie. Dispenser des soins et écouter la souffrance, traiter les signes pathologiques et offrir une attention, confèrent à cette fonction ses pôles constituants.

Marie-Frédérique Bacqué propose une « écoute à fonction maïeutique » pour permettre au malade de mettre au monde une nouvelle façon de voir son expérience de la maladie.¹

L'oscillation entre ses deux pôles peut engendrer des tensions et des oppositions. Le premier peut occulter le second, l'engagement personnel du soignant peut aussi être remis en question par cette oscillation répétée dans la pratique. Le psychologue peut aussi proposer des temps d'échanges sur cette pratique afin que certaines questions gênantes puissent passer dans la parole et soient entendues. Il fait valoir le sens que prend l'événement de la maladie ou de la mort d'un patient pour ceux qui l'ont soigné.

Qu'est-ce qui permet que je sois à l'écoute de l'autre ?

Qu'est-ce que je vais entendre de cette parole ? Qu'est-ce qui interfère ?

Qu'est-ce qui me touche dans ce qu'il dit ?

Quelles images, quelles résonances se produisent en moi ?

Comment travailler cette implication, ce contre-transfert ?

Autant d'interrogations vives et fondatrices de cette pratique clinique sur une terre médicale, ou plutôt technico-médicale.

¹ BACQUE M-F., « Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuils dans les cancers », *Revue Francophone Psycho-Oncologie*, 2005, 2, p.120.

Enfin, le psychologue doit se placer et occuper une fonction dans ce dispositif institutionnel soignant. Il doit alors articuler ses oscillations entre « être-avec-les autres » et partager les valeurs d'une orientation du soin thérapeutique et palliatif.

Mais en essayant de tenir pourtant une part de lui-même « à côté, hors de ».

Il serait alors dans un perpétuel balancement entre les deux pôles de sa pratique et affronterait aussi la solitude nécessaire du clinicien. Qu'attend-il et que veut-il dans son travail ?

Cette solitude redouble celle qui donne ses coordonnées aux rencontres des patients.

Que veut-il pour l'autre qui lui parle ? Qu'attend-il de ces séances cliniques ?

Avant de développer cette dimension éthique du clinicien dans le dernier chapitre de cette partie, nous présentons la rationalité médicale qui gouverne le système dans lequel joue et s'incarne la fonction soignante.

1-3 LA RATIONALITE MEDICALE

A l'aube de la pratique médicale c'est le serment d'Hippocrate (– 460 – 377) qui lui donne sa tonalité et ses valeurs. L'art médical c'est soigner une totalité vivante frappée par un mal.

Cette vision est holistique et envisage comme un tout le corps malade, la maladie, l'individu. Galien (131-201) modifie la perspective et propose de dissocier le corps malade et la totalité individuelle, il objective et sépare alors la maladie.

Le médecin est-il en rapport avec la maladie ou un malade ?

Le fondement de cette pratique est-il la relation entre deux êtres ?

Ou au contraire le médecin est-il le spécialiste d'un fragment ?

Où est le curseur ? où se situe l'accent pour chacun ?

D'une part le rapport à l'autre individuel qui souffre. L'interlocution et l'échange sont primordiaux. D'autre part, le corps malade est le terrain d'une maladie dont le médecin doit être le spécialiste. La médecine s'occupe du symptôme « sans le corps »¹, sans celui qui vit dans ce corps.

Ce dédoublement originel donne encore aux débats contemporains sa ligne de partage.

On sait que la rencontre clinique entre le médecin et le malade fut définie comme celle d'une confiance et d'une conscience dans le but d'une thérapeutique juste. Les coordonnées de ce paysage sont en train de changer de façon massive depuis vingt ans.

Comment définir aujourd'hui la logique médicale ?

Cette rationalité n'obéit plus simplement au schème du discours du maître décrit par Jean Clavreul.²

Il insistait à juste titre sur deux points fondamentaux. L'impossibilité d'établir une relation entre le médecin et le malade, la destitution subjective qui marque l'entrée du patient dans ce dispositif. Ce discours refuse et refoule la division subjective intrinsèque à l'énonciation de la parole pour pouvoir se centrer sur le corps malade et la maladie.

¹ SICARD D., *La médecine sans le corps*, Plon, 2002.

² CLAVREUL J., *L'ordre médical*, Seuil, 1978.

Aujourd'hui, la médecine se veut moins autoritaire, elle demande l'assentiment du patient et sa participation dans les décisions médicales.

On peut citer ici la tendance incompressible de l'éducation thérapeutique et de la place du malade devenu au fil des ans l'usager d'un système de soins.

Le malade doit être éduqué et accompagné pour être responsable dans la gestion de sa maladie. Pour ce faire, il s'engage dans un contrat de soins et va devoir atteindre certains objectifs.

Deux textes législatifs marquent l'évolution des coordonnées et des pratiques de soins.

Ils assurent à ce nouvel usager une garantie de pouvoir être soigné là où il se trouve et en fonction de ses souhaits les plus profonds.

La Loi de juin 1999 sur le droit des malades et la Loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner.

L'article L. 1110-5 stipule que toute personne a « le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. »

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé... Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

... Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel... »

Nous sommes ainsi passés d'un modèle « paternaliste » dans lequel le patient est réduit à suivre la parole savante du médecin. La structure de la rencontre, ou de l'absence de relation pour Clavreul, repose sur la dissymétrie nécessaire de l'observation savante et de l'objet étudié. Le corps de l'autre est réduit à être le terrain de la maladie et des troubles symptomatiques.

Le modèle contemporain est celui du contrat de soins relié à l'autonomie du patient.

Le médecin doit maintenant se référer à des principes et à une éthique. Celle-ci confronte la décision à prendre au moment où elle doit être prise avec les valeurs auxquelles il se réfère dans sa responsabilité à l'égard du patient.

On peut citer ici trois principes majeurs.

Le principe de non malfaisance renvoie à l'adage antique *Primum non nocere*.

Le principe d'autonomie désigne le respect de la liberté et de la volonté du patient dans la prise de décision.

Le principe de proportionnalité met en regard les traitements dont les effets secondaires nocifs attendus sont supérieurs aux bienfaits apportés et leurs prescriptions.

A la prise en charge du patient s'ajoute maintenant la dimension de l'entourage.

La triade énoncée par Michaël Balint « Le médecin, le malade, la maladie » doit être complétée par l'entourage et les proches qui participent aux soins et aux décisions éthiques. Depuis le début des années 2000, une nouvelle discipline apparaît dans ce domaine.

La proximologie « a pour ambition de mieux comprendre la condition du proche, notamment dans cette épreuve que constitue la maladie. A la croisée de la médecine, de la sociologie, de la psychologie, de la philosophie et de l'économie, cette démarche épistémologique est centrée sur la relation d'exception entre la personne malade et ses proches.

La proximologie fait de l'entourage un objet d'études spécifique.»¹

Dans cette sphère de la rationalité et de l'éthique médicales fondées sur un savoir, un discours scientifiques et des principes, il demeure un point aveugle, un écart que l'on peut situer en première approximation comme le sujet parlant divisé entre son énonciation et ses énoncés.

La pratique clinique du psychologue en terre médicale me situe sur le bord de cette sphère et sur les linéaments qui en font le tour.

Dans cette marge et ce point aveugle gît le silence, l'inquiétude au-delà de la maladie, la singularité de l'être parlant à l'épreuve de la maladie létale.

¹ *La condition du proche de la personne malade, Dix études de proximologie*, JOUBLIN H. (sous dir), Aux lieux d'être, 2007, p.11.

1-4 LES TROIS IMPERATIFS DE L'INSTITUTION

La pratique institutionnelle peut se mesurer à la place qu'elle laisse à l'inattendu et à ce qui arrive.

Comment approcher la logique et le fonctionnement de l'institution de soins ?

A quels impératifs et exigences doit-elle répondre ?

Lucien Israël propose de définir trois impératifs qui structurent la logique de la vie institutionnelle¹ :

- Tout prévoir, tout contrôler, tout enregistrer, tout en ordre. Il faut que ça tourne et que ça marche. On retrouve ici l'organisation du discours du maître qui règle les rapports à partir de maîtres mots. Aujourd'hui on parle d'efficacité, de certification, d'axes d'amélioration.
- Faire du malade un objet que l'on peut compter, mesurer, paramétrer. Si cela s'avère nécessaire pour équilibrer des enveloppes budgétaires et rendre des comptes aux tutelles concernées, cela n'empêche pas de produire une réduction de la personne aux paramètres et items qui conditionnent l'échange avec lui.
- La parole singulière doit être neutralisée, sans effet et sans répercussions sur le fonctionnement. L'institution doit se protéger de la singularité et ne pas se laisser envahir par l'intrusion de la parole et de l'altérité. Il faut que les choses soient le plus lisses et sans anfractuosités. L'institution vise à une transparence qui est aussi la froideur diaphane de la machine qui traite de l'identique, du même. Qui répond dans l'institution ? Qui assume la responsabilité ?

Il semble important de faire jouer la dialectique de l'appel et de la réponse pour analyser l'institution.

J'ajouterai un quatrième impératif avec l'anticipation et la volonté de neutraliser l'imprévu.

Un des mots d'ordre de cet univers médical est l'anticipation et son calcul, ses échelles.

¹ ISRAEL L., *Boiter n'est pas pécher*, p.241.

Il faut prévoir, pré-voir, voir avant. Il faut avoir un temps d'avance dans la course avec le malade et la maladie. Il faut prévoir pour ne pas avoir à affronter l'imprévu et ne pas être pris au dépourvu ou ressentir une impuissance.

Au lieu de laisser l'imprévu dans les marges et ce qui est à écarter, de l'exclure. Il pourrait être important de souligner que c'est l'imprévu qui fonde la pratique clinique et l'enrichit. Bien plus, cette pratique n'existe que dans la confrontation avec l'imprévu et l'impossible. Sinon elle est l'accomplissement de procédures et de règles valables pour tous. Sinon, elle n'implique pas la singularité du professionnel et fait marcher le produit, l'institution sans que personne n'agisse et ne réponde véritablement.

La rationalité médicale définit une accumulation de connaissances, de procédures, de savoir mais sans clinique de la singularité. Il y a comme une disjonction entre les deux aspects du savoir et de la clinique analysés par Foucault.¹

S'il reste quelqu'un pour se préoccuper de la singularité de la parole et du désir, des enjeux subjectifs engagés par le surgissement de la maladie, le psychologue a une place à occuper. Nous soutenons ici une position et une place pour la pratique de l'imprévu, de la parole singulière, de la surprise. Prendre soin suppose de garder à l'esprit ce registre de ce qui ne se voit pas et de ce que la maladie létale révèle et active pour chacun.

Dans les discours qui composent le monde moderne (médical, institutionnel, politique, sociologique...), une nouvelle place est proposée à ce défaut de l'être, cette **faille constituante** du sujet parlant. L'attention portée au malade mobilise les acteurs dans de « nouvelles figures du soin. »²

¹ FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, op.cit.

² Titre du numéro de la revue *Esprit*, janvier 2006. Cf notamment les articles de LE BLANC G., La vie psychique de la maladie, et de WORMS F., Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales.

2- L'UNITE DE LA PSYCHO-ONCOLOGIE ?

2-1 ELEMENTS HISTORIQUES ET DEFINITION

L'étude des aspects psychologiques associés à la maladie cancéreuse a évolué parallèlement aux progrès des traitements thérapeutiques. Les premiers articles américains qui étudient l'impact psychologique de la maladie cancéreuse sont rédigés au milieu des années 1950. En France ce sont les recherches de Jean Bernard qui développeront ce registre au carrefour de la médecine et de la psychologie.

Avant 1970, les recherches portent principalement sur la complexité psychologique de la confrontation à la mort et sur les difficultés à transmettre l'information et la vérité médicales.

Comment et quand annoncer le diagnostic ?

Comment présenter les traitements et leurs effets secondaires ?

Quelle dose de vérité le malade peut-il supporter dans son rapport à la mort ?

Comment faire si le malade refuse d'entendre ce qui lui est annoncé ?

Devant l'immensité et la complexité de ces questions quotidiennes, une nouvelle discipline se fonde aux Etats-Unis autour de chercheurs éminents, Holland, Casslieth, Spiegel.

Depuis trente ans, la recherche se développe sur les facteurs psycho-sociaux, environnementaux, éthiques de la cancérologie. En 1983, le *Journal of Psychological Oncology* est édité.

Sur le continent européen, l'association Psychologie et cancer est créée en 1975 à Marseille et devient la Société Française de Psycho Oncologie (SFPO) en 1994.

On peut mentionner également la création en 1998 du Centre Psychisme et Cancer à l'initiative de Pierre Cazenave.¹

¹ LAMBRICHS L., *Le livre de Pierre*, Seuil, 1998.

Au cours des années 1990 la présence de psychologues dans les services de cancérologie, rebaptisés depuis oncologie médicale et refondus dans les soins de support¹, s'est progressivement instituée.

Une présence nécessaire pour écouter les malades et leurs proches a été confirmée, de manière successive, par les états généraux des malades en 1998, en 2000 et en 2004. Ils ont alors exprimé leurs revendications de pouvoir parler de ce qui leur arrive. La réduction du malade aux éléments pertinents du diagnostic et du traitement prend un relief et une violence particuliers au regard des enjeux vitaux liés à la pathologie cancéreuse.

L'objectivation conjointe de la maladie et du malade prendrait une tournure difficilement tolérable par rapport à la réalité des effets imposés par les traitements et les angoisses face à la mort.

Il s'agit aujourd'hui de permettre aux patients, ainsi qu'à leurs proches, de parler pour contre-carrer le silence ou tempérer la violence de cette épreuve. Maintenant que tout le monde semble animé du souci d'écouter et d'accorder du temps pour le malade plus que sa maladie, la question se pose de définir ce qui spécifie l'écoute, l'espace proposés par le psychologue.

Il s'agit aussi de définir sa position dans l'institution et son rapport à la constitution du savoir médical et son épistémologie.

On voit surgir depuis quinze ans, des disciplines présentées par le préfixe « psycho » et principalement centrées sur le comportement des individus étudiés. Elles ont pour objet défini les incidences concrètes d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sur le comportement individuel. La psycho-gérontologie a pour objet les effets du vieillissement sur le comportement des individus touchés. La psycho-oncologie a pour objet les effets de la maladie cancéreuse sur le comportement des malades. La démarche est volontairement a-théorique, le contenu de ces disciplines est essentiellement descriptif et obéit à des catégories cognitivo-comportementales.

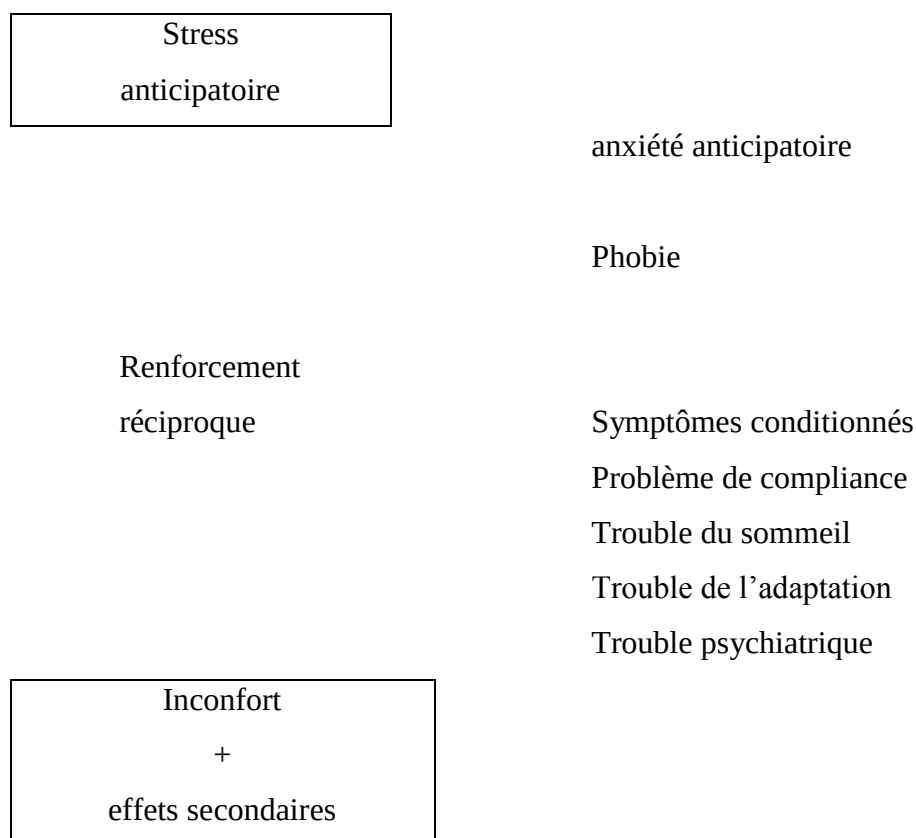
Les hypothèses étiologiques sont principalement chiffrées et dépendantes de statistiques sans être reliées à une articulation notionnelle et théorique.

Il faut entendre le préfixe psycho comme ce qui vient à côté (para) ou en complément des avancées médicales pour observer les effets d'une pathologie et de ses traitements.

¹ FONDRAS J-C., Du nouveau sur soins de support et soins palliatifs. A propos d'une polémique, 2008, *Médecine palliative*, 7, p.149-153.

La dimension psychologique définit des informations sur le comportement des malades, des mécanismes spécifiques et les incidences de facteurs organiques.

Le psychisme est supposé traiter des données, des informations, des stimuli externes et internes, il affronte la maladie grave définie comme un élément extérieur et anxiogène. La machine symbolique doit modifier ses coordonnées normatives face à l'élément hétérogène qu'est le cancer.



Titre *Diagnostic et traitement : conséquences psychologiques et psychiatriques*¹

Le schéma « théorique » est ici bipolaire, il articule un psychisme défini par un traitement de l'information face à l'angoisse produite par la pathologie. Il existe une opposition entre l'élément hostile, dangereux, menaçant et la défense. Nous avons deux pôles : La pensée cognitive symbolique de l'individu est face à des éléments externes dangereux.

¹ DELVAUX N. et RAZAVI D., *op.cit*, p.82.

Le modèle dialectique est celui d'une opposition entre un système symbolique et un élément perturbateur et déséquilibrant.

La démarche vise à décrire les stratégies adoptées pour faire-face (stratégies dites de *coping*), pour s'ajuster à la réalité et intérioriser le menace de la maladie.

Les recherches et études mettent en évidence des facteurs psycho-sociaux facilitant ou non l'adaptation à la maladie et l'importance de l'interaction entre les facteurs biologiques, événementiels, sociaux et culturels, psychologiques...

Nous posons au début de ce chapitre la question de savoir s'il existe une unité de la psycho oncologie. Avant de répondre, nous pouvons indiquer une tension interne entre deux mouvements. Soit elle propose une modélisation bio-psycho-sociale de l'individu et accentue la notion d'ajustement avec la réalité, d'adaptation à la pathologie. Il s'agit alors d'étudier et décrire les conséquences du cancer sur le comportement individuel dans toutes ses dimensions.

Soit elle prend des résonances cliniques et se définit comme une pratique qui accompagne le malade, ses proches, les soignants. Son rôle premier est alors d'offrir « à qui le souhaite un espace de parole où déposer sa souffrance. »¹ La parole singulière est au premier plan permet l'élaboration d'une réponse dans le temps.

¹ ANGIOLINI C., Psycho oncologue, à quoi ça sert ?, *Revue Les Proches*, 2008, n°7.

2-2 LA NOTION D'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE

Le terme d'adaptation est issu de la biologie pour définir « l'ensemble des ajustements réalisés par un organisme pour survivre et perpétuer son espèce dans un environnement écophysique donné », et de la physiologie pour caractériser « l'ensemble des phénomènes sensoriels et comportementaux qui se traduisent par la mise en place d'un nouvel équilibre de fonctionnement à la suite d'une perturbation ».

L'adaptation détermine les rapports complexes de l'organisme avec son milieu, l'extérieur ou le réel.

Dans le champ qui nous intéresse ici, l'adaptation psychologique « vise à préserver l'intégrité physique et psychique, à récupérer les troubles réversibles et compenser les troubles irréversibles. »¹

Dans cette perspective adaptative, la maladie létale est à l'origine d'une série de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales.

La psycho-oncologie se propose d'étudier, de calculer, de dégager les facteurs pertinents dans ces différents niveaux de réactions à la maladie cancéreuse.

Cette approche, étayée sur des études quantitatives et qualitatives, fait fonctionner la notion d'adaptation. Il est notable de retrouver ce terme qui se déployait dans les années 1940-50 à l'intérieur du courant post-freudien de l'Ego Psychology. Les auteurs de cette perspective clinique (notamment Kris, Loewenstein et Hartmann) défendaient l'idée d'une adaptation du patient à la réalité du monde. L'analyse des conflits intra-psychiques et des identifications du sujet doit permettre au sujet de remédier à son inadaptation face aux événements de la réalité. Jusqu'où cette position est-elle pertinente ?

Est-on certain de pouvoir définir « une » réalité objective ?

Comment rendre compte de la constitution de la réalité pour un sujet ?

¹ DELVAUX N. et RAZAVI D., *op.cit.*, p.67.

Nous pouvons dire que le schème de l'adéquation et de la conciliation entre le sujet cognitif et la réalité est une tendance importante sur la terre médicale. Il existe une volonté de concilier et dépasser le conflit, de résoudre la discorde provoquée par la maladie.

Est-il possible cependant de faire une place au rapport complexe du sujet avec la parole et le désir dans cette épreuve ?

Est-il possible d'entendre, qu'à travers la maladie, il est aussi confronté à une rencontre d'un autre ordre ?

« On n'intériorise pas de nouvelles normes comme certains l'affirment. La maladie n'en crée pas, elle les bouleverse, les renverse, elle nous déshabitue. »¹

Quelle place pour l'imprévu ?

Cet idéal conciliant est corrélé à l'importance du modèle unifiant, unitaire de la personne. La tendance à la globalité, la totalité et la pluri disciplinarité est concernée.

L'approche psycho-médicale porte son projecteur sur la maladie et dégagent les effets objectifs. La volonté de transparence laisse alors dans l'ombre certains éléments déterminants. En effet, la médecine opère sur la réalité visible et possède un savoir sur la réalité organique du corps. La visée de la psychologie médicale est d'adapter le malade à sa maladie, à son traitement, à faire face et s'adapter au changement.

Dans ce paradigme, les coordonnées déterminantes sont celles de la réalité et de l'individu, du traitement de l'information et de l'adaptation.

Les protocoles et les dispositifs médicaux actuels considèrent la pathologie comme une effraction qui génère de l'anxiété et de l'angoisse chez le malade. Le modèle est cognitif, le psychisme traite des informations et met en place des stratégies de *coping* et d'adaptation. Pour reprendre une image célèbre de Freud l'application de ce modèle fonctionne comme la peinture (en recouvrant, en voulant boucher les trous, les failles). La propension à l'activisme, la multiplication des items sont orientés par l'idéal de totalisation et d'évacuation de la faille, de la pensée ou de la réflexion. Dans cet univers, reste-t-il un espace pour la singularité aléatoire, pour ce qui ne marche pas ou avance en boitant ?

¹ MARIN C., *op.cit*, p.24

Concevoir la maladie grave comme une effraction du réel (même si la psycho-oncologie ne le nomme pas ainsi) est nécessaire mais insuffisant. Nous proposons ici d'élever ce moment contingent au rang d'un forçage subjectif, d'un lieu de croisement et de court-circuit. Ce principe est directement lié à la clinique et à notre position qui ouvre un espace où la rencontre imprévue puisse se parler.

Car le réel appelle et suscite une parole à soutenir. Tout un ensemble d'effets subjectifs que la psycho-oncologie laisse dans l'ombre du comportement.

2-3 REALITE DE LA MALADIE ET REEL DE L'IMPREVU

Un des axes de notre recherche est la distinction métapsychologique entre le réel et la fonction dans les registres de la mort et du corps qui permet de dissocier la réalité et le réel. Dans le croisement entre médecine et psychanalyse, l'opposition de la réalité et du réel pourrait être pertinente et opératoire.

En effet, le corps et la mort étant habités par le réel, le sujet touché par la maladie létale dans son corps va répondre sur le plan de son origine dans la parole. Avant de pouvoir s'adapter à la réalité, de la voir en face ou d'intégrer la vérité, il y a la nécessité de masquer le réel pour figurer l'irreprésentable.

De plus, la détermination signifiante de l'appareil psychique et le rapport subjectif à la mort sont plus complexes que « le vécu du concept de mort ».

A notre avis, l'insuffisance de cette perspective réside dans la méconnaissance de la dimension d'inconnu et de réel constitutive de la subjectivité. Le fonctionnement de la pensée symbolique suppose une inscription et une exclusion. Le rapport à la réalité n'est pas inné ou donné, il est complexe et fabriqué. Il est une construction enracinée dans les coordonnées fantasmatiques de chaque sujet et signe d'une exclusion du réel aux confins du cadre de la réalité. Ce réel ne sera dès lors manifesté qu'à travers des rencontres contingentes comme l'événement de la maladie en tant que collusion du réel et du symbolique, du corps malade et de la fonction dynamique de la mort.

La mort n'est pas uniquement la peur de mourir ou l'anxiété liée aux incertitudes de la maladie. Elle est à situer dans la subjectivité comme un élément constitutif de la subjectivité.¹

Notre position clinique travaille sur les effets produits par la maladie, les traitements, les interventions médicales mais surtout sur la réponse du sujet, son acte énonciatif et la mobilisation sur le plan de la parole.

Qu'est-ce que le cancer ? Que vient signifier le fait d'être malade ?

¹ Nous avons développé ce point dans notre partie intitulée La mort nécessaire, p.88-139.

C'est cela qui nous intéresse :

Que produit cet événement dans le rapport complexe du sujet à la mort dans la vie ?

La maladie se vit comme une épreuve de l'inéluctabilité, de l'irréversible, de « l'indéfini »¹.

Tout se passe comme si la maladie révélait au sujet quelque chose de sa mort dont il ne peut rien savoir. La mort est un trou qui détermine une fonction d'anticipation et soutient le rapport du sujet à sa fin possible, à la totalité de son image, à la structure syntaxique de la chaîne signifiante.

Nous proposons le schéma suivant :

Maladie létale -----	Réel -----	Parole, séance -----	Sujet, singularité
CONTINGENCE	IMPOSSIBLE	POSSIBLE	EFFET

Dans la contingence, advient de l'insupportable, survient de l'impossible.

A partir de son énonciation, le sujet va tenter de transformer cet impossible et de le relier à ses chaînes syntaxiques et fantasmatiques. Il s'agit par exemple de lui donner une cause, de faire tenir la filiation de son désir. Il y a un envahissement de l'imaginaire et du fantasme provoqué par la maladie.

Dans la séance il faut essayer de réduire cet imaginaire causal et d'aider le sujet à répondre, à assumer sa position de Je, de sujet dans l'épreuve.

C'est à partir du réel, ou de ce qui en tient lieu dans l'épreuve, que s'ouvre la possibilité du sujet, de dégager ce qui est inclus dans la rencontre imprévue.

Sur le même modèle que la sentence de Freud : là où c'était, Je dois advenir, on pourrait dire pour introduire la partie sur le souci du sujet : Là où gît le réel, Je doit advenir.

Là où surgit le réel, Je dois répondre et assumer une position dans la parole.

Un choix épistémologique se pose :

L'effraction peut-elle être réduite à un excès d'excitations du dehors ?

A un afflux d'énergie à traiter et dont le système se défend ?

¹ FRAGA-LEVIVIER Ana Paula, *La mort à fleur de peau*, L'Harmattan, 2006.

Où alors la rencontre du réel est celle d'un impossible, un inassimilable dont les contours dépendent de la réponse que le sujet va construire.

Dans les marges de la psycho oncologie officielle, on proposera une écoute analytique du sujet malade pour se laisser enseigner par ce dernier. Une écoute pour entendre ce qui nous est envoyé, un désir mobilisé par ce qui peut se dire et advenir.

Une position éthique se déduit de ces considérations. Il s'agit de permettre une réponse à l'appel du réel et de prendre appui sur l'impossible. Il s'agit d'offrir au sujet un lieu pour parler et pour entendre.

La séance clinique mobilise la parole à travers l'épreuve de la maladie grave.

L'enjeu d'une position clinique incarnée par le psychologue est de venir répondre et compenser les quatre impératifs structurants la rationalité médicale et l'institution.

Il s'agit en effet d'ouvrir un espace et se laisser surprendre par l'inattendu et l'inattendu.

De plus, et c'est ici le point crucial de ce travail, il s'agit de prendre acte de la parole du sujet.

Il faut qu'elle soit entendue, qu'elle engage celui qui écoute comme celui qui parle.

Enfin, le sujet doit conquérir dans les séances un point où il peut se reconnaître là où il est dans le symbolique où il s'est construit et qui le traverse et l'excède.

Pour le dire autrement, nous interrogeons dans l'institution la place de l'imagination et de la création. L'espace de séance¹ – c'est une offre, un possible – tente d'introduire du vide dans le rythme hyperactif du soin. C'est un lieu neutre où rien d'autre n'est attendu que de pouvoir parler et dire ce qui arrive. Véritablement, la fonction du psychologue est de prendre acte de la parole, de l'entendre et de faire vivre ce que nous appellerons ici la réponse du sujet.

¹ Pour reprendre le titre d'un ouvrage de Pierre FEDIDA, *Corps du vide et espace de séance*, Jean-Pierre Delarge, 1977.

3- LA REPONSE DU SUJET

3-1 LA SEANCE FONDEE SUR UN DOUBLE RENONCEMENT

L'attention « flottante » de Freud indique la nécessité pour le clinicien de vider son attente de toute parole précise afin de laisser se former un vide, une feuille blanche de la séance. C'est un silence à partir duquel le sujet va se mettre parler. C'est encore le neutre qui ne choisit pas dans le discours du patient et doit accueillir tout ce qui vient avec un égal intérêt.

Pour le praticien, le creux de l'attente suppose l'oubli de ce qu'il croit savoir. A partir de cet oubli, une attente vide devient possible. La réponse du sujet émerge et se construit à partir de ce qui s'entend dans la parole qu'il « nous » adresse. Ce qui s'entend s'accroche et se déplace dans le matériel que la neutralité bienveillante met à disposition.

« On échappe au danger inséparable de toute attention voulue, écrit Freud, celui de choisir parmi les matériaux fournis. »¹

La simplicité apparente de cette neutralité implique cependant la mobilisation d'un « renoncement au sens, *dans les deux sens du terme.* »²

Tout d'abord, il s'agit de renoncer à la signification et à la compréhension anticipée de ce que l'autre a à nous dire. Il s'agit de ne pas se précipiter dans le sens et l'interprétation de ce qui est dit dans ce moment particulier de l'être-malade. Le sujet lui-même, nous l'avons noté dans les différents fragments présentés, cherche un sens à ce qu'il vit et tente de dire une partie de sa vérité. Cet aspect est un des plus frappants dans les rencontres cliniques présentées dans ce travail. Il s'agit de ne pas mettre trop rapidement du sens ou de recouvrir l'effraction par des liens et des significations en lien avec sa biographie. Cette position n'est pas toujours simple, notamment quand le moi de la personne malade en appelle à la signification et au sens de ce qui lui arrive. A cette exigence de vérité s'ajoute la volonté de faire entendre ce qui est restait caché, et inter-dit.

Tout se passe comme si la déchirure dans la double ignorance de la mort et du corps appelait en réponse un acte de parole pour faire entendre ce qui affleure dans les mots et les infiltre. Le discours, confronté à l'épreuve de la mort possible, est comme irrigué par le matériel réactivé par la maladie létale et ses éléments inactuels.

¹ FREUD S., Conseils aux médecins sur le traitement analytique (1912), *La technique psychanalytique*, PUF, 1994, p.62.

² GORI R., La passion de la causalité : une parole en cause, *Cliniques méditerranéennes*, 1993, 37-38, p.19.

La maladie létale est cette effraction dans le rapport du sujet avec ce qui lui est le plus intime et ce qu'il a gardé dans l'ombre, ce qu'il a retenu, caché.

Ma position clinique vise à offrir à la personne malade de répondre à l'imprévu de la maladie et à l'effraction corporelle provoquée. La pratique met l'accent sur la rencontre dans la clinique, la rencontre qu'est la clinique et la possibilité d'une construction. Il s'agit pour le sujet de trouver à qui parler afin que son discours ne tombe pas dans l'oreille du vide et de l'oubli.

Le moi méconnaît les coordonnées touchées par l'effraction et peut être tenté de la réduire avec du sens, mais comme nous l'indiquions précédemment le sujet veut être entendu dans sa réponse. Quelque chose est à dire dans cette épreuve.

Au creux même de la détresse et de la faiblesse, quelqu'un est à même de parler et de dire, de lancer dans le vide de la séance des fragments de pensées revenant à la surface, des paroles oubliées qui se donnent à entendre.

Le malade dont le corps est atteint par une pathologie létale est aussi un sujet en train de répondre à l'effraction corporelle. Sujet veut dire assujetti et déterminé par sa dépendance à la syntaxe signifiante et l'inconscient. Le rapport à la réalité (effective et somatique) est filtré par le fantasme et dépend de la logique inconsciente.

Ce premier renoncement au sens s'accompagne du renoncement à la sensation, à la perception visuelle et à l'importance du corps malade, assis ou allongé. Il faut essayer, dans cette pratique au chevet du malade, de renoncer à ce que l'on voit et à ce que l'on sent (impressions fournies par un parfum, odeurs liées aux vêtements, aux traitements chimiothérapiques et leurs effets). C'est ici la réalité de l'incarnation du corps de l'autre qui détermine ses effets dans la séance. Mais jusqu'où est-il possible de renoncer aux sensations et perceptions liées au corps ?

On sait que ce renoncement est facilité dans le dispositif analytique de la cure puisque le corps de l'analysant est allongé hors du champ visuel de l'analyste. Cette neutralisation de la dimension de la vision est nécessaire pour laisser sa place et sa portée à la fonction de la « parole libre » et libérée de certaines contraintes sociales.¹

Dans l'institution de soins et dans la chambre du patient médicalisé, cette neutralisation est beaucoup plus difficile.

¹ FREUD S., Le début du traitement (1913), *La technique psychanalytique*, op.cit., p.93.

D'une part, le corps malade implique une présence sortie de la réserve habituelle de l'organisme. Pour le malade lui-même son corps est autre qu'avant et plus présent. D'autre part, le corps alité ou assis face à nous dans les consultations peut difficilement être occulté.

La réalité corporelle peut recéler une part d'insupportable dans la rencontre elle-même.

Qu'est-ce que je ne supporte pas dans ce que je vois et qui peut parasiter ce qui se donne à entendre ?

Parfois, c'est la mutilation du corps, l'ablation d'un fragment organique qui plonge le sujet dans un désarroi tel que tout « fout le camp » ou qu'il se sent « devenir une pierre ».

Un autre me confiera son « impression désagréable de devenir une chose aux yeux des autres ». Il s'agit pourtant d'entendre cette « honte d'exister », « je suis piégée dans mon corps. »

Tels sont les obstacles rencontrés dans le commencement des séances, les premières épines auxquelles il faut se frotter pour pouvoir entrer, parfois, dans une autre ligne mélodique de la parole qui se déploie. Il est indispensable de passer par ces premières marches où le sujet semble nous attirer. Tout se passe comme s'il voulait nous tirer vers là où il « est » et là où l'effraction corporelle le fait « tomber ». J'ai déjà eu cette impression qu'il est nécessaire pour le sujet de réduire un écart entre les deux protagonistes, de restreindre l'arrogance et la supériorité que confère, inévitablement, la santé supposée du « professionnel de la profession » sur le malade hospitalisé.

Ce qui nous est adressé dans ce moment inaugural résonne comme :

« Est-il possible de venir jusqu'à moi pour entendre ce que j'ai à dire ?

Est-il possible de quitter la normalité pour approcher, un temps soit peu, ce que je vis et ce que je souffre ? »

Quand le sujet fait part de ce qui s'effondre pour lui, le niveau où se situe l'autre en face est mis à l'épreuve. A partir de ce qu'il confie et de ce qui est répondu le sujet s'arrête ou poursuit. D'emblée, le clinicien est pris dans la spirale de la parole et ses labyrinthes avec le sujet. Il y a souvent une méfiance préalable à l'éventuelle confiance qui pourra lui succéder.

A travers ce qu'il vit et la proximité avec l'insupportable, le sujet est éloigné des autres de façon irrémédiable. Il me semble que les premiers temps de séance – parfois ce seront les seuls – visent à voir si celui qui se propose de l'écouter peut en contre-partie s'abaisser et condescendre à ce qu'il est en train de vivre.

La présentation du psychologue peut aussi être vécue comme une intrusion supplémentaire pour le patient qui se demande si on ne va pas le forcer à parler, à dévoiler ce dont il n'a pas envie de parler. Il tente alors de cerner si celui présent devant lui est capable de s'approcher de sa souffrance et de se laisser modifier par ce qui va être dit.

Le praticien reçoit alors des phrases comme :

« Vous en voyez beaucoup comme moi ? »

« Qu'est-ce que vous allez me dire ? Me sortir les vers du nez ? »

« Pourquoi rencontrer un psychologue maintenant ? »

« Je ne voudrai pas vous faire perdre votre temps. »

« De quel interrogatoire s'agit-il ? »

« Est-ce que vous êtes croyant ? »

« Vous rentrez chez vous le soir, retrouver votre confort. Moi, je reste ici et ça ne s'arrête jamais. »

Par ces quelques exemples quotidiens, il s'agit de souligner que le contre-transfert et l'implication sont d'emblée sollicités. On voit alors qu'accueillir veut dire répondre à ce qui nous est adressé, il faut donner quelque chose pour enclencher le processus et garantir son déroulement. Le clinicien doit payer de sa présence et de ses mots, dès les premiers pas, au risque de se tromper ou de ne pas permettre l'articulation de la parole.

L'enjeu des premières rencontres est de permettre que cet écart et cette méfiance s'estompent, même s'ils ne s'effaceront pas totalement.

C'est une interrogation directe sur la possibilité pour le clinicien de se laisser manier, modeler au gré de la parole du sujet pour qu'elle puisse se déplier et s'ouvrir.

Sans doute, cela est possible dans certaines situations et moins pour d'autres où ma subjectivité ne s'implique pas voire recule devant ce qui est dit et ce qui est vu.

Au commencement est le lieu de la rencontre pour offrir de dire et de mettre en mots ce que l'effraction corporelle réactive et mobilise dans les éléments inconscients du sujet. Il s'agit de créer un lieu pour hausser cet imprévu à la dignité des circuits singuliers d'une parole, de mettre en place un espace de séance et pouvoir « tout » écouter dans ce qui va être dit.

Si la clinique veut dire être au plus près de ce qui est dit et se déplace, mon attention se porte sur ce qui apparaît dans la séance. Il ne s'agit pas du retour du refoulé dans les voies symptomatiques mais d'une déchirure dans les ruptures et failles de l'histoire du sujet. C'est comme un mouvement de reflux qui dépose des éléments épars sur le sable des rivages intérieurs. C'est bien à partir de ces traces singulières et de ces restes que le sujet nous parle.

Pour le dire autrement, il s'agit de causer un désir de parler et d'avancer afin que la destitution subjective qui fonde la prise en charge médicale, et signe l'entrée du corps sous son regard objectivant, ne soit pas totale et fermée.

Il s'agit d'une attention à l'autre dans ce qu'il dit, à la syntaxe inconsciente dans laquelle se trame et se tisse l'articulation de la maladie grave. La dimension médicalement objective de la pathologie doit être « secondaire » pour le travail clinique au profit des résonances fantasmatiques et de la mobilisation désirante dans l'économie du sujet. On peut dire que la maladie cancéreuse agit comme un *appel du réel* et implique la trame fantasmatique, la position du sujet par rapport à l'Autre.

Cette violence silencieuse de la suspension¹ indique une dimension du réel en jeu dans l'expérience clinique.

Il est important de préciser cette dimension de la rencontre qui préside au travail de parole dans le transfert. Il ne s'agit pas de traduire ou de transposer la maladie dans les mots, mais faire passer dans un dire les ombres réveillées et réactivées (pour reprendre une image freudienne déjà évoquée au début de cette recherche).²

C'est la confrontation entre la réalité effective et la réalité de l'inconscient qui doit opérer dans l'espace de séance et dans l'acte de la parole adressée.

¹ LINDENMEYER C., *Etre en suspens, Cliniques méditerranéennes*, 2007, 76, p.157-165.

² FREUD S., *L'interprétation des rêves* (1900), op.cit, p.217 : « leur mort n'est pas la mort habituelle, mais celle des ombres de l'Odyssée, qui retrouvent quelque vie dès qu'elles ont bu du sang. »

3-2 LA SEANCE, LIEU DE LA REPONSE

3-2-1 Du réel au sujet

La maladie grave apparaît de façon accidentelle dans la vie du sujet. Ce moment constitue le temps clinique de notre pratique où nous prêtons attention à ce que le sujet va dire et répondre. Face à l'impensable, le sujet répond avec ses manques et ses ignorances en mobilisant les ruptures et les conflits de son histoire que la maladie létale fait passer au premier plan.

La maladie létale est la menace et l'agent provocateur à partir de quoi l'échange commence et les séances s'inaugurent.

Son effraction fait surgir des questions non résolues, des points d'achoppements, des recoins énigmatiques dans les marges de l'histoire. Les ombres indestructibles du passé sortent de l'obscurité pour occuper la scène psychique.

Des trappes et des verrous se lèvent dans cette épreuve radicale. Le sujet tente alors d'y répondre et de tisser avec des fragments une version inédite.

La relation transférentielle mobilise et actualise différentes figures de cette histoire et de ses apories. Ce qui fut laissé dans l'ombre, dans les marges silencieuses de l'histoire, reprend vie sur la scène psychique.

Le sujet doit affronter ce qui reprend vie à partir de l'effraction corporelle.

Le sujet tente de répondre à l'événement et mobilise les coordonnées qui ouvrent et dessinent la réalité psychique, il s'agit de rendre possible une parole sur ce qui est en train d'arriver.

La maladie létale pro-voque, elle appelle la voix d'une réponse et dans un dire adressé.

Le surgissement d'une maladie à pronostic léthal fait advenir « un réel » : un imprévu, une rencontre aléatoire avec ce qui résiste à la représentation. Le sujet est saisi par ce qui lui arrive et doit affronter ce qui ne peut pas être inscrit. Pour le dire autrement, avec la maladie létale c'est l'impossible qui arrive pour un sujet et suscite une interrogation. Quand l'impossible arrive il se produit un non-sens ou un trop-de-sens pour le sujet.

Le réel est ce à quoi la rencontre ouvre l'accès, ce qui est mis en jeu dans la rencontre.

La maladie létale est ici l'élément réel à partir duquel les conflits passés, les éléments infantiles, les béances inactuelles, vont s'actualiser dans la parole à partir de laquelle peut advenir un sujet, une singularité, une sortie par la parole.

C'est à partir du réel et de ce qui en tient lieu dans l'effraction corporelle que se crée la possibilité d'un sujet à travers la parole. C'est-à-dire la possibilité d'extraire la part du sujet incluse dans la rencontre imprévue.

C'est toujours dans cette confrontation, dans cette rencontre manquée que le sujet peut se révéler et se détacher de ce qui le saisit. Pour le dire autrement, le réel devient la condition de possibilité d'une énonciation subjective et du détachement de la singularité.

L'appel du réel est comme un trou dans la raison, dans le pourquoi et l'homéostasie du sens commun, du principe de plaisir.

La séance est le lieu d'une réponse à cet impossible qui arrive. Cette nécessité subjective est ce qui opère dans la clinique auprès des patients atteints d'une maladie grave.

Cette tension conditionne le travail d'implication du sujet dans sa parole. C'est à partir de notre désir qu'une parole puisse s'ouvrir que le sujet tente de se *déprendre* de ce que la maladie létale enserme et soude.

Le sujet apparaît comme l'effet de la coupure introduite par le discours dans ce qui arrive.

Il prend une position par rapport à la contingence événementielle et à la réalité médicale de la maladie, de ses traitements ou de leur arrêt.

Que dit le sujet dans cette épreuve ?

Qu'est-ce qui est mobilisé ou réactivé ? Comment et avec quels mots ?

A partir de cet appel du réel, l'articulation signifiante se déploie pour que le sujet gagne et advienne dans la contingence de ce qui lui arrive.

Il me semble qu'une articulation est possible entre la médecine et la psychanalyse à partir de la prise en compte de la singularité et de la réponse du sujet.

Le fantasme a une fonction régulatrice et d'encadrement de la réalité pour le sujet. Il est le qui détermine le point à partir duquel le sujet se lie à son objet se situe dans la réalité.

3-2-2 Parler n'est pas dire

Notre fonction est donc de prendre acte de la parole et lui conférer sa portée véritable.

L'enjeu clinique de notre action est qu'un événement psychique, un dire puisse avoir lieu.

Nous devons opérer au-delà de la communication et de l'expression des émotions ou du « vécu » de la maladie. La parole, adressée à un autre absent que notre silence incarne, est un vecteur de symbolisation et la force mobilisatrice qui garde le sujet vivant. Le sujet peut, à certains moments et face à certaines situations, y répondre et poser un acte dans la parole.

Dans l'espace de séance, le sujet est invité à mettre en mots ce qui lui arrive, à connecter la déchirure avec ses signifiants et articuler un dire. L'opacité de l'atteinte cancéreuse suscite une réponse subjective pour s'approprier une part de son histoire, une partie de lui-même. Nous montrerons ici l'importance de l'énigme et le temps pour se déprendre, se défaire, se dessaisir de ce qui advient. Une dialectique est en jeu : le sujet tente de mettre en mots et de faire passer dans l'articulation ce qui arrive (faire passer au nécessaire le possible arrivé) et en même temps il lui faut se déprendre de ce qui le fige, le fixe :

« J'ai un cancer », « je suis cancéreux », « j'en suis aussi », « j'entre dans les images du cancer », « je fais partie de la ligue du cancer ».

Prêter attention au dire pour entendre ce que parler veut dire et surtout pour proposer de lire autrement ce qui est écrit dans les questions du sujet et de l'Autre.

C'est alors que la maladie met au devant de la scène et aux yeux de tous ce drame intérieur que le sujet savait sans se le dire et qu'il affronte en nous le disant.

L'effraction corporelle fait résonner la chambre d'échos des traces et des énigmes. Le sujet se lance à la recherche de son être, de son secret... Il doit bien exister quelque part, il doit bien y avoir quelque chose en moi qui soit en rapport avec ce qui arrive.

Le sujet cherche la pièce manquante du puzzle, il cherche et va devoir construire un raccord dans ce que la maladie défait et fissure.

3-2-3 Le sujet cherche l'origine

Ce qui me frappe d'abord c'est le court circuit produit par la maladie dans les strates de la mort et du corps. Puis la réponse du sujet à partir des signifiants fondamentaux de son noyau sémantique, l'origine de la parole qui est l'origine du désir. Cette quête de l'immémorial, animant la volonté de toucher la source de la parole ou le commencement de ses traces, permet d'entendre ce que le sujet cherche dans cette épreuve.

Car la collusion produite par la maladie le pousse dans les replis du désir de l'Autre, les recès des premières ruptures, des mots entendus entre lesquels il s'est glissé et qui sont pour ainsi dire le cœur de son noyau sémantique.

Mais il cherche l'origine à s'adressant à l'Autre absent, définitivement manquant à son appel. Car la réponse à l'effraction corporelle, tissée dans l'espace de séance, mobilise cette tension constituante du sujet inscrit dans l'Autre. Il fait l'épreuve de l'absence radicale de l'Autre dans ce moment et retrouve ainsi les points de son propre surgissement dans la parole¹. Le sujet malade cherche bien à nous faire, à faire entendre à l'Autre absent qui le fonde et à partir duquel il s'est construit, qu'il y a quelqu'un qui souffre et qui parle. Il continue son échange avec l'Autre absent et ses marques infantiles. La maladie létale réactive et réactualise les conflits passés et la position du sujet par rapport à l'Autre. Elle offre une prise somatique aux résurgences du passé. Ce n'est pas à nous que le sujet s'adresse mais bien à ce qui le fonde et le légitime dans son existence. La vie contestée par la maladie grave oblige le sujet à répondre sur un autre plan, soit celui de son existence singulière et désirante fondée à partir du lieu de l'Autre.

Car le sujet ne se sent jamais justifié et légitime à vivre et désirer. Il doit toujours en passer par le détour de l'Autre et de sa volonté. Freud a mis en évidence les coordonnées de l'hystérique qui s'appuie et se nourrit du désir de l'Autre, de l'obsessionnel qui tente d'annuler le désir de l'Autre pour s'en protéger même s'il neutralise le sien sans s'en apercevoir.

C'est sur ce plan de la légitimité et de la justification de l'existence que le sujet malade élabore sa réponse à l'effraction. Il n'en finit pas de poser sa question à l'Autre et à son pourquoi ?

¹ Nous avons développé ce point dans le chapitre intitulé Abandon et déréliction, p.297-300.

Nous avons insisté sur la quatrième parole du Christ en croix pour souligner ce point de la question fatale et condamnée à rester sans réponse.

Qui pourrait dire et répondre à l'abandon d'un sujet ?

Quelle figure de l'Autre peut assumer de laisser tomber le sujet et s'en justifier ?

Le sujet construit sa réponse en questionnant d'où il vient, d'où Je vient ?

Qu'est-ce que j'ai entendu ou retenu de ce qui se dit et s'échange dans ces séances ?

Une histoire se met en mouvement et une parole se déploie.

Dans cette épreuve, le sujet tente de rassembler ou réunir ce qui se révèle séparé, dissocié. La maladie produit une séparation d'avec soi, une béance dans l'existence que le mouvement de la parole vient border et recouvrir. Au fond, c'est l'instance du sujet de l'énonciation dans ses différentes fonctions qui est en question dans cette recherche.

Quelle est sa fonction en tant que reste, résidu, fragment de la filiation et du désir ?

Dans ce qui est dit et entendu, le sujet est produit par la parole.

Il est l'effet du dire et des dits, il apparaît comme l'écart entre ce qu'il veut symboliser et ce qu'il arrive à signifier.

Quand il fait passer ce qui lui arrive dans les fragments de son histoire, quand se lient le présent insupportable et une syntaxe originale, originelle. Le sujet est l'effet de cette réponse dans la parole et le désir face à la maladie et à la mort.

Qu'est-ce qui est activé par la rencontre imprévue ?

Avec quoi se débat-il et comment va-t-il répondre ?

Comment le sujet se maintient-il et persiste-t-il dans cette épreuve, dans cette déchirure ?

La déchirure de la maladie provoque et suscite ce registre du « se lire » pour un sujet qui lit sa vie et son histoire. La maladie ne vient pas révéler une vérité ou un savoir, elle éclaire d'un jour nouveau le désir que le sujet essaie alors de ressaisir dans une parole adressée. En nous parlant dans les séances, je veux qu'il puisse lire sa vie, ses coordonnées et le texte qu'il « est ». Qu'il puisse se lire, se dire, assumer et reconnaître définissent les quatre strates dans la séance.

Nous sommes, dans l'espace de séance, pour écouter la parole et la façon dont le sujet va tenter de se rattacher à l'Autre, de tisser des liens avec ses signifiants et répondre à ce retrait. Et encore, nous sommes présents pour témoigner de la façon dont il va vouloir, ou ne pas vouloir, « se sauver ».

Au fil des séances, un tissage se construit sur les ruines du retrait de l'Autre et son éloignement, une reprise (après-coup) de ces marques du désir de l'Autre à partir desquelles le sujet s'est situé. Cette dimension de la clinique résonne un peu comme « Chaque fois unique la fin du monde », c'est-à-dire chaque fois unique le retrait de l'Autre à partir duquel le sujet se déplace dans le tissage des signifiants primordiaux de son inscription. Un tissage dans la filiation du désir, une couture subtile avec les paroles entendues ou attendues qui résonnent alors, décrivent le mouvement des séances. Il s'agit de rendre possible que le sujet dise ce qu'il est dans cette généalogie du désir (jusque là refoulée ou dénuée d'enjeu), qu'il repère les bords de la faille laissée par ce retrait de l'Autre.

Comme l'indique Lacan à la fin de son séminaire prononcé pendant l'année 1957-1958, dans un chapitre intitulé « Tu es celui que tu hais », le sujet doit être conduit à saisir que dans la parole il est celui qu'il hait parce qu'il l'ignore.¹

A l'horizon de cette traversée, le sujet doit enfin *reconnaître où il est* sans le réglage du l'Idéal et l'accommodation permise par le Holding de l'Autre.

Que le sujet reconnaisse là où il est, là où il n'était pas dans ce que la maladie provoque et déstabilise. Cela suppose un déplacement de la méconnaissance et de l'ignorance. Là où il est dans sa parole, dans le désir qui le traverse, dans l'Autre où il s'est constitué. Le sujet tente de peser la part de l'Autre en lui, qu'il éprouve jusqu'où la souffrance dans son corps est modulée par cet Autre en soi qui peut se lire et se montrer dans la parole.

Le sujet doit pouvoir poser sa question et se poser comme question unique dans l'histoire de son rapport à l'Autre et ce que déclenche l'effraction corporelle. A partir de cette marge et de cet écart le sujet émerge et tente de tisser quelque chose.

Il tente de donner une figure à ce qui est absence de figure et relève de ce qui n'a pas de sens. La maladie est une « entité dépourvue de sens », écrit Susan Sontag.²

Le non sens interroge le sens et le rassemblement par le logos, la parole.

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre V, Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Seuil, 1998.

² SONTAG S., *La maladie comme métaphore*, Seuil, 1979.

C'est à partir de ce qui arrive que l'on entre dans la logique du dire et du *Je*. A partir du réel les détours sont interrogés dans les secrets de la fonction énonciative. Ce qui fait obstacle à la vie est aussi ce qui pousse et anime le mouvement de la clinique.

Dans la collusion du corps et de la mort, le réel est arrivé – dé-voilé – et la réponse subjective vient mobiliser la chaîne signifiante qui fonde le sujet.

Cette dimension de la praxis me semble essentielle.

Elle est centrée par l'insupportable, par ce qui ne s'écrit pas et c'est la seule façon de faire.

Cela veut dire que l'on ne parle pas parce qu'il y a quelque chose à dire, un programme à réaliser, un mal à absorber, un équilibre à retrouver mais parce qu'il y a un impossible à dire.

La parole donne corps à ce point ou ce fragment du réel bien plus qu'à ce que le sujet aurait l'intention de dire. Au-delà de ce qu'il dit, un point de manque et de béance s'indique dans un dévoilement.

Après ce moment pour dire l'effondrement, et en fonction de ce qui sera répondu au patient, de ce qui sera retourné à celui qui se risque à parler, autre chose peut s'ouvrir.

Il s'agit d'éclaircir l'ombre de la mort, du maître absolu, tombée sur le moi et de pouvoir avancer dans le questionnement et la mise en tension produits par la maladie.

3-3 LES LINEAMENTS D'UNE ETHIQUE

« S'il n'y a pas d'éthique « en général », écrit Alain Badiou, c'est que le sujet abstrait fait défaut, qui aurait à s'en armer. Il n'y a qu'un animal particulier, convoqué par des circonstances à devenir sujet. »¹

Les circonstances, sur lesquelles nous travaillons ici, sont celles de la maladie létale et de son effraction corporelle. L'offre d'un espace de séance propose les conditions pour faire advenir une énonciation à partir de la rencontre imprévue et ce qu'elle implique de réel. C'est par la parole qu'un sujet peut se dégager de l'imprévu dans lequel il est d'abord saisi.

L'espace de séance ménage un lieu pour ce réel du sujet, son noyau et son manque. Il s'agit d'accorder une place à l'indépassable réel de la faille qui marque l'inscription du sujet dans la structure de langage.

Il me semble important de pouvoir préserver et proposer la ligne de cette écoute, ce chemin inédit de la parole. A côté du schème unifiant de la globalité qui laisse à l'écart la singularité du sujet qui ne se connaît pas lui-même, nous conservons l'espace d'un lieu pour que la parole se forme, se transforme et que puisse apparaître le sujet.

« Etre fidèle à un événement, c'est se mouvoir dans la situation que cet événement a supplémenté, en pensant (mais toute pensée est une pratique, une mise à l'épreuve) la situation « selon » l'événement. »²

A l'épreuve de l'imprévu, la maladie et son réel menaçant, nous participons au soin en mettant en œuvre le souci de l'énonciation et son énigme singulière.

¹ BADIOU A., *L'éthique*, Nous, 2003, p.60.

² BADIOU A., *id.*, p.62.

3-3-1 A l'épreuve de l'imprévu

Cette éthique implique le réel de la rencontre imprévue sans vouloir le neutraliser.

L'espace de séance peut devenir le lieu de la réponse qui mobilise la chaîne signifiante pour qu'un sujet se dégage dans ce qui arrive. Il est le lieu où se traite l'affrontement au réel provoqué par la maladie létale. Nous l'avons dit précédemment, l'effraction corporelle confronte le sujet aux béances de son histoire et à ses points d'irrésolution. Il s'agit dans la séance de pouvoir faire entendre, à l'Autre absent que la maladie létale convoque, ce que le sujet veut lui dire.

Dans ce dispositif, le clinicien est en position d'interface et d'intercesseur entre la parole prononcée et l'Autre absent à qui elle est adressée, vers qui elle pointe directement.

Interface et médiation de la séance entre les phrases du sujet et l'Autre absent, destinataire de ce message.

Cet Autre manquant à partir duquel le sujet est possible et contre lequel il a toujours des choses à lui dire ou à lui reprocher.

Nous l'avons vu plus haut, la dimension de l'éthique implique la fidélité à l'événement et la mise en jeu du processus de la vérité.

Il s'agira dans notre exigence de travailler l'imprévu comme une rencontre du réel attendant sa réponse. Ou encore, de hausser la rencontre de l'impossible à la dignité de l'énonciation d'un texte fragmenté.

La progression de la vérité permet au sujet de se situer dans le registre symbolique, la filiation problématique et le désir de l'Autre.

L'éthique ne désigne pas tant ici les principes ou valeurs qui régleraient les relations avec les autres, mes semblables. Elle n'est pas programmatique mais obéit à la singularité du sujet parlant. Il s'agit de s'affronter à « l'Autre », de se tenir à la lisière de ce qui pourrait être une surface d'inscription et de faire passer la suspension de la mise en question dans le dire.

L'exigence de l'éthique tient dans cet écart entre le réel et les semblants, dans cette béance entre l'impossible et la fiction.

Cet écart doit être maintenu car il est celui de la rencontre clinique dans la séance.

Nous retrouvons ici la dialectique de l'impossible et du nécessaire qui structure les éléments métapsychologiques présentés dans les deux premières parties de cette recherche. Elle opère aussi dans la pratique et dessine les contours de notre action.

Etre présent c'est être désirant, non pas de quelque chose, mais désirant sans intentionnalité. C'est à partir de la mise en jeu de ce vide de mon côté que le registre éthique qui lie l'action au désir est possible. Je suis présent parce que convoqué par la situation médicale elle-même. Je suis moi-même appelé par ce qui est en jeu dans cette confrontation du sujet avec la mort et le corps, je dois être présent. Il ne s'agit pas de sauver ou sauvegarder un autre mais d'entendre ce que le Logos nous adresse dans la réponse du sujet.

Je suis interrogé, non comme sujet, mais comme désirant à l'œuvre dans le soin. Je réponds à cet appel avec une présence et des mots. Il s'agit toujours de faire parler le langage là où il n'y a plus rien à dire, surtout là où il semble n'y avoir plus rien...

La parole n'est pas un outil de communication ou d'expression mais une mise en jeu de l'être dans son incarnation singulière. Mise en jeu et mise en question dans la rencontre clinique où elle peut, parfois, reprendre et répondre.

L'effraction de la maladie létale est aussi, et peut-être surtout, une question posée dans la vie du sujet. Elle touche à son inscription dans la parole, sa place dans le désir. La question de l'être engage le clinicien à faire accéder le mutisme et la privation de parole à la dignité d'un dire à entendre, d'une inscription possible.

Badiou propose à la maxime suivante :

« Fais tout ce que tu peux pour faire persévérer ce qui a excédé ta persévérance. Persévère dans l'interruption. Saisis dans ton être ce qui t'a saisi et rompu. »¹

3-3-2 Retour sur le transfert

Dans le champ des incidences subjectives de la maladie létale, on parle couramment de la mise en mots du vécu, du passage dans l'expression et dans la représentation qui serait bénéfique et soignerait le sujet. On passerait ainsi de la réalité événementielle à sa mise en parole, à son récit. Il s'agit de la logique du processus d'historisation des événements passés. Cette exigence de mise en mots et de subjectivation de la réalité événementielle traduit le mouvement pour historiser l'effraction corporelle et l'intégrer dans le continuum supposé de la vie de la personne.

Le moi serait au commande du processus pour faire tenir les éléments et intégrer la donnée traumatique de la maladie létale.

La visée de cette recherche est de mettre en évidence, à partir de l'épreuve de la maladie somatique à pronostic létal, le mouvement dans et par la parole, la translation opérée par les mots dits dans ce moment. Dans la clinique, ce transfert entre les mots et ce qui se donne à entendre est la mobilisation par laquelle quelque chose a lieu, veut se dire et tente de se faire entendre.

Il est donc important de dépasser l'opposition précédente entre la réalité et la parole en la conservant. Il faut l'assumer pour la dépasser car elle garde cette opposition et ce binarisme indiqués dans notre chapitre sur la modélisation psycho-oncologique de l'adaptation psychologique.²

C'est la tension entre la réalité et le récit qui est en question. Freud et Lacan ont insisté sur la logique de la construction du passé, de l'historisation et la réalisation du sujet dans une parole pleine.

Nous avons pu voir dans la série des fragments cliniques que l'inactuel réactivé par l'effraction de corps mobilise la position du sujet face au ratage et à l'inaccomplissement de soi.

² Cf *supra*, p.341-350

Le clinicien donne sa présence corporelle pour l'écoute d'une souffrance dans la parole. Il y a quelque chose à conquérir pour le sujet malade et une *réappropriation* de lui-même dans cette épreuve. Il fait résonner sa parole dans l'espace privilégié des séances et gagne progressivement quelque chose sur lui-même et la faille de son être.

Nous avons parlé d'un effondrement ou d'une intrusion pour le sujet face à la maladie à pronostic létal. Les premiers échanges commencent donc par entendre les effets de cette intrusion difficilement supportable voire intolérable.

L'espace de séance serait alors le lieu paradoxal où quelque chose tente de se dire, où la parole est laissée à ses détours pour indiquer les failles. Le sujet peut alors affronter son altérité signifiante et la question interne de son *Je*. Car le sujet est une question posée dans l'Autre.

Interrogeant la causalité de la maladie, le sujet se cherche dans l'opacité de ce que fragmente la maladie. Il s'agit de *supporter ce qui arrive* et d'interroger sa vie, sa filiation, son existence. A ses côtés, nous devons l'aider à formuler sa réponse et à bâtir un abri dans le langage et une position dans la parole.

3-3-3 Ne pas céder sur son désir

Nous avons rappelé la condition de notre pratique articulée à un renoncement au sens, dans les deux sens du terme.

Il s'agit de renoncer à diriger le patient dans le sens et les significations qu'il peut attribuer à ce qui lui arrive. C'est aussi un renoncement aux sensations liées à la présence du corps et à son observation.

Nous allons maintenant préciser en quoi ce renoncement implique un « ne pas céder ». En effet, il ne désigne pas simplement le mouvement de retrait face au corps malade, à l'action soignante (guérir) et son idéal régulateur (la santé, le bien-être).

Qu'est-ce qui conditionne alors ce renoncement dans la pratique clinique ?

Je dirai en premier lieu, la décision d'un désir. Je ne renonce pas pour me protéger ou parce que j'ai pesé le pour et le contre dans différentes situations. Le désir détermine ce renoncement appuyé sur un « ne pas céder ».

C'est ce nœud entre un renoncement et un ne pas céder qui peut fonder le désir du praticien confronté à la maladie grave et la prise de parole.

Ce nœud est une tension car renoncer implique précisément de céder et de lâcher.

Alors, comment articuler un renoncement et un « ne pas céder » ?

Ils opèrent sur deux plans pour se rencontrer un peu plus loin.

Le renoncement est la mise en jeu d'une neutralité et d'une mise entre parenthèses de son idéal et de son moi qui ordinairement animent notre personne. Il s'agit de se régler sur autre chose que sur des éléments de cet ordre.

Le renoncement à l'idéal, l'abandon des valeurs n'est pas simplement négatif mais ouvre sur autre chose. Quitter et renoncer pour pouvoir faire entrer en jeu le désir insu.

Ce renoncement produit alors un creux et une absence qui rejoignent ceux du désir.

Le ne pas céder impose de tenir sur ce qui est ignoré, insu et qui agit dans la pratique.

Rappelons ici la formule, au sens de ce qui doit être interprété et peut signifier plusieurs choses, de Lacan dans le Séminaire sur l'éthique :

« la seule chose dont on puisse être coupable, au moins dans la perspective analytique, c'est d'avoir cédé sur son désir. »¹

Pour Lacan le désir est constitutif du sujet de l'inconscient, il est l'insu par excellence.

Cette formule veut dire que la culpabilité résulte d'un renoncement au désir.

Mais l'expression « céder sur » est plurivoque.

Céder peut indiquer la faiblesse qui accepte de se défaire après avoir tenu ou retenu pendant un certain temps. En ce sens, je concède, je renonce à tenir et je cède un point, un objet.

Mais « céder sur » indique aussi la confrontation, la tension et l'irrésolution, la conciliation impossible qui habite la subjectivité. Cela veut dire qu'il y a toujours un risque, une tendance à céder, susceptible de lâcher.

Plus profondément, ne pas céder engage ce que de soi-même le sujet ne sait pas. Il s'agit de ne pas céder sur sa propre saisie dans un événement ou une effraction.

Le désir est la métonymie d'un manque articulé à une chaîne signifiante, le désir indique un sens, une direction, un chemin dans la filiation. Il est articulé aux marques de l'Autre et tissé des rencontres contingentes du passé.

Dans l'épreuve de la maladie létale, le sujet doit répondre aux failles et aux fragments de son histoire passée, réactualisés par l'effraction corporelle. La vie est attaquée et contestée par la réalité de la maladie létale, elle peut se perdre. C'est cette limite qui oblige le sujet à répondre. Mais que veut dire alors céder sur ?

Serait-ce renoncer à son désir ?

Serait-ce contourner son côté réel, dangereux, sa tension et ses franchissements ?

Serait-ce ne pas être fidèle à ce qui est le plus précieux et le plus dangereux du désir ?

Serait-ce occulter et masquer cette part obscure de soi ?

Serait-ce une trahison ? Une infidélité ? Serait-ce un reniement de ce qui constitue le plus intime du sujet ? Ou encore un refus de ce qui fait peur et inquiète ?

¹ LACAN J., *Le Séminaire Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, Seuil, 1986, p.368.

Le sujet pourrait se détourner de ce qui remonte à la surface de son histoire et ses conflits irrésolus. Il pourrait refuser d'aller dans le sens montré et se cacher dans la méconnaissance.

Dans les séances, entend-on cette plainte d'être coupable de n'avoir pas su dire ou d'avoir refusé une direction ?

Dans l'épreuve de la maladie létale, le sujet tente de fixer et d'arrêter ce brouillage qui préside à la naissance. L'Autre, son désir, sont plus ou moins fautifs dans ce qui arrive au malade.

Le sujet accuse ou reproche à la filiation, à l'origine ce qui s'est accumulé et qui sort en plein jour dans la maladie.

Lacan dit encore :

« Ce que j'appelle céder sur son désir s'accompagne toujours dans la destinée du sujet – vous l'observerez dans chaque cas, notez-en la dimension – de quelque trahison.

Ou le sujet trahit sa voie, se trahit lui-même, et c'est sensible pour lui-même. Ou, plus simplement, il tolère que quelqu'un avec qui il s'est plus ou moins voué à quelque chose ait trahi son attente, n'ait pas fait à son endroit ce que comportait le pacte. »¹

Ne pas céder sur son désir veut dire aussi qu'au fil de la parole apparaît une place pour le sujet dans la filiation du désir qui le traverse. Ne cédant pas, le sujet remonte le fil, à contre-courant, de ces détours et ces ruptures qui pré-existent à sa naissance.

Au fond, la maladie grave fait ressortir quelques points de la constellation familiale, des injonctions, des attentes, des marques que le sujet met en mouvement dans son énonciation.

Elle suscite cette actualisation et ce retour de l'infantile.

L'effraction corporelle est ce qui fait revenir les points irrésolus dans l'histoire du sujet.

Une parole sur ces marques et cet écart avec soi-même est ainsi tentée dans la séance.

Il faut tenter, il faut franchir dans cet acte de ne pas céder à la pente descendante et sans voix qui s'offre au sujet. Céder serait alors un pas vers la mort.

L'effraction corporelle est aussi une trahison du corps qui porte le sujet.

¹ LACAN J., *id.*, p.370.

Quand le sujet, s'adressant à l'Autre absent dans l'espace de séance, essaie de régler ses comptes et de répondre à ce qui lui arrive, qu'entendons-nous ?

Ce que les patients assèment avec force dans ce champ clinique c'est que la vie est trouée, que l'origine est marqué du défaut et du manque.

Ce qui advient au discours c'est le début, le départ, la source vive et son vice de forme.

Il y a quelque chose de pourri, de meurtri, de flétri dans l'inscription du sujet au lieu de l'Autre. La parole se met en acte pour faire entendre et faire advenir le ratage de l'inscription dans l'Autre et le défaut inaugural de la vie.

Ce défaut doit être entendu sur deux niveaux : le défaut, le manquement, le ratage ; ce qui est en faute et implique une erreur.

Au fond, dans sa réponse le sujet croise les deux registres et témoigne du défaut premier de la vie et en même temps il en veut et fait des reproches à l'Autre, l'accuse de l'avoir fait ainsi ou de lui avoir envoyé ce désir là.

Nous avons développé ce point dans le chapitre sur la filiation et la faute.

Nous pouvons avancer ici que la maladie létale, dans ce qu'elle emporte de massif et dangereux, peut faire obstacle à cette part ignorée du sujet et verrouiller l'accès au déplacement de la parole et de la vérité. La mise en question du sujet suppose ce travail dans la parole pour entrer dans les plis de la filiation et du désir qui l'habite. L'espace de séance vient offrir un lieu de déploiement d'une parole, d'un paysage subjectif pour traverser des scènes, des conflits et mettre à jour un dévoilement.

Enfin, cette pratique clinique témoigne aussi de l'absence de dernier mot, de point de capiton ou d'arrêt dans le rapport du sujet à sa filiation et son désir.

Elle est l'épreuve pour le sujet, comme pour le praticien, d'une faille irréductible dans les rapports de la parole et du réel et de l'impossibilité de clore d'une manière définitive ce qui s'est mis en mouvement à partir de l'effraction initiale.

CONCLUSION

Nous voici arrivés au terme de ce parcours.

Cette recherche, sur le terrain des incidences subjectives de la maladie grave, a permis de mettre l'accent sur la confrontation de la rencontre – à soutenir et à tenir dans la parole – avec la maladie létale.

Nous avons proposé d'étudier plus précisément ce que celle-ci active dans les tensions inhérentes du sujet parlant divisé à l'endroit de sa mort et méconnaissant son corps.

Quelle réponse le sujet va-t-il construire dans cette confrontation à l'effraction somatique ?

Comment continuer à être et vivre, psychiquement, quand le corps et la mort se dissocient et sortent de leurs gonds ?

Comment persiste-t-il et existe-t-il dans cette épreuve qualifiée de fragmentation ?

Ainsi, nous avons successivement traversé les éléments de la métapsychologie freudienne sur la mort et le corps et préciser les enjeux psychopathologiques d'une pratique clinique auprès du sujet malade.

Nos premiers repères en termes de fonction / réel, constitution du sujet / expulsion du réel, sont précisément posés pour donner son relief aux questions rencontrées par le sujet.

Cette dialectique de la nécessité symbolique et de la béance réelle qui la met en défaut, est un des axes majeurs de ce travail.

Il traverse les trois strates de cette recherche, dans la métapsychologie du corps et de la mort dédoublés, dans la clinique des séances oscillations entre ce qui se dit et ce qui fuit, pour le sujet la tension entre l'effraction et sa réponse.

En effet, nous avons montré dans nos deux premières parties que les fonctions respectives de la mort et du corps se construisent autour du réel. La réalité organique du corps morcelé et ses excitations multiples ou l'inscription dans le langage comme être voué à mourir fondent l'existence du sujet. Notre première partie traite de la métapsychologie de la mort, l'accent porte sur la tension Symbolique / Réel. Notre deuxième partie traite de la métapsychologie du corps, l'accent porte sur la double altérité Imaginaire / Symbolique.

Notre thèse avance que la contingence de la maladie létale provoque une collusion dans la dialectique du nécessaire et de l'impossible qui fragmente les éléments en jeu.

La troisième partie traite de la psychopathologie de la maladie létale et les conséquences de l'effraction corporelle dans les coordonnées posées plus haut.

La présentation des fragments cliniques a laissé une place à mon engagement subjectif, mes impressions et mes remarques. C'est un engagement nécessaire pour se laisser altérer et toucher par les paroles de l'autre. Entendre ce dernier accompagne son mouvement d'élaboration dans ce que la maladie *révèle et démasque pour chacun*.

Ce sont les mouvements de ce balancement, de cette oscillation, de cette hésitation, de cette tension auxquels j'ai tenté de donner forme écrite et passage à l'écrit.

Par delà la maladie et la douleur, c'est bien le désir du clinicien qui fait fonctionner la dynamique de la parole et ses effets.

Il s'agit ici de témoigner de ce travail clinique confronté à la réalité médicale de la maladie létale, de ses traitements, de son rythme qui peut déposséder le patient. J'ai voulu insister sur le rapport du corps et du sens, du somatique et du sémantique croisés par l'instance du moi. Le registre imaginaire est celui du spéculaire corporel et de la compréhension, de la signification. L'axe imaginaire articule le sens et les sens.

J'ai voulu définir aussi les coordonnées d'une pratique qui ne cède pas sur le non-sens et l'impossible vers lesquels la parole tend à retourner.

La vie contestée et soumise au risque de la mort pousse vers la réponse et l'acte de dire qui marque la persistance du sujet dans cette situation. Il s'agit dans cette recherche de promouvoir la parole adressée et sa mobilisation psychique.

Nous sommes embarqués sur une mer houleuse, qui est celle des détours de la parole, et la construction de la réponse du sujet.

La dimension du risque léthal conditionne ce point de certitude effroyable qui donne son sens à la vie. Le sens de la vie c'est qu'elle peut se perdre, qu'elle peut être saisie comme « une, à perdre ». A partir de ce point, les choses se reconfigurent pour le sujet dont l'enjeu de la réponse est de faire tenir ensemble ce qui se fragmente.

On voit aussi que ce sens est comme un point de fuite pour la parole.

Nous avons vu que la maladie létale réactive les points de défaillance dans l'histoire du sujet signifiant croisés avec la dimension organique du corps.

Les principes de notre action s'articulent à l'espace de séance fondé sur la négativité du langage et de sa loi. C'est un espace où ce qui est dit va se lire autrement et où ce qui compte est de dégager ce que parler veut dire.

C'est une éthique de la réponse, de l'inscription, de la parole à entendre, de la saisie de l'être par la rencontre et ce qu'elle perfore.

Cette éthique implique un renoncement et une soumission au réel, à son surgissement et à l'appel qu'il constitue.

Comment agir si le temps est fermé et réduit par la mort ?

A quelle responsabilité le sujet est-il contraint ?

En effet l'effraction létale réactive les fragments du passé non résolu des rencontres avec l'Autre, l'héritage des dires attendus qui seront mis au travail dans la séance.

C'est une mobilisation de la parole pour que le sujet puisse poser sa question et se poser comme question unique.

Le sujet est issu de la détresse, de la prématuration, de l'inachèvement et de sa rencontre avec l'armature symbolique dans laquelle il s'inscrit. Il entre dans le langage mais doit en payer le prix de la division d'avec soi et l'impossibilité de ne jamais coïncider avec lui-même.

Le langage le sauve et le sépare de lui-même.

Répondre au réel est la définition même du sujet. Il est une réponse du réel surgie dans la prématuration et la détresse.

On peut dire que ce qui le sauve et l'inscrit est en même temps ce qui le fragmente et l'éloigne de toute possibilité de faire Un.

Le mouvement de la thèse est celui du transfert opéré dans les séances par l'élaboration d'une parole adressée à l'Absent, à l'Autre manquant.

C'est ce manque constituant, ce défaut initial auquel supplée l'histoire et les constructions du sujet, les traces et les signifiants de l'inconscient, qui sont abordés par le sujet dans cette épreuve. Il ne peut persister et exister de sujet que par rapport à cette béance interne.

Dans l'effraction, il ne faut rien de moins que les marques infantiles, les détours, les irrésolutions, les résurgences du passé pour que le sujet en vienne à dire sa question.

Clinique du réel est le nom d'une pratique prise entre la nécessité d'écrire et l'impossibilité d'inscrire, entre l'introduction du sujet dans ses déterminismes et ce qui résiste à leur symbolisation.

La dimension éthique ne désigne pas l'interrogation sur des valeurs, des principes, sur la pesée du pour et du contre, mais elle désigne ce qui est engagé dans la praxis d'écouter l'autre. Incarner la position d'auditeur et proposer un espace de parole suscitent l'éthique et l'effet d'une rencontre possible.

L'enjeu est de pouvoir écouter et permettre que de cette rencontre privée de sens et de parole puisse émerger et surgir une énonciation singulière qualifiée de réponse au réel.

La maladie de la mort fait trou et l'enjeu est d'aider le sujet à y répondre, à construire sa réponse singulière à cette béance de la rencontre imprévue.

Le double renoncement sur lequel nous avons insisté porte aussi sur le point suivant : il n'y aura pas d'interprétation définitive et résolutive.

La filiation du désir gardera toujours un reste d'énigme et d'inachèvement. C'est ce réel-là que le sujet parlant est invité à rencontrer dans la deuxième séquence des séances.

Alors qu'il commence par affronter le bouleversement lié à la maladie et son non-sens.

Alors qu'il replonge dans sa généalogie, les ruptures et les failles passent sur la scène psychique. C'est l'épreuve de la scission avec soi-même dans son corps et avec l'Autre à partir duquel le sujet s'est construit. C'est la découverte de ces failles et ces achoppements, c'est le contact avec le réel comme imprévu et impossible qui incline le mouvement de cette recherche.

L'orientation clinique proposée dans cette recherche est de soutenir un desserrage de la prise dans l'étau qui enferme le sujet. Il tente alors de défaire ce qui s'agrippe en lui du corps dans la mort et de la mort dans le corps.

La maladie létale provoque une confrontation à la limite et au risque de la vie, à partir de laquelle nous sommes appelés à opérer.

Dans ce champ clinique constitué des incidences subjectives de la maladie létale et des réponses singulières, qu'est-ce que je choisis d'accentuer ?

Encore une fois, c'est l'oscillation entre la fragmentation de la parole dans sa difficulté à dire et la nécessité de tenter une énonciation pour ne pas s'effondrer, fondre dans la brèche, la déchirure de la maladie. Si un travail psychique s'effectue et se déplace sur la lecture de soi, de son texte intime déchiré par le mal. Une oscillation se balance pour tenter de dire et percer son propre secret, son énigme dans le rapport à l'altérité des signifiants. Cette opacité du sujet avec soi-même, cette altérité radicale qui se met à brûler dans la double déchirure de la mort et du corps.

Au fil de cette recherche, le réel désigne la rencontre avec l'imprévu et l'impossible qui arrivent. Ce qui n'était pas prévu ou programmé surgit pour le sujet contraint d'y répondre. La maladie létale produit un brouillage, une illisibilité dans la cohérence de l'histoire. Nous sommes donc au croisement des vibrations du corps-chambre d'échos et des marques constitutives de son être pour la mort. L'espace de séance doit être le lieu pour faire sortir et ordonner les premiers fragments qui seraient la raison de son être.

Ce qui me semble important à souligner c'est que, sur un temps court et compressé, se déroule une confrontation du sujet avec l'altérité constituante qui le fonde et lui échappe. A l'écoute de la souffrance qui se fait parole, nous apprenons et nous sommes tenus d'en faire quelque chose. La parole ne porte que pour celui qui l'écoute si, et seulement si, elle dépasse sa destination et continue plus loin. S'adressant à l'absent, elle porte au-delà. Sur un temps clinique limité, se tracent les lignes de force d'un travail et d'une écoute analytique. Le sujet affronte l'altérité du signifiant pour reconnaître, dans la parole, là où il est à partir de cette masse opaque que la maladie létale fait vibrer.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ABELHAUSER Alain, La mort et l'inconscient, *Esquisses psychanalytiques*, 1990, n°13, p.63-73.
- ABELHAUSER Alain, Figures du destin : présentation, *Esquisses psychanalytiques*, 1993, n°17, p.11-15.
- ABELHAUSER Alain, Il était mort, et ne le savait pas..., *Cliniques méditerranéennes*, 2008, 78, p.65-76.
- ABELHAUSER Alain, L'éthique de la clinique selon Lacan, *Evolution psychiatrique*, 2004, 69, 303-310.
- AGAMBEN Giorgio, *Le langage et la mort*, Christian Bourgois, 1991.
- ANGIOLINI Christine, Psycho oncologue à quoi ça sert ?, *Les proches*, 7, 2008.
- ANSERMET François, Sortir du trauma, *La Cause freudienne*, 2004, 58, p.22-27.
- ARISTOTE, *De l'âme*, Vrin, 1988.
- ASSOUN Paul Laurent, *Corps et symptôme*, 2 tomes, Economica, 1997.
- ASSOUN Paul Laurent, Le refoulé organique, *Trames*, avril 2001, n°30-31, p.19-37.
- BACQUE Marie-Frédérique, Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuil dans les cancers, *Revue francophone Psycho-oncologie*, 2005, n°2, p.117-123.
- BACQUE Marie-Frédérique et BAILLET François, *La force du lien face au cancer*, Odile Jacob, 2009.
- BADIOU Alain, *L'éthique, essai sur la conscience du mal*, Nous, 2003.
- BALINT Michaël, *Le défaut fondamental*, Payot, 2003.
- BALINT Michaël, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 1960.
- BALINT Michaël, Psychanalyse et pratique médicale, *L'expérience Balint : histoire et actualité*, 1982, Dunod, p.11-31.
- BATAILLE Georges, *L'expérience intérieure*, Gallimard, 1954.
- BATAILLE Georges, *L'impossible*, Minuit, 1962.
- BAUDRILLARD Jean, *L'échange symbolique et la mort*, Gallimard, 1976.
- BAUDRY Jean-Louis, *Proust, Freud et l'autre*, Minuit, 1984.
- BEAUVOIR Simone de, *Une mort très douce*, Gallimard, 1964.
- BECKETT Samuel, *L'innommable*, Minuit, 1953.
- BERNART Louis, La pulsion de mort chez Freud, *Aux frontières de l'acte analytique*, Seuil, 1987.

- BELLET Maurice, *L'épreuve*, Desclée de Brouwer, 1995.
- BEN SOUSSAN Patrick (sous la dir.), *Les souffrances psychologiques des malades du cancer*, Springer, 2009.
- BICHAT Xavier, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Marabout Université, 1973.
- BLANCHOT Maurice, *L'arrêt de mort*, Gallimard, 1948.
- BLANCHOT Maurice, *Au moment voulu*, Gallimard, 1951.
- BLANCHOT Maurice, *La part du feu*, Gallimard, 1949.
- BLANCHOT Maurice, *L'écriture du désastre*, Gallimard, 1980.
- BLANCHOT Maurice, *La communauté inavouable*, Minuit, 1983.
- BOBIN Christian, *La part manquante*, Gallimard, 1989.
- BOBIN Christian, *La présence pure et autres textes*, Gallimard, 2008.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, PUF, 1994.
- CANGUILHEM Georges, *Ecrits sur la médecine*, Seuil, 2002, Les maladies, p.33-48.
- CANGUILHEM Georges, *Ecrits sur la médecine*, Seuil, 2002, Une pédagogie de la guérison est-elle possible ?, p.69-99.
- CELAN Paul, *Renverse du souffle*, Seuil, 2003.
- CESBRON Gilbert, *Il est plus tard que tu ne penses*, Robert Laffont, 1958.
- CHIRIACO Sonia, Quand la mort rôde. Fonction des théories imaginaires dans la maladie à risque léthal, *La Cause freudienne*, mai 1995, n°30, p.66-69.
- CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, Seuil, 1978.
- CLAVREUL Jean, Les enjeux de la psychanalyse : une éthique du sujet, *Encyclopédia Universalis*, supplément II, Les enjeux, 1985.
- DAGOGNET François, *Le corps multiple et un*, Empêcheurs de penser en rond, 1992.
- DAMASIO Antonio R., *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*, Odile Jacob, 1995.
- DAYAN Maurice, Mort et immortalité dans l'appareil psychique, *Perspectives psychiatriques*, 1970, n°28-2 p.77-85.
- DEJOURS Christophe, *Le corps, d'abord*, Payot, 2003.
- DELVAUX Nicole et RAZAVI Darius, *Psycho-oncologie*, Masson, 2002.
- DEL VOLGO Marie-José, *L'instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*, Erès, 1997.
- DEL VOLGO Marie-José, *La douleur du malade*, Erès, 2003.

- DEL VOLGO Marie-José, Complémentarité ou causalité psychosomatique, *Cliniques méditerranéennes*, 1999, 61, p.91-105.
- DERRIDA Jacques, *La voix et le phénomène*, PUF, 1967.
- DERRIDA Jacques, *Résistances de la psychanalyse*, Galilée, 1991.
- DERRIDA Jacques, *La carte postale*, Seuil, 1982, Spéculer sur – « Freud », p.275-437.
- DERRIDA Jacques, *Demeure*, Galilée, 1998.
- DESCARTES René, *Discours de la méthode, Méditations métaphysiques*, Flammarion, 2008.
- DESCHAMPS Danièle, Le cancer éprouvé, un temps pour comprendre, *Jalmarly*, 1989, 17, p.3-7.
- DESCHAMPS Danièle, Dans la marmite du diable...L'encrier des mots, *Jalmarly*, 2000, 62, p.18-24.
- DOUCET Caroline, La clinique des soins palliatifs et le problème métapsychologique de la mort, *Evolution psychiatrique*, 2005, 70, p.605-612.
- DOUCET Caroline, « On ne badine pas avec l'éthique » Une perspective éthique en soins palliatifs : restaurer l'autorité clinique, *Médecine palliative*, 2007, 6, p.104-107.
- DOUCET Caroline (sous la dir.), *Psychologue en service de médecine*, Masson, 2008.
- DURAS Marguerite, *La maladie de la mort*, Minuit, 1982.
- FEDIDA Pierre, Le corps dans la relation psychothérapique et médicale, *Revue de médecine psychosomatique*, 1976, tome 18, p.237-260.
- FEDIDA Pierre, *Corps du vide et espace de séance*, Jean-Pierre Delarge, 1977, D'une métapsychologie du somatique, p.17-90.
- FEDIDA Pierre, *Corps du vide et espace de séance*, Jean-Pierre Delarge, 1977, Corps de parole, p.91-152.
- FEDIDA Pierre *L'absence*, Gallimard, 1978, Le vide de la métaphore et le temps de l'intervalle, p.283-345.
- FEDIDA Pierre *Les bienfaits de la dépression*, Odile Jacob, 2001.
- FISCHER Gustave-Nicolas, *L'expérience du malade*, Dunod, 2008.
- FONDRAS Jean-Claude, Du nouveau sur soins de support et soins palliatifs. A propos d'un polémique, *Médecine palliative*, Juin 2008, 7, p.149-153.
- FOREST Philippe, *Tous les enfants sauf un*, Gallimard, 2007.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, PUF, 1963.
- FOUCAULT Michel, *Les mots et les choses*, Gallimard, 1966.

- FOUCAULT Michel, *L'ordre du discours*, Gallimard, 1971.
- FRAGA-LEVIVIER Ana Paula Vieira, *La mort à fleur de peau. Corps et mort en psychanalyse*, L'Harmattan, 2006.
- FREUD Sigmund, Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques (1893), *Résultats, idées, problèmes*, tome 1, PUF, 1984.
- FREUD Sigmund, Esquisse d'une psychologie scientifique (1895), *Naissance de la psychanalyse*, PUF, 1969.
- FREUD Sigmund et Joseph BREUER, *Etudes sur l'hystérie* (1895), PUF, 1956.
- FREUD Sigmund, *L'interprétation des rêves* (1900), PUF, 1967.
- FREUD Sigmund, De la psychothérapie (1904), *La technique psychanalytique*, PUF, 1994.
- FREUD Sigmund, Fragment d'une analyse d'hystérie (1905), *Cinq psychanalyses*, PUF, 1997.
- FREUD Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), Gallimard, 1989.
- FREUD Sigmund, Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (1909), *Cinq psychanalyses*, PUF, 1997.
- FREUD Sigmund, Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique (1910), *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 1995.
- FREUD Sigmund, Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia Paranoides (1911), *Cinq psychanalyses*, PUF, 1997.
- FREUD Sigmund, Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques (1911), *Résultats, idées, problèmes*, PUF, 1984.
- FREUD Sigmund, La dynamique du transfert (1912), *La technique psychanalytique*, PUF, 1994.
- FREUD Sigmund, Conseils aux médecins sur le traitement analytique (1912), *La technique psychanalytique*, PUF, 1994.
- FREUD Sigmund, Le début du traitement (1913), *La technique psychanalytique*, PUF, 1994.
- FREUD Sigmund, *Totem et tabou* (1913), Payot, 1965.
- FREUD Sigmund, Le motif des trois coffrets (1913), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, 1985.
- FREUD Sigmund, Pour introduire le narcissisme (1914), *La vie sexuelle*, PUF, 1969.

- FREUD Sigmund, Remémoration, répétition et perlaboration (1914), *La technique psychanalytique*, PUF, 1994.
- FREUD Sigmund, Le refoulement (1915), *Métopsychoologie*, Gallimard, 1968.
- FREUD Sigmund, L'inconscient (1915), *Métopsychoologie*, Gallimard, 1968.
- FREUD Sigmund, Complément métopsychoologique à la théorie du rêve (1915), *Métopsychoologie*, Gallimard, 1968.
- FREUD Sigmund, Considérations actuelles sur la guerre et la mort (1915), *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981.
- FREUD Sigmund, *Conférences d'introduction à la psychanalyse* (1916), Gallimard, 1999.
- FREUD Sigmund, Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique (1918), *La technique psychanalytique*, PUF, 1994.
- FREUD Sigmund, Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (1918), *L'homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même*, Gallimard, 1981.
- FREUD Sigmund, L'inquiétante étrangeté (1919), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, 1985.
- FREUD Sigmund, Au-delà du principe de plaisir (1920), *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981.
- FREUD Sigmund, Le moi et le ça (1923), *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981.
- FREUD Sigmund, L'organisation génitale infantile (1923), *La vie sexuelle*, PUF, 1969.
- FREUD Sigmund, La disparition du complexe d'Œdipe (1923), *La vie sexuelle*, PUF, 1969.
- FREUD Sigmund, Résistances à la psychanalyse (1925), *Résultats, idées, problèmes*, tome 2, PUF, 1985.
- FREUD Sigmund, La négation (1925), *Résultats, idées, problèmes*, tome 2, PUF, 1985.
- FREUD Sigmund, *Inhibition, symptôme, angoisse* (1926), PUF, 1993.
- FREUD Sigmund, *L'avenir d'une illusion* (1927), PUF, 1989.
- FREUD Sigmund, *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* (1932), Gallimard, 1984.
- FREUD Sigmund, Constructions dans l'analyse (1937), *Résultats, idées, problèmes*, tome 2, PUF, 1985.

- FREUD Sigmund, L'analyse avec fin et l'analyse sans fin (1937), *Résultats, idées, problèmes*, tome 2, PUF, 1985.
- FREUD Sigmund, *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (1938) Gallimard, 1986.
- GEORGIN Robert, *Le temps freudien du verbe*, Ed L'âge d'homme, 1973.
- GINESTET Josiane, La mort : processus créateur..., *Médecine palliative*, Septembre 2005, 4, p.203-208.
- GORI Roland, Prendre soin aujourd'hui – Le thérapeutique et le médical, *Médecine palliative*, Octobre 2006, 5, p.277-280.
- GORI Roland, La passion de la causalité : une parole en cause, *Cliniques méditerranéennes*, 1993, 37-38, p.7-33.
- GRANOFF Vladimir, *Désir d'analyse*, Garnier Flammarion, 2004.
- GROSJEAN Jean, *La Gloire*, Gallimard, 1969.
- GUYOMARD Patrick, *La jouissance du tragique*, Garnier-Flammarion, 1998.
- GUYOMARD Patrick, Mort et inconscient, *Cliniques méditerranéennes*, 1999, 59-60, 137-149.
- HAMILTON Edith, *La mythologie*, Marabout, 1978.
- HEIDEGGER Martin, *Etre et temps*, Gallimard, 1986.
- HEIDEGGER Martin, *Qu'appelle-t-on penser ?*, PUF, 1959.
- HEIDEGGER Martin, *Essais et conférences*, Gallimard, 1958, La chose, p.194-223.
- HEIDEGGER Martin, *Essais et conférences*, Gallimard, 1958, Logos, p.249-278.
- HEIDEGGER Martin, *Qu'est-ce qu'une chose ?*, Gallimard, 1971.
- HEIDEGGER Martin, *Acheminement vers la parole*, Gallimard, 1976, Le déploiement de la parole, p.141-202.
- HEIDEGGER Martin, *Acheminement vers la parole*, Gallimard, 1976, Le mot, p.203-223.
- HEGEL Georg Wilhelm Friedrich, *Phénoménologie de l'esprit*, Aubier, 1941.
- HERACLITE, *Fragments*, PUF, 1986.
- HIGGINS Robert William, L'invention du mourant, *Esprit*, 2003, 1, p.139-169.
- HOLDERLIN Friedrich, *Œuvres*, Gallimard, 1990.
- HYPOLITE Jean, Commentaire parlé sur la Verneinung de Freud, In Jacques Lacan, *Ecrits*, Seuil, 1966.
- ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, Pierre Mardaga, 1968.
- ISRAËL Lucien, *Boiter n'est pas pécher*, Denoël, 1989.

- ISRAËL Lucien La relation médecin-malade, *Encyclopédia Universalis*, article Médecine, vol X.
- ISRAEL Lucien, *La vie jusqu'au bout*, Plon, 1993.
- JALLEY E., *Freud. Wallon. Lacan : l'enfant au miroir*, EPEL, 1998.
- JACQUET-SMAILOVIC M., *Avant que la mort nous sépare*, DeBoeck Université, 2006.
- JANKELEVITCH Vladimir, *La mort*, Garnier-Flammarion, 1977.
- JANKELEVITCH Vladimir, *Penser la mort ?*, Liana Lévi, 2003.
- JARCZYK Gwendoline, *Au confluent de la mort. L'universel et le singulier dans la philosophie de Hegel*, Ellipses Editions, 2002.
- JONES Ernest, *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, 3 tomes, PUF, 1990.
- JOUBLIN Hugues (sous la dir.), *La condition du proche de la personne malade. Dix études de proximologie*, Aux lieux d'être, 2007.
- JOURNET Charles, *Les sept dernières paroles du Christ en croix*, Seuil, 1952.
- JOYCE James, *Finnegans Wake*, Gallimard, 1997.
- KERVASDOUE Jean de, *Le carnet de santé de la France en 2000*, Syros, 2000.
- KANT Emmanuel, *Qu'est-ce que les Lumières ?*, Garnier Flammarion, 1991.
- KELLER Pascal-Henri, Psychosomatique, un état en mal de mots Flica, la chrysalide, *Cliniques méditerranéennes*, 1999, 61, p.75-89.
- KOFMAN Sara, *Un métier impossible*, Galilée, 1984.
- KOJEVE Alexandre, *Introduction à la lecture de Hegel*, Gallimard, 1947.
- KORFF-SAUSSE Simone, L'éthique, un mot dangereux, *Cliniques Méditerranéennes* 2007, 76, p.31-44.
- LACAN, Les complexes familiaux dans la formation de l'individu (1938), *Autres écrits*, Seuil, 2001.
- LACAN, La psychiatrie anglaise et la guerre (1947), *Autres écrits*, Seuil, 2001.
- LACAN Jacques, Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique (1949), *Ecrits*, Seuil, 1966.
- LACAN Jacques, Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse (1953), *Ecrits*, Seuil, 1966.
- LACAN Jacques, Discours de Rome (1953), *Autres écrits*, Seuil, 2001.
- LACAN Jacques, Réponse au commentaire parlé de Jean Hyppolite sur la « Verneinung » de Freud (1956), *Ecrits*, Seuil, 1966.

- LACAN Jacques, La direction de la cure et les principes de son pouvoir (1958), *Ecrits*, Seuil, 1966.
- LACAN Jacques, La signification du phallus (1958), *Ecrits*, Seuil, 1966.
- LACAN Jacques, Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : Structure et personnalité (1960), *Ecrits*, Seuil, 1966.
- LACAN Jacques, Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien (1960), *Ecrits*, Seuil, 1966.
- LACAN Jacques, La science et la vérité (1965), *Ecrits*, Seuil, 1966.
- LACAN Jacques, D'un syllabaire après coup (1966), *Ecrits*, Seuil, 1966.
- LACAN Jacques, La place de la psychanalyse dans la médecine (1966), *Bloc-notes de la psychanalyse*, 1987, 7.
- LACAN Jacques, De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité (1968), *Autres écrits*, Seuil, 2001.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre I Les écrits techniques de Freud (1953-1954)*, Seuil, 1975.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de La psychanalyse (1954-1955)*, Seuil, 1978.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses (1955-1956)*, Seuil, 1981.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet (1956-1957)*, Seuil, 1994.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Seuil, 1998.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation (1958-1959)*, inédit.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse (1959-1960)*, Seuil, 1986.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert (1960-1961)*, Seuil, 2001.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse (1962-1963)*, Seuil, 2005.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (1964)*, Seuil, 1973.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XVII, L'envers de la psychanalyse (1969-1970)*, Seuil, 1991.
- LACAN Jacques, La Troisième, *Lettres de l'EFPP*, 1975, n°16.
- LACAN Jacques, Réponse à Marcel Ritter, *Lettres de l'EFPP*, 1976, n°18.

- LACAN Jacques, *Des noms-du-père*, Seuil, 2005.
- LAPLANCHE Jean, *Vie et mort en psychanalyse*, Garnier-Flammarion, 1970.
- LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Payot, 1986.
- LAUFER Laurie, L'accompagnement psychanalytique à l'hôpital : fantasmes du psychanalyste, *Cliniques méditerranéennes*, 2007, 76, p.19-29.
- LE BOURVELLEC Gérard, L'impossible à supporter et la parole, *Médecine palliative*, 2002, 1, p.46-48.
- LEBRUN Jean-Pierre, *De la maladie médicale*, DeBoeck Université, 1995.
- LEBRUN Jean-Pierre, *Les désarrois nouveaux du sujet*, Eres, 2001.
- LECLAIRE Serge, *On tue un enfant*, Seuil, 1975.
- LECLAIRE Serge, *Démasquer le réel*, Seuil, 1971.
- LEGUIL François et SILVESTRE Danièle, Psychanalystes confrontés au sida, *Ornicar ?*, 1988, 45, p.5-13.
- LE PICHON Xavier et YIJIE Tang, *La mort*, Desclée de Brouwer, 1999.
- LERICHE René, *La chirurgie de la douleur*, Masson, 1949.
- LEVI-STRAUSS Claude, Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, In Marcel Mauss, *Anthropologie et sociologie*, PUF, 1950.
- LEVI-STRAUSS Claude, *Anthropologie structurale*, tome 1, Plon, 1973, L'efficacité symbolique, p.213-234.
- LEVI-STRAUSS Claude, *Anthropologie structurale*, tome 1, Plon, 1973, Structure et dialectique, p.266-275.
- LHOMME-RIGAUD Colette et LINDENMEYER Cristina, Le corps, lieu entre souvenir et réminiscence. Clinique psychanalytique des patients atteints de cancers, *Cliniques méditerranéennes*, 1999, 61, p.131-140.
- LINDENMEYER Cristina, Etre en suspens, *Cliniques Méditerranéennes*, 2007, 76, p.157-165.
- MAC DOUGALL Joyce, *Théâtres du Je*, Gallimard, 1989.
- MAC DOUGALL Joyce, *Théâtres du corps*, Gallimard, 1989.
- MAILLARD Benoît, A propos du sentiment d'inquiétante étrangeté, *Médecine palliative*, 2006, 5, p.29-32.
- MALENGREAU Pierre, Pour une clinique des soins palliatifs, *Mental*, 1996, 2, p.133-140.
- MALLET Donatien, *La médecine entre science et existence*, Vuibert, 2007.
- MALRAUX André, *Lazare, le miroir des limbes*, Gallimard, 1974.

- MANNONI Maud, *Le nommé et l'innommable*, Denoël, 1991.
- MANNONI Octave, *Clefs pour l'imaginaire ou l'Autre scène*, Seuil, 1969.
- MARIN Claire, *Hors de moi*, Allia, 2008.
- MAURIAC François, *La fin de la nuit*, Bernard Grasset, 1935.
- MELVILLE Herman, *Bartleby le scribe*, Gallimard, 1986.
- MILLER Jacques-Alain, Les réponses du réel, *Aspects du malaise dans la civilisation*, Navarin, 1984.
- MILLER Jacques-Alain, Biologie lacanienne et événement de corps, *La Cause freudienne*, Février 2000, 44, p.7-59.
- MILLER Jacques-Alain et LAURENT Eric, L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique, *La Cause freudienne*, 1997, 35, p.7-20.
- MILLER Jacques-Alain, *Un début dans la vie*, Gallimard, 2001.
- M'UZAN Michel de, *L'art et la mort*, Gallimard, 1977, Freud et la mort, p.49-63.
- M'UZAN Michel de, *L'art et la mort*, Gallimard, 1977, Le travail du trépas, p.182-199.
- NANCY Jean-Luc, *La communauté impossible*, Christian Bourgois, 1984.
- NANCY Jean-Luc, *L'intrus*, Galilée, 2000.
- NIETZSCHE Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra*, Gallimard, 1971.
- NIETZSCHE Friedrich, *Aurore*, Gallimard, 1980.
- OGILVIE Bertrand, *Lacan Le sujet*, PUF, 1987.
- OURY Jean, *Onze heures du soir à La Borde*, Galilée, 1980.
- PARAIN Brice, *Recherches sur la nature et les fonctions du langage*, Gallimard, 1942.
- PASCAL Blaise, *Pensées, Œuvres complètes*, Gallimard, 2000.
- PEDINIELLI Jean-Louis, Psychopathologie du somatique : la maladie-du-malade, *Cliniques méditerranéennes*, 1993, 37-38, p.121-137.
- PEDINIELLI Jean-Louis, Hypothèse d'un travail de la maladie, *Cliniques méditerranéennes*, 1994, 41-42, p.169-189.
- PEIRCE Charles Sanders, *Ecrits sur le signe*, Seuil, 1986.
- PLATH Sylvia, *Ariel*, Gallimard, 2009.
- PLATON, *Phédon, Le banquet, Phèdre*, Gallimard, 1991.
- POISSONNIER Dominique, *La pulsion de mort*, Erès, 1998.
- POMMIER Gérard, *Qu'est-ce que le réel ?*, Erès, 2004.

- PONTALIS Jean-Bertrand, *Entre le rêve et la douleur*, Gallimard, 1977, A partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacés, p.223-240.
- PONTALIS Jean-Bertrand, *Entre le rêve et la douleur*, Gallimard, 1977, Le travail de la mort, p.241-253.
- RAIMBAULT Emile, *La délivrance*, Mercure de France, 1976.
- RAIMBAULT Emile, Pratiques de la maladie et de la mort, *Aspects du malaise dans la civilisation*, Navarin, 1984.
- RAIMBAULT Ginette, *Clinique du réel*, Seuil, 1982.
- RENAULT Michel, *Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse*, L'Harmattan, 2002.
- RIMBAUD Arthur, *Poésies*, Dunod, 1997.
- ROSOLATO Guy, *La relation d'inconnu*, Gallimard, 1978.
- SAFOUAN Moustapha, *La parole ou la mort*, Seuil,
- SAMI-ALI, *Le corps, l'espace et le temps*, Bordas, 1990.
- SARTRE Jean-Paul, *L'être et le néant*, Gallimard, 1943.
- SCHAEFER René, Les dernières paroles ont-elle un sens ?, *Jalmar*, 2005, 82, p.15-17.
- SHAKESPEARE William, *Hamlet, Macbeth, Othello*, Le livre de poche, 1984.
- SICARD Didier, *La médecine sans le corps*, Plon, 2002.
- SICARD Didier, *L'alibi éthique*, Plon, 2006.
- SILVESTRE Danièle, Dépression et maladie organique, *La Cause freudienne*, 1993, 24, p.127-132.
- SOLLERS Philippe, *Paradis*, 2 tomes, Gallimard, 1984.
- SONTAG Susan, *La maladie comme métaphore*, Seuil, 1979.
- STENDHAL, *Le rouge et le noir*, Gallimard, 1972.
- THOMAS Dylan, *Vision et Prière*, Gallimard, 1991.
- THOME-RENAULT Annette, *Le traumatisme de la mort annoncée, Psychosomatique et sida*, Dunod, 1995.
- TOLSTOI Léon, *La mort d'Ivan Ilitch*, Gallimard, 1958.
- VALABREGA Jean-Paul, *La relation thérapeutique*, Flammarion, 1962.
- VALERY Paul, *Poésies*, Gallimard, 1958.
- VASSE Denis, *L'ombilic et la voix*, Seuil, 1974.
- VASSE Denis, *Le poids du réel : la souffrance*, Seuil, 1983.
- VESPIEREN Patrick, *Face à celui qui meurt*, Desclée de Brouwer, 1985.

- VILLA François, Le refoulement organique et les progrès techniques de la médecine, *Cliniques Méditerranéennes*, 2007, 76, p.45-60.
- VILLA François, Au-delà des métamorphoses du corps : la chair du psychique, *Champ psychosomatique*, 2008, 50, p.67-91.
- WALLON Henri, Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre ?, *Journal de psychologie*, 1932, 28, p.706-748.
- WEIL Simone, *La pesanteur et la grâce*, Plon, 1988.
- WINNICOTT Donald W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969, L'esprit et ses rapports avec le psychésoma, p.66-79.
- WINNICOTT Donald W., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1971, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant.
- WOOLF Virginia, *De la maladie*, Payot rivages, 2005.
- ZARIFIAN Edouard, *Le goût de vivre, retrouver la parole perdue*, Odile Jacob, 2005.
- ZITTOUN Catherine, D'une mort infinie à une mort certaine, *Cliniques méditerranéennes*, 1999, 59-60, p.65-74.
- ZITTOUN Robert, *La mort de l'autre*, Dunod, 2009.
- ZIZEK Slavoj, *Le sujet qui fâche*, Flammarion, 2007.

INDEX DES NOMS CITES

- ABELHAUSER Alain : 43
ADLER Alfred : 238
ANGIOLINI Christine : 344
ARISTOTE : 143, 144
ASSOUN Paul-Laurent : 181, 182
AUGUSTIN (saint) : 138
- BACQUE Marie-Frédérique : 272, 334
BADIOU Alain : 363, 365
BALINT Michaël : 211, 338
BALTHUS : 266
BALZAC Honoré de : 150, 330
BATAILLE Georges : 26, 131, 234
BAUDRY Jean-Louis : 27
BECKETT Samuel : 215, 301
BERNARD Jean : 341
BICHAT Xavier : 152, 157
BLANCHOT Maurice : 76, 86, 106, 129, 131, 288
BOLK Louis : 201
BOTTICELLI : 80, 81
BRENTANO Franz : 55
BRÜCKE Ernst : 27
- CANGUILHEM Georges : 304
CAZENAVE Pierre : 341
CELAN Paul : 71
CESBRON Gilbert : 185
CHARCOT Jean-Martin : 159
CLAVREUL Jean : 336, 337
- DAGOGNET François : 149
DAMASIO Antonio : 155
DELVAUX Nicole : 276, 343, 345
DERRIDA Jacques : 51, 106, 119
DESCARTES René : 57, 145-148 159, 165
DURAS Marguerite : 288
- ECO Umberto : 115
EPICURE : 138
- FEUERBACH Ludwig : 95
FLIESS Wilhelm : 29, 175
FEDIDA Pierre : 350
FONDRAS Jean-Claude : 342
FOUCAULT Michel : 97, 106, 150-153, 156, 340
FRAGA-LEVIVIER Ana : 349
FREUD Jacob : 28
FREUD Sigmund : 27-62, 67, 69, 70, 74-82, 85, 87, 89, 100, 103, 104, 107, 120, 121, 124, 126, 130, 138, 139, 158-176, 181-188, 193, 194, 197-200, 216, 218-220, 224, 227, 228, 238-246, 302, 305, 316, 326, 346, 349, 351, 352, 355

GALIEN : 336
 GALILEE G. : 150, 159
 GOETHE : 94
 GORI Roland : 166, 351
 GROSJEAN Jean : 89

 HAECKEL Ernst : 175
 HARPER : 67
 HARTMANN Heinz : 345
 HEGEL Georg W. F. : 50, 69, 76, 77, 103, 104, 111, 115-117, 138, 145, 159
 HEIDEGGER Martin : 50, 57, 58, 73, 75, 88, 97, 120, 146, 324
 HÉRACLITE : 141
 HIPPOCRATE : 336
 HITCHCOCK Alfred : 170
 HÖLDERLIN Friedrich : 97, 324
 HYPPOLITE Jean : 54, 77

 ISRAËL Lucien : 339

 JAKOBSON Roman : 121
 JANKELEVITCH Vladimir : 27
 JEAN (saint) : 138
 JESUS-CHRIST : 93, 97, 104, 298
 JONES Ernest : 28, 105, 241
 JOUBLIN Hugues : 338
 JOURNET Charles : 298
 JOYCE James : 128

 KANT Emmanuel : 57, 159
 KOFMAN Sara : 69
 KOJEVE Alexandre : 104, 110, 117
 KOUCHNER Bernard : 337
 KRIS Ernst : 345
 KÜBLER-ROSS Elisabeth : 331

 LACAN Jacques : 32, 33, 35, 37-47, 50-52, 60, 64, 68, 71-78, 86, 87, 94, 100-106, 109-112, 115, 119, 121, 134-138, 144, 146, 166, 183, 186, 191, 192, 197, 200-206, 210, 212, 214, 217, 218, 240, 244, 283, 290, 293, 299, 300, 307, 317, 361, 369, 370
 LE BLANC Guillaume : 340
 LECLAIRE Serge : 132, 139
 LERICHE René : 179, 180, 304
 LEVINAS Emmanuel : 85, 284
 LEVI-STRAUSS Claude : 109
 LINDENMEYER Cristina : 355
 LOEWENSTEIN Rudolf : 345

 MALHERBE François de : 83
 MALLARME Stéphane : 24
 MALLET Donatien : 158
 MARIN Claire : 311-313, 346
 MAURIAC François : 297
 MELVILLE Herman : 67, 68
 MILLER Jacques-Alain : 192, 317
 M'UZAN Michel de : 331

NAG-HAMMADI : 62	SOPHOCLE : 89, 90
NANCY Jean-Luc : 84, 86, 310	STENDHAL : 243
NEWTON Isaac : 159	SUIED Alain : 137
NIETZSCHE Friedrich : 93, 95, 98, 289	
	THOMAS Dylan : 136, 137
OURY Jean : 320	TULP Nicolas : 155
PARAIN Brice : 112	VALERY Paul : 199
PASCAL Blaise : 261	VASSE Denis : 196
PAUL (saint) : 93	VESALIUS : 147
PEDINIELLI Jean-Louis : 225	VILLA François : 177
PEIRCE Charles S : 108	
PLATH Sylvia : 195	WALLON Henri : 201, 203
PLATON : 142, 143	WEISMANN August : 169
POE Edgar A. : 51, 186, 187	WEISS Nathan : 28
	WINNICOTT Donald W. : 213
QUIGNARD Pascal : 37	WORMS Frédéric : 340
QOHELETH : 42	
	ZITTOUN Catherine : 288
RAZAVI Darius : 276, 343, 345	ZIZEK Slavoj : 63
REMBRANDT : 155	
RILKE Rainer Maria : 130	
RITTER Marcel : 37	
SADE Donatien A. F. de : 137	
SARTRE Jean-Paul : 124	
SAUSSURE Ferdinand de : 120	
SCHELLING Friedrich : 185	
SCHILLER Friedrich von : 94	
SHAKESPEARE William : 246, 288	
SICARD Didier : 336	
SIGNORELLI Luca : 80, 81, 83, 84	
SOLLERS Philippe : 128	
SONTAG Susan : 361	

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	15
 A - LA MORT :	
ELEMENTS METAPSYCHOLOGIQUES	
I - LA MORT IMPOSSIBLE.....	26
1- L'INCONSCIENT IGNORE-T-IL LA MORT ?.....	27
1-1 La mort dans les rêves.....	27
1-1-1 Les rêves de la mort de personnes chères.....	30
1-1-2 Trois rêves sur l'incertitude du savoir	34
1-2 L'ombilic de la mort.....	37
1-2-1 Introduction du point mortel.....	37
1-2-2 L'ombilic et le centre torique du langage.....	39
1-3 Etude du rêve « Il ne savait pas qu'il était mort ».....	42
1-3-1 Le vœu de mort contre le père.....	42
1-3-2 Logique initiale du « Je n'en veux rien savoir ».....	45
1-3-3 ...Il ne sait pas que...Je est mort.....	50
2- LA NEGATION ET LA MORT.....	54
2-1 Le mécanisme de la dénégation.....	54
2-1-1 Freud et la création du jugement.....	55
2-1-2 Acceptation intellectuelle et maintien du refoulement.....	58
2-2 Pulsions de mort et symbolisation.....	62
2-2-1 Introduction de Thanatos.....	62
2-2-2 Bartleby : ne pas...vivre.....	67
2-3 La limite de la fonction historique.....	71
2-3-1 Les bords du signifié.....	71
2-3-2 Position de l'être pour la mort.....	74

3- LA FIGURE DU MAITRE ABSOLU.....	76
3-1 La crainte de la mort.....	76
3-1-1 La liberté et la mort.....	76
3-1-2 Le maître de l'obsessionnel.....	79
3-1-3 Freud et l'oubli du nom Signorelli.....	80
3-2 Maîtriser la mort ?.....	83
3-2-1 La médecine et la mort.....	83
3-2-2 Le sujet sous le regard de la mort.....	84
3-2-3 La mort, maître de l'analyste ?.....	85
 II- LA MORT NECESSAIRE	
1- FONCTION STRUCTURALE DU PERE	88
1-1 Trois figures du père mort.....	89
1-1-1 Œdipe et le meurtre du père.....	89
1-1-2 Le meurtre du Père de la horde.....	91
1-1-3 Le meurtre de l'Homme Moïse.....	93
1-2 Trois fonctions religieuses du père.....	95
1-2-1 Le père, origine et création du monde.....	95
1-2-2 La nostalgie du père protecteur.....	96
1-2-3 Le père, l'autorité des commandements.....	99
1-3 De la figure à la fonction paternelle.....	101
1-3-1 Reprise du complexe d'Œdipe en trois temps.....	101
1-3-2 Le père est une métaphore.....	103
1-3-3 La mort, le désir, la loi.....	105
 2- LA NEGATIVITE DU SYMBOLIQUE.....	108
2-1 Approche de la fonction du signifiant.....	108
2-2 La néantisation symbolique.....	115
2-3 Le paradigme du fort / da.....	119

3- LA PENSEE ET LA MORT	124
3-1 Le rapport anticipé à la mort.....	124
3-2 La fonction dynamique de la mort.....	129
3-3 Synthèse sur le dédoublement de la mort.....	134

- B - LE CORPS :

ELEMENTS METAPSYCHOLOGIQUES

Introduction La thèse aristotélicienne.....	142
---	-----

I- LE CORPS REEL

1- LA RUPTURE DE DESCARTES	145
1-1 Le dualisme cartésien : substance étendue et substance pensante.....	145
1-2 Le modèle du corps.....	147
1-3 Le modèle du cadavre.....	150
1-3-1 Création du corps anatomique.....	150
1-3-2 Commentaire de La leçon d'anatomie.....	155
 2- LA RUPTURE DE FREUD	159
2-1 Le symptôme hystérique : une énigme pour la science anatomique.....	159
2-2 Un autre régime de causalité.....	162
2-2-1 La temporalité de l'après-coup.....	162
2-2-2 Vers une nouvelle altérité.....	164
2-3 Le dualisme freudien : le corps et les pensées inconscientes.....	165
2-3-1 Les pensées converties dans le corps.....	165
2-3-2 La notion de complaisance somatique.....	166
2-4 Un corps dédoublé : réalité anatomique et corps fantasmatique.....	169

3- DE L'ANATOMIQUE A L'ORGANIQUE.....	174
3-1 La nécessité du refoulement organique.....	174
3-1-1 La fiction phylogénétique freudienne.....	175
3-1-2 Refoulement organique et érogénité du corps.....	178
3-1-3 Le silence organique.....	179
3-2 L'organique c'est le réel.....	181
3-3 L'étrangeté du corps malade.....	185
3-3-1 Les quatre strates de l' <i>Unheimlich</i>	186
3-3-2 L'étrangeté du reflet.....	188
3-3-3 L'angoisse, signe du réel.....	190

II- LE CORPS NECESSAIRE

Introduction.....	197
-------------------	-----

1- LE CORPS ET L'ALTERITE IMAGINAIRE.....	199
1-1 La source du narcissisme primaire.....	199
1-2 Fonctions du reflet spéculaire dans la constitution du moi.....	201
1-2-1 La scène du miroir.....	201
1-2-2 De l'identification à l'inscription dans le discours.....	203
1-2-3 De la ressemblance à la semblance.....	206
1-3 L'envers dépressif de l'assomption.....	208
1-3-1 Les aspects mortifères de Narcisse.....	208
1-3-2 La détresse de l'abandon.....	210

2- LE CORPS ET L'ALTERITE SYMBOLIQUE.....	212
2-1 Le regard de l'Autre et la constitution du corps.....	212
2-2 Je est un autre.....	215
2-3 Symbolisation et castration.....	218

3- LES SITES PARADOXAUX DU SUJET.....	223
3-1 Le double dessaisissement du sujet.....	223
3-2 Le corps lieu d'événements.....	225
3-3 Synthèse sur le dédoublement du corps.....	228

- C- LA MALADIE LETALE : ELEMENTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

I- AU CHEVET DU SUJET – L’ORDINAIRE DE LA CLINIQUE

Introduction.....	233
-------------------	-----

1- DECRIRE L’EXPERIENCE CLINIQUE

1-1 Les quatre métaphores freudiennes.....	238
1-1-1 Explorer les archives.....	238
1-1-2 La métaphore ferroviaire.....	240
1-1-3 La métaphore du récepteur téléphonique.....	242
1-1-4 La métaphore du miroir.....	243
1-2 Le choix du fragment clinique.....	246

2- PRESENTATION DE SEPT FRAGMENTS CLINIQUES

2-1 Marie C., Prisonnière de la vie.....	247
2-1-1 Contexte médical et familial.....	247
2-1-2 La maladie dans le corps.....	247
2-1-3 Le climat de l’enfance.....	248
2-1-4 La crainte d’un effondrement.....	249
2-1-5 Commentaires.....	251
2-1-5-1 Remarques transférentielles.....	251
2-1-5-2 Deux formations oniriques.....	251
2-1-5-3 La filiation et la faute.....	252
2-2 Anselme D., L’intranquillité de la vie.....	253
2-2-1 Contexte de l’hospitalisation.....	253
2-2-2 Contexte familial.....	253
2-2-3 La rupture et la solitude.....	253
2-2-4 L’attente de la mort.....	255
2-2-5 L’arrêt du temps.....	257
2-2-6 Le mouvement de l’intranquillité.....	258

2-2-7 Commentaires.....	260
2-2-7-1 Le ratage premier.....	260
2-2-7-2 L'espace de la chambre.....	261
2-3 Lydie V., L'horizon de la vie.....	262
2-3-1 Contexte de l'hospitalisation.....	262
2-3-2 L'image perdue.....	262
2-3-3 La vie dans le mauvais sens.....	263
2-3-4 A l'horizon.....	264
2-3-5 Le pire et le factice.....	265
2-3-6 Suis-je une femme ?.....	267
2-3-7 Commentaires.....	268
2-3-7-1 L'historisation des contingences passées.....	268
2-3-7-2 La photographie et la mort.....	268
2-4 Eugène A., L'origine de la vie.....	270
2-4-1 Contexte médical.....	270
2-4-2 Une naissance incertaine.....	270
2-4-3 L'abîme de l'existence.....	270
2-4-4 Commentaires.....	271
2-5 Claire L., L'amputation de la vie.....	273
2-5-1 Contexte de l'hospitalisation.....	273
2-5-2 Formation onirique et atteinte corporelle.....	273
2-5-3 Le corps fragmenté.....	274
2-5-4 Commentaires.....	275
2-5-4-1 Amputer le passé.....	275
2-5-4-2 Refuser son corps.....	275
2-5-4-3 Accepter une nouvelle réalité ?.....	276

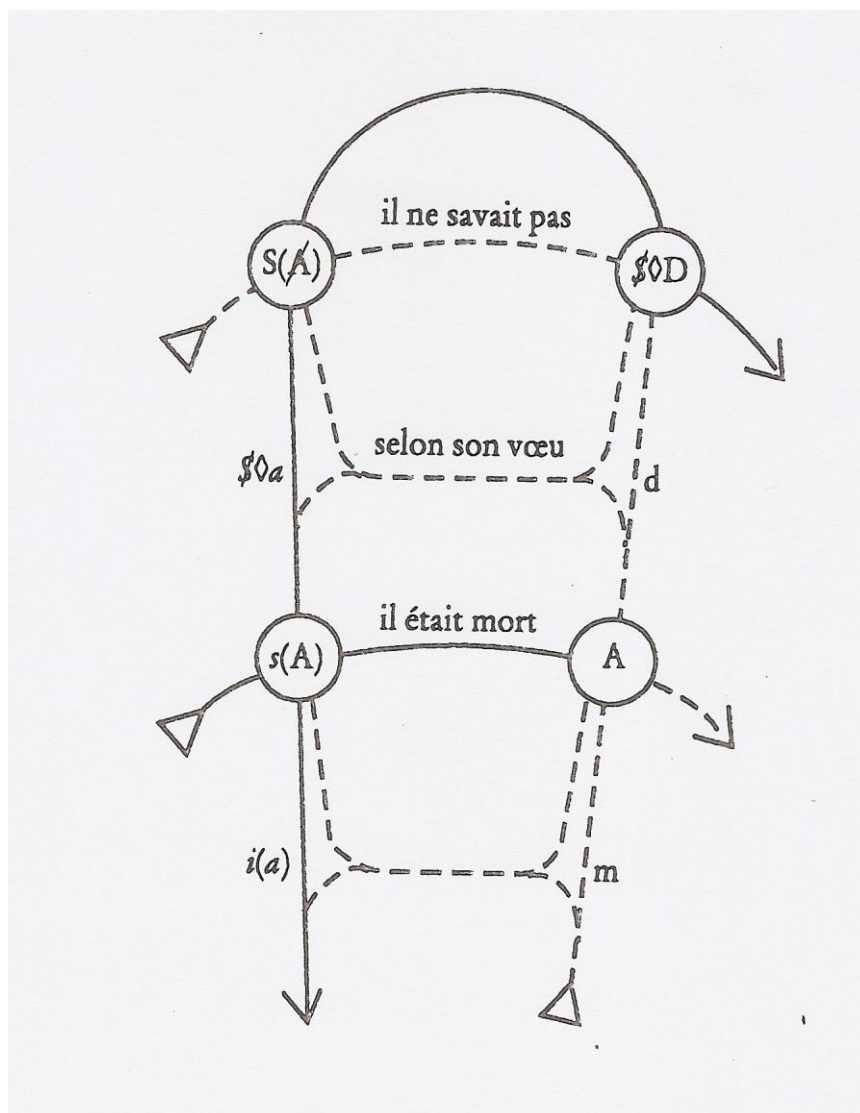
2-6 Emmanuel T., Le péché de la vie.....	278
2-6-1 Contexte de l'hospitalisation.....	278
2-6-2 Un départ raté.....	278
2-6-3 Faible ou fiable ?.....	279
2-6-4 Commentaires.....	279
2-7 Agathe B., Le fil de la vie.....	281
2-7-1 Contexte de l'hospitalisation.....	281
2-7-2 Ne pas avoir été désirée.....	281
2-7-3 Le semblant et la vérité.....	282
2-7-4 Commentaires.....	283
2-7-4-1 La violence de l'imprévu.....	283
2-7-4-2 La filiation du désir.....	283
 II- CLINIQUE DE LA MALADIE LETALE	
1- LA MORT SORT DE SES GONDS.....	288
1-1 La maladie, déchirure dans <i>l'ignoscit</i> de la mort.....	288
1-2 La place de l'enfant désiré en question.....	293
1-3 Abandon et déréluction.....	297
1-4 Maladie et malédiction.....	301
2- LE CORPS SORT DE SES GONDS.....	304
2-1 La maladie, déchirure dans le silence organique.....	304
2-2 L'intrusion somatique.....	307
2-3 Dépossession du corps et fuite de sens.....	311
3- UNE CLINIQUE DE LA FRAGMENTATION.....	315
3-1 Introduction de la fragmentation.....	315
3-2 Interroger le transfert.....	320
3-3 Le Logos en question.....	323

III- PSYCHOLOGUE EN TERRE MEDICALE

1- INSTITUTION DE SOINS ET LOGIQUE MEDICALE.....	330
1-1 Présentation de l'établissement.....	330
1-2 Les demandes adressées au psychologue.....	331
1-2-1 La souffrance d'une équipe médicale.....	331
1-2-2 Remarque sur la fonction soignante.....	333
1-3 La rationalité médicale.....	336
1-4 Les trois impératifs de l'institution.....	339
 2- L'UNITE DE LA PSYCHO ONCOLOGIE ?.....	 341
2-1 Eléments historiques et définitions.....	341
2-2 La notion d'adaptation psychologique.....	345
2-3 Réalité de la maladie et réel de l'imprévu.....	348
 3- LA REPONSE DU SUJET.....	 351
3-1 La séance fondée sur un double renoncement.....	351
3-2 L'espace de séance, lieu de la réponse.....	356
3-2-1 Du réel au sujet.....	356
3-2-2 Parler n'est pas dire.....	358
3-2-3 Le sujet cherche l'origine.....	359
3-3 Les linéaments d'une éthique.....	363
3-3-1 A l'épreuve de l'imprévu.....	364
3-3-2 Retour sur le transfert.....	366
3-3-3 Ne pas céder sur son désir.....	368
 CONCLUSION.....	 372
 BIBLIOGRAPHIE.....	 378
 INDEX DES NOMS CITES.....	 391
 ANNEXES.....	 402

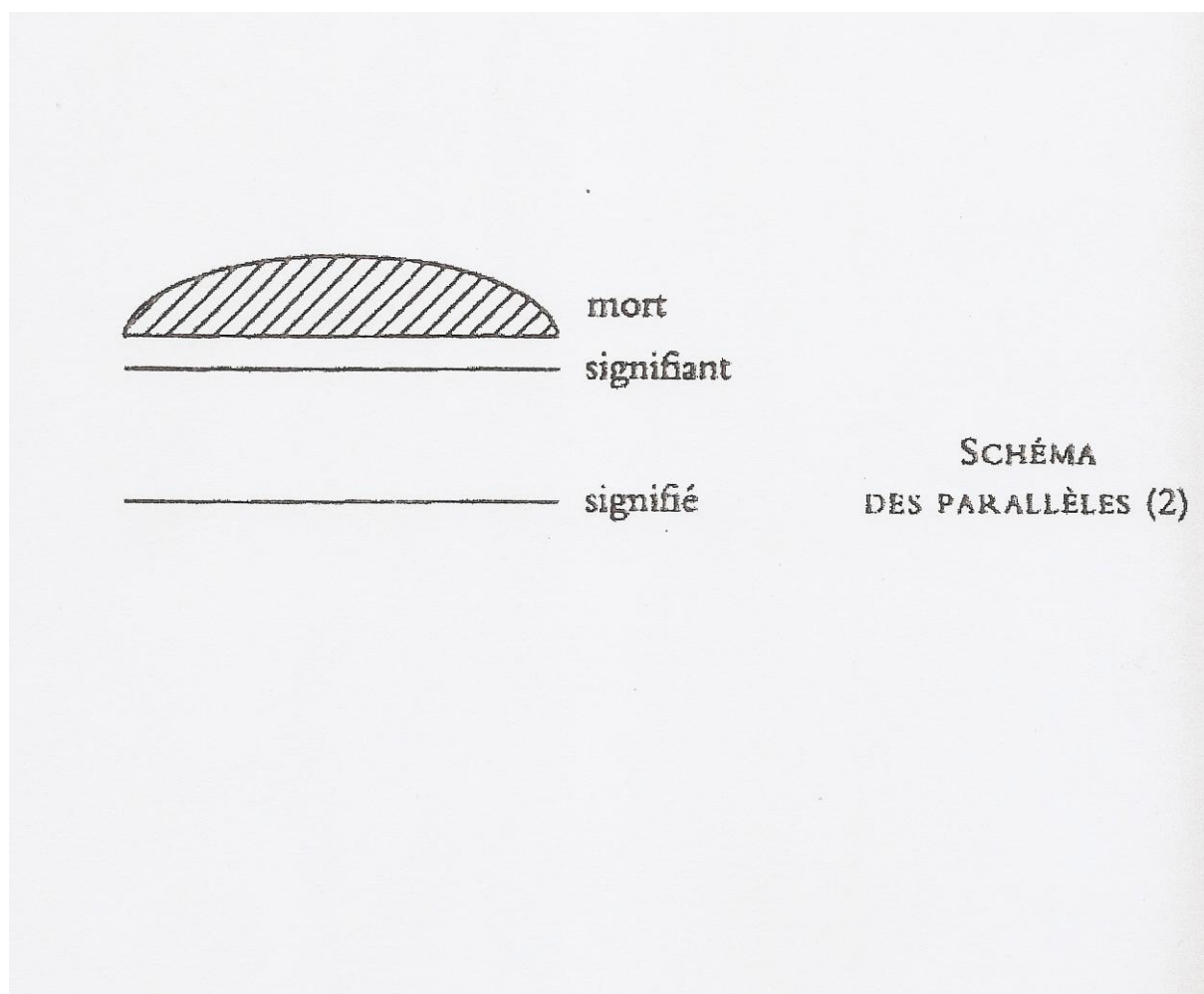
ANNEXES

ANNEXE 1



Extrait du séminaire VI, Le désir et son interprétation, Leçon du 7 janvier 1959.

ANNEXE 2



Extrait du Séminaire IV, La relation d'objet, Seuil, 1994, p.48

RESUME

Nous interrogeons la clinique de la maladie létale. Cette recherche porte sur les incidences subjectives de la confrontation à la maladie létale telles qu'elles apparaissent dans la parole du sujet. Si la maladie est d'abord une rupture de « la vie dans le silence des organes », l'altération corporelle se double ici du risque de la mort. Les registres du corps et de la mort fondent le sol de ce champ clinique. Nous commencerons par préciser les coordonnées métapsychologiques de ces registres en les situant dans un dédoublement. En effet, si pour Freud l'inconscient ignore la mort, n'est-elle pas un élément nécessaire à la loi symbolique du langage ? De même, la réalité organique qui demeure en grande partie inaccessible pour le sujet n'est-elle pas un élément nécessaire à la construction de l'altérité ?

Nous montrerons que le corps et la mort définissent des fonctions structurantes pour le sujet sur fond d'une ignorance déterminante. Le surgissement de la maladie létale vient modifier et désarticuler ces fonctions. Comment le sujet va-t-il pouvoir répondre ?

La présentation d'une série de sept fragments cliniques, issus de notre pratique institutionnelle, permettra une exploration des modalités de réponse du sujet à l'effraction corporelle de la maladie létale. C'est le mouvement et la translation qui s'opèrent de la rupture à la réponse, de la suspension à la parole, de l'événement au dire qui lui succède dans la relation transférentielle qui sont ici étudiés. Au plus près de la menace de la mort et de l'atteinte corporelle, c'est l'émergence et la persistance du sujet parlant qui se donnent à entendre.

Mots-clés : cancer – corps – maladie létale – mort – réel – sujet

SUMMARY

The aim of this research is to question the clinical field of lethal disease.

This research deals with the subjective effect of the confrontation with lethal disease and the word of the subject. If the disease is first of all a rupture of "life in the silence of the organs", the corporal alteration is doubled by the risk of death. The registers of the body and of death are the basis of this clinical approach.

The meta psychological coordinates of those registers will be given first by locating them in a splitting. Indeed, if for Freud, unconsciousness ignores death, isn't it to be considered as a necessary element of the symbolic language rule ? In the same way, the organic reality which mainly remains inaccessible for the subject, has to be considered as a necessary element to the construction of otherness ?

It will be demonstrated that both body and death define the structural functions for the subject in a background of determining ignorance. The sudden appearance of the lethal disease will modify and disarticulate those functions. How will the subject possibly respond to it ?

The presentation of a series of seven clinical fragments, stemming from our institutional practice, will enable the exploration of the response of the subject to the corporal breaking in of the lethal disease. It is the movement and the transfer that occurs from the rupture to the response, from the suspension to the word, from the event to the putting it into words that follows the transfer relationship, that are studied.

With the proximity of a death threat and a corporal attack, it is the emergence and the persistence of the talking subject that is to be heard.

Keywords : cancer – body – lethal disease – death – the real – subject