



HAL
open science

La Voix amputée. Destins du Sujet face à la laryngectomie totale

Raphaël Soly

► **To cite this version:**

Raphaël Soly. La Voix amputée. Destins du Sujet face à la laryngectomie totale. Psychologie. Université Côte d'Azur, 2022. Français. NNT : 2022COAZ2023 . tel-03944486

HAL Id: tel-03944486

<https://theses.hal.science/tel-03944486v1>

Submitted on 18 Jan 2023

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.

THÈSE DE DOCTORAT

La Voix amputée

Destins du Sujet face à la laryngectomie totale

Raphaël SOLY

Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cliniques, Cognitives et
Sociales

**Présentée en vue de l'obtention
du grade de docteur en Psychologie
d'Université Côte d'Azur**

Dirigée par : Jean-Michel Vives

Soutenue le : 7 novembre 2022

Devant le jury, composé de :

Mario Eduardo Pereira, Professeur,
Université de Campinas, Brésil

Delphine Scotto di Vettimo, Maitresse de
Conférences HDR, Aix Marseille Université

André Quaderi, Professeur, Université Côte
d'Azur

Jean-Michel Vives, Professeur, Université
Côte d'Azur

La Voix amputée

Destins du Sujet face à la laryngectomie totale

Jury :

Président du jury

André Quaderi, Professeur des Universités, Université Côte d'Azur

Rapporteurs

Mario Eduardo Pereira, Professeur des Universités, Université de Campinas, Brésil

Delphine Scotto di Vettimo, Maîtresse de conférences HDR, Aix Marseille Université

Examineur

André Quaderi, Professeur des Universités, Université Côte d'Azur

Directeur de thèse

Jean-Michel Vives, Professeur des Universités, Université Côte d'Azur

Résumé : Cette thèse s'élabore autour d'une recherche questionnant le rapport de l'individu à la voix sous le prisme de son absence. Dans le cadre d'interventions au sein d'un service d'Oto-Rhino-Laryngologie, nous avons été confrontés à l'impossibilité de parler des patients lors de nos rencontres qui succédaient une opération chirurgicale à visée curative : la laryngectomie totale (l'ablation du larynx). Le dispositif de l'entretien clinique « classique », oralisé, s'y trouve malmené. C'est à partir de cette constatation que se déploie ce travail de recherche, avec comme questions centrales : quels sont les enjeux d'une telle opération pour le sujet ? Comment entendre le sujet au-delà de sa voix physique ? C'est à partir de la notion d'objet *a* que développent Jacques LACAN et ses contemporains, et de la pulsion invocante associée, que s'ouvre une possibilité d'entendre le sujet de l'inconscient au travers de nouveaux dispositifs accessibles lors de l'hospitalisation : l'écrit et le geste. Nous posons l'hypothèse que la pulsion invocante, par la perte de la voix que la laryngectomie totale engendre, amène à une rencontre avec cet objet *a*-voix par le silence vocal postopératoire imposé – rencontre que nous nommons la désirectomie partielle. Nous postulons également que pour sortir de cet état de jouissance nirvanesque, il va y avoir un réinvestissement nécessaire de la pulsion invocante sur des dispositifs tels que l'écrit ou le geste pour que le sujet de l'inconscient puisse se faire entendre et éviter la mort au travers de la jouissance de la retrouvaille. Pour comprendre ces enjeux psychiques, nous allons, au travers de ce travail, confronter la théorie à la clinique de ces sujets dits « laryngectomisés » et tenter d'en faire émerger une analyse de la pulsion invocante au travers de cette clinique silencieuse. Une démarche pathoanalytique dans laquelle nous prendrons également en compte la question du cancer et de son impact sur le sujet.

Mots clés : Voix ; Pulsion invocante ; Oto-Rhino-Laryngologie ; Objet *a* ; Ecriture ; Laryngectomie.

Abstract: This thesis is developed around a research questioning the relationship of the individual to the voice under the prism of its absence. In the context of interventions within an Oto-Rhino-Laryngology department, we were faced with the impossibility of talking about patients during our meetings following a surgical operation with curative intent: total laryngectomy (larynx removal). The tool of the “classic” clinical interview, oralized, is mistreated there. This research stems from this observation, with the core questions: what are the stakes of such a surgery for the subject? How to hear the subject beyond his physical voice? Using the notion of *a* object developed by Jacques LACAN and his contemporaries, and the associated invocative drive, leads to the opportunity to hear the subject of the unconscious through new tools available during hospitalization: writing and gesture. We hypothesize that the invocative drive, through the loss of voice consequence of total laryngectomy, leads to an encounter with this *a*-voice object through the imposed postoperative vocal silence – meeting that we call the partial desirectomy. We also postulate that to get out of this state of nirvanesque jouissance, there will be a necessary reinvestment of the invocative drive on tools such as writing or gesture so that the subject of the unconscious can make himself heard and avoid the death through the enjoyment of the reunion. To understand these psychic issues, we will, through this work, confront the theory with the clinic of these so-called “laryngectomized” subjects and try to bring out an analysis of the invocative drive through this silent clinic. A pathoanalytical approach in which we will also take into account the question of cancer and its impact on the subject.

Keywords: Voice; Invocative drive; Oto-Rhino-Laryngology; *a* Object; Writing; Laryngectomy.

Remerciements

Je tenais à remercier, bien évidemment, le Professeur Jean-Michel Vives. Depuis mes années de Master, ses travaux ont enrichi ma pensée de clinicien et c'est un honneur qu'il ait accepté de m'accompagner sur ce projet de thèse. Il a su être présent et me guider pour que ce travail arrive à son terme malgré la distance géographique.

Je remercie également le Professeur Vincent Estellon qui, avant son départ pour la vie parisienne, a également participé aux prémices de ce projet. Je lui dois d'avoir fait émerger ce désir de recherche durant mes années d'études.

Merci au service d'ORL de m'avoir accueilli pour 2 années particulièrement chamboulées par la crise de la COVID19 et d'avoir accepté, à leur côté, la présence de cet *Englishman in New-York* que j'étais. Je remercie également chaque membre de l'équipe pour m'avoir montré et partagé leur implication réfléchie et sans cesse en mouvement auprès des patients laryngectomisés.

Merci à Hélène Sigaud, Lydwine Alric et Romy Fournet, trois psychologues cliniciennes qui m'ont beaucoup appris de leur travail lors de mes stages universitaires, qui m'ont accompagné, et qui m'ont offert la possibilité de rencontrer cette clinique singulière.

J'ai également une pensée pour tous les professeurs et enseignants qui ont, par leur transmission, permis à ce que je me déploie dans ce domaine de la psychologie clinique. Une pensée toute particulière se tourne vers Lionel Raufast et au sensible de son enseignement.

David Durand, aux côtés de qui j'ai entamé cette folle aventure de thèse. Nous avons découvert ce monde ensemble, en s'épaulant au travers de nos discussions théorico-cliniques enflammées, merci.

Des remerciements sont de rigueur pour Thibault, Laura et Elsa, membres de l'Association Libre, auprès de qui j'ai pu confronter mon travail et ma pensée à maintes reprises et qui ont été également présents pour les moments de jachère nécessaire.

Une pensée se tourne également vers Thibault M. et ses réflexions faussement fermées d'esprit. Nos incalculables débats ne s'arrêteront pas là.

Merci à Olivier et Noémie, deux amis très proches qui m'ont subi tout du long de ces années et qui jamais n'ont flanché.

Et merci à tous mes autres amis qui ont dû composer avec mon emploi du temps, mes obligations et mes absences répétées. Cela changera désormais.

Un grand merci à ma famille qui m'a soutenu tout du long de ces années de travail et qui ne cessera pas pour la suite. Je les sais fiers d'être arrivé là aujourd'hui et je ne saurais leur exprimer ma gratitude pour ce qu'ils m'ont apporté, tous.

Ce travail est tout particulièrement dédié à Anouck Etiembre sans qui rien n'aurait été possible. Par son soutien indéfectible dans les moments les plus durs, ses encouragements, nos discussions incessantes qui ont fait émerger la réflexion qui va suivre, sa présence au quotidien à mes côtés, ses sacrifices et ses coups de pieds symboliques, elle a su rendre réelle cette thèse et m'insuffler un courage que je n'imaginai pas. Je ne pourrais lui dire merci à la hauteur de ce qu'elle a permis.

A Crapulette, l'heureuse surprise. Je sais que ton père sera tout autant investi à tes côtés qu'il a été dans ce travail.

Enfin, à toi Papy-Jean, parti trop tôt pour lire ces lignes. Tu m'accompagnes en pensées depuis ton départ.

Table des matières

I.	Introduction	13
II.	Le cancer et la psychanalyse	19
A.	La traversée du cancer	19
1.	Son annonce.....	19
2.	L’objectivation médicale.....	22
3.	La relation soignant-soigné avec le sujet laryngectomisé	24
B.	Une guérison possible ?	26
1.	Notion de rémission.....	26
2.	Les traces de la maladie	28
3.	L’impossible retour à la vie d’avant	30
III.	Quelle approche dans cette recherche ?	31
A.	Un psychologue en chirurgie oncologique ORL	31
1.	Les services d’ORL	31
2.	La psychologie dans ces services	35
B.	La rencontre d’une clinique silencieuse.....	36
1.	Quelle posture du clinicien ?.....	36
2.	L’oralisation des écrits et du corps, pourquoi faire ?	38
3.	Lapsus calami et lapsus lectionis.....	40
C.	Le recueil des données.....	41
1.	L’entretien clinique	42
2.	L’observation clinique	44
3.	L’équipe soignante	45
4.	Entendre ces données : la pathoanalyse	46
IV.	Une théorisation de la voix	49
A.	Les voix sonorisées.....	49
1.	Voix physique et laryngectomie totale	49
2.	Voix artificielle et voix subjective.....	51
B.	Voix et psychanalyse	53
1.	La pulsion chez Sigmund FREUD	54
2.	La notion d’objet a	56
3.	L’avènement de la voix comme objet a	58
4.	L’objet voix au-delà du sonore.....	62
5.	L’importance de la perte pour l’invocation	65

C.	Pour d'autres dispositifs de la pulsion invocante	69
1.	Le corps et son geste.....	69
2.	Le signifiant énigmatique, une part d'invocation ?	70
3.	Corps érogène et pulsion invocante	72
4.	La voix de l'écrit	73
D.	L'objet-voix dans la perte de la voix physique	77
1.	La désirectomie partielle.....	78
2.	Théorie du destin pulsionnel	80
3.	Le glissement : entre deuil et mélancolie	82
E.	La voix dans l'après hospitalisation	84
1.	L'image du corps et le schéma corporel	85
2.	Les nouvelles voix : VO et VTO.....	87
3.	Le passage du seuil.....	88
4.	Quelles possibilités pour la pulsion invocante ?	89
5.	La place du trachéostome dans la vie pulsionnelle	91
V.	Problématique et hypothèses de la présente recherche	93
A.	Problématique	93
B.	Hypothèses	94
C.	Intérêt de la recherche	95
VI.	Situations cliniques	97
A.	Une voix à tout prix.....	97
1.	Monsieur A : sous les vents d'Eole.....	97
2.	Pour ne pas perdre la face	99
3.	Madame P : la victoire de Poséidon.....	102
4.	Rester parlante et désirante	105
5.	Faire face avec sa structure psychique	109
B.	Vivre la perte.....	110
1.	Madame AR : à la recherche du fruit du loto.....	111
2.	Qu'investir ?.....	114
3.	Monsieur U : l'affrontement des Sirènes.....	119
4.	The show must go on	123
5.	Monsieur R : l'absence de Nausicaa	128
6.	L'inacceptable Réel	131
C.	La laryngectomie partielle	134

1.	Monsieur AQ : les traces de Scylla	134
2.	Sa voix à tout prix.....	136
3.	Monsieur B : de Charybde.....	138
4.	Quand la guérison partielle ne suffit pas.....	141
VII.	Discussion.....	145
A.	La traversée du Nirvana	145
1.	L'état nirvanesque de la désirectomie partielle	146
2.	Mélancolie et glissement	151
3.	Désirectomie et avocation	154
4.	La pulsion invocante face à la laryngectomie totale.....	156
B.	Entendre les corps	159
1.	Vestiges de la voix physique	159
2.	L'écrit, une autre extension possible du corps	162
3.	Corps douloureux, corps expressif.....	167
4.	Sonoriser pour faire entendre ?.....	171
C.	Un trou comme bordage.....	173
1.	La place de l'éducation thérapeutique	174
2.	Jouer avec le bord	177
D.	Objectaliser pour soigner.....	180
1.	De l'importance du discours médical.....	181
2.	Être « Autre » à l'hôpital.....	184
E.	En guise de première conclusion	187
1.	Mise en lien avec les hypothèses de départ.....	187
2.	Parcours de la pulsion invocante	189
3.	Jouissance et réalité.....	190
4.	Ce que nous apprend la laryngectomie de la pulsion invocante	193
5.	Pour compléter la théorie.....	195
VIII.	Si nous allions plus loin	201
A.	Pulsion invocante et dysphasie.....	201
1.	« Madame Co, 25 ans, dysphasique »	201
2.	Voix et dysphasie	203
B.	Désirectomie partielle : un concept déployable ?	205
1.	Balade fictionnelle au pays de la désirectomie.....	205
2.	Au-delà de l'acte : l'accident.....	206

C.	Limites de cette recherche.....	207
1.	L'étude qualitative	207
2.	Une trop grande spécificité.....	209
IX.	Conclusion : vers la fin d'une odysée	211
X.	Bibliographie	217
XI.	Webographie	225
XII.	Index <i>nominum</i>	227

« La psychanalyse place entre les mains du chercheur une torche qui éclaire les recoins les plus obscurs et balaie les puits les plus profonds. Son faisceau plonge jusqu'aux tréfonds et rend transparent ce qui frémit et s'agite dans le secret de l'enfer »

Théodore REIK¹

¹ Reik, T. (2002). *Ecouter avec la troisième oreille*. La bibliothèque des introuvables, p. 6.

I. Introduction

La voix est un étrange phénomène. Jean ABITBOL² nous offre une histoire de manière très complète : de son apparition à ce qu'elle est aujourd'hui, en passant par les différentes façons d'en jouer, il en fait l'outil de la survie humaine³. Les adjectifs pour la qualifier sont innombrables, et les manières de l'étudier le sont tout autant ! Chantante, criante, murmurante, *et cætera...* et également absente. C'est ce dernier point qui nous intéressera tout particulièrement dans cette recherche. La voix peut s'absenter de diverses manières. La plus connue est l'aphonie qui peut avoir une cause psychique (symptôme de conversion) ou bien physique, par une trop forte irritation des cordes vocales (lors d'une forte utilisation de celles-ci pendant un concert par exemple). Au-delà de l'aphonie, il existe une autre situation, moins courante, qui peut entraîner de grandes modifications vocales, jusqu'à la perte totale de la voix : le cancer de la gorge. Ce cancer, autrement appelé « cancer des voies aéro-digestives supérieures », nous apparaît comme un grand oublié de la psychologie, notamment d'orientation psychanalytique. Peut-être parce que justement, ce type de cancer s'attaque au larynx et donc à la parole, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de dire oralisé possible pour la personne qui subit une laryngectomie totale, cette opération chirurgicale consistant en l'ablation du larynx pour faire face au cancer. Ces êtres subissant cette opération deviennent des « laryngectomisés », des sans-larynx, qui peuvent se rejoindre sous l'égide associatif des « Mutilés de la voix ». Les mots choisis par cette association sont forts, nous renvoient au lexique de la guerre et de ses ravages, mais reflètent bien le parcours qu'ils ont dû traverser, et ce que leurs voix ont dû subir : sans larynx, c'est la voix qui est amputée.

Nous pourrions dire du cancer de la gorge qu'il tend vers le silence. Silence absolu de la mort, ô combien importante et encore symboliquement ancrée dans le mot même de « cancer », mais également silence vocal : par le développement de la tumeur au sein même du larynx, la quantité d'air pouvant se frayer un chemin diminue au fur et à mesure. Et si la tumeur s'étend à la mâchoire ou à la langue, l'articulation s'en retrouve diminuée et les mots ne peuvent plus se former. La parole s'éteint petit à petit jusqu'à ce que le corps suive. Bien sûr, cela engendre également d'autres conséquences comme des difficultés à déglutir, et donc à s'alimenter, des perturbations respiratoires, car l'air sert avant tout à cela, et tout un panel de

² Abitbol, J. (2013). *L'odyssée de la voix*. Flammarion.

³ *Ibid*, p. 38.

symptômes comme des toux encombrées fréquentes et persistantes. Un vrai « cataclysme de l'oralité »⁴ !

La recherche médicale, pour combattre ce type de cancer, s'est beaucoup développée. Si la première laryngectomie totale a eu lieu le 31 décembre 1873⁵ et que ses conséquences n'ont pas été à la hauteur des attentes, nous pouvons dire qu'à l'heure actuelle, le cancer de la gorge fait face à une véritable opposition thérapeutique : chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie et chirurgie sont les principaux outils. Cette dernière est généralement utilisée dans les cas où les autres options n'ont pas, ou ne peuvent pas, fonctionner. Dans ces cas, l'objectif principal est de conserver autant que faire se peut le larynx : la laryngectomie partielle permet de n'enlever que la partie du larynx touchée par le cancer. Si la tumeur est trop importante, alors il faut enlever l'organe dans son entièreté et la laryngectomie est totale. Mais au travers de toutes ces possibilités curatives, la voix est affectée, elle subit qu'importe le soin ; la voix aura des séquelles de ce cancer.

En nous penchant sur les cas les plus graves, la voix est littéralement enlevée du corps. Par la laryngectomie totale, l'instrument principal de l'oralisation, le larynx, est ablaté. Il s'agit là du paroxysme du cataclysme que nous évoquions. Et cela commence dès l'annonce de la chirurgie. Il est conseillé implicitement ou explicitement aux patients de se préparer à perdre la voix (entre autres pertes), d'imaginer de ne plus pouvoir user de la voix comme il en était jusqu'à maintenant. Un imaginaire impossible, inconcevable, tant la voix nous est intime depuis la naissance. Se penser sans voix, définitivement, reviendrait à se penser mort. Mais cette annonce n'est pas une annonce sans espoir. La question d'une voix de substitution peut être abordée. Mais là encore, chacun y met de ses représentations pour combler l'absence d'imaginaire. Nous concevons aisément la difficile représentation de la perte de la voix, ses conséquences, et ce, jusqu'au réveil après l'opération et l'imposition dans le Réel de cette absence.

Malgré l'angoisse mobilisée avant l'opération et les techniques de chacun pour se préparer à ce réveil sans-voix, la perte réelle peut apparaître comme un traumatisme. S'y confronter, c'est réaliser de force ce que cela implique, avec une obligation de « faire avec » ou de se laisser mourir. Les enjeux psychiques nous apparaissent nombreux et des plus importants. Sans oublier que, associé à cette perte, et comme toute opération, il y a un temps de convalescence plus ou moins important durant lequel tout n'est pas gagné en ce qui concerne

⁴ Harrus-Révidi, G. (2007). La laryngectomie, un cataclysme de l'oralité. *Champ psychosomatique*, n° 48(4), 145-152.

⁵ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découration*. l'Harmattan, p. 32.

la survie du corps : il doit cicatriser, se rééquilibrer, ne pas faire de fistule⁶, pour ensuite pouvoir avancer. Durant ce temps d'attente qui se fait généralement en hospitalisation, la voix physique est perdue, ce qui rend la communication difficile.

C'est par l'écrit et par le geste que la parole (re)prend forme et que la communication s'ouvre de nouveau au cours de cette hospitalisation, par obligation ou par impulsion de l'équipe soignante. Un peu par analogie du parent face à son enfant, l'équipe doit traduire le geste du patient par essai/erreur jusqu'à proposer une réponse qui satisfasse le patient. Lorsque c'est par l'écrit que la réponse du patient se fait, il y a un temps de réponse plus long (le temps de l'écriture) mais qui permet une réponse plus précise à la question posée, laissant moins de place à la spontanéité du sujet. Corps et écriture viennent remplacer l'oral comme moyen d'expression, avec toujours des tentatives d'émettre un son. Tentatives qui resteront vaines dans la majorité des situations.

Jusqu'à ce que, par la même main médicale qui a retiré le larynx, un implant phonatoire soit posé. Un larynx artificiel qui va refaire le lien perdu entre la trachée et l'œsophage. De cette nouvelle union peut naître une voix, appelée Voix Trachéo-Œsophagienne ou VTO. Nouveau basculement possible dans la communication : l'écriture et le corps peuvent de nouveau laisser place à une nouvelle oralisation. Ce nouveau dispositif vocal va cependant nécessiter un rituel corporel : une pression digitale est requise sur la canule placée dans le trachéostome – nom de l'orifice laissé par l'opération à la base du cou. Une nouvelle pratique vocale que le patient doit s'approprier, notamment par un long travail de réapprentissage de la parole aux côtés d'orthophonistes. Cette voix est également très différente de la voix naturelle : beaucoup de laryngectomisés évoquent une voix robotisée, froide. Le travail d'acceptation de cette voix peut être long.

Et une fois la VTO acquise, nous pourrions penser que les épreuves de la voix sont achevées, mais l'implant peut faire défaut, doit être régulièrement changé, une énième récurrence est toujours à craindre, *et cætera*. Et quand la VTO ne peut fonctionner, ne peut se mettre en place ou est simplement refusée par le patient, des alternatives telles que la Voix Œsophagienne (VO), une voix éructée, ou le laryngophone dont les vocalités sont d'autant plus particulières, peuvent être proposées. Cela implique toujours un long travail de réapprentissage de l'objet vocal et une confrontation avec une voix nouvelle. Parfois, le choix du silence est préféré, pour le reste de la vie.

⁶ Il s'agit d'une connexion anormale entre des organes qui peut se former après une opération, pendant le temps de cicatrisation.

Tel Ulysse partant de Troie dans l'espoir de retrouver Ithaque, la pulsion invocante (nom de la pulsion liée à la voix, nous le verrons plus après) vit une grande Odyssée dans sa confrontation au cancer de la gorge ; elle ne connaît que peu de répit. Tantôt épuisée, tantôt disparue ou encore déformée, le parcours de la voix est parsemé de plusieurs étapes qu'elle doit surmonter si elle veut pouvoir retrouver son Ithaque. C'est à ce long parcours que nous allons nous intéresser au cours de cette recherche. Nous allons tenter de cerner ce qu'il advient de la pulsion invocante – et de ce qui l'entoure – lorsque le dispositif de la voix physique que nous imaginons la convoquer tend à s'effacer, voire à disparaître. Que se passe-t-il pour le sujet lorsque, par le développement du cancer, la voix s'épuise et devient inarticulable ? Une analogie peut-elle se faire avec le cri pur que Michel POIZAT délimite dans l'opéra, ce cri hors de toute signification car inarticulable⁷ ? Et lorsque le chirurgien annonce l'opération, puis enlève le larynx, l'outil même de la voix, que devient la pulsion invocante alors libérée de ce dispositif qui lui permettait d'être en quête de l'objet *a-voix*, de désirer ? Serait-ce là le but ultime de la pulsion enfin réalisé, la réduction au zéro absolu de tension ? Sans oublier la mise en place d'une nouvelle voix artificielle, qui n'est en rien celle du sujet : la pulsion invocante peut-elle s'y investir, y retrouver un dispositif pour quêter et désirer ?

Au travers de ce que d'autres chercheurs et auteurs ont apporté, dans différentes disciplines, et de la rencontre de patients futurs ou déjà laryngectomisés totaux au sein d'un service de chirurgie ORL, nous tenterons de cerner cette Odyssée de la pulsion invocante sur la mer agitée qu'est le cancer de la gorge. Nous n'oublierons pas de prendre en compte la problématique du cancer de la gorge dans sa globalité, même si nous verrons que la pulsion invocante n'est jamais très loin. Il nous apparaît que ce type de cancer est très spécifique à cette pulsion, presque inextricablement lié à elle. Nous allons commencer notre propre voyage au travers du cancer et de ses implications au sein du monde hospitalier. Puis nous détaillerons dans quelle embarcation nous sommes montés, en développant le milieu duquel nous travaillons et avec quels outils. Une fois le contexte posé, cela nous permettra par la suite de faire le tour de la revue de la littérature concernant la question de la voix, notamment en précisant de quoi nous parlerons, et de comment nous entendons cet objet au travers du prisme de cette laryngectomie., pour ensuite poser la problématiques et nos hypothèses de recherche issues de cette théorisation. Viendra la confrontation de la théorie avec la réalité de la clinique

⁷ Poizat, M. (2001). *L'opéra ou le cri de l'ange : Essai sur la jouissance de l'amateur d'opéra*. Métaillé, p. 110.

où nous discuterons de ce qui ressort de nos rencontres pour, enfin, tenter de rejoindre notre propre Ithaque et ouvrir sur un au-delà de cette recherche.

Ulysse n'a pas entamé son périple seul. Partant de Troie, ils étaient plusieurs navires à rejoindre l'île d'Ithaque. Pourtant, face aux mêmes épreuves, tous ne sont pas revenus à bon port. Les Sirènes, les Lotophages, Circé, Charybde ou encore Scylla, tant d'aventures difficiles qui amputent le groupe mené par Ulysse. Seul ce dernier tient bon et fait face à Poséidon et ses tourments.

II. Le cancer et la psychanalyse

A. La traversée du cancer

Poséidon : « *Il peut, non seulement commander aux flots, mais provoquer des orages, ébranler les rochers des côtes d'un coup de son trident, et faire jaillir des sources. Sa puissance semble bien s'étendre non seulement à la mer mais aux eaux courantes et aux lacs* »⁸

1. Son annonce

L'annonce du cancer est un temps qui est communément considéré comme traumatique. Jean-Louis PUJOL, dans sa thèse qui porte sur le sujet, nous explique que « la prééminence statistiquement significative des ré-expériences intrusives, la relative impossibilité de comportement d'évitement, et surtout l'impact du trauma sur la qualité de vie du sujet et du proche légitime la qualification de l'annonce du cancer comme climat traumatique »⁹. Dans le temps que nous pourrions qualifier de « préannonce », d'avant l'annonce faite par le médecin, le sujet se prépare à cet événement par de l'angoisse ; angoisse de l'attente des résultats des examens médicaux, première déliaison du symbolique qui se fait face à l'impossible symbolisation du réel qui est sous-tendu. Sigmund FREUD nous explique que « le terme d'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu »¹⁰, un état pour faire face au réel qui s'annonce par une tentative de représentation de celui-ci. Or l'annonce de la maladie est une effraction du réel, car l'angoisse, malgré sa caractéristique « entre le réel et l'imaginaire »¹¹, n'est pas suffisante pour faire face aux incertitudes du réel qu'amènent avec elle cette annonce. Hélène SIGAUD rajoute que

⁸ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 390.

⁹ Pujol J.-L. (2012). *L'annonce du cancer, entre corps-symptôme et langage traumatique* [Thèse de doctorat, Université de Paul Valéry – Montpellier 3]. Thèse-en-ligne. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00755418/document>, p. 76.

¹⁰ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 50.

¹¹ Sigaud, H. (2015). Pour une clinique du réel en cancérologie. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 53-68). Érès, p. 54.

« psychiquement parlant, [...] l'annonce d'une maladie comme le cancer s'apparente à une rencontre avec le réel : le réel de la mort »¹².

L'annonce de la laryngectomie totale comme thérapeutique dans ce cadre est alors une grande étape pour le sujet car « à la différence de l'annonce du cancer du larynx, l'annonce de la laryngectomie génère des incertitudes encore plus floues. La rupture biographique et les transformations temporelles sont parfois envisagées, mais certainement pas intégrées »¹³. Lors de cette annonce, le médecin explicite au mieux les conséquences d'une telle opération avec, en aval, une reprise par l'infirmière d'annonce présente lors du rendez-vous. L'annonce est faite en rapport avec le cancer, il s'agit le plus souvent d'une annonce de récurrence de ce dernier. S'ensuit, lors de ce temps, le développement des thérapeutiques nécessaires et donc, dans certains cas, de l'ablation totale du larynx. L'objectif est alors d'ablater la tumeur qui s'y est installée. Emmanuel BABIN nous explique que « il est très difficile d'expliquer en quinze minutes une intervention avec ses retombées et encore plus une laryngectomie totale et ses conséquences »¹⁴, malgré le fait que le médecin va prendre le temps d'être exhaustif pour que le patient puisse avoir en main tous les éléments pour prendre sa décision. D'où l'importance de l'infirmière d'annonce, poste clé apparu avec les « Plans Cancer ». Cette dernière reçoit le patient à la suite de l'annonce pour reprendre avec lui ce qui a été entendu, compris et ce qui nécessiterait un temps de développement plus important. Lors de ce temps d'échange, le patient est également invité à poser toutes les questions qu'il souhaite. « Le cadre réglementaire du dispositif d'annonce est la mesure 40 du Plan Cancer 2003-2007. Cette consultation a été décidée pour humaniser la cancérologie et faciliter l'implication du patient dans la décision thérapeutique »¹⁵, autrement dit, il s'agirait, pour le sujet, de faire face à ce réel brutalement arrivé par la mise en sens du soin à venir : venir combler les incertitudes du réel (puisqu'inimaginable !) par les certitudes du savoir médical. « De façon générale et dans l'idéal, ce type de dispositif permet d'éviter l'exigence d'un ajustement rapide à « un nouveau monde » ou encore que l'adhésion au principe de traitement ne s'acquière sur une occultation des événements immédiats »¹⁶, mais cet ajustement rapide, autrement dit ce que fait le sujet de cette confrontation au réel, ne peut être totalement évité.

¹² *Ibid*, p. 66.

¹³ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découragement*. l'Harmattan, p. 66.

¹⁴ *Ibid*, p. 34.

¹⁵ Babin, E., & Grandazzi, G. (2018). Un système paradoxant ? Soignants et prise en charge des patients en cancérologie des voies aéro-digestives supérieures. In *Le cancer : Un regard sociologique* (p. 184-199). La Découverte, p. 184.

¹⁶ Jeannin, N., Pelletti, C., & Dany, L. (2012). La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : Place et enjeux de la dimension psychologique. *Pratiques et Organisation des Soins*, 43(3), 177-185, p. 178.

Les réactions directes résultant de l'annonce du cancer et de l'opération sont très variées allant de la sidération et du gel de la pensée à l'explosion de violence tournée vers l'extérieur ou vers soi. « Face à l'insuffisance du symbolique à recouvrir le réel, chaque sujet doit inventer quelque chose pour faire avec l'irruption du réel »¹⁷, et ce temps de reprise avec l'infirmière est amené comme une proposition d'outil, en urgence, pour faire face au réel. Nous y entendons ici l'idée du savoir comme défense : plus le patient sait, connaît et comprend la maladie et le parcours qu'il va traverser, plus il peut se représenter, symboliser un après et faire face au présent ; « la science est, en effet, par nature une entreprise de symbolisation du réel dont *a priori* rien ne saurait lui échapper, en tout cas dans ses aspirations imaginaires »¹⁸. L'idée germant dans le service au moment de nos interventions est de pouvoir, en plus de l'infirmière d'annonce, proposer des rencontres avec les orthophonistes, des bénévoles des « Mutilés de la voix » et un psychologue. Toujours dans cette idée de préparer le patient (et de manière incidente, son pare-excitation¹⁹) par le savoir de la science.

Dans le cas de l'annonce de la laryngectomie totale, nous pourrions entendre ce savoir également comme une possibilité pour le sujet de ne pas perdre l'investissement pulsionnel que peut porter la voix dans une projection de la voix artificielle à venir – puisque lors de ce temps est évoqué également la possible voix artificielle après l'opération ; une solution pour ne pas se couper pulsionnellement du monde sonore dont nous verrons plus loin les enjeux qu'il représente pour la pulsion invocante. Mais cela dépend de nombreux autres facteurs, propres à chacun et qui ne permettent pas de prévoir complètement les conséquences d'une telle annonce. Le subjectif ne peut être prévisible. Ainsi, ce temps d'annonce se veut proposition de sens sur la maladie : il y a un partage du savoir dans l'objectif que le patient s'implique dans son parcours de soin. Cependant, tout ce qui est de l'après opération ne peut être que du statistique et laisse ainsi place à l'imaginaire du sujet. Ne serait-ce que sur la question de la réussite de l'opération : « il y a 95% de chance que cela fonctionne » sous-tend les 5% restant et le gouffre que l'angoisse peut tenter de combler.

¹⁷ Bendrihen, N. (2016). *Écritures et réel du cancer : Gratter le mur*. Le Bord de l'eau, p. 72.

¹⁸ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. M talli , p. 208.

¹⁹ Puisque c'est bien ce dernier qui se voit dépasser par le Réel.

2. *L'objectivation médicale*

Cette annonce est pensée dans une logique de baliser et d'accompagner au mieux le patient pour qu'il ne soit pas un frein au soin tout en étant actif de celui-ci. « L'hôpital veut soigner, organiser les soins, méthodiquement, efficacement ; et la peur, c'est que les corps se mettent à interroger, à prendre du temps, par leurs questions, à demander autre chose que les soins. On verrait ainsi qu'ils sont très différents les uns des autres ; atteints du même symptôme, peut-être, mais uniques dans leur histoire et dans leurs mots ; donc impossible à régler. Et respectable. »²⁰ Cette réflexion de Nicole MALINCONI, datant de 1985, n'a pas perdu de sa pertinence. Elle nous montre ce vers quoi tend la technique médicale : à la réduction d'un sujet malade à un corps malade, à une maladie. Il y est évité les traces d'une subjectivité latente. Le dispositif d'annonce serait un outil de cette réduction au corps malade, dans le cas du cancer. Par l'accroche symbolique au discours médical qu'il propose, nous l'avons vu, il tend à imposer sa vision de la maladie au patient. Ce mouvement daterait des débuts de la médecine moderne, selon Roland GORI et Marie-José Del VOLGO : « Au XIX siècle, les fondements conceptuels de la médecine moderne se trouvent établis. La cause spécifique des maladies, la rationalisation scientifique de la méthode anatomo-clinique, la méthode expérimentale épurent et dépouillent le savoir médical du sacré, des aspirations à une causalité absolue et conforme au système de valeurs en cours »²¹.

Cette quête étiologique de la maladie, ainsi que des conséquences et du fonctionnement de celle-ci, a permis une incroyable avancée dans le domaine de la santé. Mais du fait de cette méthodologie, l'histoire subjective, ce qu'en dit et ce que vit le malade, est oubliée, mise au ban de la technique scientifique médicale. Il n'y aurait plus de malade à soigner, seulement des maladies à traiter. À tel point que, comme nous le dit Jérôme ALRIC, « dès que l'on sort de la stricte logique médico-expérimentale appliquée à un malade, on s'aperçoit que l'humain parasite les phénomènes et que surgit la complexité. C'est avec effroi et angoisse que les médecins prennent quelquefois conscience que le sujet est là, encore vivant, bien présent dans le malade »²². Nous sommes là en présence de ce que l'on appelle l'objectivation du sujet. Le sujet tend à se réduire à un corps-objet pour la nécessité du soin, pour la santé et la vie. Ne nous méprenons pas, il s'agit là d'une passivation nécessaire du côté du soigné, mais également du

²⁰ Malinconi, N. (2017). *Hôpital silence*. Communauté française de Belgique, p. 105-106.

²¹ Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2009). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*. Flammarion, p. 33-34.

²² Alric, J. (2015). Introduction. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 15-24). Érès, p. 15-16.

côté médical et soignant. « Cette objectivation du corps du malade, c'est la livre de chair que le malade comme le médecin, mais différemment, doivent payer pour satisfaire les obligations imposées par la rationalité scientifique en médecine »²³, et sert comme un mécanisme de défense protégeant soignés et soignants de l'angoisse par la tentative de mise en sens du réel de la mort qu'apporte avec elle la maladie grave. Cela doit se faire dans un mouvement de co-construction du soin, où les acteurs – et principalement le malade – acceptent cette condition d'objectivation. Jean-Marie KLINKENBERG nous dit que « le soignant est ainsi, symboliquement, le partenaire essentiel que le malade se donne alors dans sa nouvelle société [l'hôpital]. Le « bon malade », c'est celui qui recherche l'aide du partenaire et lui offre sa collaboration. Mais la seule collaboration possible, c'est la sujétion. Il y a donc une forme d'ablation chez le patient, il reconnaît son nouveau statut, et lui immole l'individu qu'il était »²⁴

Et même si « il n'est pas rare également de rencontrer des sujets qui, plus ou moins consciemment, préfèrent se perdre dans les rets de l'objectivation médicale ou du discours soignant plutôt que de faire l'effort de rester eux-mêmes »²⁵, on entend qu'il y a toujours de la subjectivité, du sujet qui vient pointer le bout de son désir au travers de tout cela. Et à l'heure actuelle, pour faire face à ce désir quand il vient à l'encontre du soin, il y a une demande, une obligation de faire intervenir des psychologues dans les services. Psychologues qui sont alors fantasmés comme maîtres dans ce domaine « technique » qu'est la subjectivité. En oncologie notamment, c'est au travers des différents « Plans Cancer », à l'initiative de Jacques CHIRAC en 2003, que le psychologue fait une entrée remarquée dans le monde hospitalier. Il fait partie d'un « plan » visant « les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades » mais « aussi à améliorer la qualité de vie des personnes touchés pendant et après la maladie pour leur donner leur place dans la société »²⁶. Le psychologue, par ce biais, vient prendre place dans un objectif de santé au sens qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir « un état de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁷. Selon Roland GORI et Marie-José Del VOLGO, cela « génère dans les populations des espoirs quasi messianiques à l'adresse des médecins des établissements sanitaires et des institutions de

²³ Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2009). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*. Flammarion, p. 93.

²⁴ Klinkenberg, J.-M. (2017). Postface. In *Hôpital silence* (p. 173-201). Communauté française de Belgique, p. 189.

²⁵ Alric, J. (2015). Introduction. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 15-24). Érès, p. 23.

²⁶ <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/les-plans-cancer>

²⁷ <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

vigilance sanitaire »²⁸, et renforçant dans le même mouvement, l'adhésion du malade au protocole de soin proposé et à l'objectivation nécessaire à son bon déroulement. Le psychologue doit alors entendre et soigner la subjectivité du malade dans une logique protocolaire, du moins en théorie. D'orientation analytique, nous pouvons entendre sa place différemment, en faisant un « pas de côté », comme nous en parlent les auteurs de « Rester vivant avec la maladie »²⁹. Selon eux, le psychologue doit décaler les discours, des soignés comme des soignants, doit faire émerger du sujet dans les discours sur la maladie. « L'idée est de dire qu'il y a un reste à la stricte approche médicale, reste qui ne ressort pas de la stricte approche médico-expérimentale rationnelle »³⁰, et c'est par ce reste, par cette subjectivité latente, que le psychologue peut effectuer son pas de côté, s'il arrive à se défaire de la symbolique que peut avoir la blouse blanche pour le patient, celle d'un membre de la tribu soignante comme un autre³¹, mais nous reviendrons plus tard sur ce point. La place du psychologue est donc très particulière dans le milieu de la maladie somatique, et notamment cancéreuse, dans le sens où il doit faire face à une érosion du subjectif et à une uniformisation des malades avec pour « fiche de poste », l'idée d'un soutien du patient au travers de ce parcours.

3. *La relation soignant-soigné avec le sujet laryngectomisé*

Cette objectivation médicale n'est pas, en elle-même, l'apanage des services d'oncologie, et encore moins celui des services d'Oto-Rhino-Laryngologie. Avec ce que nous avons exposé ci-dessus, nous entendons que cela concerne le monde de la maladie somatique, avec peut-être l'idée d'une accentuation dans les cas de maladies dites « graves ». Cependant, dans le cas de services de chirurgie ORL, la question se pose du rôle que vient jouer l'absence de voix dans l'objectivation médicale. Claude JACOB raconte en poésie son expérience de la laryngectomie totale : « Lorsque vient le réveil, après l'opération. / Quand les lèvres remuent pour lier conversation, / Mais qu'aucun son ne sort ! C'est un gouffre qui s'ouvre... / Et, dans

²⁸ Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2009). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*. Flammarion, p. 167-168.

²⁹ Alric, J. (2015). *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs*. Érès.

³⁰ Alric, J. (2015). Introduction. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 15-24). Érès, p. 16.

³¹ Itier, E. (2015). Du service de dermatologie au service de *Chaque-Un*. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 85-96). Érès, p. 88.

les yeux fiévreux, que les paupières couvrent... / L'angoisse, la panique emplissent les pupilles, / Cheminent lentement... et dans le cerveau vrillent ! / Bien prévenu pourtant par le corps médical / Que, larynx enlevé, c'est le silence total »³². C'est ce même « silence total » que, du côté soignant, nous retrouvons comme source d'une intersubjectivité défaillante : « Ils ont beaucoup de mal à extérioriser parce qu'ils n'ont pas la parole »³³. Ce silence de la parole est, dans un premier temps, vécu comme un isolement dans la relation, tant pour le soigné que pour le soignant. « En leur présence, je me sens tellement démunie »³⁴ confie Mireille CHEVALEYRE. Mais cela ne saurait être réel, dans le sens où il s'agit d'un imaginaire que de penser le dialogue rompu par l'absence de la voix orale. Comme le souligne Claude JACOB, dans la suite de son poétique témoignage, ou Hélène AELTERMANN, nous racontant ses rencontres avec les personnes laryngectomisées, le dialogue peut être bel et bien présent si l'on tend plus attentivement l'oreille, ou dans ces situations, l'œil : pour l'un, le dialogue passera par l'écriture, pour l'autre, par le regard qui en dit long. Il s'agit donc, dans un service de chirurgie ORL, d'une clinique où le dialogue, la possible entrée en communication des personnes sans voix, doit se faire sur l'appui du soignant « partenaire », comme nous l'évoquions plus haut. Sans le soignant, pas un mot, pas un cri, pas de parole. Rien que des mots posés sur une feuille volante ou une ardoise effaçable, des gestes brassant l'air ambiant, ne pouvant atteindre l'œil de l'interlocuteur recherché.

Au point où nous en sommes de cette réflexion théorique, nous pouvons déjà entendre une ébauche de ce qui se joue dans la relation soignant/soigné auprès de patients laryngectomisés. L'objectivation médicale apparaît comme étant une nécessité pour le soin prodigué et la bonne tenue des protocoles qui sont proposés par la science médicale. L'idée sous-jacente à cette objectivation est qu'en s'y pliant, le malade met plus de chance de son côté pour retrouver sa santé perdue. Mais le sujet se fait toujours entendre, il ne peut disparaître complètement pour laisser place à un simple corps malade. Il ne cesse de se faire remarquer. L'absence de voix qu'amène avec elle la laryngectomie totale semblerait avoir une conséquence particulière dans la relation : elle amène le silence. Un silence du sujet qui affecte les deux parties de la relation. Et il apparaît difficile de se faire entendre si, ne pouvant imposer une

³² <https://mutiles-de-la-voix-pays-de-la-loire.fr/litterature/>

³³ Aeltermann, H. (2014). Que les patients ne perdent pas la face. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 118(3), 69-74, p. 72.

³⁴ Chevaleyre, M. (2018). Ces personnes, dont la parole est empêchée. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 133(2), 63-64, p. 64.

voix, les patients laryngectomisés ne sont pas entendus dans leurs écrits ou dans leurs corps par les soignants qui doivent s'occuper d'eux. Pourrions-nous entendre dans ces situations un impossible refus de l'objectivation médicale ? Ce serait prendre un raccourci que de ne voir que l'impact sur la communication de l'absence de voix, mais celui-ci n'est pas négligeable. La voix reste bien plus qu'un outil de communication, comme nous le verrons plus après.

B. Une guérison possible ?

Les Lotophages : « Ils accueillirent le héros avec hospitalité, et lui donnèrent à manger d'un fruit dont ils usaient eux-mêmes : le fruit du loto, qui faisait perdre la mémoire. Les compagnons d'Ulysse n'éprouvèrent bientôt plus le désir de revenir à Ithaque et Ulysse de les forcer à reprendre la mer »³⁵

La question que nous sommes tous amenés à nous poser lors d'une maladie est bien : « vais-je guérir ? ». Question tout ce qu'il y a de plus normal, signant par là même un faire face aux angoisses de mort. La guérison signifie un retour à la santé – guérir, c'est recouvrer la santé. Dans la situation d'un cancer, le mot de « guérison » est employé avec parcimonie et laisse volontiers sa place à celui de rémission.

1. Notion de rémission

Nous l'avons vu, la santé consiste en « un état de bien-être physique, mental et social »³⁶ selon l'OMS, or il est très difficile, dans les situations de cancer du larynx, de parler de cet état de bien-être après l'ablation de l'organe – nous le développerons plus après – et de manière plus générale, dans ce que nous pourrions nommer « l'après-cancer ». Ainsi est préféré le terme de rémission, se substituant à celui de guérison. La rémission porte en elle la notion d'éphémère : il s'agit d'une diminution momentanée d'un mal, selon le dictionnaire Le Robert.

³⁵ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 265.

³⁶ <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

« Je suis en rémission de mon cancer » signifierait que le cancer s’efface, petit à petit, mais est encore présent et potentiellement peut reprendre du terrain. Pour parler de guérison du cancer, « arbitrairement, la barre est fixée à 5 ans »³⁷ et traduit ce qui est nommé comme « le taux de survie relative à 5 ans »³⁸. Il s’agit du temps défini par le corps médical à partir duquel les probabilités de récurrences sont moindres ; une rémission au long cours dont le risque que le cancer reprenne existe toujours mais est statistiquement faible.

Mais la santé ne répond pas qu’à une exigence physique et comprend les sphères mentale et sociale. C’est ce que nous transmet Georges CANGUILHEM lorsqu’il parle de la guérison, comme nous le rapporte Laurent BACHLER : « Pour Canguilhem, la guérison ne dépend pas d’un retour à un état antérieur, ni d’un retour à l’équilibre. C’est la capacité de chaque individu à instaurer de nouvelles normes de vie qui permet de sortir de la maladie »³⁹. « Redevenir normal, pour un homme dont l’avenir est presque toujours imaginé à partir de l’expérience passée, c’est reprendre une activité interrompue, ou du moins une activité jugée équivalente d’après les goûts individuels ou les valeurs sociales du milieu »⁴⁰. L’individu redevient normal, guéri, non pas en comparaison à un état antérieur, mais en lien avec sa propre appréciation et son implication sociale. C’est ce qui amène Georges CANGUILHEM à soutenir que « la vie d’un vivant [...] ne reconnaît les catégories de santé et de maladie que sur le plan de l’expérience, qui est d’abord épreuve au sens affectif du terme, et non sur le plan de la science. La science explique l’expérience, mais elle ne l’annule pas pour autant »⁴¹. La santé répond donc à une exigence tant objective que subjective ; tant sur la maladie que sur la représentation qu’a le sujet de lui-même.

Guérir d’un cancer du larynx, retrouver la santé, n’échapperait pas à la définition de l’OMS et cela sous-entend de remplir trois critères. D’une part, l’absence de la maladie vécue comme telle lorsque la maladie, ses conséquences ou ses traitements n’affectent plus le corps du sujet – bien-être physique. D’autre part, le réinvestissement pulsionnel sur des objets extérieurs, un dépassement des conséquences psychiques de la confrontation au Réel – bien-être mental. Et enfin, une identité sociale assumée, avec un positionnement affirmé du nouveau corps à montrer à l’autre dans les activités du quotidien – bien-être social.

³⁷ <https://www.pactonco.fr/remission-et-guerison-du-cancer>

³⁸ <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Suivi/Remission>

³⁹ Bachler, L. (2020). La force de guérir : Ce qui ne nous tue pas nous rend-il plus fort ? *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 90-99, p. 94.

⁴⁰ Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France, p. 72-73.

⁴¹ *Ibid*, p. 131.

La notion de rémission se développe, pour le cancer, comme le cheminement nécessaire à la disparition de la maladie. Mais au vu de ce que nous venons d'aborder, il est intéressant d'entendre la période de rémission comme étant tout aussi bien ce temps que prend le sujet à se reconstruire mentalement et socialement ; ce temps subjectif – et non plus arbitraire – que prend le sujet pour recouvrer un bien-être tant mental que social. Il n'y a qu'un pas pour faire le parallèle entre la rémission et la notion de « travail de la maladie », tout du moins sur son versant psychique. Ce temps nécessaire pour « une appropriation à la fois imaginaire et symbolique des événements vécus par le patient au fil de la maladie et des traitements »⁴² vient servir le but d'une réduction du mal-être psychique en donnant du sens à un Réel effractant et permettre à la vie pulsionnelle de s'ouvrir de nouveau sur d'autres objets que le Moi – instance psychique surinvestie pulsionnellement dans les situations d'effraction psychique par la douleur comme nous le dit Sigmund FREUD⁴³. Il est important de soulever ici qu'il n'est pas rare qu'un sujet ayant traversé un cancer se présente en tant que « cancéreux », mettant en avant sa maladie et ce qu'il a traversé, se définissant même au travers de cette maladie. Cela laisse entrevoir la difficulté qu'à le sujet à sortir psychiquement de sa maladie, les yeux rivés sur l'épée de Damoclès que représente la récurrence. Malgré les 5 années passées après la maladie, son spectre peut rester présent et rendre difficile l'accès à un état de santé complet.

2. *Les traces de la maladie*

Plus précisément, cette période de rémission dans les situations de laryngectomie totale doit faire face à un double handicap, « un témoin apparent du cancer planté dans le gosier et une voix de zombie »⁴⁴. Deux traces respectivement visible et audible du passage de la maladie sur le corps du sujet. Marc MORALI décrit la perception du corps aujourd'hui comme « un objet d'ornement, un *décorps* prié d'épouser la fluidité du genre, ou même un pur instrument propre à la jouissance d'organe »⁴⁵, ce qui, nous l'entendons dans les paroles d'Éric GIRARD, n'est plus perçu ainsi dans sa situation de laryngectomisé total : le corps, dans ce qu'il renvoie à l'autre, n'est plus un objet d'ornement, ne correspond plus aux normes de beauté. Sarah DEMICHEL-BASNIER nous dit que « le trachéostome peut être considéré comme un

⁴² Schwering, K.-L. (2020). Revivre et ne plus être patient. *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 80-89, p. 82.

⁴³ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 79.

⁴⁴ Girard, É. (2016). *Je n'ai qu'une parole*. La martinière, p. 118.

⁴⁵ Morali, M. (2021). Éditorial. Éclats du corps. *La revue lacanienne*, 22(1), 7-11, p. 7.

stigmaté, au sens de Goffman, et appartient à la catégorie des stigmates physiques »⁴⁶, ce qui signifie que, par la présence du trachéostome, l'individu se perçoit et est perçu par l'autre comme étant différent, puisque marqué. Cette stigmatisation est en partie liée aux « normes de santé [qui] participent [...] de l'élaboration des représentations sociales liées à la laryngectomie totale et au mode de vie des personnes laryngectomisées, entraînant ainsi leur stigmatisation comme individus irresponsables et déviants »⁴⁷ : le trachéostome renvoie au cancer de la gorge, qui lui-même renvoie au tabagisme. Ce qui nous amène à une représentation sociale du cancer de la gorge comme étant une conséquence directe du tabac et donc qu'il y a une forte part de responsabilité de l'individu dans son cancer. Représentation sociale que les sujets laryngectomisés possèdent également, ils n'en sont pas exempts, ce qui peut rendre difficile le travail de la maladie, notamment lorsque ces patients sont fumeurs. Les statistiques font le lien entre cancer de la gorge et tabagisme⁴⁸. D'ailleurs, depuis la mise en place des photos « chocs » sur les paquets de cigarettes, est mis en avant le trachéostome comme symbole du cancer du cancer de la gorge et montre bien, si ce n'était pas déjà le cas, ce lien directement fait entre trachéostome, cancer de la gorge et cigarette.

Il y a donc à faire avec ces traces pour que le sujet puisse être guéri comme nous l'avons défini, jusque dans la sphère intime : « la mutilation laryngée semble altérer le désir [sexuel] du partenaire, bien sûr parce que celle-ci ne prédispose guère à l'érotisation, mais parce qu'il est possible aussi que la conjointe n'ait plus le sentiment de faire l'amour tout à fait avec le même homme (érotisation de la voix du conjoint) »⁴⁹. Outre la prévalence masculine des cancers de la gorge qu'Emmanuel BABIN souligne incidemment, il pointe l'impact de la voix artificielle dans les relations intimes et ce qu'elle peut faire entendre d'un autre « à la place de ». Il y a tout un travail identitaire qui doit se faire pour se mettre dans la peau de cet autre que devient le laryngectomisé⁵⁰ et transformer ces stigmates en une part de soi pour ainsi se montrer soi à l'autre – entraînant par la même le bien-être social évoqué. Il est important de rappeler que « la maladie, par la souffrance physique et mentale qu'elle provoque, par les altérations qu'elle apporte aux conditions d'exercice de la vie, en fait éprouver la fragilité et la

⁴⁶ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 151.

⁴⁷ *Ibid*, p. 159.

⁴⁸ Nous noterons à cet égard la première phrase que nous trouvons sur le site du gouvernement canadien dans la rubrique « Le tabagisme et le cancer de la gorge », appuyée par des références statistiques : « le tabagisme cause le cancer de la gorge, ou cancer du larynx » : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/etiquetage-produits-tabac/tabagisme-cancer-gorge.html>

⁴⁹ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découration*. l'Harmattan, p. 169.

⁵⁰ Girard, É. (2016). *Je n'ai qu'une parole*. La martinière, p. 128.

précarité et ouvre le sujet malade au vécu et à la conscience d'un soi vulnérable »⁵¹, ce qui n'est pas sans impacter négativement ce retour à la santé.

3. *L'impossible retour à la vie d'avant*

Les rendez-vous de contrôle post-opératoire, qui s'espacent petit à petit, viennent rappeler tout le parcours de la maladie déjà parcouru, et laissent planer le doute quant à une potentielle récurrence du cancer. Alors quand les 5 ans se passent sans récurrence et que, en théorie, le médecin peut parler d'une guérison du cancer, est-ce une retrouvaille de la santé perdue ? Nous avons vu que, dans le développement théorique que nous proposons, une guérison complète est possible : par l'absence de la maladie, un travail de celle-ci et une reconstruction identitaire incluant les stigmates – trachéostome et voix artificielle. Mais cette santé nouvelle ne saurait être celle d'avant. Passer la rémission et entrer dans la guérison à la suite d'une laryngectomie totale en lien avec un cancer du larynx nécessite d'incorporer de nouvelles normes.

Le patient laryngectomisé doit s'instaurer un « faire avec » constant : faire avec le savoir médical acquis pour gérer son trachéostome et l'appareillage implanté, faire avec la nouvelle voix ou, tout du moins, le nouveau canal de communication, faire avec la relation à l'autre qui se retrouve perturbée, *et cætera*. Pour répondre à la question que nous posons en titre de cette partie : oui, une guérison est possible. Il est possible que la maladie n'habite plus le corps, que la vie pulsionnelle reprenne son cours et que le contexte social soit adéquat – ce triple bien-être prôné par l'OMS peut se réinstaller à partir de nouvelles normes que mettrait en place l'individu. Mais la rémission semble longue et nécessite un chamboulement tant psychique que physique dans la vie du sujet laryngectomisé. Cancer et laryngectomie totale apparaissent comme impactant de manière considérable l'individu à différents niveaux de sa vie. Si la guérison serait possible, le retour à la vie d'avant ne l'est pas, du fait de l'expérience traversée et des stigmates tant physiques que psychiques qu'elle laisse sur son passage. Un véritable parcours du combattant attend le sujet à la suite de la laryngectomie totale.

⁵¹ Delory-Momberger, C., & Tourette-Turgis, C. (2014). Vivre avec la maladie. *Le sujet dans la cite*, 5(2), 33-38, p. 34.

III. Quelle approche dans cette recherche ?

Pour bien comprendre ce que nous évoquons concernant le cancer et son impact, nous allons expliquer les conditions de cette recherche. Nous allons donc développer la place que nous avons prise, les outils que nous avons utilisés et la méthode de recueil des données utilisée. Nous nous attarderons également sur la clinique particulière des « laryngectomisés » : un travail au-delà du monde sonore pour un psychologue clinicien est surprenant, il nécessite une posture en dehors du cadre « classique ». En outre, il s'agit là de tenter de comprendre la réalité de la clinique que nous avons rencontrée avant que nous développions une théorie de la voix qui en émerge directement.

A. Un psychologue en chirurgie oncologique ORL

Nausicaa : « C'est à elle que s'adresse Ulysse, avec d'habiles paroles. Il affecte de la prendre pour une divinité ou une nymphe du fleuve. Nausicaa lui répond et lui promet son aide »⁵²

Il est important de préciser le cadre dans lequel cette recherche se déploie, mais également la place d'un inconnu dans un tel service somatique : le psychologue. Il n'est pas présent au sein des murs du service mais peut être appelé en « renfort » lors de situations précises en lien – nous le verrons – avec des problématiques oncologiques ou de fin de vie. Dans ces cas-là, le psychologue qui intervient dépend du service plan cancer ou du service des soins palliatifs.

1. Les services d'ORL

Commençons par délimiter le champ d'action géographique – si l'on peut dire – de cette recherche. Il y a trois services composant l'ORL au sens strict : le service d'hospitalisation pédiatrique et de chirurgie maxillo-faciale (appelé ORL *b*), ainsi que le service

⁵² Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 310.

d'hospitalisation des autres chirurgies ORL (ORL *a*). Il y a également le service des consultations. Nous mettrons de côté le service d'ORL *b* dans lequel nous ne sommes pas intervenus car il concerne les chirurgies dites de reconstruction, esthétiques et pédiatriques. En revanche, les deux autres services seront traversés par les patients concernés par la laryngectomie totale.

Le service des consultations est généralement le premier que les patients arpentent, s'ils ne passent pas par les urgences. Il s'agit d'y accueillir tout patient qui, comme son nom l'indique, souhaite une consultation avec un médecin ORL ou un phoniatre. Oreilles, nez et gorge sont les organes étudiés par les spécialistes de ce service. Lorsque le patient prend rendez-vous pour une suspicion de cancer (suite, généralement, à des examens et une demande d'avis spécialisé du médecin généraliste), il est immédiatement prévu une consultation d'annonce, à la suite du rendez-vous médical, avec une infirmière de coordination (IDEC), autrement appelée infirmière d'annonce. Parfois, elles interviennent au pied levé lorsque l'annonce n'a pu être anticipée.

Ce rôle est apparu avec la mise en place des dispositifs d'annonce des Plans Cancers que nous avons déjà évoqués. « Le dispositif d'annonce est une mesure du Plan cancer (2003-2007), mise en place à la demande des patients lors des Etats Généraux des malades atteints de cancer organisés par la Ligue Nationale Contre le Cancer. Le patient doit bénéficier d'une prise en charge de qualité au moment de l'annonce de sa maladie »⁵³. L'idée est que l'une des infirmières soit présente lors de la consultation où le médecin annonce la découverte d'un cancer et les différentes possibilités thérapeutiques. La consultation médicale durant peu de temps, le Docteur Emmanuel BABIN nous explique qu'il « est en effet très difficile d'expliquer en quinze minutes une intervention avec ses retombées et encore plus une laryngectomie totale et ses conséquences »⁵⁴. C'est là qu'intervient l'infirmière d'annonce qui, à la suite de l'annonce du médecin, va proposer au patient un temps au cours duquel elle va réexpliquer et vérifier ce qu'a entendu et compris le patient – elle pallie et soutient le discours médical. Au début de ce parcours de soin, elle va se tenir à disposition pour répondre aux questions et proposer, si besoin, d'autres intervenants comme une assistante sociale, un psychologue ou autre acteur du soin. C'est également elle qui, dans ce temps de l'annonce, va aider le patient en lui prévoyant

⁵³ https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/dispositif-annonce-2009-10_0.pdf

⁵⁴ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découragement*. l'Harmattan, p. 34.

ses différents rendez-vous. Elle a le rôle pivot de coordinatrice des soins du patient dans ce début de suivi.

Outre l'infirmière d'annonce, nous trouvons également dans ce service les consultations post-hospitalisations, notamment ce qui va être en lien avec la rééducation vocale et corporelle des patients laryngectomisés, par le biais de phoniatres et d'orthophonistes. Nous avons vu qu'à la suite de l'opération, il y a un nécessaire (ré)apprentissage du corps car « la laryngectomie totale change radicalement les habitudes individuelles incorporées lors de la socialisation primaire encadrant le fonctionnement normal du corps »⁵⁵ : la respiration, la déglutition, la parole, ce qui pouvait apparaître inné, doit être appris. Les orthophonistes sont alors disponibles au sein de ce service, avec pour objectif de proposer aux patients un suivi complet au sein de l'hôpital. Ce n'est cependant pas une obligation, il est tout à fait possible de prendre un rendez-vous avec des orthophonistes libéraux. Il est d'ailleurs à noter que cette organisation des orthophonistes au sein du service s'est développée au cours de cette recherche avec un recrutement de deux professionnelles supplémentaires et un protocole d'accompagnement qui se déploie de manière plus conséquente.

Ce service de consultations, dans le cadre de la laryngectomie totale, est fréquenté par les patients à deux moments de leur parcours : avant l'opération, lors du temps de l'annonce, et après l'hospitalisation, pour les contrôles réguliers de la maladie avec son médecin et la rééducation. Il vient faire SAS d'entrée et de sortie dans la maladie.

Entre ses deux temps de consultation possibles, il y a donc l'opération en elle-même et l'hospitalisation nécessaire. Ce service d'ORL *a* n'est pas, en soi, différent de d'autres services de chirurgie. Il se décompose en trois unités : l'unité ambulatoire, l'unité d'hospitalisation complète et l'unité de soins aigües (aussi appelé les « Box »). Le service ambulatoire accueille les patients pour de « petites » interventions ou des examens un peu plus lourds ne nécessitant qu'une hospitalisation journalière, comme pour un TPO, un examen du « Transit Pharyngo-Œsophagien », nécessaire pour vérifier la bonne cicatrisation de la laryngectomie avant la reprise alimentaire par voie orale. Le service d'hospitalisation complète accueille tout patient ayant subi une opération lourde nécessitant une surveillance et un repos postopératoire. Cela comprend donc la laryngectomie totale, mais également la thyroïdectomie, la madibulectomie, *et cætera*, tout ce qui touche à la chirurgie non-reconstructrice de la sphère ORL. Ce service accueille également, quand il y a de la place, des « hébergements », des patients des autres

⁵⁵ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 109.

services de l'hôpital de « la tête et du cou », quand ceux-ci n'ont plus de possibilité d'hébergement (patient de Chirurgie Maxillo-Faciale, d'ophtalmologie par exemple). Les box de soins aigus sont réservés aux patients en retour des opérations. Il s'agit de quatre petites chambres vitrées avec un infirmier et un aide-soignant dédiés pour une surveillance particulièrement accrue.

L'ORL *a* dispose d'une trentaine de lits, comprenant les quatre en soins aigus. Les chambres sont soit simples, soit doubles. Deux chambres doubles sont équipées de lits monitorés pour certains patients relevant de soins particuliers. Pour gérer l'organisation des chambres, et également l'organisation des équipes soignantes, il y a une cadre de santé qui vient s'occuper de tout le versant administratif et qui veille à la bonne application des consignes. Elle est en quelque sorte la « cheffe » de l'équipe soignante. Elle est secondée par un infirmier de coordination, qui ne fait alors pas partie des équipes tournantes. Il ne fait pas les fameux « 3x8h » mais a les horaires plus classiques de journée, ce qui lui permet de faire un lien entre les équipes du matin et de l'après-midi, tout en étant présent pour gérer le suivi des patients pour l'après hospitalisation. Le reste de l'équipe soignante est composée d'infirmiers (IDE), d'aides-soignants (AS) et d'agents de service hospitalier (ASH). Toutes ces personnes font alors la rotation des « 3x8h », c'est-à-dire qu'elles tournent en trois équipes : celle du matin, de l'après-midi et de nuit qui permettent une présence constante dans le service. La cadre de santé a donc un rôle important dans le parcours de soin du patient, tout en tenant une place particulièrement houleuse, celle d'intermédiaire entre l'équipe soignante et le corps médical.

Ce dernier intervient dans le service, notamment en allant à la rencontre des patients hospitalisés à la suite d'opérations pratiquées. Deux des médecins vont également proposer des réunions « staffs » hebdomadaires. Il s'agit d'un point fait avec les infirmiers et l'interne, auquel le médecin, la diététicienne et l'orthophoniste se joignent pour évaluer au mieux la situation du patient. Cela permet de refaire un point sur le passé de la maladie, de constater son évolution, de modifier les traitements, de demander un passage orthophoniste ou autre, sous l'œil d'un médecin sénior. Il y a donc deux de ces réunions par semaine, une pour chaque médecin qui les organise. Lorsqu'il n'y a pas de réunion staff, il y a toujours un point qui est fait, les transmissions, entre l'équipe et l'interne présent. Cela se fait régulièrement pour ne pas perdre d'informations concernant les patients. Ajouté à cela, il y a également les temps de relève où l'équipe qui arrive prend note par l'équipe partante de tout ce qui a pu se passer en leur absence, de ce qui a été fait et de ce qui reste à faire. L'information doit, et ne cesse de circuler.

2. *La psychologie dans ces services*

Le service Plan Cancer est en lien avec notre propos dans le sens où, comme nous l'avons dit, il n'y a pas de psychologue au sein même des différents services d'ORL. Dans les cas où un patient le demande, ou si l'équipe le travaille avec lui – n'importe quel membre de l'équipe soignante – s'il s'agit d'une problématique en lien avec le cancer, il peut être fait appel au service Plan Cancer, dans lequel travaillent deux psychologues. Ces psychologues interviennent alors dans tout service qui, à l'instar de celui d'ORL, s'occupe en partie de cancérologie sans avoir de psychologue attitré. Ainsi, services de consultation ou d'hospitalisation peuvent faire appel à eux. C'est au sein de ce service que nous avons pu effectuer deux stages de Master et y découvrir, de ce fait, le service d'ORL. C'est cette rencontre, ainsi que les deux mémoires qui en ont résulté, qui nous ont donné l'envie d'aller au-delà de ces premières réflexions.

C'est donc en tant que psychologue doctorant que nous réintervenons dans le service d'ORL, deux années après nos stages. L'arrivée du psychologue dans le service est tout à la fois attendue et rejetée. C'est-à-dire que les patients venant dans ces services sont là pour des problématiques somatiques, et l'équipe soignante se fait en partie porte-voix de cette idée-là : la place de la psychologie n'est pas dans ces services de somatique. *A contrario*, il nous est également renvoyé l'importance psychique que revêt les problématiques oncologiques, ainsi que l'impact que peuvent avoir des opérations mutilantes comme la laryngectomie totale. Ce qui fait que, malgré notre présence au sein des réunions staffs, il y a eu un temps pour admettre et intégrer le psychologue au sein même du parcours de soin des patients laryngectomisés, ou futurs laryngectomisés. Au bout des deux années que nous y passons, il émerge de plus en plus de demandes pour aller à la rencontre de patients, également des patients ne présentant pas de cancer ORL, pour des situations où la non-présence d'un psychologue au sein même du service n'auraient pas entraîné une rencontre « psy ». L'offre a créé – ou révélé ? – la demande.

B. La rencontre d'une clinique silencieuse

Scylla : « *Lorsque le navire d'Ulysse longea la grotte où ce monstre était embusqué, les chiens s'élançèrent et dévorèrent six des compagnons du héros* »⁵⁶

Se positionner en tant que psychologue – imaginé comme expert en subjectivité – dans un tel service n'a pas été de tout repos. Ainsi, il a fallu tout à la fois se positionner avec l'équipe soignante, le corps médical, et, bien entendu, avec les patients que nous rencontrons. Nous allons développer comment nous avons procédé et comment nous avons pensé cette place de funambule au cours de notre recherche.

1. *Quelle posture du clinicien ?*

Pour cerner la posture que nous avons prise au cours de cette recherche, il nous faut nous tourner du côté de la sociologie et de sa définition de l'observation participante. « Tout au long du travail de terrain, l'observateur participant, tout en prenant part à la vie collective de ceux qu'il observe, s'occupe essentiellement de regarder, d'écouter et de converser avec les gens, de collecter et de réunir des informations. Il se laisse porter par la situation »⁵⁷. Il s'agit là des grandes lignes de notre implication au sein du service, que ce soit avec les soignés ou les soignants. Nous devons cependant nuancer : avec les patients, il y avait une introduction à chaque première rencontre de nos intentions de recherche, inexorablement accompagné du désir qui était nôtre de mener à bien cette recherche. Nous avons ainsi pris le rôle de « l'observateur participant : « dans ce rôle, les activités de l'observateur sont rendues publiques dès le début et plus ou moins encouragées publiquement par les personnes étudiées » »⁵⁸. L'objectif pour nous a été de nous laisser porter par les situations, de ne pas (excessivement) s'impliquer dans le milieu d'intervention pour ne pas influencer la dynamique qui y est présente.

⁵⁶ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 417.

⁵⁷ Lapassade, G. (2016). Observation participante. In *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 392-407). Érès, p. 392.

⁵⁸ *Ibid*, p. 396.

Un point important de cette posture adoptée est donc la « relation entre la participation et la distanciation [qui] est un problème majeur de l'observation participante »⁵⁹. Il nous apparaissait impossible de n'être qu'observateur ou participant : nous ne sommes pas que psychologue clinicien ou chercheur, nous sommes les deux. Nous avons donc pris le parti d'arriver au sein du service en tant que chercheur-observateur, avec comme seule implication participante d'aller à la rencontre de tout nouvel arrivant relevant de la laryngectomie. Appuyées par le temps passé au sein du service, par notre présence qui s'est sue au-delà des murs même de l'hospitalisation, les sollicitations au psychologue clinicien que nous sommes ont fini par arriver, et nous ont invité à participer plus activement dans le service. La toile de fond est restée l'observation du rapport entretenu entre le service soignant et la psychologie, toujours avec l'observation du patient et de son rapport à la laryngectomie.

Nous serions alors proche d'une posture d'ethnoclinicien, « celui qui cherche à intégrer les deux approches (ethnographique et clinique) »⁶⁰, puisque nous ne concevons pas une recherche telle que la nôtre sans implication aucune : il s'agit d'une conséquence inhérente à notre présence en tant que chercheur⁶¹. En bref, nous avons un pied dans le service en tant que chercheur qui se veut objectif, ou tout du moins tentant d'être conscient de son propre désir, et un pied en tant que psychologue clinicien n'intervenant que sur demande, avec son éthique et sa déontologie propre. Une approche qui nous semble faire compromis entre notre désir et la posture de chercheur : celui de cerner le service tel qu'il fonctionne dans sa prise en charge de la laryngectomie totale et de son lien avec la psychologie, en ayant le moins d'impact dessus. Nous nous sommes « indigénisés » dans le service⁶².

Précisons cependant que notre place au sein de l'équipe est restée sur ce fil du funambule : sans bureau attitré, nous avons comme lieu de refuge et de reprise des entretiens que la salle de pause. Lieu où l'équipe savait nous trouver et nous poser toute sorte de questions. Nous sentions, au travers de ces questions, l'énigme que nous représentions en tant que chercheur en psychologie. Nous étions celui qui ne cesse d'écrire, avec tout ce que cela porte d'angoissant : « attention à ce que vous dites, il écrit tout ce qu'on dit ! » était une phrase récurrente que nous entendions – phrase que, nous ayant marqué, nous avons effectivement

⁵⁹ *Ibid*, p. 399.

⁶⁰ *Ibid*, p. 403.

⁶¹ *Ibid*, p. 404.

⁶² Marchal, H. (2016). Observation participante. In *Dictionnaire de la fatigue* (p. 601-604). Librairie Droz, p. 603.

notée ! Et il a été difficile de rassurer les équipes quant à notre travail et nos intentions, même après deux ans à leurs côtés.

2. *L'oralisation des écrits et du corps, pourquoi faire ?*

Outre notre positionnement avec les soignants, il a fallu mettre à la réflexion notre posture de chercheur auprès des patients de ce service. Nous avons pris le parti de nous présenter, comme nous l'avons dit, à chaque patient hospitalisé qui a eu à, ou qui allait se confronter à la laryngectomie totale. L'objectif initial de cette démarche était d'avoir une activité *a minima* avec les patients et d'obtenir une ébauche de matériel. Cela a permis de générer une présence dont les patients se sont globalement bien saisis. En aucun cas nous n'insistions lorsqu'il y avait un refus formulé ou que nous sentions une mise à mal par notre présence – notre approche de clinicien nous l'empêchait. Les soignants se sont également saisis de cette démarche et ont, par leur demande, encouragé celle-ci.

Lors de ces premières rencontres, nous avons eu à faire avec l'absence de voix, devenue le sujet de cette recherche, et les comportements de chacun face à l'incompréhension qu'elle pouvait susciter. Nous avons observé que les soignants ont tendance à accepter l'écrit du patient tel quel, sans le lire à haute voix, alors que lorsque le corps s'exprime et prend place dans la communication, l'équipe questionne le sens, dans un objectif clair de bien saisir ce qui est transmis. Cela nous amène à nous-même questionner cette oralisation ou non des écrits et des gestes du patient. Qu'est-ce que cela apporte ? La simple réponse du sens exact dans le geste transmis ne nous satisfaisant pas, nous nous sommes laissés porter par les patients et le ressenti en entretien. Et, assez naturellement, nous constatons que nous oralisons les écrits et les gestes qui nous étaient adressés. « Le silencieux met parfois les nerfs à rude épreuve et induit brutalité ou séduction à son égard pour qu'il rompe le sortilège et donne enfin de sa voix »⁶³ nous dit David LE BRETON, parlant de ce silence sonore que nous impose l'autre. Et nous nous questionnons : qu'est-ce qui nous amène à cette oralisation des écrits et des gestes ? Est-ce là de la brutalité ou de la séduction de notre part ?

Une première explication à cela nous est propre : le silence sonore lors des entretiens et l'appel qui en émane. « Ovide raconte [que les sirènes] n'avaient pas toujours possédé des ailes

⁶³ Le Breton, D. (2011). *Éclats de voix. Une anthropologie des voix*. Métailié, p. 89.

d'oiseau. Elles étaient des jeunes filles compagnes de Perséphone. Lorsque celle-ci fut enlevée par Hadès, le dieu des Enfers, elles demandèrent aux dieux de les pourvoir d'ailes afin de pouvoir la chercher en tout lieu. La naissance des Sirènes trouverait son origine dans une perte qui va entraîner un appel »⁶⁴. C'est l'image qui nous apparaît la plus adaptée pour évoquer ce que nous ressentons : le silence imposé par la perte qui semble appeler en nous une possibilité de retrouvaille sonore par notre voix. Les patients-sirènes nous font vivre leur perte et nous entraînent dans leur besoin d'oralisation que nous leur supposons. Se joue également en nous l'angoisse qu'impose un tel silence : telle la sirène attrayante et mortelle, le patient laryngectomisé ne peut laisser insensible à notre propre rapport au silence. « De la solitude, du silence, de l'obscurité, nous ne pouvons rien dire si ce n'est que ce sont là vraiment des éléments auxquels se rattache l'angoisse infantile qui jamais ne disparaît tout entière chez la plupart des hommes »⁶⁵ nous dit Sigmund FREUD. Le sortilège angoissant du silence que nous impose le patient laryngectomisé semble nous appeler à le rompre par la mise en son d'une parole qui s'en voit privée.

Mais au-delà de ce que peut nous faire vivre la chambre silencieuse du patient et notre seule voix qui résonne entre ses murs, cette oralisation possède également un objectif plus profond : réintégrer de l'Autre, « c'est de lui qu'il s'agit dans la fonction de parole »⁶⁶, celui qui porte le signifiant avec son équivoque, dans un discours pouvant être vécu comme en étant démuné ; briser un silence pulsionnel trop lourd comme nous le comprendrons plus loin. Cela se conçoit différemment que ce soit pour l'écrit ou le geste :

- Pour l'écrit, le jeu d'avec la *lalangue* s'amenuise. « Qu'est-ce que cette *lalangue* ? C'est ce que l'enfant entend de la langue maternelle et ce qu'il en fait, qui va constituer ses éléments signifiants structurés d'une manière particulière, parce que liés à ses rencontres et à son histoire »⁶⁷. C'est aussi, de par cette structuration particulière, « la partie de la langue qui a donc à faire avec l'équivoque, les équivoques auxquelles le sujet va suspendre son désir »⁶⁸. Nous pouvons d'ores et déjà amener l'idée que « l'écrit permet de distinguer l'équivoque du signifiant dans *lalangue* »⁶⁹. Oraliser l'écrit du sujet laryngectomisé permet alors de réintroduire cette équivoque, par le retour qui est fait de l'écrit au patient et la distinction qui

⁶⁴ Vives, J.-M. (2007). Le silence des Sirènes : Une approche kafkaïenne de la voix comme objet a. *Figures de la psychanalyse*, 16(2), 93-102, p. 96.

⁶⁵ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. M talli , p. 64, citant Freud S.

⁶⁶ Lacan, J. (2015). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points, p. 324-325.

⁶⁷ Baïetto, M.-C. (2010). La voix incorpor e. *Analyse Freudienne Presse*, n  17(1), 57-68, p. 67.

⁶⁸ *Ibid*, p. 67.

⁶⁹ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 27.

se fait entre ce qui est dit (à l'écrit) et ce qui est entendu par l'autre (oralisé) – par la difficile lecture par exemple.

- En ce qui concerne le geste, il y a une absence de signifiants avec lesquels nous apprenons le langage. Le geste a à voir avec le signe. Ce dernier tente de signifier, sans écriture sur laquelle s'appuyer, comme le dire renvoyant à une graphie du mot prononcé. Le signe n'est pas signifiant en soi. Oraliser le geste du sujet est alors à entendre comme la significantisation du signe, tout du moins une tentative de significantiser, c'est-à-dire proposer un signifiant au geste qui est émis – là où le sujet sourd-muet apprend une langue des signes tout à fait signifiante. En outre, il s'agit de proposer une langue du geste, qui serait propre au patient, dans laquelle un mot va pouvoir s'adjoindre à un geste. Mais le geste resterait équivoque du fait même qu'il est geste, et donc imprécis : aucune graphie n'est clairement associée au mouvement. D'où notre nomination d'une langue du geste, et non d'une langue des signes.

3. *Lapsus calami et lapsus lectionis*

« Dans la position d'écoute, l'analyste fait une place à ce qu'il entend dans ce que lui dit celui qui vient lui parler, en ce sens il est un interprète »⁷⁰ et nous sommes dans cette position d'interprète : nous tentons d'entendre ce qu'il y a derrière ce qui est dit pour éclaircir le sens latent. Mais dans un premier temps, il nous faut comprendre ce qui nous est dit. L'oralisation des écrits et des gestes des sujets laryngectomisés va avoir ce dernier rôle : celui de traduction. Traduire se définit dans le dictionnaire Le Robert par « faire passer d'une langue dans une autre, en tendant à l'équivalence de sens et de valeur des deux énoncés ». Par l'oralisation de ce que nous amène le patient, nous proposons une traduction première et vérifions ainsi notre compréhension. Il est important de préciser que, si cette notion de traduction s'entend facilement pour le geste, elle reste sous-jacente pour l'écrit – qui peut être illisible.

Donc par cette oralisation, il y a un triple mouvement que nous pensons : réassurance, compréhension, ré-introjection signifiante. Un prêt de voix qui coûte au thérapeute présent. Il s'implique et propose une partie de lui comme support potentiel au désir d'un autre. Peuvent se retrouver alors les deux désirs dans ce qui se dit : celui du patient et celui du thérapeute. Nous pouvons appréhender ces deux désirs entre autres par l'apparition de lapsus *calami* (à l'écrit) et *lectionis* (de lecture), respectivement liés au sujet écrivant et au thérapeute lisant.

⁷⁰ Grasser, Y. (2021). Écouter, entendre, lire. *La Cause du Désir*, 108(2), 93-98, p. 93.

Les lapsus *calami* seront traités par la suite comme tout lapsus, c'est-à-dire comme un compromis trouvé entre le conscient et l'inconscient qui agit selon deux facteurs : « le facteur positif, favorisant le lapsus, c'est-à-dire le libre déroulement des associations, et le facteur négatif, c'est-à-dire le relâchement de l'action inhibitrice de l'attention, agissent presque toujours simultanément, de sorte que ces deux facteurs représentent deux conditions, également indispensables, d'un seul et même processus. C'est précisément à la suite du relâchement de l'action inhibitrice de l'attention ou, pour nous exprimer plus exactement, grâce à ce relâchement, que s'établit le libre déroulement des associations »⁷¹. Les lapsus *calami*, quand il y en a, nous permettrons de mieux cerner ce qui se joue pour le sujet, au cours des entretiens.

Cependant, le lapsus *lectionis* nous demande une autre lecture. « Dans la majorité des cas, en effet, c'est le désir secret du lecteur qui déforme le texte, dans lequel il introduit ce qui l'intéresse ou le préoccupe. Pour que l'erreur de lecture se produise, il suffit alors qu'il existe entre le mot du texte et le mot qui lui est substitué, une ressemblance que le lecteur puisse transformer dans le sens qu'il désire »⁷². Dans notre positionnement de traducteur qui précède celui d'interprète, il nous faut tendre l'oreille à ces erreurs pour y entendre là où se situe notre propre désir de recherche et le distinguer comme il se doit du matériel que nous apporte le patient. Il pourra s'agir ici d'un matériel autre – dans le contre-transfert – dont l'utilisation peut s'avérer utile pour la compréhension de certaines situations.

C. Le recueil des données

Tiresias : « *C'est pour le consulter qu'Ulysse
entreprind le voyage au pays des Cimmériens
et l'évocation des morts, sur le conseil de
Circé* »⁷³

Au-delà de la qualité silencieuse de nos rencontres, nous avons mené cette recherche à l'aide de trois outils en particulier pour recueillir les données : l'entretien clinique et l'observation clinique, qui sont deux outils indispensables à notre sens pour la rencontre avec

⁷¹ Freud, S. (1997). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Editions Payot, p. 74.

⁷² *Ibid*, p. 130.

⁷³ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 459.

le patient en tant que psychologue clinicien, ainsi que l'équipe soignante, qui sera une source de renseignements indispensables pour la qualité de notre recherche. Nous développerons également comment nous entendons ces données recueillies, notamment au travers d'une démarche pathoanalytique.

1. *L'entretien clinique*

« Deux facteurs au moins, qui font tresse les uns aux autres, confèrent à l'entretien clinique sa densité, son urgence, son risque et sa valeur. Il s'agira d'abord [...] de la capacité du psychologue clinicien à laisser « flotter » son écoute, mais ensuite faut-il qu'il soutienne le sujet pour qu'il parle »⁷⁴. Par cette description de l'entretien clinique, nous saisissons ce sur quoi il se centre : le sujet. Ce dernier doit être écouté et soutenu, et pour cela, nous utiliserons des entretiens cliniques non-directifs et semi-directifs lors desquelles nous nous intéresserons plus particulièrement au sujet, et non directement au malade. Dans les entretiens non-directifs, nous commençons « par poser une question sous forme de consigne sur un thème bien circonscrit puis [nous amenons] le sujet à développer son point de vue sur ce thème »⁷⁵. Lorsque l'association de la pensée se trouve complexifiée par la situation du patient, nous optons plus volontiers pour des entretiens semi-directifs lors desquels nous avons « en tête quelques questions soigneusement préparées qui correspondent à des thèmes sur lesquels [nous nous proposons] de mener [notre] investigation »⁷⁶. Ce choix de l'entretien clinique résulte de « l'intérêt des approches qualitatives pour appréhender la complexité de l'expérience subjective qui permet d'enrichir la compréhension des phénomènes en psychopathologie »⁷⁷.

Nous optons pour une approche volontairement qualitative car nous restons dans une optique de l'entretien clinique thérapeutique, c'est-à-dire dont « l'objectif est de rendre au moi sa fonction d'organisateur de l'appareil psychique »⁷⁸, de permettre un dépassement de ce qui viendrait faire symptôme psychiquement – et non somatiquement, cela n'est pas de notre ressort. Pour mener à bien ces entretiens cliniques, nous userons des techniques de l'association libre, de la neutralité bienveillante, de l'interprétation et également de l'analyse du transfert et

⁷⁴ Douville, O., & Jacobi, B. (2009). *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*. Dunod, p. XIII.

⁷⁵ Chahraoui, K. (2021). Chapitre 11. L'entretien clinique de recherche. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 179-196). Dunod, p. 186.

⁷⁶ *Ibid*, p. 187.

⁷⁷ *Ibid*, p. 189.

⁷⁸ Poussin, G. (2012). *La pratique de l'entretien clinique*. Dunod, p. 10.

de sa réponse, le contre-transfert – de ce qui se (re)joue dans la relation mise en place au cours de ces entretiens : « La psychothérapie psychanalytique [...] a pour noyau dur l'analyse du transfert comme mode d'actualisation des désirs infantiles refoulés, qui se reproduisent dans le conflit intrapsychique »⁷⁹. Nous cherchons, au travers de ces entretiens cliniques, un au-delà du somatique imposé par l'atmosphère du service dans lequel le sujet évolue.

Cependant, les entretiens cliniques que nous évoquerons ne se déroulent pas dans l'environnement « classique » où le sujet se voit installé sur une chaise ou un fauteuil. Le dispositif d'accueil des patients au sein du service variera selon le moment et les moyens à notre disposition. L'idéal que nous avons rencontré est lorsque le patient est en chambre individuelle, qu'il peut se mouvoir et que les soins ont déjà été prodigués : chacun est assis, dans un semblant de « cabinet du psy » qui ne sera pas effracté par la nécessité du soin somatique. Une clinique au sens étymologique du terme, à savoir au plus près du lit du malade. Nous n'avons malheureusement pas rencontré cet idéal souvent, il était bien plus fréquent qu'infirmiers ou aides-soignants pénètrent dans l'espace que nous créons. Parfois, lorsque le patient est en chambre double, nous sommes dans l'obligation de nous installer dans un endroit à l'abri des oreilles du voisin de chambre, et cela nous amenait dans la salle d'attente des visiteurs, inutilisée les matinées. La situation la moins confortable à laquelle nous avons dû nous confronter est celle des rencontres dans les box de soins aigus, où alors le regard de l'autre pénètre aisément au travers de la vitre qui sert de mur, nous même devant rester debout. Nous développerons les conséquences de ces divers environnements lorsque cela peut avoir un impact sur l'entretien clinique en lui-même.

Du reste, la durée de ces entretiens est très variable, allant de 10 minutes à plus d'une heure, grandement entravée par la capacité physique du patient : écriture ou phonation douloureuses, épuisement post-opératoire, *et cætera*. La durée même d'un entretien est toujours laissée au libre choix du patient et de ses capacités physiques et psychiques. Il en est de même pour la mise en place des entretiens et leur nombre, même si nous demandons chaque semaine aux patients s'ils souhaitent ou non un entretien. Les patients ne sont aucunement dans l'obligation d'accepter ces entretiens. Dans la majorité des cas, c'est la sortie de l'hospitalisation qui vient mettre un terme aux rencontres, en lien avec l'impossibilité pour eux de venir en consultation ambulatoire facilement : ils n'habitent généralement pas dans la ville de l'hôpital. Et, cela a pu arriver, c'est parfois la mort qui met un terme à nos rencontres.

⁷⁹ *Ibid*, p. 15.

2. *L'observation clinique*

« L'observation suppose l'attention centrée sur un objet et la capacité de discriminer les différences entre les phénomènes. Elle repose sur une stricte opposition entre le sujet (observant) et l'objet (perçu) »⁸⁰ et cela est un complément indispensable de l'entretien clinique. Dans la perspective de recherche, « l'observation va conduire à un mode de saisie particulier de l'objet d'étude. Ce mode de saisie dépend de la façon dont le chercheur se représente l'objet et donc la théorie à laquelle il se réfère »⁸¹. Dans notre situation, la théorie de référence est la psychanalyse, et ainsi, l'observation clinique, dans notre perspective d'entretien clinique thérapeutique, « vise un objet, le psychisme et ses processus, qui n'est pas observable en soi mais ne l'est qu'à travers ses effets »⁸². Cette observation clinique est d'autant plus importante dans cette recherche qu'elle porte en elle la dimension du regard, organe qui sera sollicité du fait même de l'indisponibilité de la voix physique des patients rencontrés : comme nous avons tenté de le délimiter plus avant, l'inconscient ne se limite pas à la sphère verbale et peut s'exprimer au travers du corps et de l'écrit.

Le clinicien « doit être réceptif à la situation observée, à la teneur affective et émotionnelle de la situation, aux éléments subjectifs dits et non-dits, suspendre sa propre vision du monde, mettre en suspens ses propres modèles théoriques ; il doit ensuite porter une attention double simultanée, à la fois à l'autre ou à la situation observée, et à lui-même de l'impact de la rencontre avec la situation observée ; il doit enfin, en conséquence, analyser ces effets, c'est-à-dire ce qu'on appelle le contre-transfert »⁸³ ; en outre, il s'agit d'une observation nécessairement double pour le clinicien – sur le sujet et sur lui-même – pour cerner les enjeux de l'entretien clinique. Nous serons attentifs à ce que le patient nous dit mais également à ce que nous ressentons, ce qui émane de nous au cours des entretiens ainsi que le vécu *a posteriori* de ces moments avec les patients.

C'est dans cette optique que nous prenons le parti d'écrire nos notes d'entretien en aval des entretiens cliniques et de leurs observations, du fait même de l'attention demandée au cours de nos rencontres. Cela nous permet une visibilité sur nos ressentis dans l'après-coup immédiat, mais également sur du plus long terme lorsque nous reprenons nos écrits pour le traitement des données recueillies. Ce choix de la prise de note différée nous est également imposé par

⁸⁰ Fernandez, L. (2021). Chapitre 10. L'observation. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 162-177). Dunod, p. 163.

⁸¹ *Ibid*, p. 166.

⁸² Ciccone, A. (2013). *L'observation clinique*. Dunod, p. 5.

⁸³ *Ibid*, p. 37.

l'observation clinique et la nécessité d'un regard porté entièrement sur le sujet de l'entretien : écrit et corps nécessitent, pour être entendu, une concentration visuelle optimale et entièrement tournée sur eux, détourner le regard reviendrait à se boucher les oreilles lors d'un entretien verbalisé. Cela nous aide sur une autre mise en sens possible que nous n'aurions pas saisie sur le moment. Dans le calme de l'après entretien, lors de la retranscription, nous reprenons le discours et nous pouvons saisir lorsqu'à certains moments, ce que nous entendons et renvoyons au patient aurait pu s'entendre différemment. C'est là que se joue notamment l'observation de notre désir propre ainsi que les enjeux de la relation une fois extrait du moment où il se passe : une prise de recul nécessaire pour faire le tri de ce qui se dit et ne se dit pas chez les deux acteurs de la rencontre.

3. *L'équipe soignante*

Dernier outil important à la réalisation de cette réflexion, l'équipe soignante apporte de nombreux éléments nécessaires à l'analyse des situations. Elle est au plus proche du patient lors de son hospitalisation, elle partage son quotidien. L'équipe soignante est composée des infirmiers, des aides-soignants, et des agents des services hospitaliers (ASH). C'est cette équipe qui fait appel à nous, soit d'elle-même lorsqu'elle est en difficulté, soit sur demande du médecin – c'est rarement le médecin qui nous formule la demande, excepté lors de certaines réunions staff. Elle apporte des éléments concernant la « maladie du médecin » qui nous permettront de distinguer ce qui appartient au monde psychique du sujet ou à la réalité de son corps, ainsi que de mieux cerner la construction de la « maladie du malade » au travers du savoir soignant qu'elle apporte au patient. L'équipe nous ouvre aussi au monde de « l'intuition » soignante. Nous mettons derrière ce terme ce que les soignants vont repérer, par expérience notamment, du subjectif qui apparaît chez le patient mais sans pouvoir ni le nommer, ni en faire quoique ce soit pour ce dernier. Cela se fera lors de temps formels – lors des réunions d'équipe – ou bien informels – dans le couloir ou à la pause.

Nous différencions le corps médical de l'équipe soignante, par acquisition du langage hospitalier qui tend à cloisonner ces deux mondes. « L'équipe » fait référence à cette équipe soignante qui, pour une grande part, permet au corps médical d'articuler son approche du patient par le retour qui est fait lors des réunions d'équipe. Et il en est de même pour les

ergothérapeutes, les assistantes sociales, les psychologues et autres : s'ils appartiennent au monde des soignants, nous ne les considérerons pas comme faisant partie de l'équipe soignante.

Le positionnement des soignants – cette fois-ci dans leur globalité – dans la relation avec le soigné est également important, cela nous offre une compréhension accrue de notre propre positionnement vis-à-vis du patient et une analyse nécessaire du fonctionnement au sein même du service, au-delà de notre présence, d'où le positionnement de l'observateur participant que nous avons développé : voir et participer sans interférer au fonctionnement préexistant pour mieux cerner comment la prise en charge se déroule au sein du service.

4. *Entendre ces données : la pathoanalyse*

Ces outils de recueil des données vont de pair avec une manière de les entendre. Nous sommes dans une posture qui renvoie au « principe du cristal dans l'œuvre de Freud. C'est seulement l'éclatement du cristal qui révèle sa structure interne. Ainsi, les « maladies mentales », par leurs décompensations, révèlent une structure qui est celle de la « normalité » et que l'on retrouve d'ailleurs dans la psychopathologie de la vie quotidienne. Pas de solution de continuité entre le normal et le pathologique, mais, au contraire, une proximité permanente : l'homme est par nature un animal malade ou, si l'on veut, un être en perpétuelle tentative de compensation du déséquilibre qui le constitue ».⁸⁴ En outre, Sigmund FREUD utilise cette métaphore du cristal pour expliciter ce qu'il se passe, selon lui, dans la situation de décompensation : « Jetons par terre un cristal, il se brisera, non pas n'importe comment, mais suivant ses lignes de clivage, en morceaux dont la délimitation, quoique invisible, était cependant déterminée auparavant par la structure du cristal »⁸⁵. Est à entendre l'idée que le sujet se construit psychiquement avec des fêlures qui lui sont propres, qu'il tente toute sa vie de compenser par l'utilisation de mécanismes psychiques qui lui sont accessibles tout au long de son développement. Lorsque ces mécanismes cèdent, par exemple par suite d'un traumatisme, ils révèlent ces fêlures qui sont préexistantes. Le psychisme-cristal ne peut se briser que selon sa construction passée.

⁸⁴ Robin, D. (2013). IV. Transfert, nosographie et structurations psychiques. In *Dépasser les souffrances institutionnelles* (p. 99-124). Presses Universitaires de France, p. 105.

⁸⁵ Freud, S. (2009). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. J.-M. Tremblay. <https://doi.org/10.1522/030150547>, p. 38.

Jacques SCHOTTE parle de pathoanalyse : c'est par la brisure que se révèle la structure cachée du normal⁸⁶ ; c'est par la « pathologie » qu'une analyse du « normal » est possible. C'est de ce positionnement que va s'ouvrir notre réflexion autour des données recueillies. « La pathologie est capable, en amplifiant les manifestations, en les rendant pour ainsi dire plus grossières, d'attirer notre attention sur des conditions normales qui, sans cela, seraient passées inaperçues. Là où la pathologie nous montre une brèche ou une fêlure, il y a peut-être normalement un clivage »⁸⁷. Du normal au pathologique, il n'y a qu'un pas. Nous ne sommes pas dans une conception en *continuum* non plus, mais dans une vision proche de Georges CANGUILHEM lorsqu'il évoque que « la vie d'un vivant [...] ne reconnaît les catégories de santé et de maladie que sur le plan de l'expérience, qui est d'abord épreuve au sens affectif du terme, et non sur le plan de la science. La science explique l'expérience, mais elle ne l'annule pas pour autant »⁸⁸. C'est-à-dire que cette métaphore du cristal correspond également à l'individualité d'un sujet : aucun n'aura les mêmes fêlures, même si elles sont similaires et cela implique que face à un traumatisme identique vu de l'extérieur, le vécu de celui-ci en sera foncièrement différemment. Cette expérience propre à chaque individu vient faire ce qui peut être normal ou pathologique.

Ainsi la laryngectomie totale peut amener avec elle une situation « pathologique » dans son sens familier d'anormalité, d'hors-norme. C'est au travers de cette pathologisation concernant la question de la voix que nous tenterons de comprendre ce qu'il en est dans la situation « classique » de voix. La situation extrême qu'implique une telle opération nous invite à entendre le bouleversement que cela provoque pour le sujet dans son rapport à la voix. Avec ce que nous amenons de la pathoanalyse, l'idée est alors de pouvoir entendre ces conséquences comme relevant d'une construction « normale » préexistante et d'en faire émerger une compréhension de la construction de la pulsionnalité autour de cette notion qu'est la voix.

Une approche qui nécessite, du fait également de l'approche psychanalytique qui est la nôtre, l'utilisation d'un traitement des données particulier : l'étude de cas. Elle « vise à dégager les fonctionnements d'un individu ou d'un groupe aux prises avec des situations complexes en s'intéressant notamment à la souffrance, aux angoisses, aux mécanismes de défense, aux

⁸⁶ <http://users.telenet.be/roma/site%20CEP/CAHIERS/cah3p31.htm>

⁸⁷ Freud, S. (2009). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. J.-M. Tremblay. <https://doi.org/10.1522/030150547>, p. 38.

⁸⁸ Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France, p. 131.

modalités relationnelles en jeu »⁸⁹ et nous permet, dans le cadre d'une démarche pathoanalytique, de faire émerger les fêlures pour pouvoir entrer dans une analyse plus précise et intimement liée au sujet par la suite. Nous tenterons en outre, aux travers de ces études de cas, de reconstituer le cristal qui s'est brisé et de cerner ce qu'il en est de la pulsion invocante pour les sujets rencontrés au cours de cette recherche dans les situations habituelles de la pulsionnalité.

⁸⁹ Barfety-Servignat, V. (2021). Chapitre 6. L'étude de cas. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 95-113). Dunod, p. 97.

IV. Une théorisation de la voix

Le contexte théorico-clinique dans lequel nous évoluons est posé et nous n'avons qu'esquissé le sujet principal de ce travail : la voix. Dans ce contexte du cancer de la gorge et du monde hospitalier, comment entendre la question de la voix que l'on dit absente ? Qu'engendrerait, théoriquement, une opération telle que la laryngectomie totale ? Nous allons à présent nous attarder sur ces points centraux en rendant compte d'une théorisation de cette question de la voix et de l'opération avant de proposer les hypothèses à partir desquelles nous travaillerons autour de la clinique proprement dite.

A. Les voix sonorisées

Ulysse : « Pendant le siège [de Troie], Ulysse se montre un combattant de la plus grande vaillance, en même temps qu'un conseiller prudent et efficace. Il est employé pour toutes les missions demandant une habileté oratoire »⁹⁰

1. Voix physique et laryngectomie totale

La voix peut prendre différentes formes, différents sens, selon le référentiel où nous évoluons. Ainsi, nous allons tenter de définir les « voix » auxquelles nous serons confrontés au cours de cette recherche pour éviter tout amalgame et clarifier au mieux notre positionnement. Pour commencer, penchons-nous sur la voix que l'on nommera « voix physique », celle que, jusqu'ici, nous évoquions en parlant de la voix.

La voix physique est celle que le corps produit dans sa sonorité à l'aide de tout un ensemble d'organes : l'air inspiré va, en sortant par la bouche, se confronter à ces organes qui vont lui donner sa forme définitive à la sortie, forme composée de la fréquence, la hauteur, et le timbre. C'est donc la voix que l'on entend, l'objet du phoniatre : la voix qui est vibration de

⁹⁰ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 471.

l'air. L'outil principal de cette voix est le larynx. Il est logé au fond de la gorge et comprend les fameuses cordes vocales, si précieuses pour le chanteur. Le larynx sert de vibreur sonore pour l'oralisation de l'air. Il s'agit donc de cet organe qui est impacté par la laryngectomie totale.

La laryngectomie totale est une chirurgie curative pour traiter les pathologies cancéreuses touchant les voies aérodigestives supérieures, notamment lorsque le cancer se loge au niveau du larynx. Cette opération consiste en l'ablation totale du larynx lorsque les autres thérapeutiques ne peuvent, ou n'ont pu, être efficaces. « La fréquence de la réalisation de ces interventions lourdes est en baisse depuis la mise en place des protocoles de « préservation laryngée » associant radiothérapie et chimiothérapie. Cependant, le traitement chirurgical reste actuellement la solution la plus efficace pour permettre le contrôle local de la maladie »⁹¹. Il s'agit donc d'une opération qui reste active dans le milieu médical, dans les situations de tumeurs importantes. Lorsque le cancer s'est développé jusqu'au pharynx, situé au-dessus du larynx, l'ablation d'une partie du pharynx peut être associée à celle du larynx et nous parlerons alors de pharyngo-laryngectomie totale.

Ablater le larynx n'est pas sans conséquence pour le corps. Au-delà de son rôle dans la phonation, le larynx est aussi l'organe qui vient guider le passage de tout ce qui passe par la bouche et le nez ; il permet d'orienter soit la nourriture et les liquides vers l'œsophage, soit l'air dans la trachée. Lors de son ablation, cela provoque une désunion entre œsophage et trachée et la respiration ne se fait plus par le nez mais par l'orifice de la trachéotomie, réalisé lors de l'opération, qui « ouvre chirurgicalement la trachée haute, sous le larynx, afin d'assurer une perméabilité permanente des voies aériennes »⁹². L'orifice d'ouverture est nommé le trachéostome et c'est dans celui-ci que viendront se glisser différentes canules – dont potentiellement une canule phonatoire – assurant la protection bactérienne qu'offre habituellement le nez. Sans la fonction d'aiguillage qu'apporte le larynx, il y aurait une forte propension aux fausses routes lors de l'alimentation, d'où la nécessité de détourner la trachée pour éviter tout risque d'étouffement.

⁹¹ Beutter, P., Laccourreya, L., Lescanne, E., & Morinière, S. (2008). *Chirurgie cervico-faciale*. Elsevier-Masson, p. 104.

⁹² *Ibid*, p. 82.

2. Voix artificielle et voix subjective

La canule phonatoire – autrement appelée implant phonatoire – peut se voir proposer à la suite de la laryngectomie totale lorsque le corps se remet comme attendu après l'intervention ; lorsque la cicatrisation se fait bien et que le corps est suffisamment remis pour subir cette petite intervention. Elle permet l'une des trois nouvelles formes de vocalisation possibles post-opératoires. Cet implant est possible par la ré-union artificielle de la trachée et de l'œsophage, par la création d'un larynx artificiel qu'il faut fermer par pression digitale sur la canule lors de l'expiration de l'air pour parler – recréant ainsi son mouvement naturel. Il permet la production de la voix trachéo-œsophagienne (VTO). Lorsque cette possibilité ne peut être mise en place, il y a la solution de la voix œsophagienne (VO). Elle consiste en une éruption de l'air préalablement inspiré dans l'estomac par un apprentissage orthophonique. La VTO et la VO ne permettent pas une production vocale telle que la voix physique, elles sont épuisantes du fait de l'impossible reprise de la respiration : la VTO bloque tout bonnement le passage de l'air par le trachéostome tandis que la VO nécessite que l'air passe par l'estomac et non par les poumons. La VTO permet cependant de formuler des phrases plus longues que la VO. Généralement, lors de la pose d'un implant phonatoire, la voix œsophagienne est apprise en complément de la voix trachéo-œsophagienne. La troisième voix possible est beaucoup moins courante : il s'agit du laryngophone. C'est un appareil électronique que l'on colle à la gorge ou à la joue et qui permet l'amplification des vibrations de l'air, traduisant celles-ci par une voix électronique⁹³.

Pour le laryngectomisé, la voix physique est perdue à vie. Elle peut être remplacée par l'un de ses trois dispositifs de vocalisation mais il s'agira d'une voix bien différente, non-naturelle. Nous parlerons alors de « voix artificielle ». Et « si en comparaison avec l'absence de voix, la voix artificielle permet l'échange avec autrui et facilite la vie quotidienne, elle ne retrouve pas toutes ses modalités [...] elle ne permet pas l'expression sonore des émotions »⁹⁴. Quelque chose, lors de l'opération, est perdue et apparaît comme vocalement irremplaçable. Les adjectifs utilisés pour décrire cette voix artificielle « appellent souvent la métaphore de la roche. Elle est décrite comme rocailleuse, caverneuse, ou encore râpeuse, contre une voix

⁹³ N'ayant pas rencontré de tels dispositifs durant notre recherche, nous ne développerons pas plus la question du laryngophone.

⁹⁴ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 60.

d'origine qui est désignée globalement comme plus claire, douce et calme »⁹⁵ et dénotent la différence de timbre en comparaison de la voix naturelle.

Le timbre correspond à l'harmonie de la voix, il « se manifeste dans ce qu'on appelle la « couleur » du son »⁹⁶ ; c'est ce qui permet de distinguer deux voix. Ce timbre est unique à chaque individu et permet de le différencier d'un autre. Isabelle ORRADO et Jean-Michel VIVES, dans leur étude sur l'autisme, pointe que « c'est par le timbre que se manifeste le nouage du sujet et du corps. Le timbre « hante » le son *via* le corps »⁹⁷. Une première façon d'entendre la voix artificielle est alors de la concevoir comme ce qui dénoue le son du corps, par ce timbre qui n'est plus unique et qui n'appartient plus à l'individu, ce timbre froid et non-expressif. « La voix est alors à entendre comme ce qui porte et indique la présence du sujet de l'énonciation et donc du désir qui le fait exister »⁹⁸ nous indique les auteurs, une présence qu'ils développent comme étant dangereuse pour le sujet autiste et qui amène ce dernier à « détimbrer » sa voix pour investir le langage : « par la voix détimbrée l'autiste tente d'annuler la dimension du timbre et de dissoudre l'épaisseur énonciative »⁹⁹, laissant entendre une voix monocorde. Un parallèle est faisable avec la voix artificielle et ce timbre rocailleux qui est décrit : la voix artificielle est détimbrée et créerait une distance du sujet avec elle.

Cela nous amène à évoquer une autre voix : « la voix subjective ». Nous pourrions la définir comme celle qui est transportée par la voix physique : elle est entendue au travers de la voix physique et de son timbre. Claude FUGAIN nous parle de cette voix subjective en ces mots : « La voix dit qui vous êtes, d'où vous venez, à quel monde vous appartenez. Mais elle trahit aussi ce que la vie vous fait et comment, quelquefois, on vous a malmené »¹⁰⁰. C'est ce qui vient à manquer dans la voix artificielle, cette expression sonore du vécu par une voix tremblante, éraillée, enjouée, *et cætera*, mais également l'appartenance géographique par la disparition de l'accent et de ces particularités. La voix subjective, c'est la manière de parler, le comment sont transportés les mots par la voix physique. En outre, les transformations qui sont faites à la voix physique, plus ou moins consciemment, et qui offrent à la voix ce caractère d'identité propre à chacun ; ce timbre unique.

⁹⁵ *Ibid*, p. 119.

⁹⁶ Orrado, I., & Vives, J. M. (2020). *Autisme et médiation : Bricoler une solution pour chacun*. Arkhè, p. 87.

⁹⁷ *Ibid*, p. 88.

⁹⁸ *Ibid*, p. 82.

⁹⁹ *Ibid*, p. 101.

¹⁰⁰ Fugain, C. (2019). *Médecin des voix*. Grasset, p. 68.

Ainsi, par la laryngectomie totale, cette voix-là s'éteint aussi. On ne l'entend plus : d'autant moins que la voix artificielle ne peut prendre ces qualités pour la faire émerger de nouveau. Pourtant, ce qui fait naître cette voix subjective ne semble pas en lien avec une quelconque oralisation, mais il apparaîtrait que la sonorisation vocale ne serait qu'un dispositif à une autre voix, celle que l'on retrouve étudiée par la psychanalyse et que l'on nommera la « voix pulsionnelle ». Mais c'est bien la question du timbre qui est importante dans les voix artificielle et subjective. Un timbre qui se « refroidit » par la présence de la voix artificielle puisque la voix subjective ne peut plus colorer l'oralisation ; elle n'a plus les outils du corps pour permettre de transmettre l'émotion par le son. En lien avec la première définition que nous avons émise de la voix – support du sujet de l'énonciation – nous entendons que le timbre offre une place au sujet et que la voix artificielle en vient à réduire la place laissée à celui-ci. Nous allons tenter de définir ce qu'est cette « voix pulsionnelle » pour mieux cerner en quoi le timbre peut être entendu comme ce support du sujet.

B. Voix et psychanalyse

Les Sirènes : « Les Sirènes, selon la plus vieille légende, se tenaient dans une île de la Méditerranée et, par leur musique, attiraient les marins qui passaient au voisinage. Les navires approchaient alors dangereusement de la côte rocheuse de leur île et se brisaient. Les Sirènes dévoraient alors les imprudents »¹⁰¹

Voix physique, voix artificielle et voix subjective apparaissent donc, et ne sont cernables que dans le monde du sonore ; ce sont des objets audios. Jacques LACAN nous offre une nouvelle lecture de la voix lorsqu'il la hisse au rang d'objet *a*, d'objet cause du désir. Il aborde alors la question de la voix par le biais psychanalytique de la pulsion – la pulsion invocante – et il nous amène à la définir, au-delà de la question de la sonorité, du côté de l'adresse.

¹⁰¹ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 424.

1. *La pulsion chez Sigmund FREUD*

Pour bien saisir cette notion de l'objet *a*, revenons d'abord à la pulsion telle que nous l'enseigne Sigmund FREUD ; les deux notions étant intimement liées. Une pulsion se détermine par quatre éléments : la poussée, le but, l'objet et la source. La poussée est « le facteur moteur de celle-ci, la somme de force ou la mesure d'exigence de travail qu'elle représente »¹⁰². Autrement dit, la poussée est ce qui amène la pulsion à l'agir, dépendant de la quantité d'investissement libidinal. La pulsion est poussée pour atteindre son but, à savoir « la satisfaction qui ne peut être obtenue qu'en supprimant l'état d'excitation à la source de la pulsion »¹⁰³. Nous verrons que cette satisfaction ne peut être totale, du fait de cet objet *a*. Celui-ci est à ne pas confondre avec l'objet de la pulsion qui est, selon Sigmund FREUD, « ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but »¹⁰⁴, la satisfaction. L'objet ainsi investi de la pulsion va avoir pour rôle de stopper l'excitation, tout du moins de la réduire, et permettre l'apaisement pulsionnel. Enfin, la source de la pulsion est « le processus somatique qui est localisé dans un organe ou une partie du corps et dont l'excitation est représentée dans la vie psychique par la pulsion »¹⁰⁵.

La pulsion vient agir selon deux principes qui vont, d'une certaine manière, se contredire : le principe de plaisir et le principe de réalité. Le principe de plaisir est ce qui vise la réalisation de la pulsion, c'est-à-dire faire cesser l'excitation, et Jacques LACAN nous dit que « dans le principe de plaisir, le plaisir, par définition, tend à sa fin. Le principe de plaisir, c'est que le plaisir cesse »¹⁰⁶ ; le plaisir vient être le ressenti de la baisse de l'excitation et, *a contrario*, « tout ce qui est propre à accroître [l'excitation] est nécessairement ressenti comme opposé à la fonction de l'appareil, c'est-à-dire comme déplaisant »¹⁰⁷. De l'autre côté, il y oppose le principe de réalité, « qui consiste en ce que le jeu dure, c'est-à-dire que le plaisir se renouvelle, que le combat ne finisse pas faute de combattants. Le principe de réalité consiste à nous ménager nos plaisirs, ces plaisirs dont la tendance est précisément d'arriver à la cessation »¹⁰⁸. Le principe de réalité, c'est la confrontation à l'impossible réalisation pleine et entière de la pulsion, du fait de contraintes attribuables à la réalité. Sigmund FREUD nous explique que ce principe « ne renonce pas à l'intention de gagner finalement du plaisir mais il

¹⁰² Freud, S. (1968). Pulsions et destins des pulsions. In *Métopsychoanalyse* (p. 11-43). Gallimard, p. 18.

¹⁰³ *Ibid*, p. 18.

¹⁰⁴ *Ibid*, p. 18-19.

¹⁰⁵ *Ibid*, p. 19.

¹⁰⁶ Lacan, J. (2015). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points, p. 120.

¹⁰⁷ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 51.

¹⁰⁸ Lacan, J. (2015). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points, p. 120-121.

exige et met en vigueur l'ajournement de la satisfaction, le renoncement à toutes sortes de possibilités d'y parvenir et la tolérance provisoire du déplaisir sur le long chemin détourné qui mène au plaisir »¹⁰⁹. Ainsi, le symptôme par exemple, vécu consciemment sur du déplaisir correspond à l'un des chemins de la satisfaction pulsionnelle ; le compromis que ces deux principes ont pu trouver pour se satisfaire mutuellement et tendre, par ce chemin tortueux, vers le plaisir.

C'est à partir de la question d'un symptôme, la compulsion de répétition dans les névroses traumatiques, que Sigmund FREUD soulève la question d'un au-delà du principe de plaisir et prolonge sa réflexion. « Ce que Freud découvre dans et par ce texte, c'est donc qu'il arrive que le sujet de l'inconscient s'éloigne décisivement, plus souvent qu'à son tour, de l'univers du principe de plaisir, rompant ses amarres, au point de cesser d'éviter le déplaisir, pour s'aventurer par-delà, quitte à aller dans le mur, de Charybde en Scylla »¹¹⁰ ; c'est ce qui le pousse à poser deux nouveaux groupes de pulsions : les pulsions de vie – qu'il lie aux pulsions sexuelles – et les pulsions de mort – anciennement nommées les pulsions du moi, narcissiques. Les pulsions de mort auraient pour but un retour à l'inanimé, l'atteinte du principe de Nirvana : l'excitation au zéro absolu ; en outre, la satisfaction pulsionnelle totale. Zéro absolu inatteignable puisque contrebalancé par les excitations internes et externes constantes auxquelles les pulsions de vie vont s'adjoindre. Il conclura sa réflexion écrite avec cette idée que « le principe de plaisir semble être en fait au service des pulsions de mort »¹¹¹ et Paul-Laurent ASSOUN soulignera, dans l'article cité, que Sigmund FREUD aura fait le tour, sans la nommer, de la jouissance. Au-delà du principe de plaisir, nous trouvons la jouissance, ce principe de nirvana, un état nirvanesque où l'excitation est à zéro, un état où, pour l'atteindre, le corps doit faire retour dans l'inanimé et, autrement dit, à la mort.

Elizabeth KALUARATCHIGE, dans son article « Du désir au *Nirvāna* », précise l'étymologie du mot : « Le *Nirvāna*, mot sanskrit emprunté au *Nibbāna* de la langue pâli, langue canonique du bouddhisme, désigne étymologiquement « l'extinction d'une flamme » ou « une ex-spération » : *Nir* = sortir, *Vāna* = le vent ou le souffle qui est associé au désir »¹¹².

¹⁰⁹ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 52-53.

¹¹⁰ Assoun, P.-L. (2020). Un jeu qui n'en finit pas. L'impensable plaisir. *Figures de la psychanalyse*, n°39(1), 11-30, p. 15.

¹¹¹ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 127.

¹¹² Kaluaratchige, E. (2016). Du désir au Nirvāna. Le destin bouddhique de la sexualité. *Topique*, 134(1), 21-35, p. 21.

Le mot même de nirvana invite donc à cette idée de la cessation du désir. L'auteur précise plus loin dans son article que « celui qui atteint le *Nirvāna* atteindra l'extinction complète, le *Parinirvāna*. Il pourra ainsi annuler définitivement la répétition des naissances et braver le travail du dieu de la mort, *Mara* »¹¹³. L'idée que nous comprenons de cette conception du bouddhisme est qu'il est nécessaire de se soustraire à ce principe de plaisir, de le dépasser et de se confronter à une jouissance que nous qualifierions alors de maîtrisée. « L'aspiration à l'état de plénitude est d'aller vers l'état sans castration ni désir »¹¹⁴. Il s'agit bien de ce que nous tentons d'amener de l'idée du principe de nirvana freudien : cet état qui se situe au-delà du plaisir et que nous nommons la jouissance, libérée de toute castration et tout désir (puisque satisfait). Nous avons évoqué qu'il s'agit, dans la conception freudienne, d'un état de retour à l'inanimé et cela nous renvoie à cette image occidentalisée du bouddhiste en méditation : un corps qui ne bouge plus, qui semble ne rien ressentir et un sujet qui ne peut être perturbé par les stimuli extérieurs. Un jeu avec la jouissance et la mort.

2. La notion d'objet *a*

C'est sur ce terreau freudien que Jacques LACAN nous propose sa théorie de l'objet *a*. « Cet objet n'est pas un objet mais bien plutôt une fonction qui traduit le désir chez l'être assujéti à la structure, désir qui produit un rapport indirect aux objets du monde dans la mesure où il est nécessairement une médiation ternaire avec le monde (des signifiants qui représentent) »¹¹⁵. L'objet *a* est autrement appelé objet « cause du désir ». Le désir, Jacques LACAN le définit comme « un rapport d'être à manque. Ce manque est manque d'être à proprement parler. Ce n'est pas manque de ceci ou de cela, mais manque d'être par quoi l'être existe »¹¹⁶. L'objet *a*, c'est l'objet de ce manque d'être qui entraîne le rapport de l'être à ce manque par le désir de le retrouver. Ainsi, l'objet de la pulsion tel que nous l'avons vu plus avant dans la théorie freudienne ne peut être qu'un représentant de ce manque, porteur d'une symbolique. « L'objet se rencontre et se structure sur la voie d'une répétition – retrouver l'objet, répéter l'objet. Seulement, ce n'est jamais le même objet que le sujet rencontre. Autrement dit, il ne cesse d'engendrer des objets substitutifs »¹¹⁷.

¹¹³ *Ibid*, p. 24.

¹¹⁴ *Ibid*, p. 25.

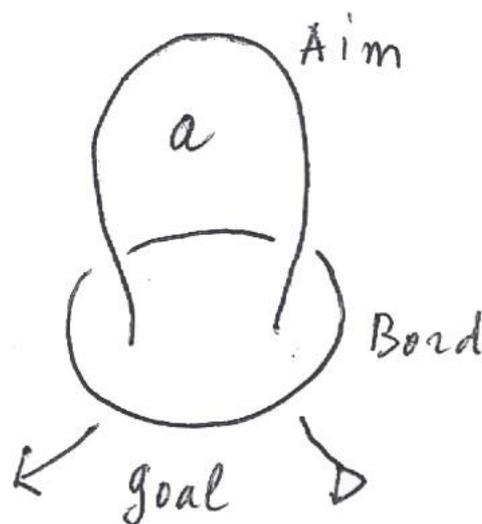
¹¹⁵ Lucchelli, J. P. (2020). *Introduction à l'objet a de Lacan*. Michèle, p. 148.

¹¹⁶ Lacan, J. (2015). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points, p. 306.

¹¹⁷ *Ibid*, p. 140.

L'objet *a* est originellement perdu, puisque manque d'être, et le sujet va tenter de le retrouver, d'où sa qualité de cause du désir : c'est par cette tentative de retrouvaille que le désir se ressent. Jacques LACAN évoque quatre objets *a* : sein, fèces, regard et voix ; respectivement associés aux pulsions : orale, anale, scopique et invocante. Ces objets manquants le sont dans le rapport à l'Autre. L'Autre, c'est la réserve signifiante, c'est le lieu retrouvé dans l'autre sujet qui produit du signifiant, qui significantise, cet Autre que nous évoquions comme nous amenant à oraliser les écrits et les gestes des patients. L'objet maternel serait le premier lieu de l'Autre, par l'apport des premiers signifiants qualifiants le monde entourant l'*infans* – celui qui ne parle pas. Les objets sein et fèces seraient respectivement de l'ordre de la demande à l'Autre et de la demande *de* l'Autre. Les objets regard et voix appartiendraient au registre du désir, désir à l'Autre et désir *de* l'Autre. L'objet *a* est le reste de cette relation à l'Autre, ce qui se perd lors de la rencontre avec le monde des signifiants comme prix à payer pour y entrer, et ce vers quoi va tendre le sujet, répondant au principe de plaisir et suivant les quatre registres pulsionnels évoqués.

La pulsion est ici ce qui vient faire tentative de retrouvaille de cet objet – mais qui donc échoue. Jacques LACAN nous propose un schéma¹¹⁸ explicatif du parcours de la pulsion :



Il l'explique ainsi : « l'objet petit *a* n'est pas l'origine de la pulsion orale. Il n'est pas introduit au titre de la primitive nourriture, il est introduit de ce fait qu'aucune nourriture ne

¹¹⁸ Lacan, J. (2014). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Points, p. 200.

satisfera jamais la pulsion orale, si ce n'est à contourner l'objet éternellement manquant »¹¹⁹. Il résumera plus loin « que l'objet du désir, c'est la cause du désir, et cet objet cause du désir, c'est l'objet de la pulsion – c'est-à-dire l'objet autour de quoi tourne la pulsion »¹²⁰. Cette notion d'objet *a* est centrale dans la naissance du sujet comme le définit Jacques LACAN : parlant et désirant. Par cette perte originelle, le sujet « naît ». L'objet *a* devient « celui qui consiste à jeter un pont entre inconscient, pulsion et désir, en les articulant comme référents fondamentaux de la subjectivité »¹²¹.

Si ces retrouvailles échouent, c'est dû à ce que l'« on appelle « castration originelle »[,] le fait que le déplaisir sera toujours « supérieur à 0 » - ce sera le niveau le plus bas possible »¹²². Le sujet ne peut être que barré tel que le note Jacques LACAN, (\$), car manquant de ce *a* pour être plein, (S) ; il manquera toujours au sujet une part. Théoriquement, des retrouvailles réussies impliqueraient l'état nirvanesque que nous avons évoqué et donc l'absence de tensions pulsionnelles. Comme nous venons de le voir, l'absence de tensions signifierait la fin du sujet parlant et désirant – puisque satisfait – et finalement la mort psychique. Cette castration originelle est donc nécessaire à l'émergence de la subjectivité sans quoi le sujet resterait pris dans les rets de la jouissance d'une complétude, jouissance qu'il va, par la vie pulsionnelle, tenter de retrouver au travers d'objets ersatz de cet objet originellement perdu.

3. *L'avènement de la voix comme objet a*

Penchons-nous sur l'objet qui nous intéresse plus particulièrement : la voix. « Comment et quand Lacan a-t-il isolé la voix comme objet *a* ? La date en est très précise. Ce fut au cours de son séminaire *Le désir et son interprétation* du 20 mai 1959 »¹²³ pointe Erik PORGE. Mais avant cette date, Jacques LACAN pose les jalons de sa réflexion sur cette question en partant des voix hallucinées dans la psychose. Ce sont ces voix qui vont être déterminantes dans la conception de la voix comme objet *a*. Elles « manifestent les formes verbales de la pensée et donc la structure d'un sujet déterminé par le langage »¹²⁴. Ainsi, Erik PORGE nous explique que, pour l'halluciné verbal, « l'espace de son intériorité est troué, creusé d'une extériorité,

¹¹⁹ *Ibid*, p. 201-202.

¹²⁰ *Ibid*, p. 270.

¹²¹ Hiltenbrand, J.-P. (2019). *La condition du parlêtre*. Érès, p. 210.

¹²² Lucchelli, J. P. (2020). *Introduction à l'objet a de Lacan*. Michèle, p. 95

¹²³ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 9.

¹²⁴ *Ibid*, p. 15.

d'une xénopathie, dit-on. Son plus intime lui est extérieur. Il pâtit de ce que le névrosé n'atteint au mieux qu'après plusieurs années d'analyse et qui est l'objectif de la maxime freudienne *Wo Es war, soll Ich werden*. Ces hallucinations traduisent une intrusion de l'Autre en moi, un Autre qui parle, pense à ma place. Un Autre est Je »¹²⁵. C'est à partir de ces premières constatations de Jacques LACAN que le rapport du sujet à la voix se développe et qu'Erik PORGE souligne que « la voix est la topologie des voix »¹²⁶. C'est par l'angle de l'objet *a*-voix que les voix hallucinées du sujet psychotique vont être étudiées.

Le pas suivant dans l'étude de la voix vient être celui de l'assimilation de cet objet au Surmoi, cette voix intériorisée dans la névrose. Ainsi, Jacques LACAN fait « de cette instance la manifestation de l'objet voix. Le surmoi s'identifie à la voix de la conscience, obscène et féroce »¹²⁷. Il continue sa topologie des voix, du côté de la voix intérieure cette fois, et tout comme Sigmund FREUD, il l'assimile à cette instance de censure qui parle au sujet et interdit la satisfaction pulsionnelle telle quelle, cette instance qui vient également au-delà du signifiant puisque « le surmoi est un impératif dissocié, détaché des lois symboliques du langage. Il est une scission dans les rapports du sujet au symbolique »¹²⁸. Avant la promotion de la voix en tant qu'objet *a*, il y a donc cette notion de « scission » qui est apportée, scission dans le rapport au symbolique qui laisse entendre la qualité hors-sens de l'objet voix. « La voix désigne donc le « passage en tant qu'évanescent » du signifiant. Elle est un reste non réductible au signifiant mais essentiel à son articulation en tant qu'il en soutient le passage »¹²⁹.

C'est ensuite que la voix vient prendre sa place au rang des objets *a*, en tant que l'un des objets cause du désir. Jacques LACAN va dissocier les quatre objets de la liste d'un but sexuel, en lien avec une pulsion génitale¹³⁰, et il va les lier entre eux, toujours dans une situation de relation à l'Autre : « la connexion des objets *a* signifie que le passage de l'un à l'autre des quatre objets n'obéit pas à un procès de maturation mais correspond à une structure, définie par les inversions de la demande et du désir dans les relations du sujet à l'Autre »¹³¹. C'est ce qui amène Jacques LACAN à les définir plus précisément comme associés, pour l'objet oral et anal, respectivement à la demande à l'Autre et à la demande *de* l'Autre, et pour les objets

¹²⁵ Porge, E. (2012). *La voix de l'écho*. Érès, p. 20-21.

¹²⁶ *Ibid*, p. 29.

¹²⁷ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 11.

¹²⁸ Porge, E. (2012). *La voix de l'écho*. Érès, p. 32.

¹²⁹ *Ibid*, p. 33.

¹³⁰ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 10.

¹³¹ Porge, E. (2012). *La voix de l'écho*. Érès, p. 46.

scopique et voix au désir à l'Autre et au désir *de* l'Autre. La voix est donc en rapport avec le désir *de* l'Autre – celui qui appartient à l'Autre –, et l'on y retrouve le lien avec le Surmoi, cette instance suppléant les interdits prononcés par l'Autre, en lien avec l'interprétation de l'enfant du désir appartenant à cet Autre.

Au-delà de cette question du rapport à l'Autre, l'objet-voix partage d'autres points communs avec les autres objets *a*, notamment concernant sa construction autour d'un vide, d'une coupure. Cette idée est d'ores et déjà introduite par la notion de scission dans le rapport au symbolique, comme nous venons de le voir, et Jacques-Alain MILLER le questionne, à la suite de Jacques LACAN : « mais sur le modèle de la schize, de l'opposition, de l'antinomie entre l'œil et le regard, pourquoi ne pas introduire une schize, une antinomie entre l'oreille et la voix »¹³². L'objet voix, comme les autres objets *a*, possède cette caractéristique d'être séparable, il est le reste de cette schize. Pour l'imager, nous pourrions dire que ce que l'on communique, ce que l'on tente de dire, n'est pas ce que l'autre reçoit, n'est pas entendu tel quel : il y a une perte. La voix, en tant qu'objet *a*, représente cette perte qu'il y a entre l'émission et la réception, elle est ce qui ne se dit pas. C'est ce qui amène Erik PORGE à souligner que « le sonore est une imaginarisation de la voix »¹³³, une tentative de représenter ce qui a été perdu. Nous le verrons plus loin, ici se joue le rôle de la pulsion invocante, de retrouver un tout uni. Cette perte, cette coupure, cette schize, parlons plus clairement de castration, est le résultat de la rencontre avec l'Autre, à cette réserve de signifiants que l'*infans* va devoir faire sienne ; par la confrontation à l'Autre peut s'opérer la castration originelle et faire émerger le sujet avec sa voix propre. Et cela amène, de fait, à une confrontation au propre vide de l'Autre, « le vide de son manque de garanti ultime, de l'énigme de son désir et de sa jouissance »¹³⁴. Le vide du sujet vient se créer à partir du vide de l'Autre puisque les signifiants de cet Autre sont d'ores et déjà construits avec son propre désir, et donc, son propre manque ; en outre, de ses propres traces de sa castration originelle.

Cela nous amène à préciser un dernier point important dans la construction du concept de l'objet-voix chez Jacques LACAN : il s'agit du lien, puisque lien à l'Autre, de la voix au signifiant et à la *lalangue*. C'est par l'Autre – principalement maternel – que l'*infans* entre dans le monde des signifiants et qu'intervient cette perte dans la voix. « La voix permet l'expérience

¹³² Miller, J.-A. (1989). Jacques Lacan et la voix. In *La voix. Colloque d'Ivry* (p. 175-184). Association de la Lysimaque, p. 178.

¹³³ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 21.

¹³⁴ *Ibid*, p. 22.

discontinue du signifiant, induite par l'adulte pour l'enfant. C'est de l'Autre avec ses signifiants, l'Autre qui est appelé, invoqué, et qui répond ou non, dans une alternance de présence et d'absence. Par sa voix, cet Autre manifeste son désir. La voix est donc l'instrument du désir de l'Autre »¹³⁵. Et cette expérience discontinue prend son point de départ dans le premier cri de l'*infans*, celui du hors-sens, qui ne prendra sens que rétroactivement par la réponse de l'Autre, par les signifiants qu'il viendra y apposer. Ainsi, c'est par son propre désir que l'Autre met en sens le cri de l'*infans*. C'est cette rencontre avec les signifiants de l'Autre qui va constituer ce que Jacques LACAN appelle la *lalangue*. Ce néologisme « est ce que l'enfant entend de la langue maternelle et ce qu'il en fait, qui va constituer ses éléments signifiants structurés d'une manière particulière, parce que liés à ses rencontres et à son histoire »¹³⁶ avons-nous déjà cité. La *lalangue* vient être ce que fait le sujet des signifiants qu'il reçoit, sa propre construction signifiante qu'il va renvoyer ensuite, au travers des signifiants de l'Autre – ce qu'il entend et émet de la langue maternelle. « C'est aussi la partie de la langue qui a donc à faire avec l'équivoque, les équivoques auxquelles le sujet va suspendre son désir, liant donc ce désir avec la langue »¹³⁷ ; en outre, la *lalangue* joue de l'équivocité des signifiants, creusant ainsi la scission dans laquelle la voix s'entend.

Tout tourne, concernant la voix, autour de la question du signifiant, et de la perte qu'il implique lorsque l'enfant s'y confronte. « Le sujet se définit d'être « représenté par un signifiant pour un autre signifiant », il est donc d'essence langagière »¹³⁸ nous rappelle Colette SOLER. Cette construction signifiante propre au sujet ne peut se faire qu'à partir des signifiants de l'Autre, et cela en tant que réponse à un tout unifié qui vient être perdu par cette introduction signifiante. Le sujet peut alors devenir parlant – et donc désirant de par la quête de retrouver l'objet perdu – mais en acceptant la castration que cela implique : perdre sa voix pour parler. Le sujet devient un *parlêtre*, autre néologisme lacanien, qui signe cette condition de l'être par la parole. « La parole naît, est née d'une faille, d'une béance et cette faille se détermine d'un lieu où dysharmonie et dissymétrie sont premières, ce sont là les caractéristiques du parlêtre, des nominations qui nouent l'être à la parole et à la perte, le verbe à la perte et non au savoir »¹³⁹.

¹³⁵ Baïetto, M.-C. (2010). La voix incorporée. *Analyse Freudienne Presse*, n° 17(1), 57-68, p. 60.

¹³⁶ *Ibid*, p. 67.

¹³⁷ *Ibid*, p. 67.

¹³⁸ Soler, C. (2019). *Retour sur « la fonction de la parole »*. *Nouvelles du champ lacanien*, p.39.

¹³⁹ Hiltenbrand, J.-P. (2019). *La condition du parlêtre*. Érés, p. 48.

4. *L'objet voix au-delà du sonore*

Jean-Michel VIVES nous explique que « la voix est à la fois ce qui appelle le sujet à advenir, ce qui est perdu dès que celui-ci accepte d'entrer dans le langage et l'objet que le sujet tentera d'approcher – sinon de retrouver – par l'intermédiaire des dispositifs qui la convoquent »¹⁴⁰. L'objet *a* est originellement perdu avons-nous dit, et perdu dans l'entrée en rapport à l'Autre. En ce qui concerne la voix en tant qu'objet *a*, il s'agit d'une perte par la mise en signifiante de ce qui est hors-sens : « la réponse de l'Autre, la réception qu'il réserve au cri pur en le transformant en cri pour, va transformer le cri qui devient alors signification du sujet à partir des signifiants de l'Autre »¹⁴¹. Par la réponse au lieu de l'Autre du cri de l'*infans*, le processus de subjectivation se déploie. La voix est donc, pour Jean-Michel VIVES, cet objet hors-sens qui se doit d'être perdu pour qu'advienne le sujet. Et du fait de sa qualité d'objet *a*, la voix va être moteur d'une quête désirante dans laquelle le sujet va rechercher cet objet perdu : c'est ici le rôle de la pulsion invocante.

La parole – par le langage – voile la voix, la tient à distance et c'est ce qui amène Jacques-Alain MILLER à définir la voix en psychanalyse comme « tout ce qui, du signifiant, ne concourt pas à l'effet de signification »¹⁴² ; tout ce que le voile de la parole ne réussit à couvrir de la voix. La voix est de l'ordre de l'hors-sens, répétons-le, ce qui est au-delà du signifiant, ce qui enrobe l'énoncé ; « support de l'énonciation discursive, la voix disparaît derrière le sens »¹⁴³. En d'autres termes, elle est ce qui fait résonner le cri pur de l'*infans* au sein même du cri pour du sujet. C'est ainsi que la voix physique vient être l'un des dispositifs pouvant convoquer cette voix pulsionnelle – la voix physique de l'autre ou la sienne. Michel POIZAT nous explique que, chez l'amateur d'opéra, c'est précisément ce point hors-sens qui est recherché : « La signification de la situation non seulement n'entre pour rien dans le surgissement de cette émotion [que ressent Claude, un amateur d'opéra] mais [...] c'est selon nous dans l'abolition de la signification qu'en réside l'une des conditions primordiales »¹⁴⁴. Il place cette abolition de la signification dans le cri du chanteur de l'opéra, celui d'une note aiguë qui empêche toute articulation langagière, ce cri tant parodié – et désacralisé, ainsi rendu

¹⁴⁰ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 17.

¹⁴¹ Raufast, L., Vinot, F., & Vives, J.-M. (2019). *La médiation par le théâtre : Freud et Dionysos sur la « scène » thérapeutique*. Arkhè, p. 88.

¹⁴² Miller, J.-A. (1989). Jacques Lacan et la voix. In *La voix. Colloque d'Ivry* (p. 175-184). Association de la Lysimaque, p. 179-180.

¹⁴³ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 29.

¹⁴⁴ Poizat, M. (2001). *L'opéra ou le cri de l'ange : Essai sur la jouissance de l'amateur d'opéra*. Métailié, p. 53.

inoffensif – dans le personnage de la Castafiore chez Hergé. Ce cri, Michel POIZAT le lie au silence sonore, en ce sens que « le silence tel que le fait entendre le cri, ce cri qui « déchire le silence » mais le fait entendre du même coup, le silence est ce qui présentifie le mieux l’objet-voix aussi paradoxal que cela puisse paraître »¹⁴⁵ et c’est ce qui l’amène à, non pas opposé le silence au sonore, mais à la parole : « le cri, étant la manifestation vocale la plus opposée à l’articulation langagière, se retrouve ainsi fort logiquement au plus près du silence »¹⁴⁶. Cri et silence se retrouvent en opposition à la parole, tous deux la dépassent. C’est le premier pas que fait cet auteur dans la destitution de la qualité sonore de la voix comme objet psychanalytique.

C’est une dizaine d’années plus tard qu’il spécifie cette idée. Il nous dit que « au sens strict et étymologique, « entendre » n’implique pas que l’on soit dans le registre de l’ouïe. « Entendre » vient en effet du verbe latin *intendere* qui signifie « tendre vers », d’où « porter son attention vers » »¹⁴⁷. Il développe la question de l’objet-voix chez les personnes sourdes-muettes. Chez le sujet sourd-muet, la parole vient également voiler la voix, la castration originelle nécessaire au maintien du déplaisir est présente : mais là où pour le sujet entendant-parlant les signifiants de l’Autre passent par la sonorisation de la voix physique, pour le sujet sourd-muet ils passent par les signes, que l’on nomme également langage des signes. Le sens associé aux gestes, les transformant en signifiants, fait coupure avec la complétude et amène la perte de cet objet *a* qu’est la voix, lançant ainsi la quête désirante de l’objet-voix complété.

Cela nous amène à penser la place du silence dans cette notion de l’objet *a*. Pour celui qui est pris dans le dispositif de la vocalisation, de la voix physique dans sa quête de l’objet perdu, Michel POIZAT distingue trois caractéristiques du silence. Si l’Autre à qui l’on s’adresse ne répond pas, « le silence dans ce cas, est la marque de sa défaillance, de son incomplétude »¹⁴⁸, il est lui-même marqué par la castration. Mais s’il ne répond pas, « si l’Autre refuse de me répondre, c’est qu’il ne me reconnaît pas, c’est donc que je ne vauds rien : je suis renvoyé à ma propre incomplétude, à ma propre castration »¹⁴⁹. L’Autre, par sa qualité d’entendant-parlant, renvoie par son silence les qualités de sujet barré (\$), du sujet marqué par la castration qu’engendre l’entrée dans le langage. *A contrario*, le sourd-muet, « par son silence structural, pourrait-on dire, fait en effet miroiter inconsciemment [...] une position d’Autre absolu, non désirant, non marqué de ce fait par l’opération de la castration symbolique : un

¹⁴⁵ *Ibid*, p. 124.

¹⁴⁶ *Ibid*, p. 130.

¹⁴⁷ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. M etalli e, p. 33.

¹⁴⁸ *Ibid*, p. 211.

¹⁴⁹ *Ibid*, p. 212.

Autre en fait complété par l'objet-voix qu'il présentifie par son silence »¹⁵⁰. Du fait même que le sujet entendant-parlant s'attend à une réponse par le même dispositif que le sien, le silence du sujet sourd-muet équivaut à une non-réponse, à du non-sens : il ne désirerait plus du point de vue du sujet entendant-parlant. La question se pose alors ici, et nous y reviendrons plus tard, concernant le laryngectomisé : devient-il, par sa mutité provoquée, un représentant de la complétude par l'objet-voix que son silence présentifierait ?

Dans tous les cas, Michel POIZAT défend cette idée que l'objet-voix n'est pas de l'ordre du sonore mais de l'ordre du sens, dans le registre de l'adresse à l'autre. Ainsi, tout dispositif, sonore ou non, pouvant prendre la qualité de signifiant par l'Autre, peut se voir investi par la pulsion invocante et laisser, en négatif, une place à la retrouvaille de l'objet *a*-voix. Cet auteur définit ainsi la voix comme « le support corporel et par voie de conséquence, pulsionnel, d'une énonciation langagière, quelle qu'en soit la modalité sensorielle. Ou même, plus justement encore, comme la part de corps qu'il faut consentir à sacrifier pour produire un énoncé signifiant »¹⁵¹, définition à laquelle nous rajouterons que « la voix est alors le témoin, qu'elle qu'en soit la modalité d'énonciation, de la présence d'un sujet dans ce qui se dit de ce qui s'entend »¹⁵².

Lorsque la pulsion invocante est alors, théoriquement satisfaite, le sujet atteindrait l'état nirvanesque, un état de zéro de tension, d'absence d'excitation déplaisante ; en outre, la jouissance. C'est cela qu'apparaît ressentir, chez le sujet sourd-muet, l'individu pris dans le dispositif de la vocalisation. Cet état est, au vu de ce que nous avons pu développer, le silence de la voix pulsionnelle, de l'invocation. Un silence non-sonore – entendons-nous bien – mais pulsionnel : le sujet n'a plus de voix, plus de désir à transporter. Le sujet rentre dans un monde où il n'y a plus d'entendre, plus de « tendre vers », plus d'Autre signifiant. La pulsion de mort est arrivée à ses fins par ce biais : un retour à l'inanimé. Pour le sujet ayant investi la dimension sonore de la voix, cela nous renvoie aux chambres anéchoïques acoustiques – autrement appelées « chambres sourdes ». Steven ORFIELD a créé « l'endroit le plus silencieux sur Terre avec un bruit de -9,4 décibels à vide. Le silence absolu du point de vue de l'oreille humaine. »¹⁵³. Il semblerait que l'on ne peut rester bien longtemps en son sein (le record est de 45 minutes) avant d'être en proie à des hallucinations et de s'évanouir. Une fois pénétré de cette chambre, on se confronte à soi, à son propre monde sonore auquel on ne prête plus

¹⁵⁰ *Ibid*, p. 213.

¹⁵¹ Poizat, M. (2001). *Vox populi, vox Dei : Voix et pouvoir*. Métailié, p. 129.

¹⁵² Orrado, I., & Vives, J. M. (2020). *Autisme et médiation : Bricoler une solution pour chacun*. Arkhè, p. 82.

¹⁵³ <https://www.techniques-ingenieur.fr/actualite/articles/defiez-le-silence-de-la-chambre-sourde-2408/>

attention en temps normal ; dans cette pièce, il n'y a plus que nous à entendre, on tend vers son propre corps et ses divers sons (battement du cœur, respiration, bruit de salive, *et cætera*). Il n'y a plus d'autre, ni même d'écho – représentant un autre soi. Cela nous apparaît comme approchant ce que nous nous représentons de ce qui pourrait se passer lorsque la pulsion invocante se satisfait : un état de silence, sans Autre, qui amène le sujet à s'effondrer car il n'y a plus rien vers quoi tendre, pas même l'écho de sa propre voix ; un état au-delà du rapport à l'Autre, une confrontation ultime à soi.

5. *L'importance de la perte pour l'invocation*

La perte de l'objet-voix est, nous l'avons montré, une nécessité pour faire advenir le sujet, et Jean-Michel VIVES place la voix comme le premier objet nécessairement perdu : « Le premier objet perdu n'est donc pas le sein [...] mais bien la voix, puisque pour que l'objet oral puisse être considéré comme objet, il faut qu'il y ait du signifiant »¹⁵⁴. Et c'est ce que René SPITZ observe quand il nous dit que « le dialogue est la succession du cycle action-réaction-action dans le cadre des relations mère-enfant. Cette forme très spéciale d'interaction crée pour le nourrisson un monde unique et bien à lui, avec un climat émotionnel spécifique. C'est ce cycle action-réaction-action qui permet au bébé de transformer des stimuli sans signification en signaux significatifs »¹⁵⁵. Il faut entendre l'importance de la traduction signifiante amenée par l'objet maternel, sa réaction aux actions de l'enfant pour que ce dernier puisse être dans l'action adressée, sous-entendu que la perte du hors-sens de la première action est nécessaire pour faire surgir la subjectivité dans la deuxième action, prise dans les rets signifiants de la réaction de l'objet maternel. Si cette perte n'a pas lieu, si la castration par le symbolique ne se fait pas, le sujet ne pourrait advenir. Une expérience datant du 13^e siècle, à la limite du mythe, nous laisse à réfléchir sur l'importance d'une telle perte. L'empereur Frédéric II, cherchant à savoir qu'elle serait la langue naturelle des bébés, sans influence extérieure, fit demander que des nourrissons soient privés de dialogue via les nourrices qui s'en occupent, et qu'ils n'aient que les soins primaires – dans un objectif de découvrir la langue naturelle de l'être humain. « L'expérimentation du roi Frédéric II de Hohenstaufen l'atteste : aucun nourrisson n'a

¹⁵⁴ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 42.

¹⁵⁵ Spitz, R. A. (1997). *De la naissance à la parole : La première année de la vie*. Presses universitaires de France, p. 33.

survécu à la privation de parole »¹⁵⁶ ; nous précisons : aucun nourrisson n'a survécu à la privation d'une castration signifiante puisque, au-delà de la parole, aucun jeu corporel ne s'instaure : seuls les soins physiques primordiaux sont prodigués.

Il a été mis en évidence en 2005, par des psychologues américains, l'importance que prenait l'Autre maternant dans la capacité future aux interactions sociales. Leur objectif précis était de montrer le rôle des interactions sociales précoces dans le développement du comportement chez l'enfant¹⁵⁷. Il apparaît, dans cette recherche, que deux hormones – l'ocytocine et la vasopressine, en lien avec les comportements sociaux et la confiance en autrui – sont défaillantes lorsque l'enfant n'a pas reçu des soins maternels stables et sécurisés dans sa plus tendre enfance¹⁵⁸. Cela créerait des défaillances dans les relations sociales *a posteriori*. Cette seconde expérience permet de mieux comprendre l'expérience de l'empereur Frédéric II : sans aucun désir de l'Autre maternant (l'expérience américaine poussée à un extrême) venant faire coupure, sans développement de ces « hormones du social », les nourrissons restent dans des états d'*hilflosigkeit*, de détresse originaire, normalement apaisés par la production de ces hormones qu'entraîne le lien à l'Autre ; une jouissance pure, mortifère, que le langage – oral ou non – ne vient pas couper. La non-transmission, par l'objet maternant, du signifiant, empêche la castration symbolique, et entraîne la mort du corps – théoriquement non-subjectivé.

Pour que cette perte opère, et que la subjectivité naisse, il faut donc, dans un premier temps, que le bébé soit pris dans un bain de langage, qu'il soit sonore ou non. Nous l'avons vu, tout part du premier cri et de la réponse de l'Autre qui le transforme *a posteriori* en appel. « Ce cri creuse un trou »¹⁵⁹ et c'est à combler ce trou que tend la pulsion invocante – à retrouver la complétude de la voix, dans le hors-sens premier, et à frôler « l'immédiateté du rapport à la voix comme objet »¹⁶⁰. C'est là où entre en jeu ce que Jean-Michel VIVES nomme les dispositifs convoquant la voix¹⁶¹. Ces dispositifs vont être des substituts investis pulsionnellement dans l'objectif de retrouvailles impossibles. Ainsi, la voix physique vient être l'un de ces dispositifs possibles.

¹⁵⁶ Hiltenbrand, J.-P. (2019). *La condition du parlêtre*. Érès, p. 9.

¹⁵⁷ Fries, A. B. W., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S., & Pollak, S. D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(47), 17237-17240, p. 17 237.

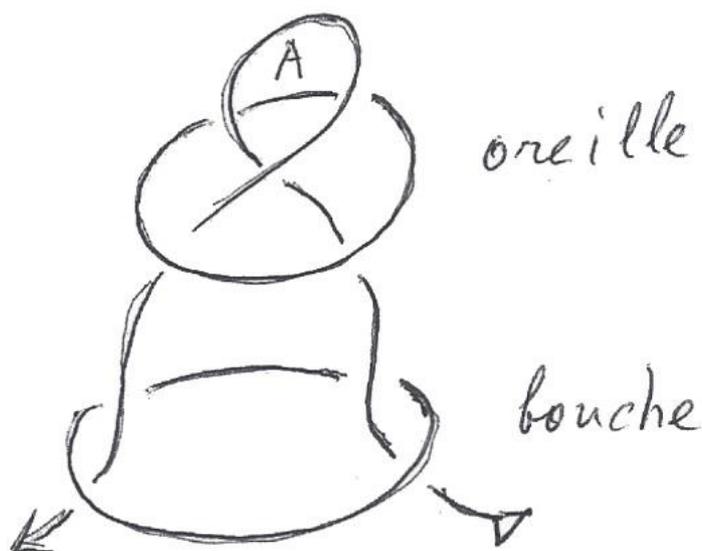
¹⁵⁸ *Ibid*, p. 17 239.

¹⁵⁹ Vinciguerra, R.-P. (2009). L'objet voix. *La Cause freudienne*, 71(1), 134-140, p. 135.

¹⁶⁰ *Ibid*, p. 136.

¹⁶¹ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 17.

La pulsion invocante « comporte la même structure [que les autres pulsions] : entendre, être entendu, se faire entendre »¹⁶² mais Erik PORGE souligne, à la suite de Jacques LACAN, le lien nécessaire avec l'oreille de l'Autre, et ainsi la division qui s'opère entre entendre et parler. Cela l'amènera à proposer un graphe explicatif de la pulsion invocante, reprenant le graphe de Jacques LACAN que nous avons évoqués, « un graphe où la flèche revient bien vers le sujet, mais après une torsion au niveau de l'Autre qui entend et d'où le sujet reçoit son message sous une forme inversée »¹⁶³.



La pulsion invocante part du sujet, dans l'objectif de le compléter, mais investira un ersatz de l'objet-voix, ce qui l'amène sans cesse à contourner l'objet *a*. Rencontrant l'Autre, par son oreille – dans le cas d'un dispositif oralisé, sinon son regard dans l'exemple du sujet sourd-muet – le message est déformé par les signifiants propres de l'Autre, qui ne peut entendre *stricto sensu* le message, avant de revenir vers le sujet, satisfaisant partiellement cette quête de retrouvaille. Le cri inarticulé de l'opéra se rapproche d'une retrouvaille hors-sens de la perte originale, dans sa dimension de dissolution du langage¹⁶⁴. « La pulsion serait une poussée inhérente à l'organisme vivant vers le rétablissement d'un état antérieur que cet être vivant a dû abandonner sous l'influence perturbatrice de forces extérieures [...] »¹⁶⁵ nous enseigne Sigmund FREUD. En outre, pour l'amateur d'opéra, la note aigüe, se rapprochant du cri pur,

¹⁶² Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 24.

¹⁶³ *Ibid*, p. 25.

¹⁶⁴ Poizat, M. (2001). *L'opéra ou le cri de l'ange : Essai sur la jouissance de l'amateur d'opéra*. Métailié, p. 110.

¹⁶⁵ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 88.

de la diva permet une retrouvaille très proche de cet état antérieur, mais comme nous l'avons vu, cet état de complétude de la voix est à jamais perdu, irrémédiablement irretrouvable en l'état.

La question qu'il nous est nécessaire de se poser maintenant dans cette construction de la pulsion invocante est : comment, lors de la perte originare de la voix, le sujet ne se perd-il pas dans la voix de l'Autre, puisque de cet Autre lui est proposé ses signifiants ? « Le sujet invocant est celui qui est capable de soutenir l'hypothèse qu'il existe un Autre non sourd, susceptible de pouvoir l'entendre »¹⁶⁶, ce qui permet le passage pulsionnel de « entendre » à « être entendu ». Pour se faire, il doit être en mesure de se rendre sourd à cette voix de l'Autre, il doit mettre en place un point sourd, « lieu où le sujet, après être entré en résonance avec le timbre originare, s'y est rendu sourd pour pouvoir disposer de sa propre voix en se mettant à l'abri de la voix de l'Autre »¹⁶⁷, à l'instar du point aveugle développé par Sigmund FREUD. Pour reprendre le schéma plus avant, lorsqu'il y a le retour après la torsion au niveau de l'Autre, il faut nécessairement qu'un moment, le sujet puisse entendre au-delà du message pour ne pas s'y perdre. Mais là où, concernant le regard, l'œil peut se détourner ou se fermer pour se rendre aveugle, il n'en est pas de même pour l'oreille. C'est ce qui amène Jean-Michel VIVES à proposer l'hypothèse que la métaphore vient être la clé de voûte de la constitution de ce point sourd. « Opération à l'origine même du sujet. La métaphore est radicalement l'effet de la substitution d'un signifiant à un autre dans une chaîne, sans que rien de naturel le prédestine à cette fonction de *phore*, sinon qu'il s'agit de deux signifiants comme tels réductibles à une opposition phonématique »¹⁶⁸. C'est de ce point sourd que se crée la *lalangue* que nous avons abordé ; de la métaphore que le sujet fait siens les signifiants qu'il reçoit et qu'il peut faire avec l'équivocité. N'est-ce pas alors de cet impossible rejet de la voix de l'Autre que souffre le psychotique ? L'impossible constitution d'un point sourd suffisamment efficient ? C'est dans ce sens que semblent aller Virginie JACOB ALBY et Jean-Michel VIVES lorsqu'ils nous disent que « le patient halluciné se fait alors « porte-voix » de l'Autre, se dépossédant ou ne pouvant accéder ainsi à sa propre voix et à sa propre parole. »¹⁶⁹ Nous verrons plus loin en quoi cette notion de point sourd peut se retrouver et s'étayer dans le champ de la laryngectomie.

¹⁶⁶Vives, J.-M. (2013). Comment la voix vient-elle aux enfants ? *Enfances Psy*, 58(1), 40-50, p. 40.

¹⁶⁷ *Ibid*, p. 41.

¹⁶⁸ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 38

¹⁶⁹ Jacob Alby, V., & Vives, J.-M. (2016). De la possible invention d'un espace d'intimité chez le sujet psychotique : L'exemple de la musique. *Connexions*, 105(1), 123-132, p. 124.

C. Pour d'autres dispositifs de la pulsion invocante

Eole : « *Lorsqu'Ulysse, au cours de ses voyages, aborda dans l'île d'Eolia, cet Eole le reçut avec amitié, et le garda un mois auprès de lui. A son départ, il lui remit une outre où étaient enfermés tous les vents à l'exception d'un seul, celui qui devait le ramener directement à Ithaque* »¹⁷⁰

1. Le corps et son geste

Nous l'avons donc vu, la voix pulsionnelle n'est en rien sonore, elle « est l'irreprésentable du langage »¹⁷¹, « exactement ce qui ne peut pas se dire »¹⁷², elle est l'indicible que tente de retrouver le sujet. Et nous répétons que la voix physique n'est finalement que l'un des moyens utilisés pour y parvenir, si ce n'est le principal. Attardons-nous sur ce qu'il en est des autres potentiels dispositifs dont peut tenter de se satisfaire la pulsion invocante.

Par l'exemple du sujet sourd-muet, Michel POIZAT nous propose d'entendre le geste comme étant l'un d'eux. Si le geste, pour le sujet sourd-muet, prend valeur de langage à part entière, qu'en est-il pour le sujet entendant-parlant ? Le geste est un mouvement du corps qui, chez le sujet sourd-muet, devient signifiant, c'est-à-dire qu'il porte avec lui un effet de signification pour un autre signifiant. Pour le sujet entendant-parlant, le geste ne se structure pas en langage mais il apparaît comme pris dans un consensus, dans une langue « non-officielle » assimilée par chacun. Pensons aux mimes qui, par leurs gestes, sont somme toute entendables. Nous sommes ici très proche de ce que Michel POIZAT appelle la voix gestuelle¹⁷³, d'un geste proche du signe dans son sens de signifier quelque chose pour quelqu'un, car porteur d'une signification.

¹⁷⁰ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 140.

¹⁷¹ Rabinovitch, S. (2018). *Les voix*. Érès, p. 196.

¹⁷² Miller, J.-A. (1989). Jacques Lacan et la voix. In *La voix. Colloque d'Ivry* (p. 175-184). Association de la Lysimaque, p. 183.

¹⁷³ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. Métailié, p. 54.

Si nous allons plus loin, il faut noter que le corps, dans le rapport langagier à l'autre, est mis en jeu – pensons là à l'expression « parler avec ses mains ». Michel POIZAT le précise, « cette composante gestuelle reste d'ailleurs toujours présente même dans la situation « canonique » d'un sujet et d'un Autre, entendants. Elle est certes reléguée au second plan car la dimension du sonore tend très vite à prendre le pas mais elle reste quand même toujours là comme en témoigne le fait que toute relation de langage s'accompagne de gestes, non pas signifiants mais expressifs »¹⁷⁴. Mais alors, à quel point ce corps peut-il être porteur d'une invocation, de la voix pulsionnelle, d'une part de « ce qui, du signifiant, ne concourt pas à l'effet de signification »¹⁷⁵ chez tout un chacun ? Cela signifierait, à la vue de notre développement actuel, que le geste puisse entrer dans le monde signifiant tel que dans la situation du sujet sourd-muet. Il nous faudrait également concevoir le geste comme accompagnant un signifiant, enrobant ainsi le mot par un corps qui se meut dans l'espace. Développons cette question pour tenter de cerner cette conception du geste.

2. *Le signifiant énigmatique, une part d'invocation ?*

Jean LAPLANCHE évoque « [...] la possibilité pour le signifiant *d'être désignifié*, de perdre ce qu'il signifie, de perdre même toute signification assignable, sans avoir pour autant perdu son pouvoir de *signifier* à. [II] parle ici aussi bien du signifiant non-verbal que verbal [...] »¹⁷⁶. Donc la possibilité pour le signifiant de devenir hors-sens, ce que nous entendons comme ce reste de la castration symbolique par le langage qui apparaîtrait dans cette possibilité d'être désignifié. Il précise ici la qualité de signifiant possible que peut prendre le non-verbal. Cet auteur nous explique entre autres que l'enfant est naturellement apte à entrer dans les différentes langues de l'adulte, verbale, gestuelle, *et cætera*¹⁷⁷, mais qu'il y a une part de ces langues qui peut être énigmatique pour l'enfant. Ces signifiants désignifiés seraient liés à une séduction originaire. « Par le terme de séduction originaire [il qualifie] donc cette situation fondamentale où l'adulte propose à l'enfant des signifiants non-verbaux aussi bien que verbaux, voire comportementaux, imprégnés de significations sexuelles inconscientes »¹⁷⁸. Il

¹⁷⁴ *Ibid*, p. 194.

¹⁷⁵ Miller, J.-A. (1989). Jacques Lacan et la voix. In *La voix. Colloque d'Ivry* (p. 175-184). Association de la Lysimaque, p. 179-180.

¹⁷⁶ Laplanche, J. (2016). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse : La séduction originaire* (Nouvelle éd.). PUF, p. 48.

¹⁷⁷ *Ibid*, p. 124.

¹⁷⁸ *Ibid*, p. 125.

précise qu'il inclut dans la séduction originaire « des situations, des communications, qui ne relèvent en rien de « l'attentat sexuel ». L'énigme, celle dont le ressort est inconscient, est séduction par elle-même »¹⁷⁹. L'auteur développe ici ce que nous évoquions de la constitution du point sourd et de la castration symbolique : cette situation fondamentale est la proposition faite par l'objet maternel de signifiants dont le sujet en devenir va pouvoir se saisir pour se construire son propre monde signifiant, sa propre *lalangue*, devant aussi faire face au reste et à la perte de ce qui ne prend pas sens pour lui.

Ce qui nous intéresse particulièrement dans le travail de Jean LAPLANCHE, c'est tout le versant non-verbal qui peut être porteur de signifiants inconscients, de messages alors énigmatiques qui, par le travail qu'ils suscitent chez l'enfant, laissent des restes inconscients qu'il nomme « objets-sources » de la pulsion¹⁸⁰. La théorie de la séduction généralisée chez Jean LAPLANCHE, c'est en partie la notion des messages énigmatiques véhiculés par le verbal et le non-verbal. En l'occurrence, il s'agit d'énigmes sur le versant sexuel, mais peut-être pouvons-nous penser un au-delà du sexuel et entendre dans les messages énigmatiques la part du désir de l'Autre, non traduit par lui-même et intraduisible par l'*infans*. La transformation du cri pur en cri pour en est un exemple : l'Autre met de son désir dans ce cri pur de l'*infans* que ce dernier va devoir, puisque ce désir est en partie énigmatique, « théoriser » à sa manière pour mettre du sens dans ce que l'Autre lui signifie. Le reste, le vide ainsi créé entre le désir de l'Autre et ce qu'en comprend l'*infans* implique la castration symbolique avec la perte de l'objet-voix, perdu sous le voile du signifiant. Ainsi, pour le corps de l'Autre qui se meut, qui gesticule à l'adresse de l'*infans* en réponse à ce qu'il nomme une demande de ce dernier, sans signifiant formel comme pour le sujet sourd-muet, ce corps là devient porteur de messages énigmatiques répondant au désir de l'Autre.

Tout comme pour la voix physique, nous retrouvons alors le corps, chez le sujet entendant-parlant, comme potentiel dispositif pouvant permettre l'invocation, fonction de l'investissement et des signifiants que l'Autre y attribue. Comme nous l'avons vu avec Michel POIZAT, la gestuelle est présente dans les situations langagières orales et, de ce fait, elle devient une part du signifiant qui ne concourt pas à l'effet de signification, comme nous le dit Jacques-Alain MILLER ; elle est une part de la voix pulsionnelle.

¹⁷⁹ *Ibid*, p. 126.

¹⁸⁰ *Ibid*, p. 128.

3. Corps érogène et pulsion invocante

Le corps est un point central dans notre recherche puisque, si ce n'est un dispositif d'invocation, c'est celui-ci qui est malade du cancer et qui se voit opérer, souffrir de cette maladie. L'opération qu'est la laryngectomie totale bouscule l'organisation pulsionnelle au niveau de l'objet-voix – nous développerons cela un peu plus loin ; le support principal d'investissement est perdu. Cette partie du corps qui est retirée, en l'occurrence la voix physique (par le biais du larynx), amène également un remaniement de l'image du corps : « les sons que je produis ne sont pas complètement indépendant de moi, ils continuent à faire partie de moi et [...] mon image du corps se prolonge dans le monde »¹⁸¹. Cette image du corps, ce « schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même »¹⁸². En outre, l'image du corps est la représentation psychique qu'a le sujet de son corps propre, ce qui inclut une part des investissements pulsionnels dans la formation de cette représentation. De ce fait, à la perte de la voix – faisant partie intégrante de l'image du corps, puisque production de ce dernier – il y a un double chamboulement : de la vie pulsionnelle et de l'image du corps.

Ces deux notions nous apparaissent intimement liées. « L'affectivité a pour effet de changer la valeur relative et la netteté des différentes parties de l'image du corps en fonction des tendances libidinales »¹⁸³, l'investissement pulsionnel influe sur l'image du corps. Nous entendons ces réflexions de la manière suivante : plus on investit pulsionnellement une partie de notre corps, plus elle aura une place importante dans l'image du corps que nous formons. Le *quantum* libidinal lié à l'invocation du sujet aurait donc une importance quant à la perte de la voix sur la représentation corporelle que le sujet a de lui-même. C'est ce qui nous amène à emprunter la notion de « corps érogène » que nous propose Christophe DEJOURS¹⁸⁴. Il s'agit du corps affublé des investissements libidinaux, en quelque sorte le miroir de la représentation que l'on a de son corps propre, et qui vient s'opposer au corps biologique que la médecine opère ; un corps en prise avec le sujet de l'inconscient.

Ce corps érogène nous intéresse particulièrement car il nous permet de saisir le rapport de la pulsion invocante au corps. « Les mouvements du corps, qui confèrent aux dires comme au silence leurs accents et en fin de compte leur sens, sont donnés par le corps érogène »¹⁸⁵. Il y est sous-entendu que la pulsion invocante n'investirait pas que la voix physique mais

¹⁸¹ Schilder, P. (1980). *L'Image du corps : Étude des forces constructives de la psyché*. Gallimard, p. 206.

¹⁸² *Ibid*, p. 35.

¹⁸³ *Ibid*, p. 188.

¹⁸⁴ Dejours, C. (2003). *Le corps d'abord*. Payot & Rivages.

¹⁸⁵ *Ibid*, p. 153.

également le corps biologique, ce qui amènerait à une invocation du sujet par le corps érogène, au-delà de la vocalisation, et ainsi participerait à la construction de la voix dans l'image du corps. En allant plus loin, nous pourrions suivre ce que nous disent Sémir BADIR et Herman PARRET, « ce que l'on perçoit et sent quand une voix nous atteint n'est pas une voix « libérée » du corps qui la profère, c'est le corps même qui se fait voix »¹⁸⁶, ce à quoi nous rajouterions : le corps érogène qui se fait voix. La pulsion invocante investirait le corps même et, par extension, la voix physique quand celle-ci est prononcée. La voix physique est, dans cette conception théorique, qu'un geste parmi d'autres ; un mouvement du larynx qui produit un son par la vibration de l'air qu'il provoque *a contrario* d'un bras ou d'une tête qui n'émet pas de vibrations suffisantes pour être entendues par l'oreille humaine. Nous faisons là un pas de plus sur ce que nous avons vu du signifiant énigmatique avec Jean LAPLANCHE : le corps entier est réceptacle de la vie pulsionnelle et peut être dispositif de la pulsion invocante, qu'il soit verbal ou non-verbal.

4. *La voix de l'écrit*

Si le corps et ses différentes productions peuvent, théoriquement, se faire dispositif de l'invocation, la question vient à se poser de la place de l'écriture. L'écriture est ce que nous nous représentons naïvement comme une autre possibilité de verbaliser – puisqu'utilisant le langage et son verbe – qu'à le corps, médiatisée par un outil qui n'appartient pas à ce dernier. Ce faisant, nous imaginons l'écriture comme un autre potentiel dispositif que la pulsion invocante peut investir dans sa quête désirante.

Pourtant, le rapport entre la voix physique et l'écrit est antinomique pour beaucoup. Roland BARTHES les compare dans leurs différences : « Ce qui oppose l'écriture à la parole, c'est que la première paraît toujours symbolique, introversée, tournée ostensiblement du côté d'un versant secret du langage, tandis que la seconde n'est qu'une durée de signes vides dont le mouvement seul est significatif. Toute la parole se tient dans cette usure des mots, dans cette écume toujours emportée plus loin, et il n'y a de parole que là où le langage fonctionne avec évidence comme une variation qui n'enlèverait que la pointe mobile des mots ; l'écriture, au contraire, est toujours enracinée dans un au-delà du langage, elle se développe comme une

¹⁸⁶ Badir, S., & Parret, H. (2001). *Puissances de la voix : Corps sentant, corde sensible*. Presses universitaires de Limoges, p. 8.

forme et non comme une ligne, elle manifeste une essence et menace d'un secret, elle est une contre-communication, elle intimide »¹⁸⁷. L'auteur nous parle ici d'une écriture qui va dans le sens, comme il le dit, d'une contre-communication, par la forme qu'elle vient prendre. Il y est sous-entendu que la parole ne laisse pas de trace, au contraire de l'écriture, et que par cette absence le mot s'use et ne s'ancre pas – « les paroles s'envolent, les écrits restent » dit le dicton. Nous nous retrouvons alors face à une question : l'écrit peut-il vraiment être l'un des dispositifs convoquant la voix pulsionnelle ? Peut-il être support d'une invocation du sujet ?

Il est intéressant de soulever que la parole est associée à l'écrit, « l'écrit est caché dans le dit qui, lui, ne cache rien, car il faut savoir le lire à la lettre. La langue renvoie à une écriture, et celle-ci génère tout discours, qu'il soit simple parole, poème ou objet artistique »¹⁸⁸. L'écrit sous-tend le dit. Que ce soit avec Roland BARTHES ou Joseph ATTIE, nous entendons que l'écrit est ce qui vient faire signifiant dans le dit, il est la base de ce voile sur la voix : la parole renvoie à une écriture du langage. Et l'écrit met ainsi de côté l'équivoque de l'oralisation ; « l'écrit permet de distinguer l'équivoque du signifiant dans *lalangue*, l'écrit de la graphie (non et nom) ou celui de la segmentation (d'eux et deux). La voix est dans *lalangue* une fonction et un signe de l'écrit, de l'écrit de la lettre a, de son algèbre »¹⁸⁹. L'écrit amoindrirait le vide entre le mot et son sens, atténuant ainsi le rapport du désir au langage : avec l'écrit, nous nous éloignerions de la diva et de l'inarticulé du fait même de cette perte de l'équivocité, de ce plus-de-sens que l'écrit amène avec lui. Nous soulevons également qu'écrire peut laisser une trace et « ce terme emporte avec lui un lien avec l'autre : car la trace peut être lue par un autre, et ainsi faire signe »¹⁹⁰. L'écrit peut, par sa trace, faire lien à l'autre et signifier pour l'autre mais dépourvue de son équivoque en ce sens que le signe qu'il représente limite l'interprétation par l'autre. La perte est moindre dans ce qui se lit de ce qui s'écrit. L'écriture nous apparaît après cette première approche comme antinomique de la voix physique en ce sens qu'elle tend à empêcher toute équivocité. Pourtant, elle serait la base du dit et révélatrice de secret dans son lien à l'autre.

Une façon d'étudier l'écriture a attiré notre attention : la graphologie. Il s'agit, selon Herbert HERTZ, de « la science qui est capable de nous livrer le caractère d'un être humain en observant et en analysant son écriture »¹⁹¹. S'il nous est difficile de réduire le caractère humain

¹⁸⁷ Barthes, R. (2014). *Le degré zéro de l'écriture suivi de Nouveaux essais critiques*. Points, p. 21.

¹⁸⁸ Attié, J. (2015). *Entre le dit et l'écrit : Psychanalyse & écriture poétique*. Éditions Michèle, p. 37.

¹⁸⁹ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 27.

¹⁹⁰ Bendrihen, N. (2016). *Écritures et réel du cancer : Gratter le mur*. Le Bord de l'eau, p. 125.

¹⁹¹ Hertz, H. (1972). *La graphologie*. Presses universitaires de France, p. 5.

à sa simple écriture, la graphologie nous amène à entrevoir la pulsion invocante au travers de l'écrit. En effet, son objet d'étude n'est pas le mot, le sens, mais son véhicule, l'écrit et ses variations – un écrit subjectif, propre à chacun, telle une voix physique toujours unique. En cela, nous retrouvons un dispositif offrant les mêmes possibilités que la voix : caché derrière le sens, la voix pulsionnelle résonne. Et Herbert HERTZ le précise, la graphologie « s'occupe plus spécialement du rapport qui existe entre une écriture et son auteur, en tant que reflet de la personnalité intime de celui-ci »¹⁹². Une piste de réflexion nous est ouverte car si écrit et dit semblent s'opposer, certains points communs peuvent apparaître. Comprenons cependant que l'écrit a évolué depuis 1942 et ce que nous amène l'auteur de « La Graphologie ». À notre époque, il est de plus en plus courant, et facile, d'écrire par le biais de clavier – que ce soit d'ordinateur, de tablette ou de téléphone – et d'ainsi perdre une part de la qualité subjective dans la forme du mot. Les typographies sont normées et ne laissent pas la place à une analyse de la forme de l'écriture où la pulsion invocante pourrait transparaître. Seul le style d'écriture laisse apparaître la « patte » de l'auteur. L'écriture manuelle tend à être délaissée au profit de cette écriture nouvelle, numérisée. Nous rajouterons que cette nouvelle écriture se voit également moins investie, en lien avec son usage : la personne qui apprend à écrire se voit aider par les technologies : correcteurs orthographiques, mise en avant des fautes grammaticales, voire proposition de formulations lors de l'écrit.

Pour faire un pas de plus, il nous est possible, à la suite de Jacques LACAN, de « prendre la fonction de l'écrit comme un mode autre du parlant dans le langage »¹⁹³. Avec la graphologie, nous entr'apercevons un rapprochement avec la voix physique et avec l'abord psychanalytique, nous y voyons plus clair. Jacques NASSIF pointe que « la lettre n'est plus seulement la pure et simple transformation de l'audible du langage en visible sur une page, la situation de voix étant ainsi presque toujours passée sous silence, jusques et y compris dans le texte littéraire, qui est pourtant fait pour en rétablir l'incidence. Serait-ce sous la forme du piège dans lequel le lecteur est tout disposé à accepter de tomber, en prêtant au texte une voix qui est la sienne propre, croyant cependant que sa lecture évoque celle de l'auteur absent »¹⁹⁴. Nous entendons ici que la voix dont le lecteur use ne se réduit pas à la voix physique mais plutôt à la voix subjective, intériorisée. C'est ce qui nous amène à exprimer que si l'écrit sous-tend le dit, le dit est nécessaire à l'écrit : dit et écrit semble inextricable. Ce serait lié au fait même de langage car tout signifiant est associé à une représentation visuelle – pas nécessairement le mot

¹⁹² *Ibid*, p. 7.

¹⁹³ Nassif, J. (2004). *L'écrit, la voix : Fonctions et champ de la voix en psychanalyse*. Aubier, p. 198.

¹⁹⁴ *Ibid*, p. 35.

sous sa forme grammaticale – laissant trace au signifiant. C'est en se rendant sourd à la voix de l'Autre, par le biais de la métaphore¹⁹⁵, que le sujet peut se détacher d'une représentation visuelle unique et peut entrer dans le monde de l'homonymie, là où l'écrit associé au dit n'est plus unique et rentre dans la contextualisation du dit. Pour le sujet psychotique, il s'agit là d'une grande difficulté et « le mot est la chose » sans représentation visuelle autrement incorporée.

Il serait peut-être intéressant de bien clarifier nos propres signifiants dont nous usons ici. Le dit, c'est bien la voix, mais pas nécessairement oralisée ; c'est l'action signifiante permettant de cerner le dire, le Réel de ce qui veut être transmis. Il peut s'agir de la petite voix intérieure, celle de nos pensées. L'écrit vient être la représentation de cette action signifiante et n'est, de ce fait, pas forcément l'écriture graphique et visuelle mais est tout aussi bien l'écriture intériorisée, celle que l'on imagine, sans tout à fait se rendre compte, associée aux signifiants que nous utilisons. Et c'est en cela que cet écrit, cette trace qui est laissée, n'est pas nécessairement un mot dans sa grammaticalité mais bien une représentation qui vient s'ancrer au signifiant. En outre, nous sommes là dans le nouage borroméen où Réel, Symbolique et Imaginaire s'entrecroisent : dire, dit et écrit se substituent respectivement dans notre situation. Et étant donné la qualité même du langage, entre ce qui est dit et écrit et ce qui est entendu par l'Autre, il y a un trou, un vide pouvant laisser transparaître l'angoisse de ce Réel non-cerné par le dit – ce qui n'a pas pu se dire.

L'écriture, tout comme la voix physique, semble porteuse des caractéristiques nécessaires à l'investissement pulsionnel ; l'écriture serait un possible dispositif de la pulsion invocante. L'expérience est régulièrement faite dans des ateliers d'écriture, où alors nous retrouvons ce sentiment d'inquiétante étrangeté lorsque le sujet se confronte à sa voix au travers de son écrit – car l'écriture à cela de particulier, tout comme l'enregistrement vocal, de se confronter à son propre dit : « la lecture de son écrit faite à tous, ou lu par un autre à haute voix, donnait lieu à des moments surprenants, tant on entendait au-delà de ce que l'on avait pensé écrire »¹⁹⁶ ; une invocation du sujet, par-delà l'écrit. Jacques NASSIF le précise, « toute écriture digne de ce nom vise donc à rétablir la situation de voix, à faire entendre qu'elle est sous-jacente à l'acte même d'écrire qui consiste, pour ainsi dire, à excéder la page, en la trouant

¹⁹⁵ Vives, J.-M. (2015). Pour introduire la notion de point sourd. In *Écoute, ô bébé, la voix de ta mère... La pulsion invocante* (p. 91-107). Érès, p. 97.

¹⁹⁶ Darchis, É. (2019). Écriture : À quelle adresse ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 72(1), 45-58, p. 48.

de toutes sortes de signes, qui ne sont pas seulement de ponctuation, mais qui vise à faire entendre du son au-delà des lettres qui seraient seulement vues »¹⁹⁷.

Il nous faut cependant pondérer notre propos et rappeler que l'acte d'écrire n'est pas accessible à tous, tout comme l'est la langue des signes. « Il n'y a jamais eu dans le passé (pas plus qu'il n'y a aujourd'hui) de société usant de l'écriture dans laquelle l'acte d'écrire ait été ou soit pratiqué par tous ses membres. L'écriture en effet, contrairement à la langue, crée partout où elle apparaît une inégalité, nettement marquée, entre ceux qui écrivent et ceux qui n'écrivent pas, ceux qui lisent et ceux qui ne lisent pas, ceux qui lisent bien et beaucoup, ceux qui lisent mal et peu »¹⁹⁸. Le contexte dans lequel évolue le sujet exercera donc une influence sur la capacité de l'écriture à devenir un dispositif d'invocation – comme tout dispositif par ailleurs. Et il nous apparaît de prime abord que l'écriture n'est pas un dispositif très recherché par la pulsion invocante, la voix physique et le corps étant bien plus tôt accessible et proposé par l'Autre. Même si, comme nous le précise Jacques NASSIF, il y a une recherche possible dans une écriture digne de ce nom du rétablissement de la situation de voix. Nous avons vu que, dans les situations de laryngectomies totales, l'écriture est proposée au patient comme palliatif à la voix physique. Y-a-t-il alors possibilité de faire de cet écrit une écriture digne de ce nom pour rétablir la situation de voix ?

D. L'objet-voix dans la perte de la voix physique

Charybde : « Trois fois par jour, Charybde absorbait une grande quantité d'eau de mer, attirant dans son gosier tout ce qui flottait. Elle avalait ainsi les navires qui se trouvaient dans les parages. Puis elle rejetait l'eau qu'elle avait absorbée »¹⁹⁹

Nous en arrivons à cette question de la laryngectomie totale et de la perte de la voix physique associée. D'un point de vue théorique, avec ce que nous avons pu développer jusque-là, que deviendrait la pulsion invocante avec la perte de son dispositif d'invocation principal ?

¹⁹⁷ Nassif, J. (2004). *L'écrit, la voix : Fonctions et champ de la voix en psychanalyse*. Aubier, p. 41.

¹⁹⁸ Petrucci, A. (2019). *Promenades au pays de l'écriture*. Zones sensibles, p. 33.

¹⁹⁹ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 89.

Notre lecture de la voix comme objet *a* nous amène à penser la laryngectomie totale comme un outil de jouissance mortifère : le processus somatique source de la pulsion, à savoir les cordes vocales – berceau de la voix – est retiré par le biais de l’ablation du larynx. Répondant là au principe de plaisir et au « travail de l’appareil psychique [qui] a pour but de maintenir basse la quantité d’excitation »²⁰⁰, nous sommes amenés à penser que, dans la situation de laryngectomie totale, l’excitation pulsionnelle serait au plus proche du zéro de tension. Nous avons vu que la pulsion invocante ne se contente pas d’investir la voix physique, le corps dans sa globalité peut être source d’excitation pour l’invocation. La voix physique restant le dispositif principalement investi, le désir à la suite de cette opération nous apparaît considérablement affecté. C’est pourquoi nous nous proposons de parler de la laryngectomie totale comme d’une « désirectomie partielle ».

1. *La désirectomie partielle*

Il est difficile de se représenter subir une laryngectomie totale et de s’imaginer cet état de tension pulsionnelle proche du zéro, c’est pourquoi nous usons du terme de désirectomie partielle. Le terme même de désirectomie fait écho à la nécessaire opération chirurgicale causant la perte du désir ; on y entend « ablation du désir ». Sans la main d’autrui, l’état nirvanesque est ce vers quoi tend la pulsion sans jamais y parvenir, ne faisant que s’en approcher – nous retrouvons ici l’idée de la retrouvaille impossible de l’objet perdu. Ce sont les défenses psychiques mises à l’œuvre contre la satisfaction pulsionnelle totale et répondant à l’inconcevable réalité qui permettent de ne pas atteindre cet état de zéro de tension (et de désirer de surcroît). Ainsi, une désirectomie totale, à l’instar de toute opération chirurgicale « totale », serait l’ablation pure et simple du désir, à savoir des retrouvailles pleines et entières avec l’objet perdu. Comme nous le dit Michel POIZAT, « la mort devient le seul lieu possible de retour à ce réel initial, non encore travaillé par le symbolique »²⁰¹. La désirectomie totale, c’est le retour à un état dans le réel, sans possibilité aucune de faire avec le langage pour couper la jouissance.

Dans notre situation, nous parlerons plus volontiers de désirectomie « partielle », une notion que nous pouvons plus facilement nous représenter dans nos rencontres cliniques et qui

²⁰⁰ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 51.

²⁰¹ Poizat, M. (2001). *L’opéra ou le cri de l’ange : Essai sur la jouissance de l’amateur d’opéra*. Métailié, p. 148-149.

répond mieux à la réalité du terrain. Du point de vue économique comme nous l'enseigne Sigmund FREUD, essayons de mieux saisir ce qu'il advient de la vie pulsionnelle du sujet dans le cas de l'ablation du larynx. Nous l'avons vu, dans la situation où la pulsion invocante est satisfaite, l'énergie pulsionnelle associée à la voix physique se serait libérée, aurait été évacuée. Mais comme nous le répétons, rare sont les sujets – si ce n'est inexistant – qui n'investissent que l'organe vocal comme unique source d'invocation, et encore moins comme unique source de désir : les autres objets causes du désir ne seraient pas impactés directement, d'où le qualificatif de partielle pour désigner cette désirectomie. Sigmund FREUD nous dit également que, dans les situations de douleurs physiques, « l'énergie d'investissement est rappelée, venant de toute part, pour créer dans le voisinage du point d'effraction des investissements énergétiques d'une intensité correspondante. Il s'établit un « contre-investissement » considérable au profit duquel tous les autres systèmes psychiques s'appauvrissent, ce qui entraîne la paralysie ou une diminution étendue du reste de l'activité psychique »²⁰². La laryngectomie totale, ne se contentant pas d'une ablation partielle du désir, engendrerait également un désinvestissement massif des autres quêtes désirantes, du fait de la douleur qu'entraîne une telle opération. Il est important de préciser que lors de cette chirurgie, qui est lourde, est associée une reconstruction cutanée avec un lambeau du muscle grand pectoral. Le corps subit plusieurs transformations auxquelles il réagit par de fortes douleurs. Alain KSENSEE pose sur ce point l'hypothèse suivante : « Au cours du traitement psychanalytique de patients atteints d'affections somatiques, l'interprétation vient véritablement « buter » sur un narcissisme qui semble être véritablement clivé du courant pulsionnel »²⁰³. L'énergie libidinale se retrouverait coupée de ses chemins habituels et serait tournée vers l'intérieur, sur le Moi, laissant alors transparaître cette « butée » sur un narcissisme.

Si la théorie nous permet de mieux cerner les implications psychiques potentielles sur le versant économique, nous ne pouvons pas nous en satisfaire. Nous en sommes arrivés, théoriquement, à la rencontre d'un sujet a-désirant, privé de désir par la perte subie et par la concentration de l'énergie pulsionnelle restante au-delà des objets causant son désir. Nous pouvons rajouter à cela que la présence des anti-douleurs de notre époque permet une diminution de l'implication pulsionnelle engagée sur le Moi, laissant une visibilité plus importante de l'impact de la désirectomie partielle. Cet état nirvanesque que nous décrivons comme résultat de la désirectomie viendrait être très vite contrebalancé par l'implication des

²⁰² Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 79.

²⁰³ Ksensee, A. (1999). Interpréter ? *Revue française de psychosomatique*, 16(2), 59-76, p. 68.

soignants – comme nous le verrons juste après –, ce qui nous amène à poser ce vécu de jouissance entre un et cinq jours après l’opération, le temps de la présence du patient au sein des unités de soins aigus, les chambres post-opératoires sous haute surveillance soignante pour réagir dans l’urgence en cas de complications à la suite de la chirurgie. Il y aurait, en parallèle, un processus de réappropriation du langage où le sujet va devoir choisir (à défaut d’un meilleur terme) de nouveaux objets pour la pulsion invocante ou rester dans la jouissance mortifère de la perte/retrouvaille. Car « l’objet se rencontre et se structure sur la voie d’une répétition – retrouver l’objet, répéter l’objet. Seulement, ce n’est jamais le même objet que le sujet rencontre. Autrement dit, il ne cesse d’engendrer des objets substitutifs »²⁰⁴ et dans la situation de laryngectomie totale, cette répétition serait fortement réduite, justement due à une retrouvaille jouissive de l’objet-voix, non une substitution. Cette réappropriation du langage est donc nécessaire pour relancer la quête désirante de la pulsion invocante et éviter ce que, théoriquement, nous mettons en avant, à savoir cette fusion du sujet et de l’objet autrement nommée jouissance. Ainsi s’ouvrent deux destins pour le sujet : le réinvestissement de nouveaux dispositifs ou le glissement vers une fin tant psychique que physique.

2. *Théorie du destin pulsionnel*

Un patient que nous suivons dans le cadre d’un suivi en libéral, chanteur de profession, ne cesse de nous dire que son instrument n’est pas sa voix mais son corps. Le larynx n’est pour lui qu’une infime partie de son instrument, son corps entier est un dispositif convoquant la voix – puisque la tessiture de sa voix dépend de sa posture, de ses gestes, qui viennent également colorer son chant. Pour le patient laryngectomisé, il s’agirait de prendre conscience que son corps peut être instrument, que ce soit par le geste ou par l’écrit. Comme nous l’avons vu pour l’enfant et son environnement, pour permettre l’ouverture à de nouveaux dispositifs chez le sujet laryngectomisé, il serait nécessaire qu’un environnement soignant soit mis en place pour permettre le déploiement pulsionnel. À l’époque actuelle, la relation soignants-soignés se construit sur un versant participatif²⁰⁵ : le soigné est appelé à prendre également soin de son corps, appuyé comme nous l’avons vu sur le soignant partenaire²⁰⁶. Mais pour le

²⁰⁴ Lacan, J. (2015). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points, p. 140.

²⁰⁵ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découragement*. l’Harmattan, p. 35.

²⁰⁶ Klinkenberg, J.-M. (2017). Postface. In *Hôpital silence* (p. 173-201). Communauté française de Belgique, p. 189.

laryngectomisé se réveillant, il va déjà y avoir tout un travail d'expression de ce qui se passe dans son corps qui vient être nécessaire, pour ensuite être pris dans l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire l'apprentissage de la gestion de son trachéostome et tout le matériel associé. Sans ces deux étapes, point de sortie de l'hospitalisation envisagée. À l'hôpital, « on y vient pour parler de la maladie ; ou simplement pour parler du corps ; ou de la question qui habite le corps »²⁰⁷, et lorsque cet abord du corps est suffisamment bon, du point de vue médical, le patient continuera de se rétablir à son domicile. Plusieurs facteurs permettent donc la sortie du service : l'élément biologique, à savoir que le corps se remette correctement de l'opération d'un point de vue biologique, et le facteur que l'on pourrait qualifier de pulsionnel, c'est-à-dire que le corps commence à être ré-érogénéisé, que le lien se re-crée entre le sujet et son corps.

Ce deuxième point vient être le travail inconscient de l'équipe soignante : recréer un voile et réinsérer des signifiants au travers du corps et de l'écrit ; relancer la quête désirante en somme. Il semblerait que ce rôle de l'Autre soit bien pris par les soignants : « quand on interroge les laryngectomisés et leurs proches, il semble que les membres de l'équipe médicale jouissent d'une estime particulière. Plus des trois quarts des laryngectomisés se sentent compris par les soignants juste après l'intervention »²⁰⁸. Sortir de l'état nirvanesque que nous avons décrit plus avant va ainsi s'entamer dès le retour de l'intervention, l'un s'imaginant l'Autre tout sachant, l'Autre désirant de l'un qu'il s'exprime ; nous sommes dans l'idée d'un passage d'un corps purement biologique à un corps également expressif. Nous pouvons faire le parallèle assez évident avec l'objet maternel et son *infans* : l'Autre soignant rejoue en partie ce rôle maternel à tenter de réintroduire une adresse dans le cri pur de certains dispositifs non investis par l'invocation. Un parallèle cependant pondéré car il ne s'agit pas d'une situation d'un soigné hors langage, puisque déjà pris de par son évolution dans celui-ci, mais uniquement d'un patient qui a dépassé ce langage par la retrouvaille de l'objet-voix ; un patient dans un au-delà du langage pour qui, théoriquement, il est nécessaire de ramener une séparation d'avec cet objet. Une théorie d'un destin pulsionnel du côté de la vie et du réinvestissement de nouveaux dispositifs.

²⁰⁷ Malinconi, N. (2017). *Hôpital silence*. Communauté française de Belgique, p. 106.

²⁰⁸ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découragement*. l'Harmattan, p. 189.

3. *Le glissement : entre deuil et mélancolie*

Lorsque ce passage ne se fait pas, le patient laryngectomisé serait alors bloqué dans une situation de jouissance mortifère, une jouissance trop forte. Emmanuel BABIN évoque qu'une « dépression essentielle est observée chez plus des trois quarts des patients atteints d'un cancer. Ce type de dépression est caractérisé par une carence du sujet à mobiliser son système mental défensif »²⁰⁹. Nous faisons le lien avec le syndrome de glissement observable dans certaines situations postopératoires, lorsque cette dépression essentielle s'installe plus longuement. « [Ce syndrome] survient typiquement chez un sujet âgé, voire très âgé, aux antécédents médicaux chargés et dont l'état somatique déjà précaire a été fragilisé récemment par un épisode somatique aigu dont il se remet à peine »²¹⁰. Il s'agit cliniquement d'une altération générale de l'état de santé, sans étiologie perçue biologiquement. Catherine WIEDER pose l'hypothèse que « le syndrome de glissement surviendrait au décours d'un évènement faisant écho à une carence précoce »²¹¹, qu'elle met en lien avec la dépression du nourrisson. Dans la situation de la personne adulte soigné, ce sont « les soignants [qui] prennent la place d'un objet défaillant, d'une famille absente »²¹². Le soignant, vécu comme défaillant par le sujet, se fait porteur, dans la relation qui se crée, d'une défaillance précoce vécue comme telle par ce sujet. Nous faisons le lien dans le cas de la perte de l'objet-voix avec, dans une situation de glissement, un terrain dépressif conséquence d'une construction d'invocation peu solide. L'équipe ne peut alors pas être suffisamment bonne pour permettre un réinvestissement pulsionnel sur l'extérieur, la voix physique étant l'outil surinvesti jusque-là. Le patient se retrouve dans un état proche de la mélancolie où c'est le Moi qui se retrouve à compenser l'objet perdu. La jouissance est alors telle que la mort devient la finalité.

La question du deuil de l'objet perdu vient à se poser dans cette situation, notamment, nous l'avons évoqué, sur son versant pathologique, à savoir mélancolique. « L'action des mêmes évènements provoque chez de nombreuses personnes, pour lesquelles nous soupçonnons de ce fait l'existence d'une prédisposition morbide, une mélancolie au lieu du deuil »²¹³, nous dit Sigmund FREUD. Catherine WIEDER évoque une potentielle prédisposition, dans le cas du syndrome de glissement, en évoquant la dépression infantile, et il est intéressant de mettre en lien avec ce que Sigmund FREUD dit plus loin dans son texte :

²⁰⁹ *Ibid*, p. 52.

²¹⁰ Wieder, C. (2020). Le syndrome de Glissement. *Topique*, n° 150(3), 85-96, p. 85.

²¹¹ *Ibid*, p. 89.

²¹² *Ibid*, p. 89.

²¹³ Freud, S. (1968). Deuil et mélancolie. In *Métapsychologie* (p. 145-171). Gallimard, p. 146.

« L'épreuve de la réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet »²¹⁴, ce qu'il attribue clairement au mécanisme mélancolique²¹⁵. Dans le contexte de la pulsion invocante en lien avec la laryngectomie totale, cela nous amène à penser un repli total vis-à-vis de l'Autre, qui serait alors en lien avec la voix perdue ; un repli pulsionnel sur le Moi et une impossibilité de réinvestir l'extérieur, et donc un impensable retour de la quête désirante : ce que nous montre le sujet mélancolique au travers de son anhédonie.

Cela sous-tend l'idée que la perte du larynx engendrerait un deuil de l'objet, un objet d'amour qui ne serait pas un autre mais une partie de soi dont le lien d'investissement est très fort ; un deuil du soi d'avant en outre. Il y aurait une traversée des différentes étapes qu'Elisabeth KÜBLER-ROSS²¹⁶ développent dans le travail du deuil : déni, colère, marchandage, tristesse et acceptation. Ces différentes étapes seraient teintées de la jouissance de la retrouvaille inconsciente. Et nous les imaginons difficilement entendables dans le cas de la laryngectomie totale du fait même qu'il n'y plus le canal de communication qu'est la voix physique. Nous pouvons avancer ici que ce travail serait en lien avec l'acquisition de nouveaux dispositifs d'invocation, en lien avec la question du travail de maladie que nous avons évoqué et la notion de rémission. Dans son versant pathologique, ce travail de deuil pourrait prendre une forme mélancolique qui, nous venons de l'aborder, peut ouvrir à un autre destin pulsionnel – au travers du syndrome de glissement – qui serait la mort tant psychique que physique.

²¹⁴ *Ibid*, p. 148.

²¹⁵ *Ibid*, p. 167.

²¹⁶ Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2011). *Sur le chagrin et le deuil : Trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil* (Nouvelle éd.). Pocket.

E. La voix dans l'après hospitalisation

Circé : « Les Grecs sont bien accueillis par la maitresse du palais, qui n'est autre que Circé. Elle les invite à s'asseoir, et à prendre leur part d'un banquet. Les marins, ravis, acceptent. Mais à peine ont-ils goûté aux mets et aux boissons, qu'Euryloque voit Circé toucher les convives d'une baguette, et les voici transformés en animaux divers »²¹⁷

Si nous venons de voir deux destins pulsionnels possibles de la pulsion invocante au cours de l'hospitalisation, il y a bien un après qui s'ouvre lorsque le patient se remet de l'opération en elle-même, cet après hospitalisation qui se décline ensuite en consultations ambulatoires diverses.

« Le séjour hospitalier représente une période où l'individu est entouré par le personnel soignant, qui comprend ses intentions et lui octroie une précieuse attention. La voix artificielle et le trachéostome ont un faible poids symbolique, dans ce milieu où les soignants y sont confrontés quotidiennement. Le retour au domicile et donc à la vie quotidienne est source d'angoisse, surtout pour les individus vivant seuls »²¹⁸. Même si l'on peut être amené à penser que la fin de l'hospitalisation signifie un retour à la normale, la réalité de la laryngectomie totale est toute autre. Nous avons vu que la guérison du cancer en lui-même n'est pas chose aisée et, de plus, cette opération laisse des traces tant physiques que psychiques. Se retrouvent alors deux points centraux dans cette suite de l'opération : d'une part le rapport au corps et à son image, désormais troué et appareillé à vie, et d'autre part la question de la voix artificielle et de ce qu'elle vient dire du sujet.

²¹⁷ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 94.

²¹⁸ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 60.

1. *L'image du corps et le schéma corporel*

« [...] l'expérience du cancer constitue un bouleversement radical de l'existence de la personne, de la représentation qu'elle a d'elle-même et de sa place dans la société »²¹⁹ et lors d'une opération telle que la laryngectomie totale, la représentation que vient avoir le sujet de lui-même est d'autant plus bouleversée, notamment dans l'après-hospitalisation. D'une part, le schéma corporel, la perception du corps physique dans l'espace, est bouleversé. La présence « normale » d'une voix physique et d'un cou imperméable n'est plus. La présence même d'une canule dans le trachéostome symbolise ce nouveau schéma corporel : le corps d'avant n'est plus, il fonctionne différemment et la canule « modifie non seulement le physique mais aussi la respiration et le fait de pouvoir parler »²²⁰. L'image du corps s'en retrouve également impactée : l'image que le sujet possède de lui-même est prise dans une terrible amputation qui ne pouvait être imaginée.

Michel REICH, abordant le rapport entre cancer et image du corps, pointe que « la laryngectomie totale constitue l'intervention mutilante par excellence »²²¹ et qu'une « intervention chirurgicale mutilante d'un patient renvoie symboliquement à la castration dans le réel »²²². La laryngectomie totale peut être vécue – et nous le concevons dans notre impossibilité à nous le représenter – comme un cataclysme castrateur de l'image du corps. Son symbole devient le trachéostome qui « représente « ce trou qui crache à la figure des autres » et qu'il est bien difficile de masquer »²²³ – un trou qui ne se referma pas, laissant à vie la trace du passage de la maladie. Un trou qui nécessite de prendre place au sein d'un nouveau schéma corporel et d'une nouvelle image du corps.

« On peut avoir un schéma corporel sain et une image du corps perturbée, et vice versa. Certaines mutilations corporelles, par exemple, ne modifient pas la manière d'être dans l'espace, c'est-à-dire le schéma corporel »²²⁴. Dans le cas de l'opération qui nous intéresse, il serait judicieux d'avancer que tant la façon d'être dans le monde que dans l'espace sont bouleversées. La perte de la voix entraîne une perte d'occupation de l'espace sonore. Il n'est

²¹⁹ Raveneau, G. (2019). Les deux corps du malade du cancer. *Politiques du cancer, témoignage et asymétrie des savoirs. Ethnologie française*, 49(1), 183-193, p. 184 ;

²²⁰ Aeltermann, H. (2014). Que les patients ne perdent pas la face. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 118(3), 69-74, p. 70.

²²¹ Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254, p. 252.

²²² *Ibid*, p. 250.

²²³ *Ibid*, p. 252.

²²⁴ Marin, C. (2014). Les malentendus du corps. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118(3), 13-20, p. 18.

plus possible d'être en présence spatiale de la même manière : le sujet doit se réappropriier la place de son corps dans l'espace lors de communications avec autrui. Quant à l'être au monde, l'image du corps, il y a nécessité d'endosser la peau de ce nouvel autre, comme nous l'amène Éric GIRARD, témoignant de son parcours au travers de la maladie : « Je me suis peu à peu mis dans la peau de cet autre que je suis devenu »²²⁵. Une double reconstruction nécessaire des représentations corporelles – dans le lien à l'autre et à l'espace – qui nous est ainsi proposée par la théorie ; un faire psychiquement avec son nouveau corps.

Si les conséquences sur l'image du corps et le schéma corporel sont contenues lors de l'hospitalisation – de par le fait, nous l'avons vu, de ce que renvoient les soignants de leur habituelle confrontation à ces situations – le retour à la « vie civile » et aux habitudes de vie provoquent une terrible rencontre : l'imaginaire du regard des autres est ce qu'amène Éric GIRARD en se décrivant comme « juste méconnaissable. Juste muet. Juste hideux. Je refusais la seule idée qu'elles [sa femme et sa fille] puissent me voir dans cet état »²²⁶. Durant l'après-hospitalisation, et s'entamant avant, se met en œuvre le travail de la maladie qui « devrait déboucher sur une mise en représentation de la maladie et du corps, et permettre dès lors une appropriation à la fois imaginaire et symbolique des événements vécus par le patient au fil de la maladie et des traitements »²²⁷. Une appropriation de ce nouveau corps, une recherche d'adéquation entre l'image que le sujet en a avec la réalité de ce qu'il en est. Emmanuel BABIN fait le lien avec l'identité même du sujet, car « dans nos sociétés, le visage et les parties visibles de notre corps sont indissociables de notre identité. Toute atteinte de ces parties, même si elle n'altère en rien nos autres compétences comme travailler, aimer ou vivre, nécessite un long et lent processus de reconstruction identitaire »²²⁸.

Cet auteur évoque l'opération qu'est la laryngectomie totale comme agissant « sur l'individu comme un cancer synchrone : l'individu est porteur d'un cancer du pharyngo-larynx plus ou moins guéri médicalement, en rémission ou évolutif, et d'un cancer du moi, auxquels s'ajoute une maladie des relations sociales »²²⁹. Il est amené à utiliser un néologisme pour rendre compte de l'impact de la laryngectomie totale : il parle de « découration ». Pour lui, cette découration « est tout à la fois dépression, arrachement et mutilation. C'est une mise à

²²⁵ Girard, É. (2016). *Je n'ai qu'une parole*. Paris. La martinière, p. 128.

²²⁶ *Ibid*, p. 131.

²²⁷ Schwering, K.-L. (2020). Revivre et ne plus être patient. *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 80-89, p. 82.

²²⁸ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découration*. l'Harmattan, p. 97.

²²⁹ *Ibid*, p. 124.

mort symbolique. Il y a rupture entre le corps réel et le « moi-idéal » des individus »²³⁰. Il pointe ici l'écart qui se crée entre l'image du corps qu'a un individu, la représentation qu'il s'en fait, et l'idéal vers lequel il tend. Cette notion de découration, ce vécu des patients, reflète l'ébranlement psychique subi, notamment lors du retour à la vie sociale, sur l'équilibre qui avait pu être trouvé. « Ce concept [de découration] est formé à partir des termes « découragement », « défiguration » et « décoration » qui forment son point nodal conceptuel »²³¹, termes qui viennent signifier autant que faire se peut le vécu post-opératoire : découragement face aux incapacités que provoquent l'opération ; défiguration perçue au travers du regard des autres et de son propre regard ; décorations mises en place pour se réappropriier la canule.

Cela nous offre une première lecture de l'après opération concernant la pulsionnalité et plus particulièrement la pulsion invocante : une pulsionnalité déliée d'objets ou tournée sur le Moi (découragement) qui, par un travail de la maladie qui s'opère commence à réinvestir le corps comme nouveau dispositif, se confrontant ainsi à ses nouvelles limites (défiguration) pour arriver à une invocation qui reprend et une nouvelle quête désirante (décoration). Nous développerons plus après ce lien que nous faisons et nous en verrons les limites théoriques. Mais d'ores et déjà, nous omettons dans cette lecture la possibilité d'acquérir une nouvelle voix artificielle qui, pourtant, semble être un point important.

2. *Les nouvelles voix : VO et VTO*

Lorsque la cicatrisation post-opération est terminée, et que le patient est de retour à domicile, il se voit offrir la possibilité de retrouver une voix – dans une grande majorité des cas. « Le recouvrement d'une voix semble être l'élément primordial de réinsertion et de réintégration partielle au sein de la société des valides »²³². Dans un premier temps, il a la possibilité d'apprendre la voix œsophagienne (VO). Il s'agit d'une voix éructée. Le principe est d'envoyer l'air de la bouche à l'entrée de l'œsophage puis d'articuler en le faisant sortir, telle l'éructation. La VO ne nécessite pas d'appareillage particulier à la suite de l'opération mais elle est difficile à acquérir et fatigante. Elle peut être difficilement acceptée du fait de son lien direct avec l'action d'éructer : parler en éructant peut renvoyer à quelque chose de sale ou

²³⁰ *Ibid*, p. 130.

²³¹ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 62-63.

²³² Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découration*. l'Harmattan, p. 196.

d'impoli. Une autre voix est tout de même possible : la voix trachéo-œsophagienne (VTO). C'est plus volontiers cette voix que l'on nomme « voix artificielle ». Cependant, pour utiliser cette voix, il est nécessaire de mettre en place un implant phonatoire – que l'on pourra appeler indistinctement un larynx artificiel – qui servira à ouvrir/fermer le passage entre l'œsophage et la trachée. Parler sera possible par inspiration d'air dans les poumons (via le trachéostome) et par pression digitale ensuite, lors de l'expiration, pour expulser l'air par la bouche. Il s'agit d'une méthode recréant le parcours classique de l'air dans la voix physique.

« Si, en comparaison avec l'absence de voix, la voix artificielle permet l'échange avec autrui et facilite la vie quotidienne, elle ne retrouve pas toutes ses modalités [...] elle ne permet pas l'expression sonore des émotions »²³³ avons-nous déjà cité. En effet, la VTO se veut comme la réouverture du monde vocal au patient mais elle reste particulièrement dure à entendre. « Les adjectifs pour décrire sa tessiture appellent souvent la métaphore de la roche. Elle est décrite comme rocailleuse, caverneuse, ou encore râpeuse, contre une voix d'origine qui est désignée globalement comme plus claire, douce et calme »²³⁴. Un timbre bien différent de la voix physique naturelle et dont le jeu vocal est bridé. Cela joue dans la difficulté que peut rencontrer un sujet à faire sienne cette voix, ajoutée à l'angoisse de la perdre par une récurrence de la maladie, un problème d'appareillage, ou autre²³⁵. Mais si l'appropriation d'une telle voix est difficile, l'investissement pulsionnel reste à l'œuvre et « tout comme la voix d'origine, la voix artificielle est produite dans sa résonance avec le corps tout entier, elle ne s'inscrit pas dans un sujet désincarné »²³⁶. La question qu'il convient de se poser est de savoir si la pulsion invocante peut investir ce nouvel outil. Nous voyons le rejet qui peut en être fait, étant donné l'absence d'une expression des émotions, mais l'outil de communication étant retrouvé, il est imaginable que la pulsion invocante puisse y retrouver une part de sa quête d'un objet-voix complet.

3. *Le passage du seuil*

En lien avec le bouleversement du schéma corporel, de l'image du corps et de l'acquisition d'une nouvelle voix, Sarah DEMICHEL-BASNIER évoque la liminalité dans le parcours de la

²³³ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 60.

²³⁴ *Ibid*, p. 119.

²³⁵ *Ibid*, p. 121-122.

²³⁶ *Ibid*, p. 123.

laryngectomie totale. « La situation liminale est une situation de seuil pour Murphy, d'entre-deux statuts, une situation normalement transitoire et encadrée par des rites de passages qui assurent la transition d'un statut à un autre. Or, Murphy fait de la liminalité le statut spécifique des personnes handicapées. Elles seraient bloquées dans cette situation de seuil, d'entre-deux, par l'impossibilité d'une intégration ou réintégration dans la société [...] »²³⁷. Ainsi, le néo-laryngectomisé se retrouverait dans cette phase liminale étant donné son handicap de la voix. L'autrice et sociologue précise que la voix artificielle peut porter ce symbole du handicap et renvoie à la stigmatisation sociale, en lien avec les représentations sociales que cette voix porte²³⁸.

Cependant, et contrairement à Murphy, Sarah DEMICHEL-BASNIER ne fait pas de la liminalité le statut spécifique des laryngectomisés mais plutôt une étape transitoire du parcours face à la maladie. Pour elle, « la phase liminaire comprend la rééducation vocale, le retour au domicile et les premières confrontations interindividuelles. [...] Elle se termine lorsque la reconstruction du soi est complète »²³⁹. Nous retrouvons là l'idée d'Emmanuel BABIN d'une reconstruction identitaire nécessaire, qui se veut complexe. Il s'agirait alors de retrouver une identité subjective, « la manière dont se définit le sujet lui-même, en tant qu'individu particulier, ayant des choix personnels qui l'expriment parce qu'ils se concrétisent par un agir »²⁴⁰. Reconstruction également complète par une adéquation retrouvée du sujet avec son corps, par une image du corps et un schéma corporel qui recréent un investissement du corps. L'odyssée de la voix se clôturerait par cette reconstruction identitaire, par cette retrouvaille d'une identité subjective. Pour reprendre des termes psychanalytiques, l'odyssée de la voix se terminerait par un réinvestissement pulsionnel des stigmates de la laryngectomie totale, notamment de la pulsion invocante qui retrouverait un équilibre dans sa quête du cri pur par l'acquisition d'un cri pour.

4. *Quelles possibilités pour la pulsion invocante ?*

Reprenons la théorisation que nous avons développée concernant la perte de la voix physique. Nous évoquons la notion de désirectomie partielle, ce moment où la pulsion

²³⁷ *Ibid*, p. 65.

²³⁸ *Ibid*, p. 129.

²³⁹ *Ibid*, p. 135.

²⁴⁰ *Ibid*, p. 173.

invocante se voit satisfaite, ou tout du moins où la voix physique ne peut plus assurer son rôle de dispositif convoquant l'objet-voix. Le sujet se voit dans l'obligation, dans le cas d'un réinvestissement pulsionnel, de se tourner vers son corps ou vers l'écriture pour relancer la quête désirante. Plusieurs semaines, voire mois, plus tard, un nouveau dispositif se voit proposer : la VO ou la VTO ; un nouveau dispositif de voix physique. Quelle place est alors faite à la pulsion invocante au travers de ce dispositif ? Cette « nouveauté » n'arrive pas en tant qu'imprévu. Il s'agit d'une possibilité évoquée dès l'annonce de l'opération, dans un mouvement compensatoire de la perte vocale imposée. Puis, postopératoire, il y a tout un travail qui vient porter l'installation de cette nouvelle voix et l'impact symbolique qu'elle va avoir.

Dans un premier temps, toute une éducation thérapeutique est faite au niveau du stigmatisme de l'opération par le biais de la canule respiratoire. Il est demandé aux patients de savoir s'occuper eux-mêmes de leur appareillage : le nettoyage de celui-ci est important pour éviter l'étouffement et toute complication bactérienne au niveau du trachéostome. « L'intervention chirurgicale crée artificiellement les conditions d'une régression involontaire aux stades les plus primitifs »²⁴¹ et, tout comme l'enfant qui doit apprendre à s'autonomiser pour dépasser ces stades, le sujet néo-laryngectomisé doit faire face à sa nouvelle condition et réapprendre cette autonomie. Ce travail entraîne, incidemment, la reconstruction du schéma corporel et de l'image du corps au travers de la confrontation régulière et la compréhension de ce nouveau corps. Le sujet apprend à se concevoir dans sa métamorphose. Par le savoir qu'il acquiert au cours de ce travail éducatif, il peut investir ou désinvestir libidinalement cette partie de son corps ; il peut l'accepter ou la rejeter. Dans la situation d'acceptation, cela permettrait de préparer le terrain à l'acquisition de la nouvelle voix, notamment la VTO puisque cette dernière nécessite d'avoir à se confronter à la canule par le toucher imposé pour émettre une parole.

Nous pouvons donc avancer que prendre possession de ce trou, de lui octroyer un investissement pulsionnel ouvrirait aux investissements futurs sur la nouvelle voix qui s'y installerait. Le travail qui s'ensuit avec les orthophonistes, soit pour la VO, soit pour la VTO, se trouve être dans le même mouvement : au-delà du travail sonore/vocal se jouerait tout un réinvestissement psychique sur ce nouvel outil. De nouveau, l'espace sonore peut laisser place à la parole qui, elle-même, peut venir voiler la voix comme objet *a*. Seulement, cette voix artificielle est différente de la voix physique, elle n'est pas cet instrument de musique dont nous

²⁴¹ Harrus-Révidi, G. (2007). La laryngectomie, un cataclysme de l'oralité. *Champ psychosomatique*, n° 48(4), 145-152, p. 146.

dote la nature. Nous pourrions comparer ces voix œsophagiennes et trachéo-œsophagiennes aux cordes d'une guitare improvisée : elles produisent un son peu mélodieux et ne peuvent servir à créer une œuvre musicale. Tenter de les accorder pourrait les rompre. Difficile de s'imaginer alors un réinvestissement aussi important que pour la voix physique. Cependant, certains désaccordent volontairement leur guitare, ou créent des instruments avec des cordes improbables dont le rendu est mélodieux malgré la différence sonore qui est notable.

Ainsi, nous percevons théoriquement plusieurs possibilités pour la pulsion invocante lorsqu'une voix artificielle est disponible : le désinvestissement total de ce nouveau dispositif, avec un investissement qui se concentrera sur le corps et l'écriture ; en lien avec la non-acceptation de la perte de la voix physique et du trachéostome. L'investissement partiel de la VO ou de la VTO, avec une utilisation principalement communicationnelle de cet outil. Ou l'investissement massif, qui sous-tend une acceptation du trachéostome, et permettant à la voix artificielle d'être le dispositif principal convoquant la voix.

5. *La place du trachéostome dans la vie pulsionnelle*

Au-delà de la voix artificielle en elle-même, l'éducation thérapeutique au niveau du trachéostome ouvre également de nouvelles possibilités pulsionnelles sur cette zone du corps. Comme nous l'avons évoqué, l'investissement de la pulsion invocante dépendrait de l'acceptation ou non de ce nouveau trou du corps. Ce trou peut devenir le centre d'un montrer/cacher : il peut être exhibé, stigmate d'une bataille remportée, ou préservé du regard, faire partie d'un intime tabou. Cela nous amène à penser la potentialité de ce trachéostome à devenir une zone érogène. « Nous pouvons nous décider à tenir l'érogénéité pour une propriété générale de tous les organes, ce qui nous autorise à parler de l'augmentation ou de la diminution de celle-ci dans une partie déterminée du corps »²⁴². Bernard CHERVET rajoute que « cette théorie octroie aux organes une érogénéité primitive, d'où la conception d'une stase de libido narcissique s'exprimant par l'hypocondrie »²⁴³, théorie dans laquelle le narcissisme viendrait contre-investir la régression liée à l'effraction sur le corps d'une douleur. Se jouerait la même dualité pulsionnelle que nous avons déjà évoquée : principe de plaisir et principe de réalité.

²⁴² Freud, S. (1997). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle* (p. 81-105). Presse Universitaire de France, p. 90.

²⁴³ Chervet, B. (2010). Source pulsionnelle et corps érogène, des inscriptions de l'après-coup. *Revue française de psychanalyse*, 74(5), 1487-1494, p. 1490.

Ainsi, par l'éducation thérapeutique qui se fait sur cette nouvelle ouverture du corps, nous sommes amenés à penser, théoriquement, un possible investissement libidinal du trachéostome. L'attention portée au nettoyage est absolument importante dans un premier temps, il se fait avec un apprentissage minutieux des gestes nécessaires aux bons soins à apporter. Dans un second temps, ces gestes techniques appris, le jeu sublimatoire peut se mettre en place. C'est par le biais de ce qui est de la « décoration », qui compose en partie le néologisme de « découration » que nous propose Emmanuel BABIN, que nous retrouverions la valence sublimatoire de cet investissement. Une solution qui peut être trouvée pour faire face à l'ambivalence que renvoie le trachéostome au sujet laryngectomisé : « à la fois séquelle de la maladie et foyer abritant son spectre. [...] De la double ambivalence du trachéostome naissent une tension et une angoisse : cette brèche par laquelle la voix s'est tue à tout jamais est une présence pesante au quotidien et entretient l'angoisse de mort »²⁴⁴.

Pour bien se représenter cette place que peut prendre le trachéostome dans la vie pulsionnelle, nous citerons Éric GIRARD : « J'aime prendre soin de moi, bel habit, tenue soignée, mais je porterai toujours ce pansement [sur l'appareillage du trachéostome] comme une tache sur une chemise blanche. Je ne peux pas l'oublier, visible comme un nez au milieu de la figure, puisque j'ai très vite pris le parti de l'exposer. On m'avait expliqué que je devrais l'appriivoiser, j'ai assumé pour m'en libérer »²⁴⁵. Cette décoration de l'appareillage ou du corps est, en quelque sorte, la finalité du processus de deuil : l'acceptation même de ce stigmaté par un investissement sublimatoire qui permettrait de se libérer de la prison symbolique qu'il impose. Désormais part de soi, le trachéostome peut être traité comme toute autre partie du corps.

²⁴⁴ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 145.

²⁴⁵ Girard, É. (2016). *Je n'ai qu'une parole*. La martinière, p. 188-189.

V. Problématique et hypothèses de la présente recherche

A. Problématique

À la question centrale « Qu'implique la laryngectomie totale pour le sujet ? », le développement que nous avons fait de la littérature nous permet d'approfondir la problématique et de la déployer sur quatre axes qui surgissent comme étant les principaux points de cette recherche, soulevant de nombreux questionnements.

D'un point de vue économique, nous avons vu que la pulsion invocante peut user de la voix physique comme dispositif convoquant l'objet *a-voix*, qu'elle chercherait potentiellement la complétude et la jouissance par ce biais, répondant ainsi au principe de plaisir. Qu'advient-il de cette pulsionnalité lorsque la voix physique se perd par la laryngectomie totale et que donc une part du principe de réalité s'effondre ? La laryngectomie totale s'inscrivant comme solution thérapeutique dans un parcours oncologique, l'implication du cancer rentre donc également en ligne de compte dans ce vécu pulsionnel. Que se passe-t-il d'un point de vue pulsionnel pour le sujet lors de cette traversée du cancer et de ses thérapeutiques ? De quelles stratégies use le sujet pour faire face à cette double effraction que sont le cancer et la laryngectomie totale ?

Nous décrivions la possibilité qu'avaient l'écrit et le corps d'être d'autres dispositifs de la pulsion invocante, deux dispositifs qui se retrouvent disponibles pour le sujet néo-laryngectomisé dès son réveil post-opératoire. Sont-ils pensables comme « solution », transitoire ou permanente, pour faire face à la perte de la voix ? Dans notre profession de psychologue clinicien, nous prenons le temps d'entendre et d'écouter ce qui nous est dit lors des rencontres, est-il possible de tendre l'oreille face à ces écrits et ces gestes ? De les concevoir comme nous le faisons avec la parole oralisée ?

Au-delà de la perte de la voix, les conséquences d'une telle opération sont multiples. Et nous cernons l'importance que revêt le trachéostome, ce « trou qui crache à la figure des autres »²⁴⁶, dans le vécu du sujet laryngectomisé. Que devient ce corps, dorénavant troué à vie ? Trachéostome qui accueille, lorsque cela est possible, une canule phonatoire permettant de recouvrer une voix artificielle. Mais quel poids prend cette nouvelle voix ? Peut-elle devenir le support principal de la pulsion invocante et permettre au sujet une invocation dans un monde sonore dont il est de nouveau l'émetteur ?

²⁴⁶ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 143.

En parallèle des trois axes précédents se joue le rapport au monde soignant et médical. Si son impact sur le sujet lors de son passage à l'hôpital, et plus particulièrement en oncologie, est beaucoup étudié, l'implication d'une telle prise en charge dans une situation de laryngectomie totale nous questionne. Qu'apporte la prise en charge du malade et son objectivation en tant que corps souffrant pour le sujet ? Qu'engendre l'éducation thérapeutique et l'imposition d'un savoir médical sur le rapport au trachéostome ? Quel impact pour un possible réinvestissement de la pulsion invocante ?

De manière plus générale, une question advient comme centrale et regroupe toutes les autres : est-il opportun d'offrir un espace de subjectivation au patient lors de ce temps de crise ou est-ce un temps à laisser pour le prendre soin somatique ?

B. Hypothèses

Ces questionnements nous poussent à poser plusieurs hypothèses, en lien avec les quatre axes que nous avons dégagés. Ces hypothèses seront confrontées par la suite à la clinique rencontrée au cours de nos interventions.

D'une part, que la laryngectomie totale engendre un travail de deuil de l'objet qu'est la voix physique, en arrachant à la pulsion invocante l'un de ses objets de satisfaction et que cette dernière réinvestira d'autres dispositifs potentiels, comme le corps ou l'écriture, pour sortir d'un état nirvanesque conduisant à la mort.

Que, de ce fait, nous pourrions entendre le corps et/ou l'écrit du sujet laryngectomisé comme porteur du désir du sujet, comme potentialité pour rendre au sujet son manque et le barré de nouveau. Qu'ainsi, corps et écrit peuvent passer d'outils de communication à support de l'invocation, notamment par un travail de sonorisation de ceux-ci par notre propre voix physique.

Que la perte de la voix physique engendrée va être symbolisée par le trachéostome et ouvrir à une réappropriation de celle-là par l'apprentissage, l'éducation et l'assimilation du savoir médical. Qu'en absence ou refus de ce savoir, la nouvelle voix artificielle ne pourra pas devenir un support de la pulsion invocante.

Qu'enfin, le positionnement objectivant des équipes soignantes et médicales est accentué par le difficile investissement de nouveaux dispositifs d'invocation par le sujet, ce qui entraîne une complexification des investissements libidinaux du corps et de l'écrit au profit de l'attente d'une nouvelle voix.

C. Intérêt de la recherche

Cette recherche s'inscrit dans la lignée des travaux concernant la voix en psychologie d'orientation psychanalytique et se propose de l'étudier à partir de la disparition de la voix sonorisée. L'absence en elle-même ouvre la voie sur une compréhension autre de la présence de la voix comme objet *a*, notamment sur son versant non-sonore, dans la continuité des travaux de Michel POIZAT²⁴⁷ : la place que peuvent prendre le corps et l'écrit pour un sujet non-laryngectomisé en tant que dispositif convoquant la voix. Cette thèse permet de travailler l'accueil de la personne dont la parole n'est plus un outil possible. Médiatiser la parole, et jouer sur l'invocation autre que par la voix physique et la parole que l'on pourrait qualifier de « classique », apporte des possibilités nouvelles concernant la réflexion et l'usage des médiums thérapeutiques. Tel est l'impact que nous imaginons d'une approche pathoanalytique : comprendre les enjeux de l'invocation au-delà de la situation extrême que représente la laryngectomie totale.

Nous espérons également que ce travail permette la mise en question, dans le champ de la psychologie, de la perte du larynx. Cette situation reste exceptionnelle et ne concerne que peu la population générale mais l'impact qu'elle engendre pour la personne subissant une laryngectomie totale nous apparaît important. En ce sens, la prise en compte de l'amputation laryngée d'un point de vue psychique nous apparaît nécessaire pour la prise en charge globale du patient lors de son parcours oncologique. Quelle place pouvons-nous offrir au sujet dont la parole va être empêchée²⁴⁸ ? Comment l'accompagner au travers du cataclysme tant physique que psychique que l'opération engendre ?

Ainsi nous apparaît l'intérêt principal de cette recherche, aux vues des rencontres faites et du développement de la revue de la littérature : la personne, toujours mise en avant

²⁴⁷ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. Métailié.

²⁴⁸ Chevalleyre, M. (2018). Ces personnes, dont la parole est empêchée. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 133(2), 63-64.

qu'importe la maladie qu'elle traverse, qu'importe les traces que le corps porte sur lui. La personne est au centre de notre réflexion.

Cette recherche offre également la possibilité de se représenter l'importance d'un organe, le larynx, par une tentative d'imaginer sa perte. Le larynx est un organe finalement peu connu que nous utilisons pourtant tous les jours. Peut-être que ce travail sensibilisera sur le prendre soin de ce larynx.

VI. Situations cliniques

Nous avons rencontré 45 personnes lors de leur période d'hospitalisation au sein du service, pour un total de 110 entretiens. Nous allons à partir de maintenant, nous atteler à rendre compte de la clinique telle que nous avons pu la recueillir, grâce aux divers outils vus dans la partie « Méthodologie ». Nous nous attacherons à développer plusieurs situations pertinentes – concernant les données émanant des patients, des équipes et de nous-même – pour, dans un second temps, les confronter à la théorisation. Nous tenterons d'en faire ressortir les points les plus importants pour confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche.

Précisons que, lorsque nous reprendrons les paroles de patients et que celles-ci sont écrites, nous les retranscrivons telles quelles dans notre développement, avec leurs ponctuations, leurs fautes d'orthographe et leurs abréviations.

A. Une voix à tout prix

1. *Monsieur A : sous les vents d'Eole*

Monsieur A a une soixantaine d'années. Nous allons à sa rencontre trois mois après le début de son hospitalisation dans le service pour une laryngectomie totale. Nous aurons deux rencontres avant qu'il ne sorte une première fois. Très avenant, très souriant, l'entretien apparaît très agréable. Monsieur A va accentuer l'articulation pour parler, autant que la compréhension reste possible. Dès lors que nous lui disons que nous ne saisissons pas ce qu'il essaie de communiquer, il écrira sur une ardoise. Nous ressentons une part de malaise à lui faire part de notre incompréhension. Monsieur A n'a pas d'implant phonatoire lors de nos rencontres.

Il nous explique qu'il y a un an, il a déclaré un cancer de la gorge dont la thérapeutique fût une radiothérapie. À la fin de ce traitement, les médecins lui ont annoncé qu'« il n'y avait plus rien », « mais c'est revenu ». La laryngectomie totale a alors été la seule solution, mais l'hospitalisation dure car « il faut attendre la fermeture d'un petit trou entre l'œsophage et la trachée » – la cicatrisation ne s'est pas encore faite totalement. Il nous montre en même temps un schéma qui a été préalablement effectué. Il semblerait que la radiothérapie ait rendu difficile la cicatrisation. Monsieur A a très envie de sortir et lors de nos deux rencontres, il dira que cela devrait arriver la semaine d'après. Rien n'est très défini à l'avance concernant cette sortie. Il faut attendre et Monsieur A l'accepte, s'y plie, « je n'ai pas le choix ».

Pendant ces trois mois, sa femme lui rend visite tous les jours. Cela lui fait beaucoup de bien mais ces deux filles ne peuvent venir régulièrement car l'une travaille et l'autre est enceinte. Cette dernière devrait accoucher quelques jours après sa sortie, et c'est l'un des points qu'il met en avant pour justifier son impatience de quitter le service : il espère pouvoir être présent pour elle.

Tout son discours tourne autour de la sortie, et de ce qu'il fera alors. Monsieur A travaillant au même endroit depuis 45 ans, il compte reprendre le travail à temps partiel. Il évoque qu'à la maison, il ne tiendra pas en place. Il sortira « souvent voir les copains ». Pour lui, la justification de ce comportement est qu'il a passé trois mois « enfermés », qu'il n'en peut plus et qu'il ne veut plus que ça continue.

Monsieur A apprendra sa sortie et partira dans le laps de temps où nous sommes absents du service, soit trois jours et demi, après presque quatre mois d'hospitalisation. Lors de nos rencontres, ça aura été son seul objectif, avec un grand respect des consignes médicales malgré sa lassitude prégnante.

Monsieur A est le premier patient que nous rencontrons dans le cadre de cette recherche. La confrontation à l'articulation exagérée nous a particulièrement déstabilisé : cela a demandé une très grande concentration auditive mais également visuelle. En effet, nous avons très peu regardé Monsieur A dans les yeux, étant affairé à lire sur ses lèvres ou à lire sur l'ardoise lorsqu'il appuyait son chuchotement par un écrit. Une phrase nous interpelle particulièrement à la fin de notre première rencontre, lorsque nous lui demandons s'il accepte que nous repassions la semaine suivante. Il répond : « Si vous voulez, je ne bouge pas, je suis là ».

Monsieur A écrira finalement assez peu, le chuchotement avec l'accentuation des occlusives permettant une compréhension suffisante. Nous n'oraliserons pas ses propos chuchotés, ni même ses écrits lorsqu'il y en a. Ces deux premières rencontres se dérouleront dans un dispositif sensiblement « classique » d'entretien clinique, avec un volume sonore moins élevé et quelques écrits. Nous constatons que, de notre côté, nous baisserons la voix pour s'adresser à lui.

Un an et demi plus tard, nous rencontrons de nouveau Monsieur A, revenu pour une seconde récurrence de son cancer. Une radiothérapie est prévue dans les jours suivants notre entretien. Il explique qu'il a le moral mais que l'annonce d'il y a quelques semaines de cette récurrence le travaille dans la tête. Si l'hospitalisation a été nécessaire, c'est parce qu'un matin, il a eu un « un gros saignement et pouf », il est tombé, inconscient.

Rapidement, il explique qu'il y a un an et demi, il est sorti deux jours avant l'accouchement de sa fille et qu'il a pu être présent à la naissance du « petitou » dont il me montre les photos qu'il a avec lui. Mais à la sortie, il n'a pas pu reprendre son activité professionnelle, ni même les sorties avec ses amis. La difficulté à parler et les douleurs physiques suite à l'opération l'ont empêché de reprendre une vie sociale. Il s'est consacré à sa famille. Famille qui, à l'heure actuelle, subie quelques événements désagréables : sa fille à la COVID²⁴⁹ et le plus grand de ces petits-fils n'a pas pu se rendre à une sélection importante pour le sport qu'il pratique.

Son discours est interrompu par de grosses douleurs au crâne. Monsieur A est sous morphine car le cancer appuie et la douleur irradie le côté droit du crâne. Il a « peur » de marcher et de retomber, alors qu'on lui a annoncé qu'il allait devoir changer de chambre (puisqu'il est actuellement en box de soins aigus) : il appréhende grandement. Nous nous arrêtons là. Nous apprenons par l'équipe que cette récurrence est particulièrement importante et que son développement est observable à l'œil nu par le trachéostome.

Lorsque nous tenterons de le revoir, il sera endormi. Puis, il partira en institut de cancérologie pour sa radiothérapie. Nous ne le reverrons pas.

Comme lors de nos premières rencontres, Monsieur A va préférer chuchoter qu'écrire, mais cette fois-ci, il n'écrira pas du tout. Il articule avec aisance et à aucun moment nous hésitons sur ce qu'il tente de dire. Nous ne sommes plus déstabilisés par ce chuchotement et il semblerait que cela ne nécessite donc plus d'écrits.

2. *Pour ne pas perdre la face*

La rencontre avec Monsieur A est la première dans le cadre de cette recherche. Nous avons déjà fait des stages au sein de ce service mais le laps de temps entre la fin du stage et le début de la recherche est tel que nous avons perdu nos repères dans ces entretiens. Pourtant, les entretiens avec Monsieur A apparaissent comme similaires aux entretiens dits « classiques » – avec seulement quelques écrits que nous demandons qui nous rappelle la situation chirurgicale. Ce qui nous maintient imaginativement en service d'ORL, c'est l'intensité sonore grandement diminuée. Il nous faut un temps pour nous habituer à cette labialisation forcée, aux

²⁴⁹ Il s'agissait du début de la pandémie de la COVID19 : l'angoisse de cette nouvelle maladie et des diverses restrictions pour y faire face était omniprésente.

sons tranchés par l'accentuation des occlusives – rappelant fortement la technique musicale du *beatbox*²⁵⁰. Et c'est sûrement cette ressemblance au dispositif connu qui nous fait ressentir l'entretien de manière familière : nous ne sommes pas totalement dans l'absence sonore.

Cet accrochage à la voix physique, tout du moins à cet ersatz, renvoie à l'impossible perte que vit Monsieur A et que nous avons l'impression de lui faire ressentir lorsque nous lui demandons d'écrire. Notre impossibilité à l'entendre dans ce qu'il maintient de sa voix l'oblige à se confronter à l'absence. Il n'écrit d'ailleurs pas des phrases entières mais seulement le(s) mot(s) sur le(s)quel(s) nous butons, minimisant ainsi la perte vécue. L'habitude de l'équipe, la présence régulière d'un lien social – par la venue de sa femme – ainsi que le temps déjà passé en hospitalisation nous amène à penser que Monsieur A en est à un moment où la perte est loin derrière lui. Il a repris un rythme et des habitudes que l'entourage actuel accepte et se projette ainsi dans le monde qui l'attend à sa sortie. Monde qui lui renverra, par la suite, son incapacité à se faire entendre, notamment dans le travail. Finalement, le monde extérieur vient être la problématique de Monsieur A, dans un mouvement projectif défensif.

En effet, Monsieur A traverse trois cancers en deux ans et demi, et malgré cela, c'est sur l'extérieur que se tournent ses inquiétudes. Il n'évoque que succinctement ce qu'il traverse de la maladie – ça le travaille dans la tête concernant la récurrence – sans aller plus loin. Le corps semble traduire ce travail par des migraines qui interrompent le discours et la pensée. La vie pulsionnelle de Monsieur A apparaît tournée sur l'extérieur et non sur son Moi. La laryngectomie totale, comme le cancer, ne semble pas impacter outre mesure la vie psychique de Monsieur A. Les mécanismes de défense sont efficaces et limitent l'effraction du Réel ainsi que l'effondrement qui pourrait s'en suivre.

Cela se fait avec l'aide du discours médical, auquel Monsieur A semble attaché, et la compliance aux soins dont il fait preuve. « Si vous voulez. Je ne bouge pas, je suis là », le schéma explicatif de la non-cicatrisation qu'il nous montre, « je n'ai pas le choix », sont autant de signes de cet accrochage aux signifiants médicaux et d'un mouvement de passivité. De son premier cancer, il n'a pas été guéri mais ce dernier n'était plus là – en rémission mais pas guéri – et de ce fait, il a pu revenir. Tout son discours sur la maladie appartient au registre du médical et à la « livre de chair »²⁵¹ qu'il paie pour le soin. C'est un patient qui n'inquiètera en rien les

²⁵⁰ Traduire comme « boîte à rythme ». Technique musicale consistant à imiter des instruments avec la bouche, et plus particulièrement la batterie.

²⁵¹ Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2009). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*. Flammarion, p. 93.

soignants lors des réunions, car très compliant et n'utilisant que très peu la sonnette pour appeler l'équipe (il est d'ailleurs, les deux fois où nous le rencontrerons hors des box, dans la chambre tout au fond du couloir, chambre généralement occupée par des patients peu demandeurs).

Le retour à domicile puis la deuxième récurrence révèlent cependant un effritement de ces mécanismes. La confrontation à l'extérieur de l'impossible vie imaginée (sur les plans professionnel et social) puis le vécu de l'échec de la laryngectomie totale par la récurrence du cancer l'amène à des douleurs intenses qui tendent à le couper de manière intermittente de la relation à l'autre. L'investissement pulsionnel se retourne de plus en plus sur lui-même, malgré une résistance qui se fait et qui se traduit par un faciès souriant et des comportements avenants que nous sentons authentiques, non-théâtralisés ni surjoués.

Monsieur A ne perd pas sa voix, il conserve une invocation qui se fait par le biais de la labialisation, cet « arrondissement des lèvres dans l'articulation d'un phonème, résultant notamment de l'influence d'une voyelle arrondie contiguë » nous dit le Larousse ; cette accentuation de l'articulation au travers des occlusives qui sont exagérées pour produire un son dans les mouvements buccaux. Cela lui suffit puisque suppléée par le discours médical. Il existe en tant que sujet parlant et désire toujours autant – désir d'une vie d'avant. C'est la confrontation à l'impossible retour à la vie d'avant qui semble le déstabiliser mais tout en ayant en tête que les traitements vont lui permettre une stabilisation de son état. Il a confiance et nous transmet cette confiance en la médecine. Nous posons l'hypothèse qu'un second échec, par la radiothérapie qui s'annonçait, peut faire s'effondrer les défenses psychiques mais que Monsieur A possède énormément de ressources pour ne pas perdre la face et ne pas perdre la voix. Une voix pulsionnelle qui lui semble impossible de trouver ailleurs que par la voix physique : l'écrit et le corps sont désinvestis d'une quelconque invocation.

Monsieur A représente une traversée « idéale » du cancer de la gorge et de la laryngectomie totale : compliant, adhérent au discours médical, tout en luttant pour rester sujet parlant et désirant. Malheureusement, si c'est une situation vers quoi tend la prise en charge des patients, il ne s'agit pas de la réalité majoritaire.

Du point de vue de la pulsionnalité, cette traversée « idéale » s'accompagne d'un destin « idéal » pour la pulsion invocante. La voix physique reste le dispositif investi par Monsieur

A, servant à parler – au sens de Patrice CHAMPOIRAL²⁵² – au travers de la labialisation. L'écrit ne sert qu'à la communication ; il ne transporte que la communication lorsque celle-ci apparaît difficilement compréhensible. Monsieur A ne semble pas pris dans la jouissance du hors-sens, il reste ancré dans la communication et désire au travers du jeu que permet la labialisation. L'état nirvanesque, s'il l'a traversé, n'est plus d'actualité. De ce point de vue de destin idéal, le dispositif central de l'invocation – la voix physique – persiste en tant que tel malgré la perte réelle de l'organe et de la production sonore. Le reste que représente la labialisation, vestige de la voix physique, pallie la perte par la proposition qu'apporte le discours médical d'une potentielle retrouvaille sonore avec l'implant phonatoire. Monsieur A paie la livre de chair, que nous pourrions également entendre littéralement : il paie de son larynx pour continuer d'exister et de lutter contre l'effondrement.

Monsieur A nous montre donc l'une des voies possibles pour la pulsion invocante : l'attachement au discours médical et aux vestiges de la voix physique. Cela semble se faire en parallèle d'une extériorité possible d'une part de la vie pulsionnelle : la libido de Monsieur A ne se tourne pas sur lui-même, tout du moins lors de nos rencontres. Pulsivement parlant, le dispositif de la voix se conserve, la voix pulsionnelle ne s'éteint pas et ne se déplace pas d'un ersatz à un autre. Idéal pulsionnel et physique : la perte du larynx est vécue avec peu d'incidence tant sur la vie pulsionnelle que sur le corps. Cependant, l'écart entre ce qu'il vit en hospitalisation et ce qui lui est renvoyé en-dehors est important : l'isolement qu'il évoque de la sphère sociale est majeur et semble traduire un impossible « bien-être » social du fait de ce corps qui le trahit. Une manière d'entendre une guérison qui n'est pas complète, avec un mal-être qui se retrouve dans l'impossible retour à la vie d'avant.

3. *Madame P : la victoire de Poséidon*

Un autre destin pulsionnel idéalisé est entendable chez Madame P, mais qui ne s'accompagne pas d'une traversée du cancer espérée par le corps médical. Madame P, âgée de 55 ans, est hospitalisée pour une récurrence d'un cancer de la gorge. Son premier cancer date d'il y a plus de 20 ans. L'équipe médicale va lui annoncer qu'une laryngectomie totale est désormais l'unique solution face à la maladie. Lorsque nous la rencontrons, Madame P n'a pas

²⁵² Champoiral, P. (2015). « Vous êtes un psy qui parle ? ». In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 39-51). Érès.

encore eu l'annonce des thérapeutiques mais il nous a été transmis qu'elle sera faite dans la semaine.

Le premier entretien est particulièrement difficile, Madame P est en grande détresse. Elle ne peut pas articuler, seul un filet de sons peut sortir de sa bouche, sans que des mots puissent s'y former : le cancer est très développé et empêche l'articulation. Lorsque nous commençons à lui parler, et puisque nous avons en tête que l'opération n'a pas encore eu lieu, nous sommes surpris de nous confronter à un impossible discours. Pour l'aider à la communication, et puisque rien ne semble lui avoir été proposé, nous lui prêtons des feuilles et un stylo. Elle s'en saisit et ira s'installer sur la table de la chambre pour y écrire plus facilement. Nous ressentons un apaisement à l'idée qu'elle puisse communiquer, sans que nous sachions concrètement si cet apaisement vient d'elle, de nous, ou des deux ; dans tous les cas, le discours peut se déployer. Cependant, nous nous imaginons que l'absence de support écrit proposé entraîne un échange bridé entre les soignants et Madame P. Seul le geste est disponible, limitant grandement les nuances dans le discours.

Elle nous explique alors sa situation. Depuis 4 ans, elle ne mange ni ne boit plus, le cancer l'empêchant, et est nourrie et hydratée depuis quelque temps par sonde naso-gastrique. Sa situation se serait dégradée lentement, ce qui a amené à la mise en place d'une radiothérapie 6 mois auparavant. Elle n'a rien eu d'autre comme thérapeutique. Aujourd'hui, à la suite d'une dyspnée laryngée²⁵³ l'hospitalisation a été nécessaire. La traversée de cette récurrence se fait très seule : son entourage a vieilli et est moins disponible que lors de son premier cancer. Qui plus est, son compagnon à une problématique addictive, sans soin mis en place, ce qui l'empêche de se déplacer puisque habitant loin de là.

Madame P vit un « cauchemar », voire pire : elle est dans « une spirale infernale », « un enfer ». Elle se sent enfermée dans son propre corps ; si elle pouvait parler, manger, boire, elle en reprendrait possession. Lorsqu'elle finit d'écrire cette idée et que nous finissons d'oraliser, elle nous regarde, comme perdue dans son corps. Elle nous transmet, par ce regard qui en dit long, une terrible angoisse face à la maladie qui la ronge aujourd'hui.

Alors lorsque le médecin lui annonce que la laryngectomie totale est la seule solution envisageable, quelques jours plus tard, elle refuse. Lorsque nous la revoyons après cette annonce, elle nous (ré)énonce les impossibles à vivre pour elle : parler, manger, boire lui seraient inaccessibles, imaginaires liés cette fois-ci à l'opération proposée. D'elle-même,

²⁵³ Difficultés respiratoires liées à l'obstruction du larynx, symptôme très courant lors d'un cancer de la gorge.

elle soulève que parler sera possible mais avec une voix (la VO) qui lui serait trop difficile à entendre. Et d'autre part, la confiance envers le corps médical est ébranlée : « ils ne sont pas humain », « ils apprennent et étudient le patient ». Là où, lors de son premier cancer, le médecin savait où il allait – elle fait un geste de la main assuré et droit devant – aujourd'hui, les médecins changent d'avis tout le temps. On lui a parlé de laryngectomie partielle à son arrivée dans le service, et maintenant de totale. Pourtant, le corps médical a posé la direction qu'il souhaite prendre pour son bien, pour qu'elle vive, et elle a une semaine pour se décider, sinon elle devra partir.

« C'est dur de se voir mourir » nous dit-elle. Son frère a suivi les médecins lorsque, lui-même traversant un cancer de la gorge, il a été amené au bloc pour une greffe. Mais il ne s'en est pas sorti. La conclusion de Madame P est qu'elle ne s'est pas souvent écoutée, le regrettant après. Aujourd'hui, elle s'écoute et la semaine suivante, elle part, son cancer toujours en place. Sa voix aussi.

Tout au long de nos rencontres, Mme P ne cessera de laisser transparaître un filet de son émanant de sa bouche. Tout du long, elle tentera de vocaliser ses propos. Si, avant l'annonce de l'opération, elle écrira pour communiquer, sur notre demande, il en est tout autre après : l'écrit sera plus rare, laissant beaucoup plus de place au corps. L'écrit est cependant très lisible, et rapide. Lorsqu'elle finit son idée, elle nous tend la feuille que nous lisons à haute voix. Nous faisons d'ailleurs une erreur de lecture, lorsqu'elle évoque les conséquences de la laryngectomie totale : nous lisons « voix trachéo-œsophagienne » en lieu et place de « voix œsophagienne » mais nous comprenons quand elle insiste sur notre erreur qu'à aucun moment, l'implant phonatoire lui a été évoqué – sûrement qu'il ne serait pas possible à mettre en place. Entendons-là le désir partagé qu'elle puisse parler de nouveau. Le corps, quant à lui, est beaucoup plus difficilement déchiffrable. Nous essayerons de lier une lecture labiale aux gestes qu'elle fait, ce qui nous permettra de cerner ce qu'il en est, mais lorsque nous lui proposons une traduction, nous nous confronterons régulièrement à une erreur. Celle-ci engendrera de l'exaspération chez Madame P, traduit par les bras qui tombent et un écrit court, exprimant le mot clé de ce qu'elle essaie de transmettre. Dans tous les cas, Madame P a beaucoup à dire, et nos entretiens dureront plus d'une heure. L'équipe soignante ne viendra pas nous déranger pendant les entretiens.

Cette équipe qui nous a formulé une demande précise concernant Madame P : la convaincre d'accepter l'opération, mettant en avant qu'il s'agit là de sa seule chance de survie. Demande à laquelle nous ne pouvons répondre, et nous partageant ainsi le poids de la décision

qu'elle prendra. Il nous a d'ailleurs surpris d'observer que, à la fin de nos deux entretiens, un membre de l'équipe nous demande « Alors ? » : l'attente sur cette patiente est grande, et attente littérale devant la porte sans oser y rentrer durant l'entretien. Précisons qu'il s'agit de l'unique refus de l'opération auquel nous faisons face au cours de nos interventions en hospitalisation et que, lorsqu'il est nécessaire pour le patient d'être ici avant l'opération et même l'annonce, c'est que le cancer a pris une place importante. Lors des réunions staffs, l'équipe semble démunie, impuissante et le choix de ne pas la garder n'est pas des plus facile à prendre pour le médecin. Il découle du fait qu'une fois la crise de dyspnée passée, il n'y a plus rien à faire si ce n'est l'opération ou les soins palliatifs – les soins palliatifs ont donc été appelés pour aller à sa rencontre et prendre le relais.

4. *Rester parlante et désirante*

Madame P nous apprend beaucoup. Déjà, qu'il est possible de refuser une telle opération, et que cette action revient à engager un bras de fer avec l'équipe médicale dont l'objectif et le désir est le soin. Mais ce qui est le plus important, ce sont ses raisons de la refuser. Elle en évoque deux : la peur de la voix œsophagienne ainsi que la perte de confiance envers son médecin. Et elle refuse cette opération malgré l'omniprésence des angoisses de mort qui sous-tend nos rencontres.

La peur de la VO n'est pas, dans le discours, beaucoup développée. Mais nous entendons une piste de réponse. Déjà par notre lapsus *lectionis*, nous renvoyant à l'impossible appareillage phonatoire qui pourrait, éventuellement, l'apaiser dans sa représentation de l'opération. Avant, est évoquée la laryngectomie partielle, et donc avec une préservation laryngée ainsi que l'ouverture à une parole future qui va avec, mais l'annonce de l'ablation totale empêche toute projection d'une vocalisation future autre qu'avec la VO, voix qu'elle ne peut s'imaginer prononcer. Nous notons également l'usage différent que fait Madame P de l'écrit, avant et après l'annonce de la laryngectomie totale : il est désinvesti après, se reléguant pour soutenir l'émergence de quelques mots dont le geste peine à rendre compte. Associé à l'usage de l'écrit, nous soulevons la persistance d'un filet vocal indistinct et douloureux du fait de la tumeur, douleur qu'elle nous transmet par son faciès lorsqu'elle émet des sons. Cet accrochage au sonore, aux restes de la voix physique, laisse à penser un fort investissement libidinal de l'organe laryngé et de son produit, la voix physique. Madame P a une histoire au plus près de cet organe : un cancer précoce lorsqu'elle a une trentaine d'années et un frère qui

a souffert de la même maladie. Cette première confrontation au réel, par l'annonce de la maladie, puis par la première itération du signifiant « laryngectomie » dans le discours médical – en l'occurrence « si et seulement si » radiothérapie et chimiothérapie échouent – laisse une trace forte. Madame P, il y a une vingtaine d'années, frôle la perte et s'accroche à ce qui risque de faire manque : la voix.

Cette perte qu'aujourd'hui elle est dans l'obligation d'affronter. Plus de 3 ans lui sont nécessaires pour y faire face et entamer une nouvelle série de traitement, en vain. Son médecin habituel lui a précisé qu'ils ne toucheront pas chirurgicalement au cancer, alors qu'à son arrivée ici est évoquée dans un premier temps une laryngectomie partielle. Cette première opération est plus ou moins acceptée, il y a préservation laryngée comme nous avons dit. C'est là que nous entendons la capacité de Madame P à investir l'écriture comme support de la pulsion invocante lors de notre première rencontre : il s'agit finalement d'un écrit comme articulation du sonore qu'elle transmet, une mise en signifiant temporaire d'ici l'opération. L'écriture ouvre à la relation à l'autre et permet une cassure de l'équivocité du signifiant²⁵⁴ : son écriture est sans faute ni doute de lecture. La jouissance du hors-sens est pondérée par cette solution subjective, tout en usant de la voix physique jouissive.

Lorsque le signifiant de laryngectomie totale s'empare du discours médical et transporte avec lui le réel de la perte, l'écrit ne peut plus soutenir la pulsion : elle se retourne sur Madame P elle-même, sur le lieu de la douleur comme contre-investissement. La voix physique, au travers du larynx, se découvre comme objet de jouissance, hors-sens, échappant à tout signifiant. Le corps prend place avec ses gestes difficilement entendables, complètement ancrés dans l'équivocité signifiante. Nos propositions de traduction ne peuvent être qu'à côté. Le refus de cette laryngectomie totale à alors son inconcevable symbole : la voix artificielle redoutée et redoutable. Il lui est impossible de ne plus être elle-même. Elle nous le dit au travers de cette résistance à la communication et de sa quête de jouissance mortifère – l'objet *a* est à portée de voix. « Plutôt mourir que de me perdre » : voilà ce que nous entendons. Tant qu'elle peut émettre sa voix, elle peut encore avoir un contrôle sur son corps ; *a minima* elle en reprend possession. « Lacan situe l'objet *a*, plus-de-jouir, comme un bout de Réel auquel sont corrélées les trois autres formes de jouissance (phallique, de l'Autre, du sens), elles-mêmes autres bouts de Réel. L'objet *a* au cœur du nœud borroméen se situe dans le trou qui résulte du nouage des

²⁵⁴ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 27.

trois consistances (Réel, Symbolique et Imaginaire) »²⁵⁵ nous dit Louis SCIARA, nous entendons là Madame P tentant de nouer ces trois consistances à bout de voix pour faire face à des angoisses de morcellement. Elle ira chercher un autre avis médical pouvant lui promettre que ce bout d'elle ne disparaîtra pas.

C'est d'ailleurs le deuxième point qu'elle met en avant dans son refus : la perte de confiance en les médecins du service. Des médecins d'une autre institution lui avaient émis comme direction principale la préservation laryngée et elle s'en est saisie, s'y est accrochée. L'annonce que ce n'est plus le cas vient faire effraction et elle ne peut se le représenter. L'équipe médicale lui demande de mettre de côté sa suppléance, sa solution trouvée il y a des années pour faire face au réel et pallier la déliaison du nœud borroméen engendrée. « Toute suppléance est-elle obligatoirement symptôme ? On peut en douter, ne serait-ce que parce qu'une suppléance est volontiers egosyntonique (conforme au moi), alors qu'un symptôme est au contraire le plus souvent egodystonique, et donc objet de plainte »²⁵⁶. Cette demande ne peut être acceptée sans se confronter à un retour, que nous pourrions imaginer sous la forme du symptôme délirant, de ce réel. Jusqu'ici, Madame P, au travers de sa solution trouvée, conforme à son Moi, supplée à ce réel. Renoncer à cette suppléance revient à lui imposer le symptôme qu'elle ne peut psychiquement concevoir : la voix œsophagienne étant le représentant de ce morcellement puisqu'avec cette voix, elle se perdrait tout entière. Ainsi, Madame P ne peut que se voir mourir, difficilement, si elle souhaite, comme elle nous le montre, rester parlante et désirante. L'équipe médicale du service se doit alors de devenir mauvais objet, doit être clivée de ce côté pour pouvoir faire face et prend valeur de persécutrice.

Ce bras de fer qui se joue entre l'équipe médicale et Madame P est d'ordre intersubjectif. Madame P ne peut payer cette livre de chair nécessaire à son soin²⁵⁷, le coût en est trop élevé psychiquement. De ce fait, l'objectivité nécessaire pour que l'équipe médicale œuvre n'est pas trouvée : Madame P n'est pas « compliant » au soin, elle ne se conforme pas à la demande médicale et sa subjectivité met à mal les équipes. Dans l'imaginaire médical, la seule possibilité est alors d'appeler le technicien de la subjectivité, le psychologue, comme ultime recours pour lui faire accepter l'opération et ainsi la sauver. La réalité est tout autre :

²⁵⁵ Sciarra, L. (2014). En quoi l'objet a détermine-t-il la pratique clinique ? *La revue lacanienne*, 15(1), 19-27, p. 22.

²⁵⁶ Pellion, F. (2009). Quelques réflexions sur la pertinence clinique et psychopathologique de la notion de « suppléance ». *Recherches en psychanalyse*, 7(1), 92-101, p. 95.

²⁵⁷ Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2009). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*. Flammarion, p. 93.

nous ne pouvons « convaincre », seulement accompagner et soutenir. Pour Madame P, la voix est un objet surinvesti, d'une importance vitale. Le choix qu'il lui est proposé serait de l'ordre de : mourir en tant qu'objet du soin – par l'opération – ou mourir en tant qu'elle-même – par son refus. Et ce choix, elle le fait dans un ultime contrôle de son corps qui lui échappe : ce sera par la voix que Madame P restera sujet de son corps.

La climatique qui règne dans les entretiens avec Madame P est mortifère, dès le premier entretien. Nous sommes pris dans le discours médical de l'annonce à venir et l'angoisse que porte ce discours. Lorsque nous rencontrons Madame P, nous ressentons une tension entre ce qu'elle sait et ce qu'elle va savoir. L'équipe soignante est dans ce même mouvement. Une certaine anticipation négative de sa réaction va faire tarder l'annonce de la laryngectomie totale du côté médical – un moment toujours difficile. Nous mettons sur le compte de ces 4 ans sans thérapeutique le pressentiment partagé par les équipes d'un refus de l'opération. Pressentiment donc vérifié par la suite. L'appel au psychologue et les attentes qui sont formulées à son égard pour la « convaincre » d'accepter l'opération rentrent dans la dimension du dernier recours avant la mort programmée par son cancer, associée à l'injonction punitive (aux couleurs infantilissantes) que nous traduisons ainsi : si tu refuses le soin, nous t'abandonnons.

Nous voyons par le prisme de Madame P ce qui peut se jouer du côté soignant dans la relation à cette impossible perte. S'affirmer en tant que sujet désirant et parlant, par ce filet de voix auquel Madame P se raccroche, renvoie à l'impossible perte qui est demandée par l'équipe médicale. Le corps de Madame P se met littéralement à questionner, à interroger, comme en parle Nicole MALINCONI²⁵⁸, il n'accepte pas le silence hospitalier. Et sa présence au sein du service dérange l'équilibre présent. L'ultimatum viendrait également servir au maintien de cette homéostasie du service.

Le fait que nos entretiens avec Madame P ne soient pas effractés insiste sur le poids symbolique mis sur ces entretiens. Et cette question récurrente des soignants, « alors ? », justifie la qualité de trait d'union du psychologue dans cette situation. Il est imaginativement pensé comme étant celui qui peut entendre ce qui échappe aux équipes, et qui donc pourrait traduire ce corps qui ne cesse de gesticuler ; se faire porte-parole de Madame P qui ne souhaite pas en user. L'appel aux soins palliatifs avant sa sortie du service sera le compromis trouvé entre la volonté de soin des uns et la persistance de vie de l'autre.

²⁵⁸ Malinconi, N. (2017). *Hôpital silence*. Communauté française de Belgique, p. 105-106.

Nous disions que dans la situation de Madame P, nous entendions un autre destin idéal de la pulsion invocante face au cancer de la gorge : nous retrouvons dans les deux situations évoquées, l'accrochage à la voix physique. Cependant, si Monsieur A accepte l'opération et s'appuie sur le discours médical pour ne pas perdre la voix, Madame P ne le peut pas. Pour faire face, elle s'accroche au filet de son, émanation d'une rencontre avec le hors-sens de la jouissance, tout en y adjoignant l'écrit, à l'instar de Monsieur A, comme outil de communication pour ne pas être prise dans l'état nirvanesque. La pulsion invocante reste accrochée au dispositif qu'est la voix physique, ne sombrant pas ainsi dans un état qu'imaginativement il serait impossible à traverser. Tant que le son sort, et qu'il peut prendre forme sous l'inscription de signifiants écrits, la quête est sauvée : Madame P se maintient parlante et désirante, sans en payer un prix impensable. L'écrit, mais aussi le corps, semblent faire voile à la voix pulsionnelle qui émane du filet de sons.

S'il s'agit là d'un destin pulsionnel idéal, puisque la vie pulsionnelle n'apparaît pas bouleversée par la maladie et ce qu'elle implique. Nous entendons là que les remaniements trouvés se font « naturellement » et que la laryngectomie totale est ainsi psychiquement évitée. Il s'agit cependant d'un destin tragique, au sens théâtral du terme : il ne peut se terminer que par la mort de la protagoniste. S'extirpant du cœur, elle sacrifie son corps pour se maintenir sujet. Telle l'Antigone de Jean ANOUILH, Madame P semble demander à ses gardes surmoïques : « Comment vont-ils me faire mourir ? [...] Vivante ? »²⁵⁹, car c'est ainsi qu'elle choisit de partir, en payant de son corps entier, non d'un morceau, mais vivante car désirante. Elle ira chercher celui qui peut lui offrir cette mort. Deux situations qui soulèvent la question du faire face à l'opération dépendant du fonctionnement psychique. Peut-on imaginer qu'un sujet psychotique puisse perdre une partie de lui-même pour sauver un corps qui serait alors morcelé dans le réel ?

5. *Faire face avec sa structure psychique*

Monsieur A et Madame P nous apportent un premier éclairage sur la traversée du cancer de la gorge et sur un « faire face » à l'opération qui permettrait à la pulsion invocante de ne pas en être bouleversée. Deux « faire face » qui dépendent, évidemment, de la structure psychique de chacun et de ses mécanismes de défense propres. D'un point de vue névrosé, la possibilité

²⁵⁹ Anouilh, J. (2008). *Antigone*. La table ronde, p. 111.

offerte par le discours médical de s'y accrocher – adhérer au désir de l'autre – permettrait à la voix pulsionnelle de ne pas se défaire de la voix physique. Une possibilité appuyée par l'ouverture à une voix artificielle dans tous les cas (VO et VTO) et à la capacité de labialisation qui peut se travailler. Cela nécessite une capacité à se séparer d'un bout de soi empreint d'une part d'identité, capacité que nous montre Monsieur A. Alors que face à des angoisses de morcellement psychotiques, cette perte n'est pas pensable, le sujet ne peut plus exister sans ce bout de lui ; se serait rendre réel le morcellement. Madame P nous laisse entrevoir un fonctionnement psychotique bien suppléé, non décompensé. La perte d'un organe et de la voix renvoient une possible décompensation psychique, un effondrement qui ne pourrait plus se maintenir. La pulsion invocante s'est construite au travers de la voix physique et ne peut se voir remplacer.

Dans les deux situations, l'écrit prend alors la même coloration : celui de support du signifiant comme potentielle communication. Il n'est pas enrobé graphiquement dans le sens où il n'y a pas de traces d'un jeu pulsionnel qui viendrait le colorer ; nous sommes face à des écrits très scolaires pour Madame P ou sans phrase construite pour Monsieur A qui ne fera que souligner certains mots qui nous échappent. C'est par le corps et la labialisation ou le filet de son que cet écrit est coloré par la voix pulsionnelle. Ainsi, l'idéal pulsionnel serait atteint par l'évitement d'une retrouvaille avec l'objet *a* et de tout ce que cela peut entraîner de manifestation psychique douloureuse : l'énergie nécessaire pour rencontrer cet objet *a*, et ne pas sombrer, est conséquente, nous le verrons par la suite. Monsieur A et Madame P sont les représentants de possibles cheminements pulsionnels peu coûteux psychiquement car n'entraînant pas une réorganisation forte de la vie libidinale. L'effondrement psychique est évité par la mise en place d'un dispositif efficient qu'est l'écrit. Dans les deux cas, il vient recouvrir la voix de son voile signifiant.

B. Vivre la perte

Si nous avons mis en avant, dans un premier temps, deux situations représentant selon nous la possibilité d'un faire face à l'opération de manière idéale, il n'en est pas de même pour la majorité des patients que nous avons rencontrés. Au travers des situations cliniques qui vont suivre, nous allons voir comment faire avec, une fois l'opération traversée, la perte du larynx et de la voix associée lorsque cela nécessite une grande réorganisation pulsionnelle.

1. *Madame AR : à la recherche du fruit du loto*

Nous sommes appelés par les orthophonistes pour aller à la rencontre de Madame AR, une soixantaine d'années, la veille de la laryngectomie totale. Il semblerait qu'elle soit particulièrement angoissée, ce qui a poussé l'équipe à lui proposer que nous nous rencontrions lors de son entrée en hospitalisation, à J-1 de l'opération. Lorsque nous arrivons devant sa chambre, un des box de soins aigus pour préparer son retour de l'opération, Madame AR est en train de discuter avec l'infirmière en poste. Mais cette dernière, nous voyant arriver et étant au courant de notre passage, nous laisse la place. Madame AR reprend ce qui se disait, que cette infirmière essaie de la rassurer sur l'opération mais qu'elle-même n'est pas tant angoissée par cela que par le « trou dans la gorge ». « J'avais vu un homme fumer par ce... trou, et recracher la fumée par là. Je m'étais dit : jamais ! Et là, paf... ». Madame AR est en colère contre elle-même, d'avoir fumé depuis ses 18 ans et de ne pas avoir écouté son mari qui lui conseillait d'arrêter.

Ce cancer ne la fait pas souffrir, ni ne la gêne. Elle n'a qu'un seul symptôme observable : la voix éraillée. Et effectivement, à voir Madame AR, rien ne semble indiquer la présence d'une quelconque maladie ; Madame AR est face à nous, en forme, la voix légèrement éraillée qui nous évoque simplement une fumeuse de longue date. C'est cette voix qui lui « a mis la puce à l'oreille » et l'a amenée à consulter son généraliste 6 mois auparavant. Ce dernier pensait à un reflux gastrique, puis à un éraillage en lien avec la cigarette. Sa fille lui avait pourtant dit d'aller voir directement un ORL et si elle l'avait écoutée, « ça n'aurait été qu'un nodule et on aurait pu l'enlever facilement ». Et c'est un nodule que ça nous évoque. Nous sommes surpris que la laryngectomie totale soit proposée comme thérapeutique en primo intention, avant toute chimiothérapie ou radiothérapie, voire laryngectomie partielle. Pour Madame AR qui renvoie une image d'un corps bien portant, c'est l'ultime recours qui est nécessaire et cela signifie la gravité de la maladie malgré son silence symptomatique.

Il s'agit pour Madame AR de son deuxième cancer. Elle a déjà vécu l'épreuve du cancer du sein il y a quelques années à peine et compare la canule qui comblera le trou au PAC²⁶⁰ qu'elle avait eu lors de ses traitements. Ce PAC a été vécu comme « un corps étranger que je grattais tout le temps » : elle craint que son corps rejette également la canule. C'est à ce moment de l'entretien que l'infirmière revient, frappant à la vitre du box, et rentre en montrant à Madame AR les différents types de canules qu'elle aura pendant et après l'hospitalisation.

²⁶⁰ Port à Cath, petit boîtier que l'on met sous la peau pour faciliter les intraveineuses et les transfusions notamment.

Nous assisterons à cette présentation, quelque peu désemparés par cette irruption étrangement corrélée avec ce que nous disions, et nous constatons comment Madame AR tente de lui faire comprendre que ce n'est pas tant l'esthétique qui pose un problème. Lorsque l'infirmière repart, Madame AR nous confie : « Elle est gentille mais... ». Mais elle ne comprend pas. Mais elle ne peut pas comprendre. Ce que nous saisissons de notre positionnement, c'est qu'il est impossible de comprendre à quel point le traitement qui lui est proposé est bien plus dévastateur que la maladie elle-même, dans son vécu actuel tout du moins.

Puis l'entretien reprend autour de sa consommation de cigarettes. Elle avait réduit depuis l'annonce du cancer. Avant son arrivée dans le service, elle a fumé sa dernière cigarette avec son mari. Elle est très satisfaite de son médecin ici qui a su être empathique dans son annonce du cancer, et de ne pas l'avoir fait se sentir coupable par sa consommation tabagique. Elle a la chance d'en avoir rencontré beaucoup des médecins empathiques et cela joue pour 50% de la guérison. D'où le fait qu'elle n'a jamais eu besoin de psychologue. En plus, elle ne veut pas être analysée, elle connaît ses failles. Nous convenons cependant que je repasse la voir après son opération.

Madame AR parle beaucoup – l'entretien durera plus d'une heure – et finalement, nous avons peu de place dans l'entretien pour des questions semi-directives. Madame AR associe très facilement. L'angoisse est palpable et la défense par l'humour l'est tout autant. Elle sera allongée sur son lit tout du long de l'entretien, le corps bougeant peu. Madame AR montre un faciès souriant et avenant alors que son corps nous indique l'inverse, un peu abattu par ce qui lui arrive, et ce qui l'attend le lendemain. À la sortie de cet entretien, c'est le versant silencieux de la maladie qui nous amène à nous poser des questions. Comment peut-on en arriver, alors que tout semble aller bien, à l'ultime recours ? Madame AR nous dépose cette incompréhension et nous nous demandons si, face à cette nouvelle situation, elle acceptera d'être « analysée » par un psychologue ou si elle fera face comme jusqu'alors ; pourra-t-elle être entendue après ?

Lorsque nous retournons la voir, 4 jours après son opération, Madame AR nous apparaît abattue, tant par son corps que par son faciès cette fois-ci. Elle va tenter de parler, labialisant des phrases très courtes avec des gestes associés. La compréhension se fait plutôt bien. L'opération s'est bien déroulée mais des œdèmes au visage lui font mal et semblent la préoccuper. Notamment parce que sa fille est passée la voir, dans cet état, et que Madame AR en a pleuré de s'être présentée ainsi affaiblie à sa fille. Rapidement, Madame AR semble s'endormir, nous la laissons donc, seule face à ce corps qui s'arrête, par le sommeil, pendant

l'entretien. Sur le moment, nous lions cet acte à ce qu'elle nous a dit précédemment : elle ne veut pas être analysée. Quoi de mieux que de s'endormir pour ne pas en dire trop ?

Nous la retrouvons la semaine d'après, bien plus en forme. Tout semble se dérouler dans le bon sens. Elle dit avoir le moral, et qu'elle devrait sortir le lendemain, après avoir fait le TPO – test vérifiant la bonne cicatrisation interne. Elle pourra se confronter à la vie courante nous dit-elle, et nous notons des gestes moins assurés pour évoquer cette idée. Son aversion pour cet objet – elle montre la canule – ne change pas mais « je fais avec » écrit-elle. Ce dispositif est contraignant mais elle arrive à s'en occuper. Au bout d'un moment, Madame AR nous fait part qu'elle arrive à faire « du bruit avec sa bouche » : « c'est nouveau depuis que j'ai plus mes cordes vocales », avec un entraînement orthophonique, elle pourra reparler un peu. Son sourire se fait grand en entendant le son qui sort de sa bouche, heureuse de pouvoir nous faire entendre cette nouvelle possibilité.

Madame AR écrira beaucoup lors de cet entretien, avec sa pointe d'humour qu'elle semble avoir retrouvée. Elle écrira sur un cahier, au crayon à papier. Associés, nous retrouverons les gestes et une faible utilisation de la labialisation. L'entretien sera de nouveau long, tournant longuement autour de son mari et de ses 40 ans de mariage, évoquant furtivement les changements que va provoquer l'opération au sein de leur couple et insistant surtout sur les différentes épreuves qu'ils ont traversées ensemble et auxquelles ils ont résisté : sous-entendu que cette épreuve-là sera traversée à deux, comme les autres. Elle sortira le lendemain, la cicatrisation semblant bien se dérouler.

Nous retrouverons Madame AR une dernière fois 15 jours plus tard. Nous nous sommes absentés du service pendant une semaine et, durant ce temps, Madame AR a de nouveau été hospitalisée pour un bouchon en lien avec des fistules – ces connexions cicatricielles anormales à la suite de l'opération. Nous la retrouvons dans sa chambre, la télévision avec le son très fort. De nouveau, elle nous apparaît abattue, le corps lourd. Lorsque nous lui demandons si elle accepte de baisser un peu le son de la télé, elle rigole de manière forcée et nous dit que « de toute façon, vous m'entendrez pas ». Mais, malgré cette affirmation, Madame AR n'écrira pas de l'entretien, préférant labialiser tout du long, avec cette fois-ci peu de gestes qui viendront ponctuer.

Elle est résignée. Elle attend un nouveau TPO dans 2 jours, sans y croire car les pansements sont remplis de liquide – ce qui indique que la cicatrice n'est pas totalement refermée. Elle rajoute qu'au cours d'un examen de contrôle du poumon, ils ont découvert une

tâche. Madame AR ne sait pas ce qu'elle va faire, elle attend les résultats – phrase qu'elle répètera plusieurs fois, remplie d'un désespoir profond que nous ressentons. Le temps qu'elle a pu passer chez elle, Madame AR n'a pas changé ses habitudes, sauf pour les courses : ce n'était pas très pratique avec la sonde naso-gastrique et les questions en boucle qu'on lui posait : « Qu'est-ce que tu as ? Tu vas bien ? Bla bla bla », « ça me gonfle » conclue-t-elle.

L'entretien se terminera sur l'idée répétée qu'elle ne sait pas ce qui va se passer. « J'attends les résultats » – du TPO, qu'elle s'imagine mauvais, et de la tâche sur les poumons. « Je réagis en fonction ». Nous la laissons donc en l'orientant sur les psychologues du plan cancer pour qu'elle puisse mettre en place un suivi plus régulier – nous avons en tête qu'elle risque de changer régulièrement de service dans les mois à venir et qu'ainsi, les psychologues du plan cancer pourront aller à sa rencontre.

2. *Qu'investir ?*

Madame AR passe par le parcours dit « classique » de l'annonce de la maladie et de l'opération : par suite d'une consultation en ambulatoire, il lui est annoncé la terrible nouvelle. « À la différence de l'annonce du cancer du larynx, l'annonce de la laryngectomie génère des incertitudes encore plus floues. La rupture biographique et les transformations temporelles sont parfois envisagées, mais certainement pas intégrées. Seule la période d'état de laryngectomisé total permet à l'individu de réaliser sa transformation et de l'accepter plus ou moins »²⁶¹ nous dit Emmanuel BABIN ; l'irreprésentable de l'opération ne peut l'être qu'une fois celle-ci vécue, d'où l'angoisse inhérente à l'annonce du cancer et de l'opération. L'effraction dans le réel de ce cancer prend d'autant plus d'importance du point de vue de Madame AR qu'elle n'en ressent pas les symptômes. La solution qui lui est proposée – la laryngectomie totale – peut facilement être concevable comme une solution thérapeutique désarrimée de son vécu actuel de la maladie. D'autant plus que, Benjamin JACOBI nous le rappelle, « [...] le plus souvent, le malade cancéreux souffre bien plus physiquement, une fois le traitement commencé, administré qu'avant tout traitement de la maladie »²⁶². Et cela se passe vite à partir de l'annonce : il faut entendre qu'en 15 jours, Madame AR a rencontré les différents acteurs de son soin post-laryngectomie et a dû accumuler une foule d'informations. Elle ne souffre pas

²⁶¹ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découragement*. l'Harmattan, p. 66.

²⁶² Jacobi, B. (2019). Soigner. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 68-79, p. 71.

encore. Sa seule inquiétude, dit-elle : le trou dans la gorge et le corps étranger qui y sera inséré, risquant ainsi d'être rejeté par le corps²⁶³.

Ce trachéostome sert la représentation de l'opération et permet un imaginaire de l'irreprésentable de la perte. Il vient cristalliser les angoisses par le souvenir de cet homme qui fume par son trachéostome. Perte de la cigarette pour Madame AR, mise en avant lors de notre premier entretien : ce plaisir oral devra cesser. Et perte de la voix, latent dans son discours presque ininterrompu : fin du plaisir vocal. C'est d'ailleurs par une altération de sa voix physique que Madame AR s'inquiète, seul symptôme ressenti. Sa voix commence à dérailler, à se perdre dans une tonalité qu'elle ne reconnaît plus. La voix « laisse s'exprimer, avec son timbre unique, ce que Simmel appelle les personnalités des individus, où chacun dévoile une petite part de son être à l'autre, et se construit en même temps, comme individu, par l'être-en-relation »²⁶⁴ et pour Madame AR, cette petite part d'elle-même n'est plus ce qu'elle a connu jusqu'ici.

Ses angoisses vont également pouvoir prendre la forme de la culpabilité : elle est dans une auto-accusation, dans un premier temps, de la maladie. Le trachéostome devient ce qui effraie par cette image d'un fumeur qui ne peut cesser la cigarette malgré ce trou dans la gorge : Madame AR s'inquiète de pouvoir être perçue ainsi par l'autre, celle qui fume, qui a fumé, et qui « aurait dû écouter son mari » bien avant. Dans cet avant de l'opération se joue l'angoisse qui vient se mêler aux représentations sociales du cancer de la gorge et de ses conséquences. Si c'est bien la voix qui s'altère et qui alerte Madame AR sur une potentielle maladie, c'est le trou qui vient servir la représentation imaginaire de l'opération et non pas la perte de la voix ou un quelconque mutisme.

C'est pourtant face à la réalisation de la perte que nous la retrouvons après l'opération. Madame AR nous apparaît dans un état de jouissance mortifère où l'invocation n'est plus : quelques labialisations, quelques gestes, quelques écrits, pour nous faire entendre du factuel que nous tentons de lui renvoyer par une oralisation de son discours. Mais la vie pulsionnelle de Madame AR semble tournée sur elle-même, la souffrance est trop grande : elle s'endort. Elle rompt le lien par ce passage à l'acte que le corps impose. L'ouverture à l'Autre ne peut se faire pour le moment, prise qu'elle est dans la confrontation à l'objet perdu retrouvé. Nous retrouvons là un double mouvement pulsionnel : satisfaction d'une part de l'énergie

²⁶³ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 58.

²⁶⁴ *Ibid*, p. 41.

pulsionnelle, et donc confrontation à un état quasi-nirvanesque²⁶⁵, ainsi qu'un repli sur le Moi du reste de la libido, pour faire face à l'effraction psychique de la situation²⁶⁶. Dans un premier temps, l'Autre ne semble pas pouvoir avoir une place.

Il peut de nouveau en avoir une quand Madame AR retrouve un jeu avec sa voix – artificielle cette fois. Elle peut de nouveau émettre un son, pourra reparler, au futur, et se voiler des signifiants de l'Autre. S'y associe, dans la vie pulsionnelle, un retour possible aux objets extérieurs, que l'on retrouve au travers du discours sur la projection du retour à domicile et sur sa vie de couple. Ainsi s'ouvre la voix de l'écrit, dans laquelle, au-delà de sa composante palliative à la communication défailante, nous retrouvons une trace d'invocation. Lorsque nous vocalisons ses écrits, nous sommes surpris par la retrouvaille de cet humour dont elle avait fait preuve lors de notre rencontre, humour que nous retransmettons tel que nous le ressentons et qui fait sourire Madame AR. La qualité de l'écriture est cependant très scolaire : réfléchi, corrigé, avec des phrases sensiblement courtes et ponctuées, cela vient brider cet usage d'un écrit « automatique » tel que l'est sa parole avant l'opération ; l'écrit est en réponse à nos questions et non associé librement.

La pulsion invocante semble majoritairement s'entendre dans cet espoir d'un retour à la voix, dans ce « nouveau sans cordes vocales » et ces sons déjà produits, s'insinuant cependant dans l'écrit mais aussi le corps. Le geste est un peu plus utilisé lorsque le son est de nouveau possible à émettre et nous en relevons certains comme expression d'un réinvestissement pulsionnel de l'invocation. Lorsqu'est évoqué le retour à la vie courante, le geste tremble, trahit l'angoisse de ce retour à domicile. Le corps parle, se désarrime de l'assurance dont Madame AR se pare dans son discours : la dissonance est assez flagrante entre parole et corps. Là où le discours est clair, sans hésitation – « Je fais avec », « Je me confronterais à la vie courante » – le corps transmet ce qui est caché – l'inquiétude et la difficile représentation de ce trou à l'extérieur des murs de l'hôpital, et donc l'angoisse comme préparation psychique. « J. Lacan situe l'angoisse « entre le réel et l'imaginaire ». Il précise que c'est le seul affect qui ne trompe pas, c'est-à-dire qui est « hors de doute » car il concerne le réel, hors symbolisation »²⁶⁷ nous rappelle Hélène SIGAUD. L'angoisse vient être le seul imaginaire possible, flou, de ce réel inimaginable et par cette angoisse, l'effraction du pare-

²⁶⁵ Kaluaratchige, E. (2016). Du désir au Nirvāna. Le destin bouddhique de la sexualité. *Topique*, 134(1), 21-35, p. 25.

²⁶⁶ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 78-79.

²⁶⁷ Sigaud, H. (2015). Pour une clinique du réel en cancérologie. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 53-68). Érès, p. 54.

excitation, préparé un tant soit peu à ce réel qui arrive, ne devrait pas provoquer un effondrement psychique. Ce geste hésitant nous indique que Madame AR se prépare au difficile retour à domicile.

Nous pouvons noter un début de réinvestissement de dispositifs convoquant la voix vers la fin de sa première hospitalisation, Madame AR sortant d'un état nirvanesque postopératoire : la possibilité d'émettre de nouveau du son lui ouvre la voie à l'espoir de l'implant phonatoire. Lorsque nous la revoyons une quinzaine de jours plus tard, de retour en hospitalisation, écrits et gestes s'effacent de nouveau et la labialisation est d'autant plus présente – nous percevons la fragilité de ces nouveaux dispositifs, effectifs au sein du service mais n'arrivant pas à se déployer au-delà. Le discours se retourne de nouveau sur elle-même. La perte est de nouveau vécue, à la suite de la confrontation à « la vie courante » et au renvoie par l'autre de la maladie de Madame AR : la représentation du retour à la vie courante par l'angoisse n'a pas suffisamment protégé Madame AR d'une effraction violente du réel. La labialisation prend alors le pas : les investissements font marche arrière et se retourne sur son Moi, accompagné par l'angoisse qui s'installe face à la potentialité d'une annonce imaginée d'un nouveau cancer, au poumon cette fois-ci.

Cette technique de la labialisation est particulièrement bien utilisée par Madame AR et, contrairement à ce qu'elle perçoit de son absence de voix, nous l'entendons. Cela ouvre la réflexion sur l'idée que, outre ce que peut renvoyer l'autre en-dehors des murs du service, la constatation qu'elle ne peut elle-même se faire entendre l'amène à se replier sur elle-même, tant physiquement que pulsionnellement. « L'activité de la pulsion se concentre dans le « se faire » »²⁶⁸, et plus particulièrement en ce qui concerne la pulsion invocante, ce « se faire entendre » nous dit Jacques LACAN²⁶⁹. La pulsion invocante ne se tourne pas sur le sujet comme pour la pulsion scopique, mais se tourne vers l'Autre – le monde signifiant. À ne plus réussir à se faire entendre, Madame AR se coupe du monde de l'Autre ; à ne plus être dans l'activité de la pulsion invocante, celle-ci se retourne sur le Moi, se fait passive.

Cependant, la fluidité de l'entretien entraîne une possibilité d'accepter de l'Autre, elle n'est pas dans une jouissance de la perte où le hors-sens prédominerait : cela la maintient dans une ouverture vers l'après qui se traduit par cette attente angoissante, cette préparation par l'angoisse des résultats et de sa réaction future. Son retour en hospitalisation se passe

²⁶⁸ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 24.

²⁶⁹ *Ibid*, p. 24.

relativement bien, au vu de la maladie, du fait même qu'elle puisse y (re)trouver des autres capables de l'entendre et de relancer le circuit pulsionnel – « se faire entendre » redevient une possibilité auprès des autres soignants.

D'un point de vue contre-transférentiel, Madame AR nous met dans une position ambivalente. Tantôt elle ne souhaite pas la présence d'un psychologue qui l'analyserait, tantôt elle appelle à ce que nous le soyons, présent, pour se faire entendre. Cependant, lors de la première hospitalisation, elle cherche, par le biais de l'humour, à enlever ce que nous nous imaginons comme la carapace soignante, représentée par la blouse blanche. Nous mettre à part de la tribu des blouses blanches²⁷⁰ apparaît comme une solution que Madame AR trouve pour tenter de faire face à l'imaginaire de l'après hospitalisation. Cela nous laisse à penser qu'elle ne nous perçoit pas comme « sujet psychologue » qui l'analyserait mais comme objet, dispositif pouvant compenser la perte de sa voix par la capacité à sonoriser ces paroles, à lui renvoyer le monde de l'Autre et donc à « se faire entendre » comme nous l'avons évoqué juste avant.

La situation de Madame AR nous éclaire sur la difficile traversée pulsionnelle postopératoire. Nous avons mis en avant la difficulté que nous montre Madame AR face à la sortie de l'état nirvanesque engendré par la perte de la voix. « Le trajet de la pulsion invocante ne revient pas seulement à l'Autre, comme le dit Lacan, il revient, dirais-je, Autrement au sujet »²⁷¹ nous dit Erik PORGE. Dans la situation de Madame AR, c'est cet Autrement qui est difficilement trouvable. Là où, au sein du service hospitalier, elle peut se faire entendre – entendons là que la pulsion invocante lui revient Autrement – les dispositifs de la voix pulsionnelle sont renvoyés tels quels hors des murs ; aucun Autre ne semble trouver sa place. La quête désirante en lien avec l'invocation est balbutiante, tâtonnant de-ci de-là sans trouver une accroche suffisamment stable L'extérieur lui renvoie « le « silence qui hurle », l'Autre silence, [qui] est le silence d'un au-delà (supposé) du langage. C'est une présence absolue, fixe, étale (et létale), continue, sans l'alternance de la présence absence. Il a à voir avec le silence des pulsions, la pulsion de mort »²⁷². La labialisation est, dans le service, entendue, renvoyé Autrement par les différents acteurs du soin, là où, à l'extérieur n'est renvoyé que l'Autre silence.

²⁷⁰ Itier, E. (2015). Du service de dermatologie au service de *Chaque-Un*. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en oncologie et en soins palliatifs* (p. 85-96). Érès, p. 88.

²⁷¹ Porge, E. (2014). Entre voix et silences : Tourbillons de l'écho. *Essaim*, 32(1), 41-59, p. 42.

²⁷² *Ibid*, p. 51.

Madame AR fait face aux pulsions de mort, à la jouissance mortifère. Elle nous montre ce combat qu'elle n'arrive pas à dépasser entièrement, prise dans un état liminaire, dans l'entre-deux pulsionnel : elle ne sombre pas mais n'arrive pas à déployer sur l'extérieur ce qu'elle trouve à l'intérieur du service. Et, comme elle l'avait prédit, son corps rejette le corps étranger qu'est la canule par le bouchon et les fistules qui se créent, lui permettant de réintégrer cet espace où l'Autre est présent par une ré-hospitalisation. La présence de taches sur les poumons vient cependant faire pencher la balance du côté de la jouissance, incluant un repli sur soi et un désinvestissement progressif du « tendre vers » l'autre. Madame AR nous montre que faire face à la jouissance, tant terrifiante que recherchée, n'est pas chose aisée lorsqu'elle nous est imposée. La retrouvaille de l'objet-voix nécessite pour elle un Autre qui ne peut comprendre, qui se doit d'être à côté dans ce qu'il lui renvoie : tel ce premier Autre que rencontre l'*infans* et qui impose son désir face au hors-sens du cri de celui-là.

3. *Monsieur U : l'affrontement des Sirènes*

Une autre vision de la perte de la voix physique nous est proposée par Monsieur U, une cinquantaine d'années (ce qui est plutôt jeune chez les patients laryngectomisés), que nous découvrons en réunion staff. Son histoire n'y est pas reprise mais rapidement est évoqué que la cicatrisation postopératoire se passe très mal : le lambeau de peau mis en place au niveau du trachéostome se désuni, une fistule importante se crée et il ne peut avoir une canule classique car elle ne serait pas prise en charge à 100% par sa mutuelle. Nous n'avions pas eu connaissance de Monsieur U avant cela, ce qui nous amène l'idée que l'opération a eu lieu dans l'urgence de sa situation et que les complications postopératoires arrivent très tôt.

Lorsque nous le rencontrons la première fois, il accepte que nous échangions et il nous raconte l'histoire de sa maladie. Il y a 1 mois, alors qu'il s'étouffe en voiture, il est secouru et emmené aux urgences. Au cours de ce séjour, on pratique une trachéotomie d'urgence pour libérer les voies respiratoires et on lui annonce qu'il a un cancer. Il repart chez lui avec un rendez-vous pour une laryngectomie totale quelques jours plus tard. « Tout va très vite » estime-t-il. Notre représentation de son parcours est ébranlée, ne correspondant pas à ce que Monsieur U nous amène ; il manque un pan de son arrivée ici pour que nous ne l'ayons pas rencontré plus tôt. Il reproche à son médecin traitant de ne pas avoir vu tout ça quand il est allé le voir il y a 6 mois pour la perte de sa voix. Lorsque sa voix s'est éteinte, ça a été très dur pour

lui qui est « auteur-compositeur-interprète » de rock. Même s'il n'en vit pas, c'est une passion : chant, batterie, guitare, basse, piano.

À côté, il travaille dans la fonction publique. Il y a 3 ans, il a subi un harcèlement de son chef, allant jusqu'en conseil de discipline parce qu'il lui arrivait de passer chez lui se changer pendant son travail alors qu'ils « font tous ça ». Il se sent particulièrement visé par ce chef, sans savoir pourquoi. Cela l'a amené à prendre « la hache du grand-père pour le BUTER » mais un collègue l'a raisonné : « t'es con, t'es fonctionnaire, mets toi en arrêt ». Il est en arrêt depuis lors. Il est tombé en dépression, a arrêté le sport, a commencé à boire et à fumer. Dès l'année suivante, les problèmes de santé ont commencé. Et aujourd'hui, il en est là. Sans intervention de notre part, il raconte son histoire de la maladie et désigne la personne qu'il estime responsable de son cancer : ce chef.

Pour l'après-hospitalisation, il ne sait pas comment cela va se passer. Il ne pourra plus faire comme avant : fini le chant. Et le corps douloureux risque de l'entraver pour les instruments. Il habite dans un mas, loin de tout, cela aussi l'inquiète beaucoup : les urgences les plus proches sont à 30 minutes. Comme il vit seul, s'il lui arrive quelque chose, il pourrait ne pas s'en remettre. Et il est préoccupé par une histoire de papiers, en lien avec la question de la mutuelle : ce serait son « ancienne femme » qui s'occuperait de tout et il aimerait bien rencontrer l'assistante sociale pour faire le point sur cette question, mais personne ne lui répond. Il nous demande alors, comme un ultime recours, si nous pouvons y faire quelque chose. Nous lui répondons que nous allons transmettre à l'équipe ; nous nous faisons porte-parole de Monsieur U qui ne se sent – et que nous ne ressentons – pas entendu sur son angoisse.

Le premier entretien avec Monsieur U est riche. Dans un premier temps, il va nous parler en labialisant, jusqu'à ce qu'il ne puisse plus forcer, ce qui l'amènera dans un second temps à écrire de lui-même. Que ce soit la labialisation ou l'écrit, cela prendra beaucoup de temps pour Monsieur U, ce qui fait planer beaucoup de silence durant l'entretien. Monsieur U sera attentif à se relire quand il écrit sur l'ardoise avant de nous la tendre pour que nous la lisions – et nous sonorisons son écrit, ce qui est important pour lui qui se relit en même temps. En revanche, lorsqu'il labialise, il se concentre et prend le temps de former les mots avec ses lèvres et de bien accentuer les consonnes pour rendre intelligible ce qu'il souhaite transmettre, concentration que nous percevons douloureuse lorsqu'il se confronte à l'épuisement et à l'impossibilité de continuer à labialiser correctement. Parfois, ayant une canule ouverte sur l'extérieur, Monsieur U accompagne la labialisation d'un geste qui n'est pas sans rappeler

l'utilisation de la VTO : il bouche la canule avec son doigt pour permettre une meilleure articulation de ce qu'il dit.

En ce qui nous concerne, un sentiment des plus angoissants nous a traversé. Lorsque nous sommes arrivés devant sa chambre, vérifiant qu'aucun soignant n'est présent – une lumière au-dessus de la porte indique le déroulement ou non de soins – nous toquons. Nous avons pris l'habitude de ne pas attendre de réponse lorsque nous allons voir des personnes laryngectomisées, puisque dans l'impossibilité de parler, mais un « oui » d'une voix forte et grave résonne et nous parvient de la chambre. Un fort sentiment d'angoisse nous prend jusqu'à ce que nous apercevions l'origine de ce « oui », un aide-soignant qui avait répondu à la sonnette de Monsieur U. Cela dissipera ce sentiment. Ce même aide-soignant nous dit qu'il a presque fini, nous invitant à attendre dans la chambre ; le soin se finit dans un silence pesant et plusieurs questions tournent en nous : dérangeons-nous ? Le silence que nous observons a-t-il duré tout du long du soin ?

Par la suite, l'équipe soignante se trouve débordée par la non-cicatrisation de Monsieur U, alors que tous les indicateurs biologiques tendraient vers le contraire. Une orthophoniste nous alerte également du point de vue psychique : elle a senti Monsieur U très déprimé quand elle lui a annoncé les différentes voix artificielles pour la suite. Elle culpabilise de mal avoir amené les choses. Nous constatons que le côté chanteur de Monsieur U n'est pas connu du service – passion empêchée qui nous laisse entrevoir l'impossible acceptation d'une voix artificielle.

Lorsque nous retournons le voir, Monsieur U n'essaiera pas de labialiser, ni même d'écrire : le geste prend toute la place, accompagné de « pff » – bruit de bouche signifiant « je ne sais pas ». Nous allons très vite sonoriser ses gestes et, lorsque nous parlons de musique, Monsieur U arrive à développer par geste de manière assez claire : l'échange est relativement fluide. Lorsque nous lui demandons « vous sentez-vous déprimé ? », il répond que oui, mais qu'il ne souhaite pas de médicament, ni d'aide. Sur mon insistance de développer, il écrit « suis le MVM »²⁷³. Il se laisse porter.

Plus tard dans la semaine, nous le revoyons. Cela fait presque 1 mois qu'il est hospitalisé et il s'ennuie beaucoup. La télé occupe. Nous revenons sur ce sentiment de déprime qu'il avait évoqué et il rétorque, avec un brin d'humour, « c'est votre façon de parler. Morose ». Il écrit de lui-même. Notre intonation, que nous pourrions qualifier de neutre au vu de ce qui

²⁷³ Nous comprenons : « Je suis le mouvement ».

nous a déjà été renvoyés, semble avoir été support de projection du discours de Monsieur U lorsque nous sonorisons ses écrits. Nous prenons le parti de la moduler un peu. Et nous revenons sur le thème de la musique, sa passion. Il évoque notamment qu'il a eu l'occasion de diriger plusieurs groupes composés de gens d'univers très différents : « prof, chirurgien, ingénieur, etc. Les meilleurs sont les plus humbles ». Nous passerons l'entretien sur ces questions musicales, puisqu'en ce qui concerne sa maladie, il ne s'intéresse pas à l'après. Sur sa demande, nous ne le reverrons pas, sauf s'il en exprime le besoin. L'écriture de Monsieur U lors de cet entretien se fera plus naturellement, alternant avec le geste, et composée de phrases complètes.

Mais 3 semaines plus tard, une autre orthophoniste nous interpelle le concernant. Il refuse la GEP²⁷⁴, une sonde directement liée à l'estomac pour ne pas avoir la sonde nasogastrique, et nous apprenons qu'un protocole de rayons et de chimiothérapie est prévu. Nous décidons d'aller le revoir. Et Monsieur U se saisit de nouveau de l'ardoise. Il ne sait pas trop s'il va bien : un retour à domicile est prévu alors qu'il ne le souhaite pas, ne se sent pas prêt. L'équipe lui aurait dit « dégage besoin de la place ». Chez lui, il ne peut plus rien faire, du fait des douleurs : plus d'instruments, plus de plongée, juste marcher ; « une vie de merde quoi ». Sa solution est donc qu'il « va glander et attendre la mort patiemment ». Son fils passera le voir chez lui, mais il sait qu'il ne restera pas.

« Si maqueron ça aurait été autrement »²⁷⁵ écrit-il. Monsieur U ne comprend pas qu'on lui demande de sortir alors que la cicatrisation ne se fait pas. Pour appuyer son propos, il nous montre le trachéostome et les cicatrices autour du cou. Il rajoute qu'en plus il ne peut pas manger et que le matériel chez lui sera moins bien qu'ici. Il n'a que son ex-compagne pour s'occuper de lui mais elle est handicapée : « spondilolise bi latérale et maladie rare du sang » et elle n'a pas le permis. C'est Monsieur U qui s'occupait d'elle jusque-là. Aujourd'hui, il ne se voit même pas faire « la popotte, le ménage, la vaisselle, etc... ».

Tout du long de notre entretien, Monsieur U montre que l'éducation thérapeutique des soignants est bien intégrée : il s'occupe de sa canule, la rince, s'aspire les glaires, *et cætera*. Il écrit tout du long, à mi-chemin entre la bonne orthographe et le langage SMS (« c », « kon », « fo »). Il ne se relit plus avant de nous tendre l'ardoise – que nous continuons de sonoriser. Il écrit rapidement. Dès que nous l'invitons à élaborer un peu plus, la même réponse survient :

²⁷⁴ Gastrostomie Endoscopique Percutanée.

²⁷⁵ Nous comprenons : « Si Macron était à ma place, ça en aurait été autrement ».

« pff », ce bruit de bouche signifiant qu'il ne sait pas, qu'il n'en a pas envie. Il sortira le lendemain de notre rendez-vous, après 2 examens supplémentaires.

Mais quelques jours plus tard, nous le retrouvons dans le service. Son médecin traitant aurait écrit une lettre à l'ARS concernant ce retour à domicile, prématuré selon lui. Monsieur U nous explique que l'infirmière à domicile trouvait les soins du trachéostome trop compliqués et que le service chercherait une autre infirmière à domicile plus compétente. Il sera prêt à rentrer s'ils la trouvent – infirmière à domicile compétente qui est dure à trouver dans la campagne où vit Monsieur U, la plupart n'acceptant pas de s'occuper de tels pansements et appareillages, évoque l'infirmier de coordination en réunion staff. Il se dit encore très douloureux, mais les examens ne montrent rien à ce sujet. Moralement, ça ne va pas, il ne peut pas mettre en forme les projets musicaux qu'il a en tête et cela le travaille beaucoup. L'opération l'a beaucoup affecté. Et proposer ses projets à d'autres pour qu'ils puissent le faire, ça serait « trop mauvais », à entendre qu'ils ne feraient pas ce que Monsieur U a en tête. Pour se justifier, il allume la télé et me fait écouter la musique d'aujourd'hui : « De la merde », surtout les français. L'entretien se déplace sur la musique et sur différents groupes qu'il a pu avoir.

Monsieur U écrit bien au début, puis, de plus en plus, il va utiliser l'écrit SMS. Tout du long de l'entretien, nous sommes face au même Monsieur U qu'avant la première sortie. Il veut contrôler ce qu'il se passe autour de lui, pour lui, sans vraiment avoir la main dessus, dans un mouvement passif, et il refuse de se tenir au courant – tout du moins d'évoquer – l'avancée de ses soins. Ce deuxième séjour sera de courte durée puisque Monsieur U va sortir dans la semaine. Nous ne le reverrons pas de l'année qu'il nous reste dans le service. Cela indique qu'il n'est pas revenu sur sa décision de ne pas avoir d'implant phonatoire pour compenser la perte de la voix et que la suite du soin se déroule bien ou qu'il est décédé.

4. The show must go on

La situation de Monsieur U attise notre intérêt clinique du fait de sa qualité de chanteur. La voix physique est un dispositif que nous imaginons vite très investi pulsionnellement. Qui plus est, il est également auteur et compositeur, ce qui laisse une place importante pour l'écrit, notamment sur son versant sublimatoire. Le monde sonore est sa passion et aujourd'hui il en

est privé par la perte de sa propre voix physique ainsi que par son corps, douloureux, le bridant dans sa pratique des instruments.

Lorsque nous allons à sa rencontre la première fois, nous ne savons rien de lui – nous ignorons encore cette passion qu’il a – mis à part qu’il a subi une laryngectomie totale quelques jours auparavant. Ce que nous ressentons à l’entente de l’aide-soignant lorsque nous toquons à la porte de sa chambre relève d’une déstabilisation dans nos représentations : il ne peut pas parler, encore moins d’une voix aussi forte. L’habitude du silence en réponse à ce geste simple et automatique nous indique à quel point est précieux et attendu une non-réponse de la part des patients laryngectomisés. Cela nous renvoie également à une idée de toute puissance : nous pourrions nous imposer du fait même d’une impossible réponse. C’est ainsi que nous expliquons cette question que nous nous posons une fois en attente dans la chambre : « Dérangeons-nous ? ». Dans notre habitude des rencontres, nous rentrons sans attendre de réponse – puisqu’impossible – et notre première question est, en substance, « acceptez-vous ma présence ? ». Lors de cette arrivée, nous sommes présents dans la chambre de Monsieur U sans savoir ce qu’il en pense, sans lui laisser la possibilité de refuser. Il nous apparaît le dangereux pouvoir de la blouse blanche – qui nous est obligatoire – et la possibilité d’aller et venir à notre guise dans toutes les chambres.

Finalement, lorsque l’aide-soignant finit et nous laisse, Monsieur U accepte l’entretien et déroule son discours de lui-même, dans une historisation de sa maladie. Chaque évènement qu’il décrit à une cause unique : le cancer est dû à la consommation d’alcool et de cigarette, elle-même engendrée par son arrêt de travail, provoqué par son chef harcelant au travail. Ainsi, une fois le parcours tissé, nous retrouvons l’idée que ce qu’il vit aujourd’hui est en lien avec ce chef harcelant. Tel est le premier travail de la maladie qu’il nous propose, avec une mise en représentation et un début d’appropriation²⁷⁶, posant un sens extérieur à ce qu’il vit aujourd’hui. Lui, subit, est passif. Cette passivité va d’ailleurs le suivre tout du long de nos rencontres : il « suis le MVM », et n’évoque pas la suite de la maladie sauf sur un versant de plainte de ce qui est mis en place. C’est d’ailleurs ce qui nous laisse le sentiment d’un fonctionnement névrosé avec des traits hystériques sous-jacents. Monsieur U laisse entrevoir « la profonde division qui existe chez l’hystérique entre son corps qui obéit au signifiant-maître, et sa position subjective qui refuse la position de l’esclave »²⁷⁷, corps et psychisme ne semble pas en accord face à la situation qu’il vit.

²⁷⁶ Schwering, K.-L. (2020). Revivre et ne plus être patient. *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 80-89, p. 82.

²⁷⁷ Nominé, B. (2011). Le corps esclave du discours et le corps parlant. *Champ lacanien*, 9(1), 41-47, p. 43.

En ce qui concerne le parcours de la pulsion invocante chez Monsieur U, nous voyons à quel point l'un des dispositifs favorisés est malmené. Dans l'histoire de la maladie qu'il nous raconte, nous entendons la violence de l'arrivée du cancer et la déstabilisation vécue par l'amenuisement de sa voix physique, 6 mois auparavant. Elle change, puis s'éteint un jour, trop douloureuse pour être exploitée. Le cancer obstrue le passage de l'air au point qu'il s'en étouffe en voiture. Sa manière d'évoquer le passage par la trachéotomie puis la laryngectomie totale est extrêmement rapide, et notre imaginaire d'avant notre rencontre s'y retrouve. Mais il date l'opération à 15 jours avant notre rencontre, or il n'était pas dans le service. Nous apprendrons par l'équipe que, durant ces 15 jours qu'il manque à son explication, Monsieur U était en service de réanimation suite à l'opération. Point qui est donc passé sous silence ; moment où Monsieur U n'était pas conscient – tout du moins pas totalement. Dès la perte concrétisée, le corps de Monsieur U subit des complications qui se traduisent par l'absence psychique de celui-ci : comme une coupure de l'esprit d'avec le corps opéré.

Ainsi, nous rencontrons Monsieur U quelques jours à peine après son intégration dans le service « classique ». Un premier travail autour de la perte a déjà pu se faire et la construction de la maladie du malade a pu se commencer – là où la rapidité des annonces du cancer et de l'opération n'a pas pu permettre de se préparer à « l'exigence d'un ajustement rapide à un « nouveau monde » ou encore [éviter] que l'adhésion au principe de traitement ne s'acquière sur une occultation des événements immédiats »²⁷⁸. L'état nirvanesque aurait atteint son paroxysme, frôlant la mort et l'amenant en réanimation. Lors de notre rencontre, de nouveaux dispositifs ont pu être réinvestis : en partie la labialisation, vestige de l'investissement de la voix physique, mais aussi l'écriture qui commence à prendre le relai. Une écriture qui prend une valeur importante : Monsieur U nous tend l'ardoise, comme pour être sûr que nous lisions bien, et vérifie en même temps que nous sonorisons correctement ses écrits. Nous constatons que Monsieur U écrit, la première fois, avec des phrases complètes, et avec un jeu de l'écriture : nous le percevons notamment lorsqu'il écrit « BUTER », insistant par la majuscule et laissant transparaître la charge affective importante que revêt ce signifiant. En effet, Monsieur U nous fait vivre sa colère contre ce chef qu'il désigne comme la cause de sa souffrance actuelle. Colère allant jusqu'à l'imaginaire de vengeance. Un écrit avec lequel il arrive donc à jouer : il

²⁷⁸ Jeannin, N., Pelletti, C., & Dany, L. (2012). La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : Place et enjeux de la dimension psychologique. *Pratiques et Organisation des Soins*, 43(3), 177-185, p. 178.

ne communique pas, il parle, selon la distinction que fait Patrice CHAMPOIRAL²⁷⁹. « Support de l'énonciation discursive, la voix disparaît derrière le sens »²⁸⁰ précise Jean-Michel VIVES ; dans ces premiers écrits que nous rencontrons de Monsieur U, la voix que nous avons qualifiée de pulsionnelle est belle et bien présente au-delà du signifiant et de sa qualité de support du discours. Nous retrouvons là ce que nous avons développé ailleurs concernant l'enrobage de l'écrit par la majuscule²⁸¹. Dans l'imaginaire collectif, la majuscule renvoie à cette idée du cri, ou tout du moins de l'insistance sur le mot : dans cette mise en majuscule, nous y entendons « un cri de l'inconscient »²⁸².

Lorsque nous retournons voir Monsieur U les fois suivantes, l'écrit nous apparaît différent, notamment dans sa forme et dans son rapport à l'écrit. Il ne prend plus le temps d'écrire et ne se relit plus en même temps que nous : les phrases ne sont plus complètes et les fautes d'orthographe se font nombreuses. Nous sommes obligés de procéder à un travail de traduction du sens même pour compléter nos sonorisations. Cela rend les entretiens plus difficiles, il nous met en difficulté face à une parole qui se perd derrière une recherche du non-sens et nous nous faisons alors Autre, à proposer nos signifiants et notre désir. Nous entendons la place plus importante que prend l'invocation à l'écrit. La labialisation se faisant, en parallèle, plus rare. Le refus de l'appareillage phonatoire que transporte l'orthophoniste comme un échec de sa part signe ce changement de dispositif principal de l'invocation. La musique même, objet de passion pour Monsieur U, prend une forme nouvelle et se transforme en projet écrit : la composition prend le pas sur l'interprétation. Ce qui vient faire manque et qu'il nous transmet comme tel dans cette idée que ces projets ne peuvent aboutir – advenir ? – dans le monde sonore.

À côté de cet écrit qui prend place – une place que nous imaginons déjà importante avant la perte du fait de sa présentation en tant qu'auteur, compositeur, interprète – Monsieur U semble s'enfoncer dans une phase liminaire : entre une jouissance hors contrôle et une vie pulsionnelle tournée vers l'extérieur ; une lutte contre un état dépressif préexistant. Cet état découle lui-même du harcèlement vécu au travail, et donc de ce même chef, cause de son malheur. La perte de la voix physique semble réactualiser cet état dépressif qui, dans l'histoire

²⁷⁹ Champoiral, P. (2015). « Vous êtes un psy qui parle ? ». In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en oncologie et en soins palliatifs* (p. 39-51). Érès.

²⁸⁰ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 29.

²⁸¹ Soly, R. (2022). Entendre l'écrit. Un possible réinvestissement de la pulsion invocante dans l'écrit des sujets laryngectomisés. *Psychothérapies*, vol. 42(3), 167-175. [À paraître]

²⁸² *Ibid*, p. 174.

racontée de Monsieur U, se voyait déjà réactualisé par la perte de son travail. Malheureusement, nous n'en saurons pas plus concernant un potentiel lien plus avant. Mais l'état que nous présente Monsieur U frôle le syndrome de glissement, sans y sombrer : l'état physique se détériore sans raison, il est dans une passivité notable et refuse toute aide. Seule sa plainte persiste et nous laisse entrevoir cet entre-deux que nous évoquons. Cette phase liminaire, Sarah DESMICHEL-BASNIER la décrit comme comprenant « la rééducation vocale, le retour au domicile et les premières confrontations interindividuelles »²⁸³ et cela nous laisse à penser que Monsieur U resterait dans cette phase, puisque refusant la rééducation vocale.

La persistance de l'invocation par l'écrit et cette phase liminaire qu'il découvre aux yeux des soignants montrent le conflit intrapsychique qui se joue chez Monsieur U. Une position difficilement tenable, avec une crainte qu'il exprime de l'isolement dans son mas, qui ouvre l'idée que le *show* doit continuer, malgré le vécu de cette perte qui, pour lui, prend une coloration terrible. Nous retrouvons l'idée qu'amène Jean-Luc GASPARD, à savoir que « en dépit d'un assujettissement – pour une part consentie du sujet – au discours médical, les désordres de la pulsion et les aléas du désir qui ne peuvent être évacués, continuent à se manifester et perturbent le travail soignant »²⁸⁴. Le désir de Monsieur U, nous le retrouvons dans la parole écrite au travers de la plainte, dans cette proximité avec le hors-sens qu'il semble trouver. Un désir de voix face à l'objectivation médicale – part dans laquelle il est actif, nous le voyons avec l'entretien de sa canule dont il a saisi les gestes.

Nous concluons l'analyse du cas de Monsieur U par l'idée de sa non-cicatrisation et les diverses complications postopératoires qui s'accumulent. Si le passage de la jouissance s'est fait lorsqu'il était en réanimation, et qu'aujourd'hui il est dans une phase liminaire, l'entre-deux avant l'état de santé comme nous l'avons défini, Monsieur U reste angoissé de ce retour à la vie chez lui et de cette absence de voix physique (et d'un potentiel dispositif musical). « Sans aucun doute, un malade angoissé s'expose à davantage de complications médicales. Mais l'énonciation de cette angoisse est parfois symptomatique dans son corps, et n'a pas d'autres voies possibles d'expression »²⁸⁵. Nous postulons que ces complications pourraient être l'expression d'une angoisse de retour-à-domicile, qu'il peine à formuler mais qu'il sous-entend : il ne conçoit pas qu'on le laisse sortir alors qu'il n'a pas cicatrisé, si le président avait été à sa place ç'aurait été différent, *et cætera*. Par ses complications, Monsieur U reste, et

²⁸³ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 135.

²⁸⁴ Gaspard, J.-L. (2019). L'être en souffrance dans le champ médical. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 38-50, p. 45.

²⁸⁵ Marin, C. (2014). Les malentendus du corps. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118(3), 13-20, p. 15.

revient dans le service, lieu où sa voix de l'écrit à fait ses preuves et, comme pour Madame AR, où elle est entendue. En dehors de ces murs hospitaliers, il ne sait pas s'il sera écouté et entendu, ni s'il ne sera pas seul (son fils ne restera pas selon lui). Comme nous ne le reverrons pas revenir dans les semaines suivant sa sortie, nous en concluons qu'il a pu trouver une oreille visuelle à ses dires : « un Autre non sourd susceptible de pouvoir l'entendre »²⁸⁶. Tout du moins, qu'il a pu trouver un palliatif à la perte de son mécanisme sublimatoire qu'est la musique, dorénavant grandement entravée.

5. *Monsieur R : l'absence de Nausicaa*

Lorsque la pathologie psychiatrique s'associe au cancer de la gorge, le soin peut en être complexifié. La fragilité psychique inhérente à ces pathologies laisse à penser la difficile traversée de la maladie somatique. Nous le voyons avec Monsieur U, ayant traversé un épisode de *burn out* important avant que son cancer ne se déclare, mais nous avons pu rencontrer une autre situation qui, malheureusement, ne se termine pas dans les mêmes conditions que Monsieur U.

Monsieur R, la cinquantaine également, est arrivé dans le service pour une laryngectomie totale, la veille de l'opération comme il en est d'usage. Mais à son arrivée, Monsieur R n'est pas dans un état général suffisamment stable pour faire cette opération, le chirurgien s'inquiète que cela soit dangereux. Il a notamment d'importantes migraines que son médecin n'arrive pas à expliquer. Nous le voyons le lundi et la laryngectomie totale est désormais prévue pour le vendredi suivant.

Lorsque nous le rencontrons, notre premier sentiment en le voyant est qu'il est rongé par l'angoisse. Et cela se confirme dans le discours. Il nous explique que ça ne va pas, qu'il est en grandes difficultés psychiquement. Ce qui lui fait peur car il se décrit comme très impulsif. Lorsque nous lui demandons si cela est dû à la maladie et l'opération à venir, il dit bien que non, que c'est en lien avec l'hospitalisation et qu'il a besoin de sortir avant l'opération où il pourrait « péter », « le docteur B le sait bien lui qu'il faut pas trop me brider. Il me connaît ». Le docteur B est psychiatre et il s'agit d'un de nos collègues de travail dans un autre hôpital, dans une autre ville, là où nous intervenons également. En reprenant sur ce point, et lui

²⁸⁶ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 35-36.

expliquant que nous connaissons bien ce psychiatre, Monsieur R apparaît plus apaisé et commence à se raconter.

Il vit effectivement dans cette autre ville où nous travaillons, avec sa femme et sa « petite chienne ». Sa femme ne peut pas se déplacer, elle-même étant malade, et il a besoin d'être avec elle. Monsieur R est suivi depuis des années par le service de psychiatrie du docteur B pour d'importantes angoisses nous dit-il. Cela fait quelques rendez-vous qu'il manque cependant, qu'il met en lien avec le cancer de la gorge qui s'est développé et qui l'a poussé à s'isoler chez lui. Aujourd'hui, il est terriblement angoissé par l'opération. Les yeux écarquillés, il nous dit qu'il ne « connaît pas très bien ce que ça implique », mise à part que « je vais souffrir entre 3 et 6 jours », que l'opération dure la journée entière et que « je vais avoir un trou ». Il a cependant conscience d'un peu plus : « On va tout m'enlever. Le cancer et les cordes vocales derrière ». Pour lui, ce n'est pas très précis, il s'inquiète énormément.

D'où sa demande de sortir d'ici l'opération – il serait mieux à attendre chez lui, avec sa femme, que seul dans ce service – ce à quoi l'équipe est frileuse car il a fallu quelques temps après son arrivée pour que son état se stabilise suffisamment pour refixer une date d'opération, sans vraiment comprendre ce qu'il lui arrivait. Nous lui avons demandé s'il avait évoqué son angoisse aux médecins qui sont venus l'ausculter, ce à quoi il répond que non. Donc nous lui proposons de le faire, pour que le corps médical puisse comprendre sa situation dans son ensemble. Ce qu'il accepte – « oui », en secouant la tête rapidement et vigoureusement. Au vu de son état d'angoisse massive qu'il nous montre, nous lui proposons également de reprendre rendez-vous avec le docteur B et, s'il le souhaite, que nous puissions nous rencontrer en suivi psychothérapeutique au sein du service de psychiatrie. Là aussi, il accepte et nous remercie.

À la sortie de ce premier entretien, nous transmettons donc à l'équipe soignante ce qui concerne l'angoisse de Monsieur R, ce qui est entendu et qui sera pris en compte concernant une décision pour une sortie d'ici l'opération. Puis, en partant du service, le sentiment d'avoir commis une erreur nous envahit en repensant à cet entretien. Une sensation d'avoir loupé quelque chose d'important. En reprenant nos écrits, c'est la question du fonctionnement psychique de Monsieur R qui nous apparaît importante. Des mécanismes psychotiques s'érigent face à l'angoisse de cette opération et notamment un accrochage aux mots très important : il nous a repris plusieurs fois sur nos formulations. Il n'appelle pas sa femme, « il lui téléphone » ; il n'a pas un chien mais « une petite chienne » ; *et cætera*. Tout en nous faisant ressentir un malaise à chaque « erreur » de notre part.

À la suite de cet entretien, Monsieur R sortira pour attendre son opération. Opération qui va être repoussée plusieurs fois pour manque de place. Intervient par la suite le premier confinement pour lutter contre la pandémie de la COVID19 durant lequel nous sommes amenés à mettre nos interventions au sein du service d'ORL en pause quelques temps. L'opération de Monsieur R aura finalement lieu pendant notre absence puisqu'à notre retour nous ne le revoyons pas avant le mois de septembre. Pendant ce temps, il reste cependant présent dans nos pensées, avec l'attente également de le voir au sein du service de psychiatrie – rendez-vous qu'il ne prendra finalement pas.

C'est donc en septembre que Monsieur R revient au sein du service d'ORL. Nous apprenons son retour lors d'une réunion staff durant laquelle est évoquée la mise en place prochaine d'une chimiothérapie palliative. Il y est dit que son état se dégrade sans aucune explication médicale. Lorsque nous allons à sa rencontre, nous faisons face aux mêmes yeux écarquillés que lors de notre première rencontre, qui nous renvoient une grande détresse psychique. Il est revenu dans le service pour « seignement » et une pose de GEP – boîtier installé chirurgicalement au niveau de l'estomac pour pallier la sonde naso-gastrique contraignante. Il espère vite sortir d'ici car il en a déjà marre. « Ma femme a du mal à être séparé suivi psychiatrique », entendons que sa femme a du mal à le savoir loin d'elle du fait de sa pathologie psychiatrique. Elle a beaucoup de « problème dans sa tête ». Monsieur R lui, a arrêté le suivi avec le docteur B, le psychiatre, car « cachet et hop ». Il ne prend pas le temps avec lui, ce qui déplaît à Monsieur R. Il lui faut juste être chez lui, dans sa maison, où il est entouré d'amour. Et avec le cancer, explique-t-il, il ne peut plus trop sortir, et qu'à force de venir ici, « les nerf craque ».

Tout du long de ce second entretien, Monsieur R écrit des phrases courtes, voire des mots sans phrase. Nous lui proposons des compléments de phrases en sonorisant ce qu'il écrit et accepte à chaque fois nos propositions. L'entretien sera très court, Monsieur R semblant très fatigué, et il aura le regard fixé sur le mur en face de son lit lorsqu'il n'écrit pas. Nous avons l'impression de ne pas exister.

La semaine suivante, Monsieur R sera totalement inaccessible. Lorsque nous arrivons, il ne tourne pas la tête dans notre direction et nous avons la sensation de parler dans le vide. Seules nos paroles et nos bruits résonnent dans la chambre : Monsieur R est figé, les yeux semi-ouverts. Pour l'équipe, c'est la fin. Nous apprendrons son décès quelques semaines plus tard, lorsque nous rencontrerons sa femme hospitalisée en psychiatrie au sein de l'autre hôpital dans lequel nous travaillons, suite à une tentative de suicide en réaction au décès de Monsieur R. Il

nous l'avait dit : elle ne peut vivre en le sachant loin d'elle, elle l'a mis en acte. L'équipe du service d'ORL n'est pas au courant de son décès.

6. *L'inacceptable Réel*

La situation de Monsieur R nous met dans une position un peu particulière, notamment vis-à-vis de la double casquette que nous portons : psychologue chercheur au sein du service d'ORL et psychologue clinicien au sein du service de psychiatrie. Nous avons des informations des deux services le concernant, l'un et l'autre ne communiquant pas, respectivement sur sa maladie²⁸⁷ et sur son décès. Après analyse de cette situation, nous en sommes arrivés à l'idée que nous essayions de faire le trait d'union entre les deux pathologies qu'il présente – cancer et forte anxiété – lorsque nous lui proposons de mettre en place un suivi thérapeutique à la suite de son opération, mêlant sentiment de soutien et désir de recherche. Trait d'union qui ne verra pas le jour, Monsieur R n'ayant jamais repris rendez-vous en psychiatrie et nous-même n'ayant pas pu l'accompagner plus dans cette démarche.

Mais cette double casquette que nous lui révélons lui permet de nous différencier des soignants du service d'ORL et l'amène à développer son discours au-delà de ce qu'il partage depuis son arrivée ici. Monsieur R semble cliver les lieux : le service de psychiatrie, c'est pour les angoisses, et le service d'ORL, c'est pour le cancer. La proposition d'un psychologue qui intervient sur les deux structures lui offre cette possibilité de lier cancer et angoisses, somatique et psychiatrique. Les menaces de « péter » – que les migraines ancrent dans le corps – laissent place à ce qu'elles sous-tendent. Si dans un premier temps il précise qu'il n'est pas angoissé de l'opération mais de son vécu d'être « bridé », il révélera que son angoisse tend à pallier le manque de représentation de cette opération : il n'en a pas saisi les implications à long terme, uniquement la situation à court terme. « Le cancer fait irruption dans la vie des gens par l'annonce de la maladie et transforme leur comportement. Cet aspect du moment qui fait basculer la vie des gens dans l'incertitude, dans une autre temporalité est méconnue. Cette mauvaise nouvelle est de plus très souvent doublé d'une seconde, quelques temps plus tard, lorsqu'il faut proposer une chirurgie mutilante »²⁸⁸ ; lors de cette rencontre, Monsieur R illustre bien ce que nous dit Emmanuel BABIN : une double annonce avec laquelle Monsieur R semble

²⁸⁷ Pour le service de psychiatrie, il a simplement arrêté le suivi sans prévenir et ne fera le lien avec le cancer qu'une fois son décès annoncé par sa femme au cours de l'hospitalisation.

²⁸⁸ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découragement*. l'Harmattan, p. 45.

psychiquement en peine. Et c'est l'une des phrases de cet auteur qui résonne en nous lors de ce premier entretien : « La vie de l'individu est soudainement stoppée »²⁸⁹.

Du cancer, il n'en dit rien de plus que l'on va le lui enlever, avec ses cordes vocales. L'opération et ses conséquences prennent toute la place dans le discours. Discours qui sera portée par une voix suppliante, rapide et légèrement éraillée par le cancer, ainsi qu'un corps en constante mouvance. L'homme d'une cinquantaine d'année à qui nous avons affaire nous renvoie plus l'image de l'enfant pris dans l'effroi, cet « état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé ; il met l'accent sur le facteur surprise »²⁹⁰. Nous entendons ses « oui » frénétiques de la tête à nos propositions de suivis comme des possibilités de faire quelque chose de cet effroi, de ne pas le laisser planer – d'être bordé par le parent contenant face à l'impuissance ressentie et de permettre une symbolisation. Ce que, par notre absence par la suite, nous échouons à être.

Au-delà de son rapport à la maladie et à l'opération, nous entendons dans le cas de Monsieur R son rapport à l'objet-voix. Nous entr'apercevons l'importance que revêtent la voix physique et le corps dans son fonctionnement pulsionnel en lien avec l'invocation. Voix empêchée par la laryngectomie totale, et corps douloureux à la suite du lambeau de peau prélevé pour la reconstruction : il n'utilisera ni l'un – par la labialisation – ni l'autre à la suite de son opération. Quant à l'écrit, celui-ci apparaît désinvesti : phrases courtes, voire uniquement un mot, avec une absence de ponctuation. Le signifiant n'est pas enrobé, il est tel quel. Monsieur R utilise l'écrit dans un but de communication, non de parole, ce qui nous indique l'absence d'investissement de l'écrit en tant que support de la pulsion invocante.

Qui plus est, l'état général de Monsieur R est alarmant lorsque nous le retrouvons en septembre. Il est dorénavant étiqueté en « soins palliatifs » par l'équipe, sans saisir réellement ce qui se produit. Le corps lâche. Nous y retrouvons là ce que nous avons pu décrire du syndrome de glissement²⁹¹ et ainsi du lien que nous avons fait avec la mélancolie. Monsieur R se décrit lui-même comme anxieux et capable de craquer nerveusement, ce que nous avons pu observer. L'opération en elle-même semble briser les dernières défenses psychiques. Son état d'insécurité constant – que traduit l'anxiété – est alors réel puisque pris dans une double incertitude de la maladie et de l'opération. Plus personne ne peut rien faire pour lui et il se repli complètement sur lui-même. Il ne s'est pas saisi du service de psychiatrie et du docteur B qui

²⁸⁹ *Ibid*, p. 51.

²⁹⁰ Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages, p. 56.

²⁹¹ Wieder, C. (2020). Le syndrome de Glissement. *Topique*, n° 150(3), 85-96.

ne l'entend pas et qui ne répond que par des médicaments selon lui. La retrouvaille de l'objet-voix, par la perte de la voix physique l'entraîne dans un état de jouissance mortifère duquel aucun Autre n'est à même de le sortir. Le psychisme lâche en parallèle du corps. Son écrit ne fait que communiquer, son corps n'exprime plus et, sur le dernier entretien, nous ressentons que l'autre ne peut plus exister. Il est seul, face à lui-même, ne pouvant relancer la quête désirante par l'investissement de nouveaux dispositifs extérieurs.

« Ce qui caractérise l'être parlant c'est qu'il y a quelque chose qui le dérange dans son corps, c'est ce qu'on appelle la jouissance. Voilà pourquoi l'être parlant rêve d'être maître de son corps »²⁹². Monsieur R n'est plus parlant, trop pris dans une jouissance qui ne dérange plus comme avant l'opération mais qui est installée, vécue. Là où Madame AR et Monsieur U trouvent un équilibre entre l'état nirvanesque et la quête désirante, dans une phase liminaire qui, théoriquement, devrait déboucher sur un état de santé au sens de Georges CANGUILHEM²⁹³, Monsieur R ne sort pas de cette jouissance, au point que son corps lâche petit à petit ; aucun compromis n'est trouvé. Peut-être est-ce impossible.

Cela nous renvoie à ce que nous disions concernant Madame P, et à cette impossible perte dans la situation d'un fonctionnement psychique d'ordre psychotique. La perte est réelle et non symbolisable : perdre une partie de soi, c'est se perdre soi, sans concession possible. L'angoisse de Monsieur R s'entendrait alors comme une angoisse de morcellement dans le réel. Alors lorsqu'il prévient qu'il pourrait « péter », cela prend une coloration toute autre : la décompensation ne serait pas loin et il prévient d'un éclatement possible du Moi. Le seul destin pulsionnel possible à la suite de cette perte serait la mort, dans sa confrontation terrible avec la jouissance, si le symptôme délirant n'arrive pas à prendre suffisamment place. Nous nous questionnons beaucoup sur notre sentiment de ne plus exister lors de nos dernières rencontres, qui n'est pas sans évoquer ce même sentiment lorsque certains sujets psychotiques sont envahis d'hallucinations verbales. Nous pourrions poser l'hypothèse que, par la perte de sa voix, ce sont les voix qui ont pris le dessus et qui ont envahi Monsieur R. Le sujet schizophrène n'a-t-il pas l'objet *a* dans sa poche ? Peut-être est-il nécessaire qu'il y reste.

²⁹² Nominé, B. (2011). Le corps esclave du discours et le corps parlant. *Champ lacanien*, 9(1), 41-47, p. 41.

²⁹³ Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France, p. 72-73.

C. La laryngectomie partielle

Nous avons abordé plusieurs situations cliniques dans lesquelles les patients se sont vus proposés une laryngectomie totale. Mais parfois, lorsque cela est possible, dans une volonté de préservation laryngée, une laryngectomie partielle est proposée. Dans ces situations, le cancer n'a pas débordé sur les cordes vocales et celles-ci peuvent ainsi être « sauvées ». Cette opération se pare cependant du même signifiant de laryngectomie – ablation du larynx – et les conséquences, si elles ne sont pas totales, peuvent être importantes. La voix physique en reste impactée. Et parfois, il s'agit d'une étape avant l'inéluctable laryngectomie totale, quand l'opération partielle ne suffit pas face à la résistance du cancer. Deux situations de laryngectomies partielles ont retenu notre attention.

1. *Monsieur AQ : les traces de Scylla*

Nous découvrons Monsieur AQ en relève staff un lundi matin, et ce qu'amène l'équipe est particulièrement succinct : « Monsieur AQ, ici pour une laryngectomie partielle supra-glottique. Légers hématomes. Rien à signaler ». Avec ces informations, nous allons à sa rencontre. Il est en chambre double, ce qui nous amène à attendre que son voisin de chambre parte pour une petite opération le matin même. Une fois la porte de sa chambre franchie, nous faisons face à un homme qui apparaît en bonne santé. Mais sa voix révèle les traces de l'opération : il a une voix éraillée, conséquence de l'opération, et saccadée par des glaires qui surviennent lorsqu'il l'utilise. Monsieur AQ nous explique sa présence ici. Il a un cancer de l'œsophage qui est remonté au larynx. On lui a proposé deux thérapeutiques pour lutter contre ce cancer : la laryngectomie partielle ou la laryngectomie totale. Il a donc choisi le laser et l'opération partielle car il « préfère rester comme ça 5 ans que 20 ans muet ». Et ce n'est pas la première fois qu'il fait face à un cancer de la gorge. Il a déjà eu un cancer des cordes vocales il y a une trentaine d'années qui a été soigné par laser également. Il nous explique que cela l'a poussé à arrêter la cigarette mais que, par suite d'un *burn out*, il a repris sa consommation : deux paquets par jour. C'est lui-même qui en vient à détecter son cancer : il a des douleurs qui le font réagir. Pendant un an, sachant qu'il a un cancer, il va tenter de le mettre au jour : pendant cette période, il voit 5 médecins ORL, accompagnés de scans et d'IRM. Mais rien n'apparaît. Monsieur AQ, persuadé qu'il a un cancer, s'est donc mis en tête qu'il devait être plus bas : c'est le gastro-entérologue qui découvre la tumeur. Un PETscan complémentaire va révéler

que le cancer s'étend au larynx. Durant le laps de temps de la recherche du cancer, celui-ci s'est développé et a commencé à remonter là où les premières recherches ne donnaient rien.

Au-delà de la maladie en elle-même, Monsieur AQ associe librement sur les événements qui précèdent l'arrivée de la maladie dans sa vie. Une quinzaine de jours après le début de sa retraite, sa femme décède d'un cancer : deux changements majeurs qui l'entraînent dans les rets de la dépression. « Depuis, je n'ai plus envie de rien » et il ne fait plus rien : il reste devant sa télé ou sur les jeux-vidéos. La cigarette reprend à ce moment-là et un état alcoolisé constant est recherché. Il précise qu'il n'est pas alcoolique, juste une bière le matin, trois verres de rosé dans la journée et un de whisky le soir, « ça va ! » nous dit-il. La détresse de Monsieur AQ est palpable, enfermé également dans une solitude familiale. Il n'y a que sa fille encore présente pour lui, seul soutien face à la maladie.

Son discours sur l'hospitalisation est ambivalent. Il décrit l'équipe soignante comme faisant du bon travail mais que les différents membres de l'équipe n'ont pas les mêmes informations, ce qui l'amène à corriger chaque fois les informations de chacun. Qui plus est, il attend la visite de la diététicienne car il a perdu 15 kilos en quelques mois, ce qui l'inquiète. Il nous montre ainsi son corps, en soulevant sa chemise hospitalière : « j'ai l'impression de sortir d'Auschwitz ». Le cancer impact grandement son corps et cela l'affecte psychologiquement. Son corps est amaigri, ses côtes sont apparentes. Il ne se reconnaît plus. Il espère vite sortir d'ici, avec un protocole diététique, et reprendre le cours de sa vie. En fin d'entretien, qui se termine par le retour de son voisin dans la chambre, il me remercie vivement d'être passé, me demandant de repasser s'il est toujours présent en fin de semaine. Malheureusement pour nous mais heureusement pour lui, Monsieur AQ sortira deux jours plus tard et nous n'aurons pas l'occasion de le revoir.

Le premier sentiment qui nous traverse lors de cet entretien est la tristesse que nous transmet Monsieur AQ. Nous percevons, dans un premier temps, une sorte de résignation face au cancer, et par la suite nous entendons qu'il s'agit plus vraisemblablement d'une perte de raisons de vivre. Il nous fait l'imaginer attendre la mort, dans un mouvement de suicide passif que le cancer vient accompagner. Cependant, il est en demande d'un espace de parole : il se saisit aisément de celui que nous lui proposons là et demande de réitérer. Ce que, malheureusement, nous ne pourrions remettre en place ni en hospitalisation, puisqu'il est sorti et ne reviendra pas le temps que nous serons présents, ni en ambulatoire car Monsieur AQ habite loin de l'hôpital. Nous en resterons donc là, sur ce premier entretien, avec un espoir qu'il

puisse se saisir d'un suivi psychothérapeutique proche de chez lui et la frustration de ne pas aller au-delà de cette rencontre.

2. *Sa voix à tout prix*

Dès la relève staff, nous constatons comment est perçue la laryngectomie partielle : ce n'est pas une opération considérée comme lourde, *a contrario* de la laryngectomie totale. Ajouter à cela le choix que Monsieur AQ a fait de refuser la laryngectomie totale pour privilégier la partielle, il ne restera pas longtemps dans le service et ne nécessite donc pas un investissement plus important des soignants. Il connaît ce cancer, il en a déjà eu un, et, comme pour Madame AR, les médecins échouent à reconnaître qu'il y a quelque chose. Monsieur AQ se place en tant qu'acteur de la découverte de ce cancer alors qu'il se décrit dans une certaine passivité globale depuis le décès de sa femme et le début de sa retraite – *burn out* dit-il. C'est, dans l'histoire de la maladie, le début. Ce moment est charnière car il sombre dans la cigarette et l'alcool, pour combler le vide laissé par la perte et le deuil : « afin d'éviter l'insupportable passivation qu'ordonne la perte, le sujet incorpore puis enkyste le sein pour paradoxalement se nourrir de lui en ne cessant de le nourrir »²⁹⁴, une solution pour faire son deuil dans un mouvement identificatoire à l'objet perdu d'un cancer – cette maladie qu'il va ensuite rechercher pendant presque un an pour pouvoir, enfin, y faire face.

C'est la question du choix qui est particulièrement centrale dans la situation de Monsieur AQ, choix qui se résume à vivre 5 ans, parlant, ou vivre 20 ans, muet. Aucun autre aspect n'est mis en avant dans le choix : les questions du trachéostome, de la voix artificielle, ou de la relation à l'autre sont mises de côté. Seule reste cette idée de parlant ou muet dans la balance du choix. Pour Monsieur AQ, mieux vaut vivre moins et parler que vivre plus dans le silence. Une représentation qui nous fait entendre l'importance que revêt pour lui le dispositif qu'est la voix physique. Le corps même semble avoir une importance pour lui, qui le vit à l'heure de notre rencontre comme un corps décharné, en comparaison aux camps de concentration. L'écrivain Georges PERROS, traversant un cancer de la gorge, l'évoque en ces termes : « Le cancer, c'est le Verdun de la santé. On en « réchappe » »²⁹⁵. La référence à la bataille de Verdun, terrible histoire d'un massacre, ou au camp de concentration d'Auschwitz renvoient au vécu irréprésentable du cancer, dont la symbolique porte alors sur la thématique

²⁹⁴ Vargioni, J. (2013). La mélancolie corporelle. *Psychologie clinique et projective*, 19(1), 135-149, p. 136.

²⁹⁵ Perros, G. (1978). *Papiers collés III*. Gallimard, p. 49.

du massacre. Pour Monsieur AQ, ce cancer l'attaque et il tente de résister, comme il a déjà pu le faire lors de son premier cancer.

Si nous essayons de comprendre ce qui se joue d'un point de vue pulsionnel, nous émettons dans un premier temps l'hypothèse de la présence d'un état dépressif préexistant au cancer et à l'opération. L'état de passivité qu'il décrit au décès de sa femme, associé à sa mise à la retraite, évoque un deuil nécessaire pour faire face à cette terrible situation. Les affects dépressifs s'installent et l'on entend une libido qui tend vers le Moi pour y faire face : « l'épreuve de la réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute libido des liens qui la retiennent à cet objet »²⁹⁶. L'apparition du cancer semble, paradoxalement, ouvrir sur les pulsions de vie. L'ennemi est présent, le combat peut reprendre ; le combat ne cesse plus faute de combattants²⁹⁷. Le choix de la laryngectomie partielle, et donc de préservation laryngée, nous évoque un choix éminemment pulsionnel : il permet la conservation d'être sujet, invocant, et de perpétuer la lutte désirante jusqu'au bout, lutte symbolisée par la maladie. La laryngectomie totale éradiquerait le cancer mais Monsieur AQ perdrait son statut de sujet dans cette guerre. Il ne deviendrait qu'un corps muet dont tout plaisir serait imaginativement exclu. En outre, il apparaît comme ne souhaitant pas « réchapper » au cancer qui alors marquerait de ces traces sa vie pulsionnelle, il souhaite se battre en « héros de guerre » et ne pas revenir de son Verdun ; telle est l'image qu'il nous renvoie.

Son désir d'un espace de parole est concomitant à cette traversée du cancer. Si, jusqu'ici, nous avons évoqué une perte de raison de vivre, le cancer apporte avec lui son lot de vie. Livrer bataille relance la machine désirante et la possibilité d'un autre non-sourd à qui s'adresser. Cela se retrouve dans son discours dans la position active qu'il prend dans sa quête de son cancer et, dans le service même, lorsqu'il dit devoir faire circuler les informations aux équipes. L'Autre (re)prend une place et se priver de la voix physique le renverrait à l'abandon de cet Autre, hors du monde signifiant auquel il a pu se confronter à la suite du décès de sa femme – avec une perte de sens, une rencontre du hors-sens. Un choix qui rappelle donc celui de Madame P : une voix pour vivre au lieu d'une vie sans voix. « La mort est ainsi resituée à sa juste place, comme ce dont se joue l'être parlant ne cessant de l'imaginer, de la craindre et de la rêver. C'est là une jouissance que le parlêtre confond avec celle attendue du sexe dans

²⁹⁶ Freud, S. (1968). Deuil et mélancolie. In *Métapsychologie* (p. 145-171). Gallimard, p. 148.

²⁹⁷ Lacan, J. (2015). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points, p. 120-121.

son corps vivant »²⁹⁸ conclu Jean-Jacques GOROG son article sur « le malentendu de la jouissance ». Cette citation résonne quant à la situation de Monsieur AQ : la mort prend place dans sa fonction de *parlêtre*. Elle y trouve un espace de jeu, de jouissance contenue par la capacité signifiante. Mieux vaut donc pour Monsieur AQ 5 ans parlant et désirant que 20 ans muet et *a-désirant*.

3. *Monsieur B : de Charybde...*

Mais parfois, la laryngectomie partielle ne peut suffire ; elle échoue face au cancer qui continue d'entraîner la voix physique dans ses pièges. Nous allons à la rencontre de Monsieur B à la suite d'une laryngectomie partielle. Lors de notre première rencontre, il se trouve en box, avant de changer plus tard pour une chambre classique, individuelle. À la suite de notre présentation, il accepte l'entretien, avec une certaine avidité de parole. Malgré la conservation laryngée inhérente à l'ablation partielle, nous constatons que Monsieur B ne peut donner beaucoup de voix à ses propos.

Lors de cet entretien inaugural, il nous propose d'emblée de nous asseoir – il s'agira du seul patient qui nous le propose. Monsieur B va utiliser différents moyens de communication : le chuchotement, car une canule fenêtrée – permettant une légère fermeture du trachéostome, souvent proposée dans les situations de laryngectomie partielle – lui a été installée, l'écriture et le geste. L'écriture va cependant paraître difficile : il fait beaucoup de mouvements de tête négatifs quand il est en train d'écrire, avec de multiples fautes d'orthographe et il formule une demande d'oralisation de son écrit pour valider notre compréhension. À côté de cela, il apparaît avide de s'exprimer. Il raconte assez vite son parcours médical, les 5 opérations qu'il a subies, dont une « grosse », et qu'aujourd'hui il en a marre. Se touchant la tête d'une main, il écrit qu'il espère ne pas en avoir d'autre. D'emblée, il aborde la situation actuelle par le biais des privations : il ne peut plus manger, ni boire, il devra réapprendre à respirer et il lui est interdit de déglutir²⁹⁹.

Cette première rencontre est courte et amène peu d'éléments car Monsieur B va très vite s'essouffler en essayant de parler et aura de très fortes quintes de toux avec un encombrement

²⁹⁸ Gorog, J.-J. (2011). Le malentendu de la jouissance, version lacanienne de la pulsion de mort freudienne. *Champ lacanien*, 9(1), 19-26, p. 26.

²⁹⁹ Dans beaucoup de situations de laryngectomies, partielles ou totales, une aspiration de la salive est nécessaire avec un appareillage adapté afin d'éviter la fausse route salivaire durant le temps de la cicatrisation.

très important. Il aspirera plusieurs fois les glaires remontées par la canule et la bouche. La compréhension est d'autant plus difficile que l'écriture et les gestes ne seront pas évidents à comprendre. À un moment de l'entretien, Monsieur B va jusqu'à poser son feutre sur chaque mot qu'il a écrit, attendant de nous que nous lisions bien, oralement, telle l'image de l'instituteur apprenant la lecture à un enfant. Cela intervient en réponse à une lecture hésitante de notre part de l'un de ses écrits. Sur la fin de l'entretien, nous proposons de repasser la semaine suivante, sa réponse est positive, ponctuée d'un « Je ne bouge pas ».

Au cours de l'entretien qui suit, le discours est haché par, et tourne autour de l'étouffement, ce qui rend la parole difficile. Les étouffements seraient constants, avec une obligation de cracher et d'aspirer sa salive à l'aide d'un aspirateur salivaire. Personne ne sait d'où cela vient, il ne comprend pas, dit-il avec des yeux écarquillés. La nourriture est également une thématique récurrente et il explique notamment qu'il a fait « comme de la merde de bébé » à force d'être nourri de compléments alimentaires liquides par sonde naso-gastrique et il continue par « je rêve d'un chocolat chaud ». À partir de cette phrase, il va expliquer le pourquoi la nourriture et la boisson lui sont interdites : la cicatrisation à la gauche de la base du cou ne se fait pas aussi bien qu'à droite, et il lui reste la canule fenêtrée. Il lui arrive, de ce fait, de sentir l'air passé par la cicatrice mal fermée. La nourriture ou les liquides pourraient passer par cette ouverture et ainsi infecter la cicatrice qui peine à se fermer. Tout du long, Monsieur B va chuchoter, allant jusqu'à « crier » son chuchotement pour se faire entendre lorsqu'il perçoit que nous avons du mal à le comprendre. Il n'écrit qu'une seule fois, sur notre demande.

L'incompréhension est omniprésente lors de cette rencontre, et c'est la même incompréhension que nous partage le corps soignant. Monsieur B a été « repris » en chirurgie plusieurs fois pour des saignements mais à chaque fois, la cicatrisation est lente et se fait mal. Une part psychologique est abordée : il semblerait que concernant la tolérance à l'alimentation, quand il ne sait pas qu'une deuxième poche est passée par la sonde naso-gastrique, le corps la tolère bien. L'infirmière qui nous indique cet élément rajoute qu'elle le trouve particulièrement « démoralisé ». Si nous n'étions pas allés à sa rencontre de nous-même, il nous aurait été demandé de passer le voir. Mais incompréhension aussi présente de notre côté : nous avons du mal à discerner ce qu'il tente de transmettre. S'il y a une part de psychosomatique, comme le sous-entend l'infirmière, que viendrait nous dire ce corps qui ne guérit pas ?

Lors de cette hospitalisation, il va être décidé, et proposé à Monsieur B, la possibilité d'une laryngectomie totale car il semblerait que l'opération partielle ne suffise pas. Et cela va

se dérouler très vite car la semaine suivante, elle aura déjà eu lieu. Ce qui fait que nous rencontrons Monsieur B une troisième fois, mais cette fois-ci sans la possibilité de parler. Nous sommes surpris par ce changement auquel nous n'étions pas préparés et que nous n'avons pas saisi lors de la réunion staff de la semaine. Pendant l'entretien, nous observons que Monsieur B n'essaie plus de chuchoter : l'écriture est plus intuitive, accompagnée d'une gestuelle plus complexe à entendre. À peine a-t-il fini de nous dire qu'il va avoir un scanner sur d'autres parties du corps pour comprendre les glaires qui ne cessent de l'étouffer qu'il nous écrit : « est ce que vous pouvez me rendre un cervisse ? ». Il souhaite que nous puissions renouveler pour lui l'abonnement pour la télé qui s'achève le jour même. Nous lui demandons, en réponse, s'il a pu voir avec l'équipe, ce à quoi, par son corps, il répond non tout en écrivant « si tu peux oui, si tu peux pas non ». Nous répondons donc que non, et sa réaction nous surprend. Il range l'ardoise sur laquelle il écrit, prend la télécommande et allume la télé. Puis, il nous fait signe d'au revoir, que nous ressentons rempli de dédain et de colère.

Nous lui avons dit non et, à la sortie, nous nous sommes sentis malmenés, nous demandant ce qui a pu se jouer dans cette demande qu'il nous avait formulée. Nous essayerons de comprendre cela dans la partie suivante de ce travail. Il résulte de cet entretien un refus de nous revoir la semaine suivante. Et ce n'est que 1 mois plus tard que nous retournerons à sa rencontre, sur insistance de l'équipe qui le trouve de plus en plus désagréable, « de plus en plus dépressif ».

Monsieur B apparaît effectivement sidéré, hors relation avec l'autre, lorsque nous le revoyons. Il n'écrira, lors de ce nouvel entretien, qu'une phrase : « Il faut attendre, opération le 6 et le 8 ». Il n'a pas d'ardoise mais un cahier et un crayon à papier. Cette phrase reprend ce qui lui est répété depuis plus d'un mois maintenant : il faut attendre que la cicatrisation se fasse. Mais elle semble difficile et il y a nécessité d'une reprise chirurgicale. C'est par le geste que nous relancerons un échange, proposant de développer sur son vécu de cette attente. Il ne peut plus manger, ni boire et occupe son temps en regardant la télé. Il ponctue cette discussion par des gestes de lassitude : il lève les bras, semi-tendus, au niveau de son torse, et les laisse retomber lourdement. Et c'est d'ailleurs sa réponse lorsque nous lui proposons de repasser régulièrement. Nous y entendons une certaine passivité et, en sous-titre, « faites comme vous souhaitez ».

Plusieurs fois par la suite, nous allons à sa rencontre et l'entretien sera court, avec un abord difficile. L'écrit va cependant prendre un peu plus de place. Il va avoir une septième opération, durant laquelle « ils vont recouper », sans trop savoir quoi. Et à chaque fin de ces

entretiens courts, nous lui proposerons « vous voulez que je vous laisse ? », ce à quoi il répondra oui, de manière timide, presque enfantine. Il s'agit d'une manière pour nous de lui proposer de faire comme lui le souhaite, puisque nous ressentons qu'il accepte nos rencontres comme si elles étaient obligatoires. Nous avons en tête en faisant cela de le rendre acteur de ces rencontres. S'en suit, au bout de 3 entretiens comme cela, un entretien durant lequel il nous répondra non à cette proposition de le laisser : nous poursuivons donc l'entretien. Malgré l'abord toujours un peu difficile, Monsieur B va nous expliquer l'opération, par geste puis par écrit sur notre demande. Ils ont rebouché le trou à la base gauche du cou, et « Anlevé le larinx et corde vocal » précise-t-il à l'écrit, qu'il accompagne à notre lecture par un geste où il simule de se couper le bout de son pouce. À chaque fois qu'il finit d'écrire, il rebouche le stylo et le clip sur l'ardoise : geste que nous comprenons comme « laissez-moi, je ne veux pas parler », qui ne correspond pas à la demande manifeste de notre présence. Finalement, l'entretien se déroule autour de la question de l'écriture : il n'aime pas ça, c'est difficile. Avant l'opération, il n'écrivait jamais, c'est un exercice nouveau pour lui. L'entretien se clôture par un sourire de sa part sur une traduction que nous lui proposons à l'un de ses gestes : « c'est long d'être ici ». Cela fait presque trois mois. Nous avons le sentiment en sortant que le début d'une alliance s'est créé.

Mais nous n'irons pas plus loin. La cicatrisation réussit à se faire par la suite et une demande de maison de repos va être envoyée dans la semaine. Nous le reverrons une fois avant qu'il n'y parte. Il est souriant, et nous ne ressentons plus l'abord difficile. L'écrit se fait naturellement et Monsieur B explique qu'enfin, son état s'améliore et qu'il va pouvoir sortir d'ici. Il peut de nouveau manger et boire, ce qui le ravit. Cependant, une infirmière nous rapporte un propos qu'il a eu avec elle : « Personne ne s'occupe de moi ! » ; propos qu'elle ne comprend pas au vu de tout ce qui est mis en place pour lui. Monsieur B sortira dans la semaine et nous ne le reverrons pas. Nous apprenons qu'il fera quelques passages dans le service, durant les jours où nous ne sommes pas présents, pour de légers saignements et des examens de contrôle mais rien d'important nécessitant une hospitalisation longue.

4. *Quand la guérison partielle ne suffit pas*

Nous voyons très vite la différence qui s'opère entre Monsieur B et Monsieur AQ dans le vécu de la laryngectomie partielle. Là où pour l'un, le dispositif de la voix physique reste présent, quoiqu'éraillé, pour Monsieur B, il est épuisant, douloureux, provoquant des

encombres incontrôlables qui empêchent son utilisation. Mais à l'instar de Monsieur AQ, Monsieur B est dans le désir de se dire, désir d'un espace de parole. Ce qui nous est renvoyé par l'infirmière à ce moment-là, au travers de « personne ne s'occupe de moi ! », exprime ce même ressenti. Ce désir de parole manifeste va disparaître une fois la laryngectomie totale pratiquée, une fois la perte de la voix devenue réelle. Monsieur B nous permet d'entendre le conflit entre plaisir et réalité, entre corps pulsionnel et corps physique. Le plaisir peut être entendu dans la parole, dans cette volonté de préservation laryngée et d'un espace pour se faire entendre. Mais la réalité l'en empêche, le corps physique et la maladie qui le ronge rappelle à l'ordre Monsieur B, l'obligeant à se séparer de son larynx et de ce plaisir.

Essayons de le comprendre d'un point de vue pulsionnel. Les dispositifs propres à Monsieur B semblent être la voix physique et le corps, dans ce qu'il nous donne à voir lors de notre premier entretien. L'écrit est difficilement accessible comme support de la voix pulsionnelle – il fera « non » de la tête pour signifier son propre désaccord avec ce qu'il écrit et il évoquera la nouveauté que représente l'écriture pour lui. Écrits que nous avons du mal à comprendre, obligeant Monsieur B, pour se faire entendre, à pointer de son stylo jusqu'à ce que nous sonorisons bien le mot qu'il a écrit sans équivocité aucune, mot qui est écrit car la voix physique n'a pas pu le porter. Dès cette laryngectomie partielle, nous sommes face à un sujet qui peine à communiquer, qui n'arrive pas à se faire entendre. L'investissement pulsionnel de la voix physique est, malgré la préservation laryngée, perturbée par la maladie. Nous pouvons nous imaginer qu'avant même la mise en place d'une thérapeutique, la voix physique était sur le déclin, symptôme courant du cancer de la gorge, et que l'échec de la cicatrisation entraîne une difficulté supplémentaire. Nous observons, lors de notre deuxième rencontre, un accrochage à cette voix physique, au détriment de tout autre moyen de communication : l'écrit est abandonné et tout le corps se concentre dans le chuchotement et parfois le cri chuchoté. Pour Madame P, la communication est recherchée mais accompagnée de non-sens par le corps ou la voix physique, laissant transparaître la place de l'invocation et faisant de la communication une parole du sujet : un « cri pour » tendant vers le « cri pur ». *A contrario*, Monsieur B se tourne vers la communication comme unique recours face à la voix qui défaille ; un fort accrochage au signifiant. Le retournement sur le Moi commence son travail pour faire face à l'irruption dans le réel de la douleur et du manque ressenti. Le discours en est le reflet : il tourne autour des problématiques médicales, principalement sur la question de la privation, de ce qui manque et ne peut plus se faire « normalement ». Associée à cela, la maladie

s'exprime durant ces deux entretiens d'avant laryngectomie totale, par les quintes de toux empêchant d'aller au-delà : le cancer rappelle sa présence en séance.

La confrontation à la laryngectomie totale qui suit, et qui se fait dans la rapidité, est difficile pour Monsieur B. Nous observons un tournant dans son désir. L'espace de parole n'est plus recherché. Nous devenons simple objet, hors d'une relation intersubjective : si nous ne pouvons servir son besoin manifeste de renouveler son abonnement télé, nous ne servons à rien. Le repli sur soi est maintenant flagrant, installé. La communication reste possible par l'écrit et le corps qui permettent l'expression désaffectivée du discours. Nous comprenons le début d'une alliance thérapeutique par la possibilité que nous offrons de respecter le temps psychique : s'il ne souhaite pas nous voir, nous n'insistons pas. Il s'agit là d'un point de son désir qui, *a posteriori*, nous apparaît primordial. L'équipe soignante, de son côté, n'a pas le choix d'imposer sa présence à Monsieur B, malmenant son désir d'être seul. C'est ce qui nous permet de comprendre son comportement « désagréable » vis-à-vis de l'équipe : en réaction à son désir non-entendu. L'ouverture à un espace dont il est maître, sur lequel en tout cas il a le contrôle de son existence, offre une possibilité de réinvestir un autre séculaire, imaginairement capable d'entendre sa subjectivité.

Lorsqu'il accepte notre présence et la possibilité de cet espace lui appartenant, il s'exprime au-delà de la maladie, notamment dans son rapport difficile à l'écriture. C'est un point que nous avons pu observer par sa lecture patiente de chaque écrit qu'il a pu faire avant de nous le transmettre ainsi que par la faute d'orthographe faisant partie de son système scriptural. C'est également un entretien durant lequel lui est proposée l'idée que le corps peut être porteur du discours. Notre traduction/interprétation de son geste sur la fin de notre avant-dernier entretien – « c'est long d'être ici » – renvoie que son corps parle, et qu'un Autre peut entendre. Le corps peut être dispositif de l'invocation, peut s'engager dans le discours de l'Autre et être porteur de ses signifiants, tout en laissant la place à l'équivocité. Nous notons qu'à partir de cet entretien, la cicatrisation se fait, les privations ne le sont plus : Monsieur B tend vers un état de santé, et le retour à domicile peut s'organiser par un passage en maison de repos.

L'état de satisfaction pulsionnelle est frôlé après la laryngectomie partielle. Le dispositif encore un peu présent de la voix physique permet à Monsieur B de ne pas sombrer dans la jouissance mortifère. Mais la confrontation à la perte après la laryngectomie totale semble entraîner cette satisfaction et la confrontation à l'état nirvanesque. État duquel il ne peut

sortir sans la présence d'un Autre apportant une « nouvelle » réserve signifiante. La correspondance entre ce temps d'alliance thérapeutique trouvée et la cicatrisation qui se fait enfin, après de multiples reprises en chirurgie, nous permet d'ouvrir la réflexion concernant le lien de cet état nirvanesque au corps : le corps a pu reprendre ses droits lorsque l'investissement pulsionnel s'ouvre au-delà du Moi. Ainsi, le syndrome de glissement, le corps qui lâche sans raison comme dans le cas de Monsieur R, peut-il s'entendre d'un point de vue économique ? Et la question qui est sous-tendue, est-ce par l'autre qui le fait entendre que Monsieur B trouve cet appui sur l'Autre ou y a-t-il un Autre qui aurait été trouvé qu'importe l'autre qui se présente ?

Ce qui reste important de noter c'est que cette coïncidence répond également à l'intuition de l'infirmière qui nous transmet sa crainte d'un pan psychologique de cette non-cicatrisation et de la nécessité d'entendre ce discours sous-jacent. Il nous apparaît qu'effectivement, *a posteriori*, le versant psychique a une importance dans la guérison de Monsieur B. Mais entendre Monsieur B n'a pas été chose aisée. Cela a pris du temps, notamment après la laryngectomie totale, pour qu'une place puisse se faire à l'Autre et que le signifiant proposé puisse être entendu. Nous supposons que ce qui s'est joué lors de notre avant-dernière entretien, s'est répété avant et après avec d'autres acteurs du soin et que c'est cette possibilité de se faire entendre, éprouvée au travers de différents autres, qui ouvre l'espoir de la guérison et d'un tendre vers la suite de l'hospitalisation.

VII. Discussion

Calypso : « *Calypso, « Celle qui cache », accueille Ulysse naufragé. L'Odyssée raconte comment elle l'aima et le garda chez elle pendant dix ans [...], lui offrant en vain l'immortalité. Ulysse gardait au fond du cœur le désir de retourner à Ithaque, et ne se laisse pas séduire* »³⁰⁰

Revenons à notre Odyssée théorique. Chacun des patients que nous avons cité dans cette recherche nous évoque l'un des passages de l'Odyssée d'Ulysse. Chacun son épreuve, chacun son terrible voyage pour retrouver un semblant d'Ithaque. Nous allons maintenant essayer de comprendre plus en profondeur ce qui se joue pour la pulsion invocante au travers de ce périple du cancer de la gorge et de la laryngectomie totale.

A. La traversée du Nirvana

Dans quasiment toutes les situations que nous avons abordées, s'en suit un état que nous avons qualifié de « nirvanesque ». Nous le plaçons du côté de la satisfaction pulsionnelle, de l'objet *a* ainsi retrouvé par la perte de la voix physique. C'est ce qui nous amène à parler de la laryngectomie totale comme d'une désirectomie partielle : une ablation partielle du désir. S'en suit alors une recherche du sujet vers de nouveaux dispositifs pouvant porter la voix pulsionnelle. Lorsque cela échoue, nous observons ce qu'Emmanuel BABIN pointe³⁰¹, à savoir l'apparition d'une pathologie psychiatrique, sous la forme de traits mélancoliques, pouvant engendrer un syndrome de glissement tel que l'aborde Catherine WIEDER³⁰².

³⁰⁰ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 77.

³⁰¹ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découragement*. l'Harmattan, p. 40.

³⁰² Wieder, C. (2020). Le syndrome de Glissement. *Topique*, n° 150(3), 85-96.

1. *L'état nirvanesque de la désirectomie partielle*

Nous avons défini la désirectomie partielle comme étant l'ablation du désir consécutivement à l'ablation de l'organe de la voix physique. Cela engendrerait une satisfaction pulsionnelle en lien avec la retrouvaille de l'objet-voix, ainsi retrouvé par la confrontation au silence sonore, et le déplacement du reste de l'énergie libidinale sur le Moi, engendrant l'état nirvanesque, frôlant le zéro de tension. Nous pouvons, à l'éclairage de la clinique, aller au-delà de cette définition théorique et saisir un peu mieux les enjeux de cette théorie que nous posons plus haut.

Nous nous confrontons à cet état principalement lors de nos rencontres en box de soins aigus. Ce temps est celui qui suit l'opération, à savoir le temps du réveil et de la confrontation au réel de la perte. L'imaginaire mis en place par l'angoisse ne correspond pas au vécu réel, l'écart avec la représentation pare-excitante est trop important. Cette confrontation se joue notamment au moment des questions que peuvent poser les soignants : le premier réflexe des patients est d'essayer de parler, mais aucun son ne sort. La perte est belle et bien présente. Se confrontant au silence de la voix, le repli sur soi et le déplacement pulsionnel vers le Moi s'opèrent en parallèle d'une jouissance mortifère de la retrouvaille : il n'y a plus cette voix physique bridant la pureté de la voix pulsionnelle. « Il arrive que le sujet de l'inconscient s'éloigne décidément, plus souvent qu'à son tour, de l'univers du principe de plaisir, rompant ses amarres, au point de cesser d'éviter le déplaisir, pour s'aventurer par-delà, quitte à aller dans le mur, de Charybde en Scylla »³⁰³ : la désirectomie partielle amène à un au-delà du principe de plaisir où l'autre ne semble plus avoir sa place. Rappelons que si le silence prend cette valence de retrouvaille c'est que « le sonore est une imaginariation de la voix »³⁰⁴, non la voix en elle-même. Cette voix physique ne servirait que de voile à la voix pulsionnelle. Le silence est, tel le cri, du côté de l'inarticulable³⁰⁵ et c'est en ce point que nous concevons la voix pulsionnelle : sur son versant de hors-sens, tel l'*infans* avant l'imposition du désir de l'Autre par ces signifiants, dans son cri pur de toute signification.

Nous voyons donc avec Madame AR cette difficulté à faire de la place à l'autre, allant jusqu'à s'endormir face à cet autre quelques jours après son opération. L'introduction d'un

³⁰³ Assoun, P.-L. (2020). Un jeu qui n'en finit pas. L'impensable plaisir. *Figures de la psychanalyse*, n°39(1), 11-30, p. 15.

³⁰⁴ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 21.

³⁰⁵ Poizat, M. (2001). *L'opéra ou le cri de l'ange : Essai sur la jouissance de l'amateur d'opéra*. Métailié, p. 130.

autre et d'une relation intersubjective est douloureuse pour Madame AR dans cette période de bouleversement pulsionnel. Elle est alors prise dans une conflictualité intrapsychique importante, qui nous est accessible avant que son corps ne s'éteigne face à nous. D'une part faisant face à la jouissance mortifère et à une énergie libidinale tournée sur elle-même et, dans le même temps, à une quête d'un Autre pouvant suppléer son discours. La présence de sa fille et l'impact que cela a sur Madame AR nous indique que l'autre reste présent et que, passée l'opération, l'image qu'elle peut renvoyer à l'autre (au travers de sa fille) reste libidinalement importante. La désirectomie partielle chez Madame AR est observable du point de vue du conflit qui se joue *a posteriori* de l'opération. L'état nirvanesque, si peu quantifiable qu'il soit, serait alors, chez elle, déjà assez éloigné du zéro lors de cette deuxième rencontre. Un début de reconstruction de la vie pulsionnelle a déjà lieu, du fait même qu'il y est ce conflit en cours.

Nous pouvons également prendre l'exemple de Monsieur B. La laryngectomie totale effectuée, nous ne le reconnaissons pas. De sa quête de parole tournée vers l'autre, il semble ne plus laisser de place à une autre subjectivité. Le tutoiement se fait entendre lors de nos rencontres, et nous ne sommes désormais plus qu'objet pour satisfaire sa demande. Le désinvestissement pulsionnel est flagrant, le retrait sur soi important. L'équipe soignante le ressent et soulève qu'il en est agaçant et s'inquiète d'un état dépressif. Ce que nous constatons lorsque nous retournons le voir : Monsieur B est hors relation, dans la jouissance mortifère où l'Autre prend difficilement sa place. Tout comme Madame AR, Monsieur B apparaît dans le conflit entre cet au-delà du principe de plaisir et la remise en route des investissements par l'imposition des signifiants de l'Autre qui, chez lui, semblent se traduire par l'agacement qu'il fait ressentir à l'équipe. Cet agacement est le fruit de la part subjective du patient avec laquelle l'équipe ne sait quoi faire. Une part qui échappe aux protocolisations médicales, qui ne peut être contenue par celles-ci et qui angoisse³⁰⁶. Que ce soit Madame AR ou Monsieur B, nous voyons deux sujets avides de parole qui s'en trouvent privés. Dans ces deux situations où nous mettons en avant le conflit que produit la désirectomie partielle, le dispositif de la voix physique semble, avant l'opération, très investi et très important.

Avec ces deux cas, nous pouvons faire le parallèle entre l'état nirvanesque de la désirectomie partielle et, en sociologie, ce que nous avons vu comme étant la phase liminale. Monsieur B et Madame AR sont pris dans une phase liminale de la vie pulsionnelle. Un temps

³⁰⁶ Alric, J. (2015). Introduction. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 15-24). Érès, p. 15-16.

d'entre-deux où le sujet apparaît en recherche d'une solution pour cette énergie libidinale nouvellement libérée. Rappelons ce que nous en dit Sarah DEMICHEL-BASNIER : « la situation liminale est une situation de seuil pour Murphy, d'entre-deux statuts, une situation normalement transitoire et encadrée par des rites de passages qui assurent la transition d'un statut à un autre. Or, Murphy fait de la liminalité le statut spécifique des personnes handicapées. Elles seraient bloquées dans cette situation de seuil, d'entre-deux, par l'impossibilité d'une intégration ou réintégration dans la société [...] »³⁰⁷. Cette phase, du fait de l'importance du rapport à l'autre dans sa définition, nous laisse entendre, au travers de ce que nous avons vu qu'elle débiterait vers la fin de l'état nirvanesque, qu'elle représente la sortie de la jouissance et l'implication vers l'extérieur.

L'énergie pulsionnelle folle, car désarimée de son objet, satisfaite par la retrouvaille de la perte, entraîne un état de conflit intrapsychique important durant lequel semble se poser la question de l'importance de l'autre. Est-ce que cet autre peut servir d'Autre ? Peut-il apporter une solution au conflit ? C'est ce que nous voyons avec Madame AR et Monsieur B : l'autre peut imposer son signifiant et proposer une issue de cet état, mais encore faut-il que le sujet entende, puisse entendre pour ensuite être entendu et se faire entendre. Durant cette phase liminale se rejoue ce jeu de la pulsion et pour en sortir, il apparaît nécessaire de pouvoir se faire entendre. Qu'alors seulement, l'ouverture sur l'extérieur peut se faire. L'idée qui en ressort est donc qu'une fois le premier temps de la pulsion invocante de nouveau possible – « entendre » – va pouvoir s'entamer la phase liminale et ainsi ouvrir au « être entendu » puis « se faire entendre ». Il y a nécessité pour le sujet de s'ouvrir au monde de l'autre pour pouvoir être considéré en situation de handicap. Nous le voyons avec Monsieur R : en ce qui le concerne, nous ne pouvons pas parler d'une entrée dans la phase liminale : il n'entend pas et donc ne peut être entendu et se faire entendre.

« Sur le plan psychique [...] la perte de l'organe aboutit ou non à l'acceptation irréversible du passé avec le travail de deuil ; la reconstruction renvoie au travail d'incorporation de l'organe modifié ou de la prothèse instaurée »³⁰⁸ : nous situons la désirectomie partielle comme temps pivot du travail du deuil dans les situations de laryngectomie totale, un temps d'avant l'acceptation et la reconstruction mais après la phase de déni. L'acceptation de cette perte ne semble pouvoir se faire qu'une fois que de nouveaux

³⁰⁷ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 65.

³⁰⁸ Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254, p. 248.

signifiants permettant la désidération ont été introduits dans la chaîne signifiante, ouvrant à une nouvelle castration symbolique et laissant l'idée au sujet d'avoir été entendu. L'exemple de Monsieur B est représentatif de ce que nous amenons : c'est par la proposition signifiante de l'Autre que nous sommes à un moment de nos rencontres que l'entrée en relation peut se faire. Il en est de même pour Madame AR qui, lors de son hospitalisation, est entourée d'une réserve signifiante dans laquelle elle peut se faire entendre, des signifiants partagés par tous les acteurs du soin autour d'elle. Mais une réserve signifiante qui se tarit lorsqu'elle sort du cocon que représente l'hospitalisation : hors des murs de l'hôpital, il y a une difficile mise en signifiant par l'autre qui n'arrive pas à entendre Madame AR au-delà de la sonorisation. Ce qu'elle mettra en mot par « de toute façon, vous m'entendrez pas » lors de sa deuxième hospitalisation, affirmation qui sous-tend son expérience à domicile et qu'elle doit infirmer de nouveau dans le service pour se voir rassurer : elle peut être entendue.

Alain DELBE pose une hypothèse intéressante sur ce point de la castration symbolique : « ne peut-on considérer certains cas de dysphonies, voire de laryngectomies, comme l'expression d'un échec de la castration vocale en tant qu'elle doit être symbolique ? Ce qui n'a pu être symbolisé faisant alors, selon l'hypothèse lacanienne, « retour dans le réel »³⁰⁹. Un échec de castration symbolique, refusant alors la perte de l'objet *a*, qui pourrait se traduire, par la suite, par l'imposition, dans certains cas, d'une laryngectomie totale comme castration réelle. Dans cette logique, nous proposons alors de penser le mouvement inverse, à savoir qu'à la suite de la laryngectomie totale, cette castration réelle, il y a nécessité d'introduire une castration symbolique, de passer par un mouvement de symbolisation de l'opération pour faire scansion avec le réel. Pouvons-nous entendre chez Madame P ou chez Monsieur U, dont nous savons que les voix se sont éteintes par le cancer de la gorge, une expression de cet échec de la castration vocale ? Dans ces cas, nous voyons comment Madame P se refuse à la symbolisation de cette castration, là où, pour Monsieur U, le travail peut se faire via la laryngectomie totale et ses conséquences suivant le chemin inverse : par le réel de la castration, il en ressort une symbolisation nécessaire et un refus ensuite de la voix artificielle pour sortir de cette perte réelle. Ce qui n'aurait pu être symbolisé ferait alors retour dans le réel, au travers de la laryngectomie totale, pour offrir une nouvelle possibilité de symbolisation ?

Revenons à la notion de désirectomie partielle. Nous la posons donc comme étant la dangereuse rencontre effleurée d'avec l'objet *a*, dans un contexte chirurgical. Cet état ne peut

³⁰⁹ Delbe, A. (2014). *Le stade vocal*. l'Harmattan, p. 45.

s'entendre que dans son lien somato-psychique, c'est-à-dire dans le bouleversement pulsionnel imposé par la perte de l'organe en lien avec la douleur physique et ses conséquences psychiques. Cette désirectomie partielle a affaire avec la jouissance en ce sens qu'elle ouvre à un au-delà du principe de plaisir puisque la retrouvaille de l'objet *a* est frôlée, retrouvaille « forcée » dirons-nous par l'opération. Nous insistons sur ce dernier point : la retrouvaille ne peut être qu'esquissée, seule la pointe de l'objet peut être vue, mais nous postulons que la situation de la désirectomie partielle est telle que, si l'objet ne peut être retrouvé dans son entièreté, il serait perçu suffisamment pour en délier la pulsionnalité et mettre en pause la quête désirante.

Nous noterons également l'importante place que prend le versant chirurgical dans la désirectomie partielle. Il ne s'agit pas d'un état que l'on peut retrouver « au naturel » mais bien un état artificiel, dans son sens de produit de l'activité, de la science humaine. *A contrario* de l'amateur d'opéra qui s'attache à l'aigu de la vocalise de la diva – aigu frôlant dangereusement le cri pur et donc le hors-sens – s'offrant un ersatz de l'objet-voix alors retrouvable « au naturel », la désirectomie partielle se voit créée par la main de l'autre dans des situations qui ne sont pas recherchées mais imposées, et donc non suffisamment préparées psychiquement. Et c'est ce versant chirurgical qui laisse entendre la place que peut prendre la douleur dans cette situation. La maladie et l'opération en elle-même engendrent leurs lots de souffrances physiques amenant une part de la pulsionnalité à se tourner sur le Moi du sujet. Une pulsionnalité ainsi clivée en deux parties : l'une tournée sur le Moi, l'autre sans contrôle, sans dispositif auquel se raccrocher. L'important pour sortir de cet état imposé par la désirectomie partielle est de pouvoir trouver de nouveaux dispositifs raccrochant la pulsionnalité et contrôlant le flux devenu indomptable.

En ce sens, il semble se rejouer le positionnement de l'*infans* lorsqu'il se voit proposer les premiers signifiants de l'Autre. Il doit donc entendre ces signifiants pour ensuite les retransmettre et être entendu puis se faire entendre. Nous l'avons vu, dans cette construction de la pulsion invocante, il y a la nécessité de constituer un point sourd, ce « lieu où le sujet, après être entré en résonance avec le timbre originaire, s'y est rendu sourd pour pouvoir disposer de sa propre voix en se mettant à l'abri de la voix de l'Autre »³¹⁰. Cette résonance et la distanciation nécessaire d'avec le timbre originaire serait une nécessité dans le cadre de nouveaux dispositifs d'invocation. En d'autres termes, il y a une nécessité, face à la désirectomie partielle et pour se faire entendre, d'accepter les signifiants de l'Autre soignant et

³¹⁰ Vives, J.-M. (2013). Comment la voix vient-elle aux enfants ? *Enfances Psy*, 58(1), 40-50, p. 41.

de les faire siens. Nous verrons plus loin le rôle que prend alors l'éducation thérapeutique sur ce point.

2. *Mélancolie et glissement*

Dans les situations de laryngectomie totale, encore faut-il que le sujet entende avant de constituer un point sourd disions-nous. Dans la situation de Monsieur R, nous voyons que ce n'est pas chose acquise. S'il est dans une grande demande d'un espace de parole avant l'opération, de mise en signifiant de ce que son corps exprime, lors de sa seconde hospitalisation, il est coupé de la relation à l'autre. Nous ne le rencontrons pas durant le temps juste après l'opération, des mois se sont écoulés avec des complications qui ont suivi. Ces complications en sont, lors de nos rencontres, au stade où le corps ne peut plus suivre, où seule la chimiothérapie palliative peut être proposée. Que s'est-il passé durant ce laps de temps ? Pourquoi ses complications sont-elles inexplicables ?

Nous évoquons le syndrome de glissement, ce moment où le corps lâche sans raison biologique à la suite d'une opération. Généralement, il se déclenche chez des personnes âgées dont la proximité de la mort et l'acceptation de cette finalité engendreraient ce glissement. Il n'y a plus de raison de se battre. Pour Monsieur R, relativement jeune, la mort est encore théoriquement loin, pas travaillée psychiquement et de ce fait très angoissante. La question se pose de la valence mélancolique de ce syndrome de glissement chez Monsieur R. « Le patient refuse de se lever, de s'alimenter, de boire, de communiquer. Parfois agressif, il est le plus souvent d'une très grande passivité »³¹¹ décrit Catherine WIEDER des patients présentant ce syndrome. C'est ce que nous observons chez Monsieur R lors de sa deuxième hospitalisation. Le désinvestissement total qu'il nous donne à voir nous renvoie à l'impact de la désirectomie partielle, et du passage qu'elle suppose par un état nirvanesque. Mais il apparaît que chez Monsieur R, le conflit pulsionnel que nous avons développé juste avant dans les cas de Monsieur B et Madame AR ne se joue pas, ou plus. La bataille a été gagnée par les pulsions de mort ; l'Autre ne trouve pas sa place, la castration symbolique de s'opère pas.

³¹¹Wieder, C. (2020). Le syndrome de Glissement. *Topique*, n° 150(3), 85-96, p. 85.

Catherine CHABERT, dans un séminaire portant sur la mélancolie³¹², propose l'idée que le suicide puisse être un accomplissement mélancolique, sous-tendant l'échec de d'autres recours possibles. Dans la situation de Monsieur R, c'est l'idée que nous retrouvons. Le suicide ne serait alors pas actif, il n'y a pas de passage à l'acte franc, mais passif par le syndrome de glissement qui viendrait être une sortie de l'état mélancolique qu'engendre la confrontation à la jouissance mortifère. Ainsi, la pulsion invocante ne peut retrouver de dispositifs convoquant la voix pulsionnelle et permettre à Monsieur R de se trouver parlant et désirant de nouveau. Il est pris dans le tourbillon infernal de la jouissance et cesse d'éviter le déplaisir. C'est ce que Jean-Jacques GOROG relève comme étant la seconde mort, reprenant la notion de Jacques LACAN : « c'est cette seconde mort qui nécessite qu'on ne puisse plus se contenter de la dialectique du désir, et qu'il faille y adjoindre le concept de jouissance »³¹³, une seconde mort qui intervient avant la première, celle du corps, mais qui l'annonce. Nous pourrions glisser ici la notion de désirectomie totale : l'ablation du désir par l'opération de la laryngectomie totale devient également totale. Nous serions face à l'un des destins tragiques de la pulsion invocante : la satisfaction pleine et entière de celle-ci.

Avec la situation de Monsieur R, nous sommes face à une « avocation », terme qu'emploie Jean-Michel VIVES « nous permettant d'entendre [...], grâce à l'équivoque, tout à la fois l'absence d'une voix articulée et donc voilée par la parole, et, d'une vocation subjective s'exprimant dans la mise en place de la course désirante »³¹⁴. L'auteur place cette avocation dans la construction mélancolique et développe l'idée que « le mélancolique serait accroché à une voix qui ne se fait pas entendre »³¹⁵ donc que le point sourd, comme nous l'avons évoqué, a bien été constitué, mais qu'il ne serait pas totalement dépassé. « Le sujet qui était invoqué par le son originaire va, pris dans le langage, devenir invocant. Dans ce retournement de situation, il va conquérir sa propre voix, il va « se faire entendre ». Pour cela, il faut non seulement qu'il cesse d'entendre la voix originaire – ce que ne réussit pas à réaliser le psychotique – mais de plus il doit pouvoir invoquer, c'est-à-dire faire l'hypothèse qu'il y a un non-sourd pour l'entendre. C'est cette hypothèse que le mélancolique ne semble pouvoir

³¹² Chabert, C. (2022, 8 avril). *Mélancolie de la passion* [Conférence]. Colloque Mélancolie de la parole : psychanalyse et littérature, Montpellier.

³¹³ Gorog, J.-J. (2011). Le malentendu de la jouissance, version lacanienne de la pulsion de mort freudienne. *Champ lacanien*, 9(1), 19-26, p. 20.

³¹⁴ Vives, J.-M. (2006). L'avocation mélancolique. *Cliniques méditerranéennes*, 73(1), 303-317, p. 305.

³¹⁵ *Ibid*, p. 311.

soutenir »³¹⁶. Ce qui fait écho avec la proposition d'Alain DELBE d'un retour dans le réel de ce qui n'a pas pu être symbolisé d'une castration vocale³¹⁷.

Lors des entretiens postopératoires avec Monsieur R, le ressenti que nous n'existons pas nous fait entendre cette hypothèse d'une impossibilité de l'existence d'un Autre non-sourd capable de l'entendre. Cependant, lors de nos rencontres d'avant la laryngectomie totale, nous ne percevons pas de traits mélancoliques. Un lien peut alors se faire grâce à l'hypothèse que propose Catherine WIEDER : « Le syndrome de glissement pourrait constituer une régression psychosomatique faisant suite à une dépression-limite au moment d'un second traumatisme. [...] Le syndrome de glissement surviendrait au décours d'un évènement faisant écho à une carence précoce »³¹⁸. Cette carence, chez Monsieur R, nous l'entendons comme l'absence d'un objet maternel suffisamment bon, au sens winnicottien. « La mère qui n'est pas suffisamment bonne n'est pas capable de rendre effective l'omnipotence du nourrisson et elle ne cesse donc de faire défaut au nourrisson au lieu de répondre à son geste »³¹⁹ ; comprenons que, du point de vue de la voix, elle n'arrive à laisser la place au nourrisson pour « se faire entendre », ce qui permettrait la constitution d'un point sourd sans en permettre un dépassement complet. Carence chez Monsieur R qui se comble au travers de l'amour de sa femme, « qui a du mal à être séparée » de lui. L'opération viendrait réactualiser cette carence précoce et ébranler les constructions psychiques mises en place pour pallier cela. La perte de la voix physique, la confrontation mortifère à l'objet-voix, ne peuvent alors être dépassées que par la régression psychosomatique et la mort sans Autre qui s'en suit.

C'est dans le séminaire précédemment cité que Catherine CHABERT amène l'hypothèse d'un recours possible de la manie pour faire face à la mélancolie. Dans la logique du « tout ou rien » où deux soi-disant opposés renverraient à la même signification latente, la conférencière place la manie dans le « tout », le plaisir si intense que peut prendre la passion par exemple, qui ne serait qu'une facette du « rien » de la mélancolie, dont, nous l'avons vu avec l'état nirvanesque, reste dans une satisfaction de la pulsion. Dans les deux situations de manie ou de mélancolie, le plaisir est destructeur, de par son intensité et sa satisfaction dangereuse ; les deux sont du côté des pulsions de mort. Nous transposons ce développement que fait Catherine CHABERT sur la question de l'amour et de la passion amoureuse à notre

³¹⁶ *Ibid*, p. 311.

³¹⁷ Delbe, A. (2014). *Le stade vocal*. l'Harmattan, p. 45.

³¹⁸ Wieder, C. (2020). Le syndrome de Glissement. *Topique*, n° 150(3), 85-96, p. 89.

³¹⁹ Winnicott, D. W. (1970). *Processus de développement chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Payot, p. 122.

situation : est-ce que des défenses d'ordre maniaque pourraient permettre de faire face à la laryngectomie totale tout autant que la mélancolie chez Monsieur R ?

Le glissement mélancolique serait un destin possible de la pulsion invocante, dans une satisfaction qui n'en finit pas et ne nécessitant pas l'investissement d'autres dispositifs. Dans l'hypothèse que développe Catherine CHABERT, y aurait-il une place pour la manie dans le faire face à la laryngectomie totale et la perte qu'elle engendre ? C'est au travers de la situation de Madame P que nous trouvons des éléments de réponse. Madame P refuse l'opération, elle refuse la perte d'un de ses objets d'amour, pourrait-on dire. « Mélanie Klein comme Hélène Deutsch ont insisté, dans leur approche de la manie, sur sa fonction défensive contre la dépression. Le sujet cultive ainsi un sentiment de triomphe et de maîtrise sur l'objet, exerçant une suprématie omnipotente sur lui »³²⁰ ; dans un mouvement d'accroche « à tout prix » à sa voix physique, nous entendons la valence passionnelle que peut prendre cette attache. Dans la passion, extrême possible de la manie, il y a un oubli de soi au profit de l'objet aimé pour le conserver : le renoncement de cet objet reviendrait à un renoncement de soi, tout du moins d'une part constitutive du soi. Pour Madame P, c'est ce que nous observons : la crainte de ne plus être sujet par la perte de la voix physique.

Si Madame P ne présente pas d'éléments maniaques francs, le choix qu'elle fait de la voix physique au détriment de sa vie nous évoque un trait d'ordre maniaque, un accrochage passionnel qui ne peut se concevoir autrement pour elle. Autre possibilité, pour deux structures que nous rapprochons du côté psychotique, de faire avec un retour dans le réel de l'impossible castration vocale qu'impose le signifiant de l'Autre. Ces recours à des mécanismes relevant de la mélancolie ou de la manie apparaissent alors comme solutions pour faire face à la perte de la voix physique pour le sujet psychotique.

3. *Désirectomie et avocation*

Ainsi, la laryngectomie totale engendre une désirectomie que nous délimitons comme partielle. Cette désirectomie, acte chirurgicalement provoqué, se traduit par un état nirvanesque de rencontre avec l'objet perdu, un état proche de la jouissance et qui parfois y sombre. Ce temps d'avant le travail de deuil se traduit par la confrontation des principes de réalité et de plaisir, laissant le sujet dans un entre-deux délicat et douloureux duquel la sortie est complexe.

³²⁰ Chabert, C., & Louët, E. (2013). Troubles bipolaires et manie-mélancolie : Continuité ou rupture ? *Psychologie clinique et projective*, 19(1), 11-54, p. 28.

Un état de pré-deuil de l'objet d'amour perdu qu'est la voix physique, accompagné de la retrouvaille narcissique d'un objet à jamais perdu, deuil qui « se situe [ensuite] dans le champ du principe de réalité : il y a séparation d'avec l'objet dès lors qu'il n'existe plus. Le travail de deuil consiste ainsi en un désinvestissement d'un objet auquel il est d'autant plus difficile de renoncer qu'une part de soi-même s'y trouve perdue »³²¹. Un état où l'objet est perdu dans le réel mais la retrouvaille imaginaire d'avec un objet *a* laisse encore une place au principe de plaisir, sur son versant jouissif, et empêche le début du travail du deuil : l'objet n'est pas complètement perdu. Il ne s'agit pas d'un autre perdu, mais bien d'une part réelle de soi, d'un bout de soi amputé – rappelons ce que nous dit Michel POIZAT : « La voix caractérise en effet chaque individu aussi précisément que ses empreintes digitales »³²² – et d'un bout servant le lien à l'autre et à l'Autre. Si l'impensable de la perte peut amener à la refuser (Madame P), le passage au bloc se fait dans la majorité des cas. Et, inexorablement, nous assistons aux effets de la désirectomie partielle, et sommes toujours traversés par un sentiment d'impuissance. La libido se tourne vers le Moi, repli narcissique nécessaire du deuil et de la souffrance – tant psychique que physique – quand une part est libérée de sa contrainte objectale : la pulsion invocante est satisfaite. La désirectomie partielle engendrerait « une psychopathologie spécifique centrée autour d'un désinvestissement psychique total avec une impossible maîtrise de l'énergie pulsionnelle »³²³ comme le pointe Catherine WIEDER : l'état nirvanesque que cause la rencontre du sujet avec l'objet *a*. Cependant, nous qualifions cet état d'inexorable et nécessaire à la suite d'une telle opération.

Réinvestir des objets extérieurs n'est alors pas évident, puisque l'Autre vient à manquer dans sa possibilité de rouvrir le monde signifiant. Si les équipes soignantes et médicales, habituées à ces situations, peuvent offrir un premier support – notamment par la proposition d'un discours médical – le retour à domicile renvoie régulièrement à la fragilité des potentiels dispositifs palliant la voix physique (Madame AR, Monsieur A, Monsieur U) et ouvre une nouvelle fois la porte à la jouissance mortifère qu'entraîne le silence de l'Autre. Tout un travail psychique est nécessaire pour laisser une place au triple jeu de la pulsion invocante : entendre, être entendu, se faire entendre. Il devient primordial d'offrir « un espace suffisamment accueillant où le sujet puisse faire répétitivement l'expérience d'être entendu afin que, dans un second temps, il puisse à nouveau prendre le risque d'essayer de se faire entendre sans crainte

³²¹ Mannoni, M. (1998). *Le nommé et l'innommable*. Denoël, p. 104.

³²² Poizat, M. (2001). *Vox populi, vox Dei : Voix et pouvoir*. Métailié, p. 25.

³²³ Wieder, C. (2020). Le syndrome de Glissement. *Topique*, n° 150(3), 85-96, p. 88.

qu'une fois encore son appel ne tombe dans l'oreille d'un Autre vécu comme sourd »³²⁴, un espace qui, dans une situation de deuil de la voix physique « classique », s'ouvre par la proposition des soignants de manière générale. Un état nirvanesque qui se veut donc liminaire, passant par une avocation transitoire. Une satisfaction qui frôle le zéro de tension. Un deuil « normal » en soi, parfois entendu comme un état pathologique du fait de sa coloration dépressive et non sonorisée.

Parfois, allant au-delà de cette image dépressive, ce deuil peut prendre une valence mélancoliforme (Monsieur R), en écho à un vécu antérieur, et ouvrir au syndrome de glissement. L'avocation est alors mélancolique, telle que décrite par Jean-Michel VIVES. Une seconde mort avons-nous dit, psychique, symbolique – une impossible réinstauration de la castration symbolique pour venir faire scansion. Le sujet s'arrache du monde signifiant, entre dans la jouissance et le hors-sens. Un Autre non-sourd n'existe plus, engendrant la mort d'un corps qui ne serait alors plus que biologique. Le sujet s'enferme dans les murs de son Moi, telle Antigone que Créon destitue de toute ouverture au monde.

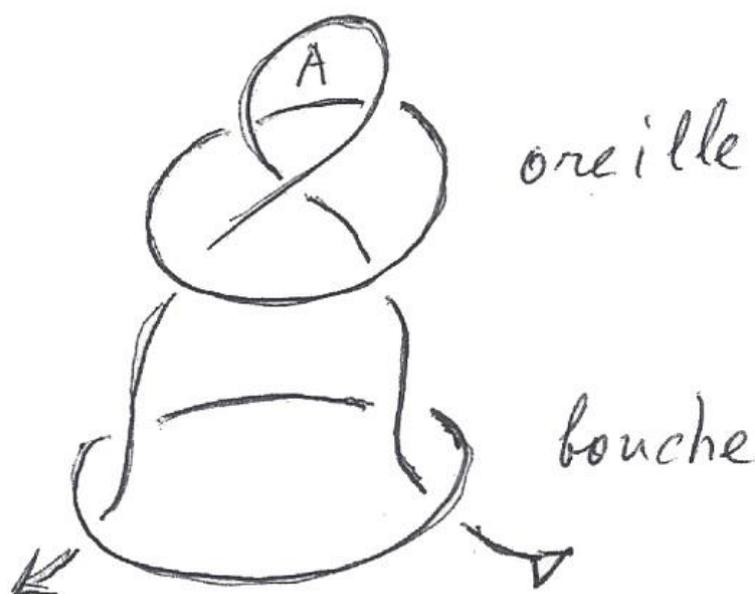
La confrontation à cette perte n'est pas anodine, ne serait-ce que par le bouleversement pulsionnel. Nous voyons la place que peut prendre la pulsion invocante dans la constitution et le maintien du *parlêtre*, du sujet parlant et désirant en prise avec le monde signifiant et la scansion qu'il impose. La voix physique est ce par quoi tout un chacun s'entend désirer, être. Comment penser, avec la clinique des laryngectomisés, une ouverture autre à ce monde de l'Autre dont on y entend, par l'imposition de la perte, une difficile réintégration ? Comment s'incarner en tant que sujet parlant et désirant sans le support de la voix physique ?

4. *La pulsion invocante face à la laryngectomie totale*

Nous avons vu le parcours pulsionnel de la pulsionnalité dans le cas de l'objet cause du désir, et également de manière plus précise en ce qui concerne la pulsion invocante. Dans les situations de laryngectomie partielle telle que Monsieur AQ nous le montre, le schéma reste le même : la flèche pulsionnelle traverse l'orifice qu'est la bouche, puis l'oreille de l'autre et fera retour Autrement après une torsion au niveau de cet autre. La confrontation directe avec l'objet

³²⁴ Vives, J.-M. (2006). L'avocation mélancolique. *Cliniques méditerranéennes*, 73(1), 303-317, p. 316.

a est ainsi évitée et la possibilité de se rendre sourd à la voix de l'Autre permet de ne pas se perdre dans ce retour de la flèche.

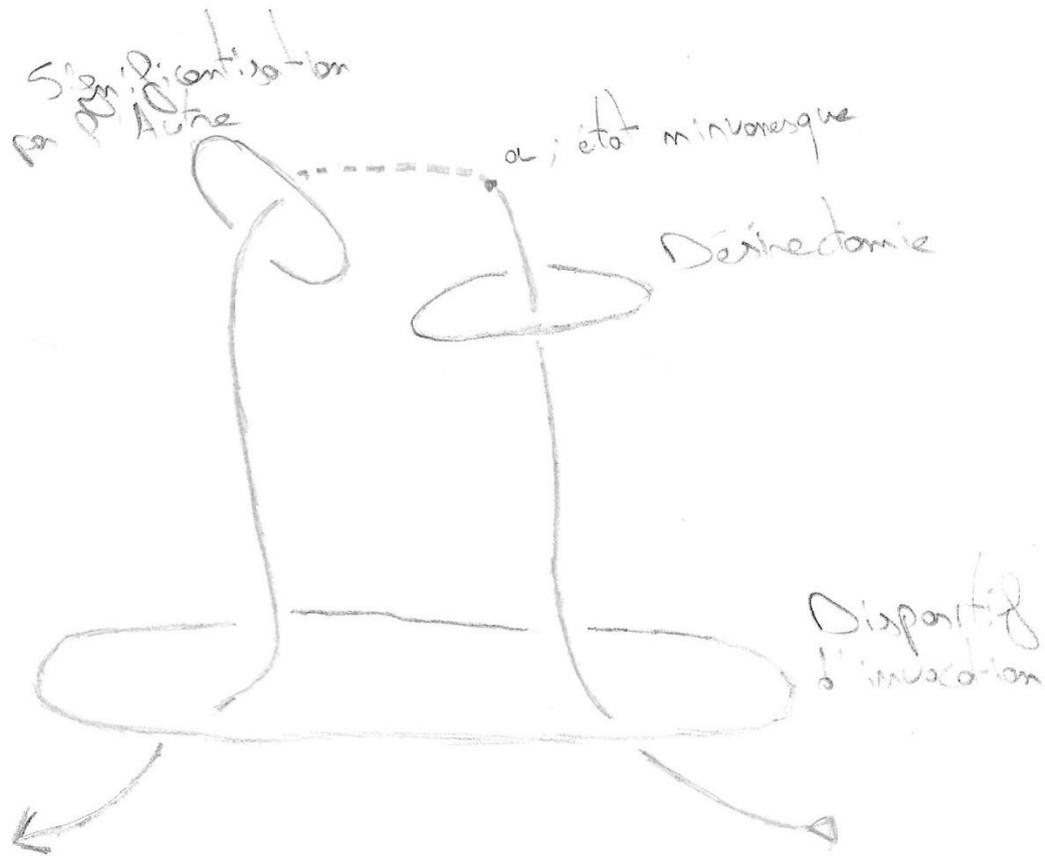


325

Nous proposerons alors une schématisation différente dans les situations que nous rencontrons. Dans le cas d'une désirectomie partielle, hors désirectomie totale et satisfaction complète comme chez Monsieur R, c'est au niveau de cette torsion de l'Autre que cela se joue. Il y a retrouvaille d'avec l'objet-voix perdu qui ne peut se défaire que par l'imposition du désir de l'Autre dans cette fusion mortifère. Lorsque l'autre entend cette complétude qui lui est difficilement soutenable, il s'impose en tant qu'Autre pour castrer de nouveau le sujet. Et nous ne serions plus, comme sur le schéma, dans le registre de la bouche et de l'oreille mais bien du corps, par le geste ou l'écrit, et du regard ; en outre, du côté du dispositif d'invocation quel qu'il soit et de la significantisation nécessaire à sa réception.

La pulsion part du dispositif d'invocation pour se confronter à la désirectomie. Elle se retrouve en proie avec l'objet *a* avec lequel la jouissance opère. Ce n'est que par la rencontre avec l'Autre et l'imposition de son désir que la pulsion peut en sortir et faire retour vers le sujet. Nous nous permettons le schéma suivant pour visualiser ce parcours :

³²⁵ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 25.



Dans le cas de la désirectomie totale, sans la possibilité de significantiser, la flèche ne peut redescendre et reste suspendue à la jouissance et l'état nirvanesque. Il n'y a alors pas de retour possible au dispositif d'invocation tel que nous l'avons vu chez Monsieur R. Ainsi, cela met en évidence que la désirectomie ne devient partielle qu'une fois le signifiant imposé par l'Autre. Dans la réalité clinique, cela se traduit par le soignant qui, très vite, nous l'avons vu, propose au laryngectomisé ses propres signifiants pour faciliter la communication et le soin nécessaire. Nous développerons d'autant plus ce point après. Nous rajouterons qu'à partir de ce temps de significantisation par l'Autre, il y a une entrée de la phase liminale qui se fait ; il y a une possible entrée dans le monde signifiant et donc une nomination possible de l'état du sujet. Par la suite, durant cette phase, peut s'entamer un travail de deuil de la voix physique et relancer le trio pulsionnel « entendre », « être entendu », « se faire entendre » pouvant permettre la sortie de la phase liminale et « dépasser », si nous pouvons le dire ainsi, la perte.

Nous proposons donc ce schéma dans une optique détachée de la sonorisation de la voix. Loin de la bouche du sujet et de l'oreille de l'autre, le dispositif d'invocation correspond

tout aussi bien à la bouche, au corps, à l'écrit, *et cætera*. Il est à entendre ici que le retour sur ce dispositif de la flèche ne se fait pas nécessairement sur le même puisqu'alors la voix physique n'est plus et émergent d'autres dispositifs à la suite de la désirectomie venant entraver le parcours « classique » de la pulsion invocante. C'est maintenant sur la question de ces dispositifs que nous allons nous attarder.

B. Entendre les corps

Si la voix physique est perdue, nous avons vu qu'une sortie possible de l'état nirvanesque et des conséquences de la désirectomie partielle pouvait se faire. Cela sous-tend que la pulsion invocante trouve de nouveaux dispositifs dans lesquels investir et à partir desquels le sujet de l'inconscient peut s'entendre au-delà de la communication – un dépassement de l'avocation. Trois de ces dispositifs nous apparaissent possibles à la suite de l'opération : la labialisation, l'écrit, et le geste. Trois autres expressions par le corps pouvant pallier la perte de la voix physique du point de vue pulsionnel.

1. Vestiges de la voix physique

Une première façon d'entendre le sujet nouvellement laryngectomisé peut se faire par l'accrochage aux vestiges de la voix physique, ce que nous avons nommé jusqu'ici comme étant la labialisation. Il s'agit de l'accentuation des consonnes par le jeu de la langue, du palais, des dents et des lèvres. Le flux d'air ne passant plus, c'est bien la voyelle qui ne peut plus s'entendre. La consonne n'est qu'une coupure dans le flux sonore de la voyelle. « La consonne opère une scansion de la voix, révélant ainsi sa nature temporelle. « Elle s'entend de ne pas s'entendre », c'est un temps muet entre deux voyelles et c'est ce qui fait la différence entre la parole animale et humaine »³²⁶, c'est un brin de silence qui symbolise la coupure désirante nécessaire pour advenir dans le langage, c'est ce qui donne la forme au mot dans le flot sonore. La consonne peut donc toujours être présente après l'opération et, par l'acquisition faite du langage, peut faire entendre le signifiant qui s'y cache. « Elle s'entend de ne pas s'entendre » dans la voix physique, mais post-laryngectomie, il n'y a plus qu'elle. C'est l'imaginaire de

³²⁶ Porge, E. (2014). Entre voix et silences : Tourbillons de l'écho. *Essaim*, 32(1), 41-59, p. 51.

celui qui entend qui vient combler le vide laissé par la perte de la voix physique. C'est l'impossible imposition de la consonne chez Madame P – conséquence d'un cancer très développé – qui fait l'apparition d'un filet sonore n'étant plus scandé, n'étant plus dans la formation de mots. D'une certaine manière, le cancer provoque la perte de la consonne, l'opération celle de la voyelle. Il est à rappeler que, « derrière ce phénomène sonore, il y a la prosodie, soit l'intonation et l'« accent » qui trahissent un corps sujet et un être parlant : il inscrit ses effets dans un autre corps et un autre être qui s'en fait l'« entendeur » »³²⁷ et que, par la perte de la voyelle, par la perte de la dimension sonore de la voix physique, se perd ainsi cette prosodie et cet accent, cette voix subjective telle que nous l'avons définie comme porteuse des traces des expériences qu'un individu à traverser. La consonne n'est que le reste de l'acquisition du langage, ce qui vient signer la langue et encadrer la voix subjective.

Nous nous confrontons à cette labialisation pour la première fois au cours de cette recherche avec Monsieur A. Nous nous étions déjà confrontés à ce mode de communication durant deux années de stages universitaires au cours desquelles nous avons pris l'habitude d'entendre la labialisation. L'année de pause qui nous a été nécessaire pour préparer cette recherche nous a fait perdre la capacité d'entendre ce langage de consonne, il nous a été difficile de se faire « bon entendeur » à notre reprise. La labialisation, si elle impose de tendre l'oreille plus que de coutume, demande également un regard qui se fixe sur les lèvres. Cela permet, par l'articulation, de saisir le mot en formation : il s'agit d'un exercice complexe. Une difficulté apparente que Monsieur A va combler par l'écrit lorsqu'il nous sent en grande difficulté ou que nous lui disons que nous ne saisissons pas.

Cet accrochage aux vestiges de la voix physique est intéressant dans nos rencontres avec Monsieur A puisqu'il démontre l'importance que prend le soignant dans l'ouverture au « se faire entendre » du sujet : au travers de ce dispositif, Monsieur A n'arrive pas à se faire entendre par le soignant que nous sommes, le passage à la position active peine à se faire. Lors de sa deuxième hospitalisation, un an après, nous ne ressentons plus cette difficulté de l'entendre, l'entretien nous paraît « classique » du fait de nos multiples rencontres et de notre habitude à ce canal de communication. Les soignants du service ont cette capacité d'entendre ce mode de communication du fait même de leur proximité constante avec cette problématique : une oreille affûtée et une lecture labiale développée.

³²⁷ Assoun, P.-L. (2014). *Le regard et la voix : Leçons de psychanalyse*. Anthropos Économica, p. 33.

Le recours à la labialisation découle de la réalisation de la perte. Nous observons avec Madame AR ce mouvement qui frappe de plein fouet : dans les jours suivants l'opération, l'utilisation de la voix physique reste recherchée – il s'agit tout de même d'un outil acquis de naissance, il est difficile de réaliser sa perte. Ainsi, les vestiges de la voix physique sont sollicités par habitude et renvoient assez vite la perte : plus aucune voyelle ne peut émaner de ces ruines. Il s'agit d'un mouvement constant chez tous les patients néo-laryngectomisés : au réveil, l'habitude de la parole fait que tous essaient de répondre. S'offre à ce moment de réalisation de la perte de la voix physique la possibilité de conserver ces vestiges, au travers d'un autre qui peut entendre, ou d'accepter totalement et de rechercher un autre canal.

La capacité de labialiser ouvre cependant une possibilité pour la vie pulsionnelle de ne pas totalement désinvestir l'objet perdu, comme nous le montre Monsieur U. Il usera de la labialisation autant que son corps le permet, prenant soin de bien former ses mots. Nous entendons la labialisation comme une potentialité de ne pas perdre l'objet qu'est la voix physique, de s'y accrocher autant que faire se peut pour éviter la confrontation à la perte totale. La consonne est alors maintenue sur son versant de scansion d'avec l'objet *a* et permet d'éviter une rencontre franche avec l'objet perdu. La vie pulsionnelle n'est alors pas totalement bouleversée : une part des investissements peut réussir à se maintenir sur ces vestiges et pallier le retournement de la libido sur le Moi ainsi qu'une part de sa satisfaction. La conservation de ces vestiges va également permettre la préparation à une nouvelle voix : la voix œsophagienne. La technique de la labialisation est celle qui est travaillée par les orthophonistes, associée à un travail d'érucciation. C'est ce que nous montre Madame AR lorsqu'elle peut de nouveau émettre un son : une reconstruction peut se faire sur les vestiges de la voix physique.

L'utilisation de la labialisation peut également s'entendre sur un autre versant. Robert FLIESS nous fait la proposition suivante : « l'activité physique impliquée dans la parole – distincte du processus de verbalisation – précipite la décharge d'affects régressifs qui accompagnent les idées refoulées. Ce serait, entre autres choses, cette libération d'affects qui originerait l'échec du maintien du refoulement. À partir de cette proposition, nous pouvons déduire que l'investissement – plaisir physiologique lié à la fonction verbale – est en lui-même thérapeutique, et qu'il est nécessaire de rendre compte, dans le cadre de la théorie de la règle analytique, des effets érogènes de la décharge pulsionnelle inhérente à la parole »³²⁸. Cela sous-

³²⁸ Fliess, R. (2001). Silence et verbalisation : Un supplément à la théorie de la « règle analytique ». In *Le silence en psychanalyse* (p. 69-93). Payot & Rivages, p. 71.

tend que l'activité même de la labialisation, dans son agencement physique, serait accompagnée de la décharge pulsionnelle au-delà de la verbalisation impossible : par l'articulation. Nous y entendons ce voile de la voix permettant de nouveau l'invocation par la relance du plaisir dans cette activité physique. La labialisation, une fonction habituelle, source de plaisir, et permettant un accrochage à ces restes de la voix physique. Cette hypothèse que nous propose Robert FLIESS tend à mettre de côté l'importance que nous avons vu du langage et du monde signifiant. Considérer que le plaisir serait pris au travers de l'activité physique efface ce que nous percevons du plaisir pris à être sujet. Cependant, il est nécessaire d'entendre que ces restes de la parole peuvent avoir une valence érogène et potentiellement servir d'appel à un imaginaire de la voix physique perdue dans une répétition des mêmes gestes buccaux. Nous poserons l'idée d'un double plaisir pris au travers de la voix physique : celui de la recherche du hors-sens ainsi que le plaisir d'organe, physique, pris par l'activité de parole (par le larynx et tous les organes nécessaires à l'articulation).

Il est notable que si cette solution peut s'avérer être le dispositif principal utilisé par le sujet (comme pour Monsieur A), il n'est souvent pas le seul. Tant qu'ils se font entendre, Monsieur U et Madame AR useront de la labialisation, mais la souffrance du corps empêche une surutilisation de cette technique – passant du plaisir au déplaisir – et nécessite un autre dispositif pour accompagner la labialisation, à l'instar de Madame P pour qui le filet sonore inarticulable est accompagné de l'écrit pour significatiser. L'écrit prend un rôle central dans toutes nos rencontres, ne serait-ce que par la proposition soignante de l'ardoise au réveil de l'opération. La labialisation peut être un dispositif principal de l'invocation, rappelant ainsi l'objet d'amour perdu, mais il n'est, dans la majorité des cas, utilisé qu'au moment de la réalisation de la perte, laissant vite la place au corps ou à l'écrit.

2. *L'écrit, une autre extension possible du corps*

« La voix glisse entre les lèvres, coule dans l'oreille. Elle est morceau du corps qui s'écoule ; elle est du corps en évanescence. Mais, se détachant du corps, le filet de voix prolonge encore ce corps, le déploie dans l'espace, dans un *perpetuum mobile*. Car l'immobilité, c'est la menace du silence »³²⁹ proposent Sémir BADIR et Herman PARRET ; la voix physique comme extension du corps hors de lui-même, comme un morceau de corps tel

³²⁹ Badir, S., & Parret, H. (2001). *Puissances de la voix : Corps sentant, corde sensible*. Presses universitaires de Limoges, p. 7.

que nous le fait entendre Madame P et son impossible perte. C'est sous cette forme que le dispositif de la voix physique peut être investi comme support de la voix pulsionnelle. C'est également sous cette forme que nous cherchons à entendre l'écrit comme potentiel dispositif de la voix pulsionnelle, comme nous l'avons décrit plus haut. C'est-à-dire l'écrit comme prolongement du corps, investi par la pulsion invocante et donc entré dans le monde de l'homonymie – un écrit qui n'est plus unique représentation du mot mais bien dépendant de la contextualisation, faisant affaire avec l'équivoque de la *lalangue*. Cette proposition d'entendre l'écrit découle de la constatation que relate, entre autres, Paul-Laurent ASSOUN : « le mutisme hystérique ouvre la voie à l'écriture, comme activité « vicariante » »³³⁰, l'écrit se substituant à la voix physique perdue par l'aphonie, signant l'absence Et Alain DELBE proposant que « l'écriture est, avec la perte que cette transcription implique, la matérialisation visuelle de la voix prise dans la parole. Lire, c'est, par sa voix, tenter de faire résonner la voix perdue d'un autre. Ecrire, c'est être soi-même « une voix », une énonciation dans le « concert » des écrivains, et plus encore, c'est accepter une communication où la voix réelle, d'être écartée, se voit soulignée »³³¹. Comment différencier un écrit qui alors tiendrait le rôle de dispositif convoquant la voix pulsionnelle ?

Pour bien saisir notre idée, l'exemple de l'écrit chez Monsieur A nous montre ce qu'est l'écrit comme non-dispositif investi pulsionnellement. Il écrira peu et les seuls moments où l'écriture prendra place sont ceux où nous apparaissions à lui en difficulté pour comprendre sa labialisation. L'écrit prend place de communication pure, comme support à la voix physique lorsque celle-ci faillit face à l'autre dans ce qu'elle tente de transmettre. Il en est de même pour Madame P dont l'écrit n'intervient que sur notre demande, lorsque nous ne saisissons pas ce qu'elle souhaite nous dire. Deux situations où l'écrit vient pallier la communication et non être investi par le sujet comme support d'invocation. Deux patients où nous avons mis en avant l'accroche pulsionnelle à la voix physique.

Nous sommes d'ailleurs face à des écrits de type scolaires : Madame P s'installera sur la table de sa chambre, réfléchissant chaque mot qu'elle encre et prenant soin de l'écrire tel quel. « L'écrit transgresse ce que l'oral produit : on n'écrit pas comme l'on parle »³³² rappelle Paul-Laurent ASSOUN ; c'est ce que nous retrouvons chez Monsieur A et Madame P, un écrit transgressant les lois de la parole. L'écrit fait signe, et non signifiant, pour ces patients. « « Le signe est ce qui représente quelque chose pour quelqu'un », à l'inverse du signifiant

³³⁰ Assoun, P.-L. (2014). *Le regard et la voix : Leçons de psychanalyse*. Anthropos Économica, p. 158.

³³¹ Delbe, A. (2014). *Le stade vocal*. l'Harmattan, p. 85.

³³² Assoun, P.-L. (2014). *Le regard et la voix : Leçons de psychanalyse*. Anthropos Économica, p. 1.

représentant un sujet pour un autre signifiant »³³³, ces écrits ne font que représenter quelque chose – donc communiquer, transmettre – sans faire signifiant, sans dévoiler une part de subjectif – sans faire parole. Nous irions jusqu’à dire que le cadre de l’écrit scolaire impose un protocole de l’utilisation de cet écrit où le dépassement ne se fait pas et seuls l’apprentissage et la nécessité de se faire comprendre prennent place. Le jeu au travers de ces écrits ne se fait pas, aucun plaisir n’est cernable.

En revanche, nous citerons également Denis VASSE, qui précise que « l’écriture trahit toujours quelque chose de l’inconscient qu’elle révèle et qu’elle cache. En elle, se trouve imprimée la marque particulière du sujet. Comme dans la voix »³³⁴, assertion tout à la fois vérifiable lorsque l’aspect protocolisé de l’écrit laisse place à une interprétation du sujet écrivant. Nous observons chez Monsieur U un écrit qui se voit investi pulsionnellement. Très vite, lorsque la labialisation n’est plus possible pour lui, il se saisira de ce médium de lui-même. C’est un outil qu’il utilise déjà pour sa passion de la musique – il est auteur. Au début, l’écrit prend du temps, est réfléchi, remanié avant de nous le transmettre et que nous le sonorisons selon sa demande. Il vérifie ainsi que nous avons bien compris et donc qu’il a « bien » écrit. Nous entendons ce mouvement comme une invitation à la relation : par l’ardoise qu’il nous tend, il ouvre une possibilité d’entrée en relation avec l’autre – cherchant par là même à se faire entendre. La valence communicative de l’écrit est assez présente mais nous observons d’ores et déjà un jeu avec la graphie du mot ; une première prosodie de l’écrit avec un enrobage du signifiant. Cela apparaît notamment sur le mot « BUTER », écrit en majuscule. Dans la *doxa*, la majuscule intervient comme manière d’insister sur le mot, de transcrire le cri à l’écrit : à la lecture nous forçons le mot, à moitié crié. Jouer ainsi avec l’écrit pour Monsieur U nous indique les prémisses d’un investissement pulsionnel de l’écrit, un quelque chose de l’inconscient qui se révèle.

Cet écrit comme dispositif se voit mis à mal par la confrontation à la jouissance engendrée par la perte de la voix physique. Le geste prend la place, accompagné d’un simple écrit « suis le MVM ». La passivité qu’entraîne le deuil est portée dans cette phrase, accentuée par une majuscule sur une abréviation. L’écrit peut, malgré cette confrontation, conserver une part de l’équivocité : « MVM » ouvre à entendre différemment en fonction de l’autre-lecteur. Nous noterons également la disparition du pronom « Je », une manière d’entendre ce

³³³ Bendrihen, N. (2016). *Écritures et réel du cancer : Gratter le mur*. Le Bord de l’eau, p. 125.

³³⁴ Vasse, D. (1974). *L’ombilic et la voix*. Seuil, p. 8.

mouvement de passivation, avec une déssubjectivation nécessaire. Puis, dans un troisième temps, l'écrit prendra son rôle de dispositif convoquant la voix à part entière. Nous pouvons l'entendre dans l'utilisation des mots dans leur phonétique : une manière, pour Monsieur U faisant peu de fautes d'orthographe, d'écrire à la manière de parler. Ses écrits seront plus rapides, moins réfléchis, plus automatiques. La place est entièrement laissée à l'équivocité et à l'homonymie. Et il se positionnera concernant la canule phonatoire, il la refuse. Nous entendons ce refus en lien avec cette trouvaille de l'écrit comme dispositif d'invocation suffisant.

L'écrit peut donc se parer de la voix pulsionnelle et permettre de pallier la perte de la voix physique de manière pleine et entière. Dans la majorité des cas, cependant, l'écrit ne vient que suppléer un temps. Suppléance pour la communication telle quelle, nous l'avons évoquée, mais également suppléance temporaire pour la voix pulsionnelle. Pour Madame AR, nous observons une utilisation de l'écrit au cours de nos rencontres, un écrit qui va au-delà de l'outil de communication et qui apparaît parallèlement à sa capacité de faire « du bruit avec la bouche ». Un écrit dans lequel nous entendons sa parole d'avant l'opération, notamment par l'humour défensif, qui se déploie de manière non réfléchie. Cet écrit prend donc place au moment où le monde sonore s'ouvre de nouveau à Madame AR, sans qu'il puisse prendre sa place en tant que support de la voix pulsionnelle. La labialisation laisse place à cet écrit qui vient soutenir le passage des vestiges à la voix artificielle. Un dispositif transitoire, réservoir de l'invocation le temps que s'ouvre de nouveau le monde sonore.

La voix pulsionnelle apparaît en capacité de trouver refuge au creux de l'écrit et faire de ce dernier une parole voilant la voix. Un voile ténu, difficile, mais qui semble pouvoir se maintenir lorsque l'écrit est déjà un outil de sublimation – c'est-à-dire déjà destin pulsionnel dans lequel la pulsion invocante trouve un objet correspondant aux valeurs sociales³³⁵, comme pour Monsieur U dont le milieu musical favorise son emploi. En effet, pour ce patient, l'écrit a déjà une grande valeur dans la composition musicale, et cela se retrouve dans son écriture réfléchie, soignée et sans faute d'orthographe lors de notre première rencontre. Il y a pour lui la possibilité d'en jouir avant même l'opération. Cet écrit dont il a l'habitude sous-tend littéralement le dit musical qui s'en suit, mais un écrit dont il est possible de parer le signifiant : d'abord par la majuscule, puis par l'équivocité que la phonétique permet.

³³⁵ De Mijolla-Mellor, S. (2012). *La sublimation*. Presse Universitaire de France, p. 9.

Il est important de rappeler que cet écrit est imposé par le corps soignant (nous-même compris) dans une volonté, et une nécessité, d'ouvrir à la communication. Mais cette communication écrite peut se transformer en parole écrite, comme nous le voyons avec Monsieur U. Le jeu de la sonorisation des écrits des patients ouvre la place d'un Autre en position de faire entendre l'équivocité des signifiants écrits, représentée par la suite pour Monsieur U au travers d'une écriture plus phonétique. Par ce rôle de porte-voix, l'écrit du sujet est empreint du désir de l'Autre : nous imposons notre propre désir dans la traduction que nous faisons lors de notre lecture. Peut-être est-ce là ce que nous renvoie Monsieur U lorsqu'il nous dit, avec un brin d'humour, que notre voix est morose. Nous serions alors un Autre autour duquel la torsion s'opère et auquel il se rend sourd puisque se détachant de notre proposition signifiante. En tous les cas, cela permet, à l'instar de la mère renvoyant son désir à l'*infans*, de transformer un écrit pur en écrit pour. Nous faisons ici la distinction entre les sujets qui vont adresser leurs écrits par le geste, tournant l'ardoise vers le lecteur, pointant du stylo certains mots sur lesquels ils veulent insister, et les écrivains qui, dans le mouvement de l'écrit, vont le conserver pour eux, nécessitant alors que le regard aille chercher cette parole – quitte à la lire à l'envers ! Cette double façon de faire avec l'écrit renvoie à ces écrits pur et pour, et peut se retrouver chez un même patient à différents moments de son parcours. C'est lorsque l'ardoise ou la feuille est tendue vers le lecteur que nous entendons le mouvement de l'écrit pour, que l'entrée en relation peut se faire et que l'Autre peut y prendre une place. L'écrit adressé est alors renvoyé par l'Autre porte-voix comme potentiellement pris dans un désir, et ainsi fait entendre la scansion qui existe également dans l'écrit. Il y a un manque dans ce qui est écrit et l'Autre l'entend, le renvoie.

Cela permet de rentrer dans les 3 mouvements de la pulsion invocante – entendre, être entendu, se faire entendre. Nous l'avons vu, c'est la question du « se faire entendre » qui permet de sortir de l'état nirvanesque que provoque la perte de la voix physique. Et cette question, par l'écrit, trouve sa réponse dans ce mouvement de sonorisation des écrits. Pour Monsieur U, plus besoin d'écrire avec attention : l'écrit en langage SMS se fait entendre, trouve réception auprès de l'Autre qui le renvoie. Il faut le comprendre ainsi : au décours des entretiens, nous passons du rôle de l'Autre à celui de simple prêteur de voix. Notre voix physique devient celle de l'Autre, puis support de l'écrit qui peut alors prendre valeur de dispositif d'invocation une fois que le sujet est pu s'y rendre sourd.

3. *Corps douloureux, corps expressif*

Un troisième dispositif d'invocation peut être entendable : le corps, par des mouvements et des manifestations cherchant à signifier. Le corps est, à la suite de l'opération, particulièrement malmené. Il souffre d'avoir été anesthésié, ouvert et amputé. Il a été désorganisé et ne peut plus fonctionner comme avant. Il doit se remettre de ces épreuves tout en prenant en compte ces capacités limitées – temporairement ou définitivement. Mais le corps à l'hôpital, nous l'avons vu, n'est pas qu'une machine qui se doit de cicatriser. Il est également corps érogène, corps investi par le sujet. Ce corps là est tout à la fois bouleversé et malmené. Il ne répond plus aux exigences d'avant, ne rentre plus dans le schéma corporel préétabli. Et au travers de ces remaniements, il parle, de différentes manières.

La question de la cicatrisation est importante à entendre, notamment dans le rapport étroit sous-tendu entre corps et psyché ainsi que ce qu'elle vient dire du sujet. Monsieur B et Monsieur U présentent tous deux aux équipes des difficultés de cicatrisation inexplicables, en parallèle d'un retour qui nous est fait d'un état dépressif qui s'installe. Comment entendre cette difficulté de cicatrisation si, biologiquement, la médecine ne peut l'expliquer ? Nous avons vu avec Monsieur R la possibilité que le sujet entre dans un syndrome de glissement du fait de cette rencontre avec l'objet perdu. Nous pouvons entendre ces moments de difficiles cicatrisations du corps comme les prémisses d'un syndrome de glissement, des premiers appels à faire entendre pour éviter de sombrer dans le tourbillon de la jouissance. Monsieur B n'arrive-t-il pas à le formuler : « Personne ne s'occupe de moi ! » ?

Penser l'impossible cicatrisation comme un impossible à se faire entendre sous-tend l'idée que, par l'imposition d'un Autre et de signifiants concordants, le corps pourrait sortir de cette torpeur et commencer le travail de la cicatrisation – dans un mouvement de somatisation du conflit psychique qui nécessiterait une symbolisation, renvoyant l'idée soulevée d'Alain DELBE de la castration vocale, à savoir que « cette castration va être la soumission de la voix aux lois de la parole articulée, aux lois du langage »³³⁶ et ici, par l'imposition de l'Autre. Pour Monsieur B, cela semble se dérouler lors d'un entretien qu'il a mis longtemps à accepter. Lors de cet entretien, la gestuelle est très présente, et nous sonorisons un geste à la fin de l'entretien par « c'est long d'être ici ». Un geste qui fait résonner en nous la lourdeur de l'hospitalisation, de par ses contraintes nécessaires et l'imposition constante d'un autre – infirmier, aide-

³³⁶ Delbe, A. (2014). *Le stade vocal*. l'Harmattan, p. 40.

soignant, ASH, médecin, interne, orthophoniste, assistante sociale, kiné – ainsi que l'impossibilité de désirer sans eux. « C'est long d'être ici » qui trouvera un écho interprétatif puisque s'en suit un sujet qui parle et désire : « Personne ne s'occupe de moi », et un corps qui guérit, sans raison apparente, ouvrant une porte de sortie à l'hospitalisation. Un « c'est long d'être ici » que nous entendons comme une traduction interprétative à partir de notre positionnement d'Autre qui se voit entendue car renvoyant à Monsieur B qu'il se fait entendre dans ce que nous imaginons être son désir. Une traduction interprétative qui se voudrait suffisamment proche du ressenti de Monsieur B pour que ce dernier puisse s'en saisir. Un jeu autour de la pulsion invocante qui, par le corps et sa non-cicatrisation, peut s'appuyer pour relancer la quête désirante : l'objet *a*-voix est voilé par le corps. Comme nous l'avons postulé plus avant, nous supposons cependant que cette interprétation survient en parallèle d'autres émises par les soignants et qui permettent à Monsieur B d'appuyer cette idée que son corps peut se faire voile.

Monsieur U présente également une non-cicatrisation à la suite de l'opération à l'instar de Monsieur B : tous les indicateurs biologiques semblent pourtant positifs. Nous observons la passivité chez Monsieur U, signe que nous mettons du côté de la rencontre avec l'objet *a*, effet de la désirectomie partielle. Il « suit le mouvement », comme nous l'avons vu. La cicatrisation ne se fera qu'une fois que son médecin généraliste aura écrit une lettre à l'ARS allant dans le sens de ce qu'il ne cesse de répéter : c'est trop tôt pour un retour à domicile. Là où Monsieur U n'arrive pas à se faire entendre au sein du service, ce médecin généraliste lui renvoie l'inverse : « tu as été entendu, voilà comment je peux me faire porte-voix ». Nous serions dans un mouvement non plus passif mais bien actif par la plainte et la revendication : il oblige l'équipe à l'entendre, à entendre son corps qui n'est pas prêt – reflet, selon nous, du conflit intrapsychique en lien avec la phase liminaire d'après l'opération. Un corps qui finira donc par être entendu, parole portée par le médecin généraliste, et un corps qui pourra, par la même, cicatriser.

Par la laryngectomie totale, le sujet frôle la jouissance nirvanesque – effet de la désirectomie partielle. Associé à cela, nous voyons que le corps s'en fait écho. Les deux sont intimement liés : dans la situation de Monsieur R, la jouissance est trop présente et le corps rentre dans un syndrome de glissement en parallèle d'un repli sur lui-même quasi-complet. Monsieur B et Monsieur U en réchappent. La non-cicatrisation biologiquement inexplicable que nous observons se fait écho d'un monde psychique très appauvri, passif et tourné vers soi.

Ce n'est qu'une fois qu'une part de subjectif peut être entendu – suffisamment bien entendu³³⁷ – que le corps va pouvoir guérir.

Du point de vue économique, nous comprenons que l'énergie libidinale repliée sur le Moi à la suite de l'opération empêche un réinvestissement du corps qui permettrait sa guérison « normale », biologiquement explicable. Une part pulsionnelle semblerait nécessaire au bon déroulement de la convalescence. Mais tant que le sujet se trouve pris dans le tourbillon des pulsions mortifères, il ne peut que s'en défendre et n'a pas la possibilité d'un réinvestissement sur le corps : l'énergie libérée par la proximité de l'objet *a-voix* doit retrouver un dispositif permettant le voile de la voix pulsionnelle pour qu'ensuite, le schéma corporel puisse se reconstruire. « Toute modification d'une fonction a par conséquent une influence immédiate sur l'image du corps »³³⁸ nous dit Paul SCHILDER. Dans les situations de désirectomies partielles, l'impossible réinvestissement libidinal sur le corps, lorsqu'il n'est pas suffisamment bien entendu, empêche ces changements immédiats et lorsque celui-là pourra de nouveau se tourner vers l'extérieur, l'image du corps se verra amputée du sons – extension de cette image dans le monde³³⁹ – ainsi que modifiée par ce qui se joue au niveau du cou et du lambeau de peau pris pour la reconstruction.

Au-delà de ce corps qui souffre et d'un sujet qui nécessite une mise en sens, la question corporelle prend aussi la coloration du geste dans ces situations de laryngectomie totale. Nous l'avons brièvement abordé avec Monsieur B. Tout un chacun parle, un tant soit peu, avec ses mains, sa tête, son corps de manière générale – la fameuse communication non-verbale que beaucoup tente d'objectiver. Lorsque la voix physique est empêchée, ce corps est d'autant plus entendable. Dans les situations que nous avons observées, ces gestes sont souvent associés à l'écrit. Monsieur B par exemple, usera du geste avec l'écrit ou enrobera ses écrits par le geste. Pendant que nous lisons ce qu'il écrit concernant l'ablation du larynx, il fera un geste pour imaginer l'opération : une main mimant le ciseau qui vient couper son pouce de l'autre main, représentant le larynx. Des gestes que nous comprenons facilement par l'appui de l'écrit. Le geste qu'il fait et que nous traduisons par « c'est long d'être ici » est un geste très vague : les bras à moitié repliés, montés au niveau du thorax et qu'il laisse tomber de manière nonchalante³⁴⁰. Nous y entendons un cri qui fait appel à l'aide, appel à l'autre, un cri proche du

³³⁷ En référence à cette mère suffisamment bonne de Donald Wood WINNICOTT.

³³⁸ Schilder, P. (1980). *L'Image du corps : Étude des forces constructives de la psyché*. Gallimard, p. 199.

³³⁹ *Ibid*, p. 206.

³⁴⁰ Notons la difficulté que nous avons à décrire un geste non signifiant.

cri pur mais que le sujet de l'inconscient entend comme pouvant se parer du signifiant s'il parvient à se faire entendre.

« Le nourrisson fait appel à cette aide [extérieure] par ses cris. La fonction maternelle peut se définir comme l'attention et la réponse apportées à cette demande d'aide extérieure »³⁴¹ : telles sont les demandes de Monsieur B et de Monsieur U, à ce que l'autre-soignant puisse assumer cette fonction maternelle et répondre à l'appel, être suffisamment bon. L'utilisation du geste, telle que nous l'entendons lors de nos rencontres, répond au geste spontané, non réfléchi, qui serait « le vrai « *self* » en action »³⁴² selon Donald Wood WINNICOTT. Ce vrai *self* se doit cependant d'être protégé : « dans une existence saine, dans le vrai « *self* » il y a une certaine qualité d'obéissance qui correspond à une aptitude du nourrisson à se soumettre et à ne pas s'exposer »³⁴³. Nous entendons le vrai *self* comme le sujet non-barré, non marqué par la castration qu'impose le symbolique. La mise en place d'un faux *self*, qui ne serait pas pathologique³⁴⁴, nous renvoie à l'imposition signifiante de l'Autre permettant à l'*infans* d'advenir en tant que sujet. Pour cela, il y a nécessité d'un objet maternel suffisamment bon. Dans notre clinique de la rencontre avec le sujet laryngectomisé, nous sommes face au geste qui peut se voir désarrimé de tout signifiant, lorsque labialisation et écrit ne viennent pas servir l'invocation, et donc se retrouver face à un vrai *self* transposé par le geste qui se voit sans protection. L'imposition que fait le soignant d'un signifiant s'entend alors comme une obligation pour faire face aux terribles bourrasques de la jouissance et remettre en place un faux *self*, par le biais d'un bain signifiant venant enrober le geste, faire que le geste du sujet laryngectomisé se fasse entendre. Nous verrons plus après comment, par les obligations hospitalières, cette fonction maternante peut être mise à mal et ainsi freiner la sortie de la phase liminaire.

D'une certaine manière, le corps peut alors prendre cette valeur de dispositif d'invocation pour pallier la perte de la voix physique. Soit le corps parle, somatise pour faire entendre le sujet qui ne peut plus se dire. Alors, la nécessité d'entendre et de proposer un signifiant correspondant au plus proche du vécu du sujet – et laissant place à un manque dans le rapport de l'Autre au sujet – s'entend comme l'entrée dans le monde signifiant du corps : ce

³⁴¹ Szwec, G. (1999). La fonction maternelle du thérapeute, la mère morte, l'amante. *Revue française de psychosomatique*, 16(2), 7-18, p. 9.

³⁴² Winnicott, D. W. (1970). *Processus de développement chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Payot, p. 125.

³⁴³ *Ibid*, p. 127.

³⁴⁴ *Ibid*, p. 119.

mouvement inconscient de la somatisation peut émerger à la conscience et permettre au sujet un réinvestissement du monde extérieur. Soit le geste prend une place consciente et cherche à signifier, faisant par la même transparaitre le vrai *self* et une part de hors-sens qu'il convient d'enrober d'un signifiant pour que d'« entendre », la pulsion invocante puisse entrer dans un « être entendu » et ouvrir la porte à un possible « se faire entendre », position active du sujet qui reprendrait ses droits sur l'invocation. Tout cela se joue par la nécessité de renvoyer au sujet qu'il est entendu.

4. *Sonoriser pour faire entendre ?*

Ainsi, sonoriser ce qui nous est adressé nous apparaît nécessaire. Nous avons vu plus haut comment nous en étions venus à cette oralisation des écrits et des gestes, dans un mouvement qui nous appartient³⁴⁵ pour faire face au silence sonore imposé par la condition de laryngectomisé et rendre une parole au sujet sans voix. Nous constatons, avec l'apport de ces situations cliniques, l'impact que cela peut alors avoir sur ce qui se joue psychiquement autour de cette sonorisation. Nous avons vu l'importance que revêt l'imposition signifiante pour sortir de l'état nirvanesque provoqué par la désirectomie partielle, et la nécessité du patient à « se faire entendre » dans ce contexte. Sonoriser revient à renvoyer au sujet-patient sa propre parole, Nous nous faisons Écho, telle cette nymphe de la mythologie grecque qui ne peut que reprendre la parole de l'autre, qui a été condamnée au silence pour avoir distrait Héra par sa parole pendant que Zeus se distrait avec d'autres nymphes. « Elle ne peut [alors] s'extraire du silence imposé qu'en « raptant » la voix de l'autre »³⁴⁶. En un sens, nous ne pouvons que reprendre ce qui est dit par l'autre pour tenter de briser ce silence ; tout du moins, nous ne pouvons que tenter de se faire écho à ce que nous pensons entendre.

Ce qui fait que ce positionnement d'Écho alterne, dans la rencontre, avec celui de traducteur. Nous essayons tant bien que mal de ne pas sortir du sens porté par le sujet lors de notre sonorisation, pour lui transmettre tant le signe que le signifiant qu'il tente de transmettre. Si, pour le signe, nous nous faisons donc écho de sa parole, concernant le signifiant, ce qui enrobe la communication, nous transmettons là une traduction de ce que nous entendons. « La source qui motive le besoin d'être entendu, c'est bien l'autre auquel on s'adresse. Or celui-ci, non seulement vous renvoie votre message, à partir du moment où c'en est un, « d'une manière

³⁴⁵ Mais également partagé par d'autres membres de l'équipe soignante.

³⁴⁶ Assoun, P.-L. (2014). *Le regard et la voix : Leçons de psychanalyse*. Anthropos Économica, p. 162.

inversée » comme le martèle Lacan, ou vous contraint à vous ressentir, en tant que sujet qui énonce, comme clivé de votre énonciation dont il vous dérobe le sens »³⁴⁷ ; sonoriser renvoie tant le message que la castration, dans un jeu de positionnements entre Écho et Autre puisque ce que nous pouvons renvoyer est alors inversé car empreint de nos signifiants, de notre désir. « Toute parole suppose en fait un Autre présent à qui l'on s'adresse. Nous disons bien un Autre avec un grand A, qui s'incarne certes dans le « petit autre », l'individu présent à qui l'on s'adresse mais qui ne s'y réduit pas »³⁴⁸. C'est d'Écho que peut naître l'Autre dans la relation soignant/soigné avec un patient laryngectomisé. Sonoriser pour faire entendre au sujet qu'il est entendu et qu'il peut, ensuite, se faire entendre.

Nous l'avons développé concernant la situation de Monsieur B : par la sonorisation proposée, par l'écho que nous avons renvoyé de son geste, Monsieur B a pu s'en saisir et faire de l'autre un Autre. Sonorisation que nous entendions importante pour Monsieur B, notamment lorsqu'il en vient à appuyer son feutre sur chaque mot, comme pour nous apprendre à lire : nous devons renvoyer le mot juste. Monsieur U, au début de son hospitalisation a eu un mouvement de recherche de notre lecture à voix haute de son écrit en nous tendant l'ardoise. Une invitation à le lire, à rendre gorge de ce qui est écrit, avec une vérification de sa part que chaque mot est bien lu tel qu'il est écrit. Lorsque l'écrit n'est plus, par la suite et la confrontation aux impacts de la désirectomie partielle, la gestuelle prend le relais et lorsque nous faillons à nous faire Écho de ce geste, lorsque ce que nous lui proposons ne correspond pas à ce qu'il dit, l'écrit reprend pour pallier cette entente qui ne se fait plus par le geste. C'est un mouvement que nous retrouvons énormément chez les patients que nous rencontrons : l'ardoise tendue et une attente avide que nous lisions pour confirmer que le message a bien été réceptionné ; sonoriser pour accuser réception d'une parole qui peine à se faire entendre. Nous noterons également que, dans la situation de Madame P, l'impossibilité de scander le flot de voix par l'imposition de la consonne la contraint à se faire entendre différemment : par le geste et l'écriture. Nous observons dans cette situation l'importance que revêt le retour sonore que nous pouvons faire : à chaque idée transmise à l'écrit ou par geste, Madame P laisse un temps silencieux durant lequel elle attend l'écho de sa parole, justifiant ainsi la bonne communication entre elle et l'autre.

³⁴⁷ Nassif, J. (2004). *L'écrit, la voix : Fonctions et champ de la voix en psychanalyse*. Aubier, p. 328.

³⁴⁸ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. Métailié, p. 32.

Sonoriser de prime abord pour briser un silence que nous vivons comme angoissant, mais il en ressort que cette sonorisation apporte une ouverture à l'Autre pour le sujet laryngectomisé, par le biais de l'Écho. Cette position est adoptée plus ou moins consciemment par de nombreux membres de l'équipe soignante, notamment ceux présents dans le service depuis un long moment. Une aide-soignante nous confiera que les patients laryngectomisés sont les plus angoissants pour elle, cette même aide-soignante qui se fera écho des paroles écrites ou gestuelles de ces patients avant de leur répondre : une solution pour briser un silence angoissant que nous relierions à ce que décrit Michel POIZAT du sujet sourd-muet : « Ce dernier, par son silence structural, pourrait-on dire, fait en effet miroiter inconsciemment non plus la révélation de l'incomplétude de l'Autre, ni celle du sujet, mais au contraire une position de l'Autre absolu, non désirant, non marqué de ce fait par l'opération de la castration symbolique : un Autre en fait complété par l'objet-voix qu'il présentifie par son silence. Un Autre donc, imaginarisé comme support d'une jouissance absolue dont est irrémédiablement privé le sujet parlant »³⁴⁹. Une sonorisation nécessaire donc, pour que le sujet entende qu'il est entendu et que puisse se relancer la quête désirante sur de nouveaux dispositifs, comme nous l'avons développé concernant la sortie de l'état nirvanesque.

C. Un trou comme bordage

Au-delà de la question de la voix physique, la laryngectomie totale laisse une trace sur le corps. Le trachéostome marque le passage au travers du cancer de la gorge. Il est un stigmate visible, reconnaissable et stéréotypé ; il est ce « trou qui crache à la figure des autres »³⁵⁰. Un trou à la base du cou qui permet la survie par la déviation de la trachée et qui va devoir être protégé des dangers que représente l'environnement extérieur. Pour se faire, il n'est pas laissé à nu. Dans toutes les situations, il y a une canule qui servira de filtre, et parfois la phonation. Cette canule est un corps étranger et donc, le corps réagit en sa présence³⁵¹. Il est nécessaire de s'en occuper, d'en prendre soin pour que soi et son corps puissent se l'approprier. Ce trou présent dans le cou prend une place centrale pour le sujet du fait de l'impact dans son rapport au social, de ce qu'il montre, et dans son rapport à soi, à ce nouveau trou du corps auquel il faut désormais porter une grande attention.

³⁴⁹ *Ibid*, p. 213.

³⁵⁰ Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 143.

³⁵¹ *Ibid*, p. 58.

1. *La place de l'éducation thérapeutique*

Est appelée « éducation thérapeutique » tout ce qui concerne l'apprentissage au patient du soin de sa canule et de son trachéostome : comment laver la canule, les gestes pour ne pas infecter le trachéostome ou encore comment faire attention à ne pas se noyer par le trachéostome – car ce trou ne se ferme pas comme le nez et si de l'eau y rentre, le risque est important. Tant que le patient n'est pas « éduqué » correctement, il est difficile pour les soignants de le laisser rentrer chez lui. Ce temps d'éducation commence, du point de vue médical, une fois la cicatrisation bien entamée, et du point de vue psychique, une fois le réinvestissement de la pulsion invocante possible. C'est le temps que nous évoquons comme étant parallèle à la phase liminaire que traverse le sujet : un début de sortie de l'état nirvanesque mais qui reste encore éloigné de l'état de bien-être tel que défini par l'OMS. Cette éducation thérapeutique, si nous ne pouvons l'observer directement lorsqu'elle est en cours, nous est indiquée lors des réunions staffs durant lesquels les infirmiers sont amenés à dire si le patient est éduqué ou non.

Ce temps est paradoxalement un temps privilégié entre le soignant et le soigné : le soignant laisse la place au soigné de faire les soins quotidiens sous son regard d'éducateur. De notre place, nous voyons l'acquisition de ce savoir par le soigné lorsque celui-ci, au cours d'un entretien, va dévisser la canule, l'enlever et la nettoyer si celle-ci est bouchée. Ces gestes sont vitaux pour la suite du parcours de la maladie hors des murs hospitaliers. Monsieur A, Monsieur AQ, Madame AR sont tous trois éduqués à ces gestes : ils se réapproprient cette partie de leur corps. Monsieur U, Monsieur B, Monsieur R, eux, ne le sont pas ou peu. Monsieur U, dans sa passivité, recherche l'infirmier à domicile qui, chez lui, saura le faire à sa place : denrée rare disions-nous car il s'agit de soins particuliers et longs. Monsieur B partira pour un établissement de repos qui sera apte à prendre en charge ce genre de soins. En partie, Monsieur U et Monsieur B auront acquis cette éducation thérapeutique, leur permettant de faire face à des situations d'urgence, si la canule se bouche par exemple. Quant à Monsieur R, la mort prendra le dessus. Aucun élément ne semble rendre compte d'une quelconque acquisition de l'éducation thérapeutique : ni observable lors de nos entretiens, ni évoqué par les soignants. Nous notons que, dans cette différenciation que nous faisons des patients, les trois premiers évoqueront l'importance que revêt la voix artificielle pour eux et nous montreront l'importante place qui est faite à la labialisation : un accrochage à la voix physique comme dispositif d'invocation. Alors que les trois autres ne seront pas dans cette optique : Monsieur U se positionnera d'ailleurs manifestement contre l'implant phonatoire.

C'est ce qui nous amène à penser l'investissement de l'éducation thérapeutique du trachéostome comme représentant le possible investissement par la suite de la voix artificielle. Éric GIRARD, dans son livre témoignage, évoque sa réaction face à l'annonce de cette canule : « D'accord pour me faire charcuter, pour me faire javelliser l'intérieur de la gorge, qu'on procède à un curetage, mais qu'un bout de plastique prenne place dans mon cou me stupéfiait, me révolta »³⁵². C'est un premier travail pour mettre en place l'éducation thérapeutique : dépasser l'angoisse du corps étranger dans le cou. C'est une angoisse de cette nature qu'évoque – entre autres – Madame AR lorsqu'elle compare la canule à un corps étranger, angoisse que nous qualifierons d'intrusion. En ce sens, nous trouvons que l'infirmière qui vient lui présenter les canules qu'elle aura par la suite répond parfaitement bien à cette angoisse : un moyen de démystifier et de se représenter ce qu'il en est. Le versant esthétique n'intervenant que plus tard. Cependant, les deux canules qui ont été montrées sont particulièrement impressionnantes dans le sens où, lorsqu'elles sont placées dans la gorge, l'autre ne perçoit qu'un rond ressemblant à du plastique, mais il ne s'agit que de la face émergée de l'appareillage. À l'intérieur du corps, particulièrement pour la première canule qui prend place post-opération, se glisse un long tube. Le corps est envahi. Dans un premier temps, les frontières du corps montrent leur perméabilité ; la peau se troue, l'appareillage y prend place et ce qui est extérieur peut rentrer.

Didier ANZIEU définit ainsi la peau : « La peau, première fonction, c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés. La peau, seconde fonction, c'est l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets. La peau enfin, troisième fonction, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significatives ; elle est, de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci. »³⁵³ Et sur ces caractéristiques de la peau, l'auteur pose que la peau « fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions »³⁵⁴. Cela permet de déployer la notion de Moi-peau comme étant une représentation psychique émergeant des réponses apportées par la mère à l'enfant et

³⁵² Girard, É. (2016). *Je n'ai qu'une parole*. La Martinière, p. 118.

³⁵³ Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod, p. 61-62.

³⁵⁴ *Ibid*, p.119.

par les jeux des corps de la dyade³⁵⁵. Ainsi, lorsque la peau se voit trouée par la laryngectomie totale, c'est tout un ordre qui est bouleversé. Le sac se perce, la limite d'avec l'extérieur est friable et la communication est bouleversée : tel est ce que nous pouvons imaginer avec cette définition de Didier ANZIEU.

L'éducation thérapeutique vient, de ce fait, répondre à ce bouleversement, offrant la possibilité d'une rencontre avec ce nouveau corps, permettant ainsi la reconstruction de l'image du corps et du schéma corporel – puisque influencés en partie par l'autre³⁵⁶. L'éducation thérapeutique semble représenter le mouvement de sortie de l'état nirvanesque par une reconstruction du Moi-peau. L'opération délie la pulsion invocante de son objet et ouvre le corps par le trachéostome. Nous pouvons parler métaphoriquement d'un mouvement de « fuite » pulsionnelle par le trachéostome qui se doit d'être colmaté : le Moi-peau en tant que sac retenant le « bon » laisse échapper ce dernier. Le travail infirmier autour de cet orifice permet de le refermer imaginairement, de colmater la fuite et d'ouvrir en parallèle les investissements de la pulsion invocante. Les patients de cette recherche, à l'exception de Monsieur R et Madame P, nous montrent qu'une fois l'éducation thérapeutique entamée, le réinvestissement pulsionnel est possible.

C'est le temps durant lequel deux mouvements importants se jouent du côté soignant : l'apprentissage des mécanismes du nouveau corps ainsi que la proposition d'une nouvelle réserve signifiante. Le lien qui se crée entre soigné et soignant est plus fort lors de ce temps d'éducation thérapeutique puisque le soignant doit prendre le temps de rester avec le soigné. Une nécessité qui permet un échange intersubjectif et donc ce rôle d'Autre que peut avoir le soignant. Autrement dit, une reconstruction du Moi-peau également dans ces fonctions de communication. Ce travail d'éducation thérapeutique est à considérer, par cette reconstruction qui s'entame, comme l'une des entrées dans la phase liminale ; la réalisation puis la nomination du corps handicapé va pouvoir se faire au travers de l'Autre offrant son monde signifiant.

Le dernier point qu'offre l'éducation thérapeutique, par son versant d'apprentissage et de prêt de signifiants médicaux, c'est la compréhension du fonctionnement de ce trachéostome et de la canule. Par l'explication du rejet des glaires et de comment y faire face, ou bien par l'apprentissage en lien avec la canule pour éviter les infections venant de l'extérieur, c'est la troisième fonction du Moi-peau qui prend sa place : celle de barrière, de limite entre les mondes intérieur et extérieur. Le sujet réapprend cette limite par la mise en place d'un nouveau schéma

³⁵⁵ *Ibid*, p. 124.

³⁵⁶ Schilder, P. (1980). *L'Image du corps : Étude des forces constructives de la psyché*. Gallimard, p. 190.

corporel et par l'appropriation des nouvelles limites du corps. L'éducation thérapeutique semble permettre un au-delà du somatique particulièrement important : le travail psychique est également en œuvre et généralement bien cerner par l'équipe soignante qui sait se saisir de ce temps pour amener ces éléments.

Monsieur R, quant à lui, nous laisse l'image de la fuite qui jamais ne se comble. Un corps qui ne cesse de s'échapper, une peau qui ne retient plus, ne protège plus et ne communique plus. La reconstruction imaginaire échoue et l'état nirvanesque prend tout pouvoir. Le Moi-peau perd ses fonctions. Une hypothèse que nous pouvons mettre en avant pour expliquer cette situation serait en lien avec la COVID19. Cette crise sanitaire à démontrer, par la hausse de consultation en psychiatrie, l'importance que revêtait la relation à l'autre au travers de sa perte. L'autre était devenu dangereux, potentiellement contaminé et contaminant. Sa laryngectomie totale ayant eu lieu pendant le premier confinement en lien avec la pandémie, une période de grande désorganisation du monde hospitalier et de restrictions importantes, le temps passé en hospitalisation se devait d'être limité, avec peu de contacts pour éviter les contaminations. Associé à son désir de ne pas rester hospitalisé sur une longue durée, ces restrictions ont pu brider ce temps d'éducation thérapeutique et donc jouer sur cette reconstruction – alors défaillante – du Moi-peau et de la réserve signifiante. Une hypothèse qui malheureusement ne restera que spéculation.

2. *Jouer avec le bord*

La trachéotomie³⁵⁷ amène le sujet à jouer de sa canule. Il s'entraîne à user de ce nouvel instrument qu'est ce corps troué pour en faire ressortir une nouvelle part de lui. Tel le musicien apprenant un nouvel instrument, cela va nécessiter du temps avec pour une part l'éducation thérapeutique comme nous venons de le voir, durant lequel un soignant prendra le rôle du professeur de musique, mais également un temps de travail seul. Cette appropriation peut être longue, même une fois « éduqué », puisqu'alors continue ce travail solitaire de répéter et de tester les limites de l'instrument. Il est nécessaire de pratiquer pour pouvoir jouer au mieux de son instrument.

³⁵⁷ L'opération même consistant en l'ouverture chirurgicale du cou par un trachéostome.

Si cette appropriation oblige une restructuration de l'image corporelle, du schéma corporel ainsi que du Moi-peau à la suite du cataclysme que représente le trachéostome, elle peut ouvrir sur une importance de ce nouveau trou dans le corps. Éric GIRARD constate que, de son point de vue de laryngectomisé, « tout invite à ce que les laryngectomisés s'excluent d'eux-mêmes du champ de la parole. [...] Ils sont cantonnés, c'est important de le répéter, au silence, à l'oubli, à la survie, déjà bien contents d'en être »³⁵⁸ et cette exclusion est douloureusement représentée par cette « tâche sur une chemise blanche »³⁵⁹ qu'est le trachéostome et sa canule. Pour lutter contre ce constat qu'il fait, Éric GIRARD va se procurer une enceinte portable et un casque sans fil³⁶⁰ ; il va ainsi jouer avec cette nouvelle structuration et « s'améliorer » artificiellement pourrait-on dire. Il reprend la main sur l'image de son corps, par la voix, en l'amplifiant malgré ce qu'elle est pour lui, une voix difficile à accepter. Il s'approprie ce nouveau rapport d'être au monde, jouant de la voix et du doigt qui dorénavant sert à produire le son. Associé à cela, il parle, par ce livre-témoignage ; il use du nouveau dispositif qui lui a été donné de découvrir : il fait entendre sa voix par l'écrit. Ce faisant, il s'extirpe du silence et de l'oubli.

Un système qui lui est propre pour jouer avec ce nouveau bord. Tout son ouvrage retrace son parcours, cette odyssee que représente le cancer de la gorge qui l'amène à cette trouvaille. Il s'agit de sa solution. Au cours de notre recherche, nous avons pu observer différentes solutions se dessiner au cours de l'hospitalisation, toujours propre à chacun, pour faire avec ce trou et cette canule. Un patient rencontré lors de l'un de nos stages universitaires usait de son trachéostome et de l'appareillage pour se montrer et se dire. Lors d'un entretien où la parole peine à émerger, le patient est pris d'une grosse crise d'étouffement. Nous allons pour appeler un membre de l'équipe soignante et nous lui verbalisons. Il nous retient par le bras, nous fait non de la tête et nous montre : il démonte sa canule, retire le tuyau qui descend dans la trachée et aspire avec l'appareil adéquat. Par l'éducation thérapeutique – chaque geste est très assuré et démontre ce travail effectué – il peut s'exprimer au travers de son trachéostome et de son soin. Il n'usera ni de l'écrit, ni de la labialisation mais du trachéostome et de son bord avec lequel il commence à pouvoir jouer. Nous traduisons cette monstration lors de l'entretien par « vous teniez à me montrer votre souffrance ? », ce qu'il confirme et ouvre à quelques écrits.

³⁵⁸ Girard, É. (2016). *Je n'ai qu'une parole*. La martinière, p. 163.

³⁵⁹ *Ibid*, p. 188.

³⁶⁰ *Ibid*, p. 168.

Avec les patients que nous avons choisis pour cette recherche, nous observons les balbutiements de ce jeu avec le trachéostome. L'une des approches que nous retrouvons chez beaucoup de patients, dont Monsieur B, c'est l'aspiration de la salive. Dès la laryngectomie partielle, ces aspirations de la canule apparaissent pour Monsieur B, et elles continueront après la laryngectomie totale. Il s'agit d'un geste très vite acquis par les patients laryngectomisés puisqu'il permet, tout simplement, la survie ; aspirer les glaires et la salive qui s'accumulent évite l'obstruction et l'étouffement par la canule. Un geste qui nécessite de dévisser la canule et de plonger l'aspirateur dans le trachéostome et sur la canule un fois retirée. Monsieur B est obligé, du fait de ses quintes de toux et de l'encombrement qu'elles provoquent, de régulièrement jouer de sa canule, nous montrant l'acquisition progressive de ce geste.

Un geste difficile au début pour Madame AR qui nous fait part de son aversion pour cet objet extérieur mais qui, lors de sa deuxième hospitalisation, nous montrera comment, de manière presque automatique, elle enlève le bouchon de la canule pour aspirer d'elle-même en plein entretien ce qui encombre la canule. Quant à Monsieur U, son approche du trachéostome est un peu différente : il ne nous montre pas comment s'en occuper mais comment pallier cette ouverture artificielle. Pour labialiser lors de nos premières rencontres, et puisqu'il n'a pas une canule fermée, il bouchera avec son doigt la canule facilitant la labialisation puisqu'alors l'air va plus facilement sortir par l'œsophage et donc la bouche. Mais de ce fait, Monsieur U est en apnée³⁶¹, d'où la difficulté à maintenir la labialisation trop longtemps et l'épuisement qui s'en suit. Un premier jeu qui rappelle l'implant phonatoire qui nécessite ce même geste de pression digitale pour parler – pression digitale qu'il finira par cesser au profit de l'écrit et du geste puisque trop épuisant mais également dangereux : le doigt, directement posé sur la canule sans le filtre de la canule phonatoire, peut amener des germes et provoqué l'infection.

Un lien s'éclaircie entre trachéostome et pulsion invocante. Nous observons que ces premiers jeux avec la canule laissent entrevoir la suite pour l'investissement de la pulsion invocante sur la nouvelle voix artificielle. Madame AR dépasse son aversion et ses angoisses d'intrusion pour satisfaire un automatisme du soin de la canule qui s'associe à une vocalisation attendue et espérée. Monsieur U s'épuisera à faire sien ce trou, et laissera à l'autre le soin de s'en occuper – l'autre représenté par cet infirmier à domicile. Il refusera tout dispositif de voix artificielle du fait même qu'il a frôlé ce qu'il en était par ce jeu digital avec la canule. Pour lui, il n'est pas question d'une telle voix. C'est d'ailleurs un refus de cet ordre qu'évoque Madame

³⁶¹ Ce geste équivaut chez un sujet laryngectomisé à se boucher le nez pour un sujet non-laryngectomisé.

P lorsqu'elle refuse la laryngectomie totale – à l'instar de Monsieur AQ. Pour Madame P, il n'est pas question de trouser son corps et que sa voix s'échappe par ce trou, ce que Monsieur U finit par accepter. Pour lui, la voix sonorisée ne fera plus Moi-Peau, ne fera plus extension de l'image du corps. Monsieur R refusera le contact avec ce stigmatte d'un cancer qui gagne la bataille : il ne retrouvera pas de voix, quelle qu'elle soit. Tandis que Monsieur A fera sien ce trachéostome.

« La rééducation vocale comme les techniques de nettoyage de l'implant et du trachéostome consistent à re-normaliser le corps »³⁶² nous précise Sarah DEMICHEL-BASNIER. Cette re-normalisation est à questionner au vu de ce que nous observons. Cela sous-entend une normalité sociale : rendre opérationnel le laryngectomisé dans la société. Mais l'auteurice le précise plus loin dans son étude, « l'hétéronomie corporelle appelle donc à une réflexivité sur le fonctionnement de son propre corps qui devient l'objet d'une attention toute particulière, contrairement à une quotidienneté qui voudrait que le corps physique soit oublié »³⁶³. Ce corps troué et appareillé ne peut être normalisé de nouveau car il est nécessaire d'en prendre soin et de recourir à une attention particulière. C'est cette attention particulière que nous montre chacun des patients de notre recherche. Une attention qui, comme nous l'avons dit, nous apparaît traduire le rapport *a posteriori* du sujet à cette potentielle voix artificielle. Dans tous les cas, ce corps, par le travail : du nouveau bord qu'il impose, ne peut s'oublier facilement et s'impose, se fait voir et entendre dans le monde sonore tant que ce travail de l'éducation thérapeutique n'est pas totalement acquis, tant que le néo-musicien n'a pas appris à jouer de ce nouvel instrument.

D. Objectaliser pour soigner

Cet investissement qui se fait autour du trachéostome, et plus généralement sur la question des nouveaux dispositifs d'invocation ne se fait pas seul au sein des murs de l'hôpital. Pour approfondir ce que nous avons amené dans notre discussion jusqu'ici, c'est la place des soignants au sein du milieu hospitalier qu'il nous faut aborder. Tout du long de notre réflexion, nous abordons la fonction et le rôle du soignant pour faire face à la laryngectomie totale et notamment au temps postopératoire. Comment comprendre le rôle du soignant face à la

³⁶² Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble, p. 87.

³⁶³ *Ibid*, p. 110.

laryngectomie totale ? Soignant pris, nous l'avons décrit plus avant, dans la logique de l'institution hospitalière qui apparaît de prime abord comme paradoxale avec ce que nous décrivons du soignant face au laryngectomisé.

1. *De l'importance du discours médical*

Le discours médical et la livre de chair à payer – telle qu'en parle Roland GORI³⁶⁴ – sont nécessaires pour le soin et la bonne prise en charge du patient. Ce discours se base sur la rationalisation des faits biologiques. « Le rationalisme qui s'installe en médecine au XIX^e siècle n'a plus besoin qu'on en vante les mérites ; c'est lui qui a permis les extraordinaires conquêtes du savoir médical et c'est toujours lui qui nous permet d'espérer en un progrès des thérapeutiques encore déficientes aujourd'hui »³⁶⁵. Ce rationalisme offre un protocole de soins, un parcours bien cadré dans lequel le patient entre dès l'annonce de la maladie. Une maladie équivaut à un traitement spécifique, un accueil spécifique : c'est à partir de la maladie que le parcours de soin se construit ; à chaque maladie son parcours. « Le rapport n'est donc nullement pour la médecine scientifique un rapport médecin-malade, c'est un rapport institution médicale-maladie »³⁶⁶, il ne s'agit plus d'un rapport intersubjectif mais bien d'un rapport objectal : ce corps malade qui doit être soigné. Une objectalisation du sujet souffrant en corps malade qui est appuyé par le rapport du sujet à son propre corps dans la maladie ; « les préoccupations, l'excès d'excitations douloureuses entraînent un repli narcissique, que le sujet malade tel Narcisse reste obstinément centré sur son propre corps, sur l'image même de son corps, sur les moindres sensations proprioceptives [...] Son corps devient son monde »³⁶⁷ nous rappelle Benjamin JACOBI. Mécanisme de survie psychique pour faire face à l'irruption de la douleur. La construction du discours médical, dans son rationalisme, répond également à cette demande du patient : « Mon corps souffre, je n'en peux plus, arrêtez ça ». La livre de chair peut être ainsi payée.

Ce cadre protocolaire offre au sujet malade un chemin relativement rassurant, nous le voyons dans les situations de laryngectomies totales. La situation de Monsieur A en est

³⁶⁴ Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2009). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*. Flammarion, p. 93.

³⁶⁵ Lebrun, J.-P. (2017). *De la maladie au malade. Psychanalyse et médecine dans la cité*. Érès, p. 22.

³⁶⁶ *Ibid*, p. 66.

³⁶⁷ Jacobi, B. (2004). Epreuve de la maladie, durée de la dépression. In *Le cancer : Approche psychodynamique chez l'adulte* (p. 79-87). Érès, p. 83.

représentative : il n'a pas le choix d'attendre, de faire les examens, de se laisser porter malgré un sentiment d'enfermement et de lassitude. Il doit faire avec. Il a un cancer, il nous l'explique bien, et le protocole est clair : il faut attendre une bonne cicatrisation, tout se passe bien. Cela semble permettre à Monsieur A de ne pas sombrer dans un état nirvanesque, raccroché à ce discours. Nous retrouvons ce mouvement chez Madame AR et chez Monsieur AQ, lesquels se saisissent du discours médical pour être de « bons patients » qui suivent le protocole et qui leur permet de faire face à la maladie. Pour Madame AR, ce sera notamment cette possibilité de pouvoir de nouveau parler – capacité qui vient être à moitié retrouvée lors de sa première hospitalisation. Elle s'accroche à cet espoir évoqué par le corps médical, tout en suivant à la lettre ce qui est demandé concernant le soin pour l'atteindre. Concernant Monsieur AQ, ce sera la durée de vie en tant que parlant, 5 ans, qui semble faire écho. Il l'accepte tel quel et s'y accroche. Dans sa situation, deux possibilités s'offrent à lui dans le discours médical ; deux protocoles différents lui sont proposés qu'il résume en 5 et 10 ans de vie, respectivement parlant et muet. L'idée de rester parlant, associée à sa connaissance de la laryngectomie partielle déjà traversée, lui font accepter ce discours médical proposé et le protocole des « 5 ans ».

Ce discours médical est proposé dès la consultation d'annonce de la maladie : « de façon générale et dans l'idéal, ce type de dispositif permet d'éviter l'exigence d'un ajustement rapide à un « nouveau monde » ou encore que l'adhésion au principe de traitement ne s'acquière sur une occultation des événements immédiats »³⁶⁸, en outre, il y est d'ores et déjà proposé un discours permettant au patient de se « normaliser » et d'être un « bon malade »³⁶⁹. Dans notre recherche, ces bons malades sont les mêmes qui adhèrent à l'éducation thérapeutique, celle-ci faisant partie du parcours protocolisé mis en place.

C'est ce qui vient manquer à Monsieur U, arrivant en urgence, à Monsieur B dont la laryngectomie partielle échoue, ou encore à Madame P venant en hospitalisation avec l'idée que la laryngectomie totale ne serait pas une option thérapeutique. Dans ces trois situations, le parcours « classique » de la maladie – c'est-à-dire le passage par une consultation d'annonce après l'annonce du médecin – ne peut se faire. S'il est mis en place un substitut de ce dispositif lors de l'annonce en hospitalisation, il vient à manquer l'IDEC, l'infirmier(e) de coordination qui vient faire repère pour le patient et qui est présent pour répondre aux questions immédiates et disponible *a posteriori* pour tout questionnement avant l'opération. Une personne qui

³⁶⁸ Jeannin, N., Pelletti, C., & Dany, L. (2012). La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : Place et enjeux de la dimension psychologique. *Pratiques et Organisation des Soins*, 43(3), 177-185, p. 178.

³⁶⁹ *Ibid*, p. 180.

représente, symboliquement, ce discours médical et la possibilité de s'y accrocher. Pour ces trois patients, c'est un manque. Monsieur U, Monsieur B ou Madame P sont des situations « compliquées » ainsi que des « mauvais malades » pour reprendre l'expression. Pour le premier, le discours médical n'a pas de prise. « La mise entre parenthèses du malade au profit de la maladie va de pair avec l'éviction du médecin comme sujet au profit de sa fonction d'agent de la médecine scientifique »³⁷⁰, et donc il faut un temps pour que le sujet malade entre dans cette déshumanisation du médecin, temps qui vient être favorisé par le dispositif d'annonce tel qu'il est pensé. Un temps que Monsieur U n'a pas et, en tant que sujet payant difficilement la livre de chair, il ne perçoit pas le monde soignant comme objet scientifique. Point que Madame P soulève lorsqu'elle évoque le côté non-humain du corps médical, « ils apprennent et étudient le patient » : les médecins ne sont pas dans une direction qui prend en compte le sujet derrière la maladie, là où elle-même ne peut pas se plier à sa condition d'objet du soin tel qu'elle avait pu le faire lors de son premier cancer. Dans sa situation, il apparaît qu'elle tend à objectiver le corps médical, sans arriver à se faire elle-même objet de la médecine.

Madame AR, Monsieur A et Monsieur AQ semblent accepter cet Autre qui serait médicalisé, ce discours médical et ses signifiants venant répondre à la détresse qu'entraîne la confrontation d'avec le réel du cancer. Une réponse « scientifique », rationnelle qui porte ses fruits jusqu'à une certaine limite : lorsque la confrontation à l'autre hors-les-murs renvoie à l'impossibilité d'y adjoindre ces signifiants ou lorsque la maladie persiste malgré le discours médical : Madame AR se confrontant au décalage entre le discours médical et la réalité du retour à domicile et Monsieur A dont le cancer ne cesse de récidiver. Le discours médical échoue, mais seulement pour une part puisqu'il se base sur des statistiques qui n'atteignent que rarement le 100% de certitude. L'objectivation qu'entraîne le discours médical semble bien une nécessité pour être un « bon malade », pour accéder à l'efficacité optimum du soin. Et cela commence par une annonce protocolisée. Mais alors, avec ce que nous avons développé, comment entendre cette position désobjectivante et la possibilité d'être Autre pour soutenir le sujet ? Comment le sujet-soignant se positionne-t-il et comment le sujet-soigné s'en saisit pour s'y appuyer ?

³⁷⁰ Lebrun, J.-P. (2017). *De la maladie au malade. Psychanalyse et médecine dans la cité*. Érès, p. 78-79.

2. Être « Autre » à l'hôpital

« Pour que la médecine retrouve sa dimension humaine et ne se contente pas d'être vétérinaire, c'est au poids du langage qu'elle doit redonner sa place. Ce n'est qu'à ce prix qu'elle pourra dépasser l'universalité des maladies pour, à nouveau – et autrement –, prendre en compte la singularité du malade ainsi que celle du médecin »³⁷¹ propose Jean-Pierre LEBRUN. Dans la réalité que nous avons pu rencontrer dans notre pratique, si nous retrouvons l'objectalisation du patient – appelé lors des relèves comme « La chambre 10 », « la tumeur du larynx », *et cætera* – le sujet n'a pas totalement disparu, le patient est parlé également au travers de ses mouvements psychiques subjectifs. D'autant plus dans les rencontres avec les patients laryngectomisés. Si l'objectalisation sert la rationalisation du soin et son protocole, c'est aussi de cela que le soignant use en partie pour se protéger et limiter son implication psychique. Cette défense n'est cependant pas aussi rigide que dans ce que nous avons pu lire. Dans les situations d'une complétude imaginaire de l'objet-voix – qu'engendre la mutité – nous constatons que cette défense s'effrite particulièrement. Mais dans d'autres également : une patiente de traumatologie hébergée ayant eu un accident de moissonneuse a longuement fait parler d'elle, attisant la sympathie d'une large part de l'équipe, ou encore cet homme qui s'est fait mordre par un chien au visage et au cou, ou bien cet autre patient, s'étant retrouvé dans une rixe à couteaux tirés et qui a été blessé à la gorge. Chacun d'eux nous a marqué tant l'équipe s'éloignait de l'objectalisation théorique de leur positionnement.

C'est ainsi que nous entendrons parler de ces patients comme étant « moralement pas bien », parfois « dépressifs » ou autre, en tout cas avec une prise en compte de leur souffrance psychique. Cette souffrance est entendue par les soignants, « c'est avec effroi et angoisse que les médecins [et les soignants] prennent quelquefois conscience que le sujet est là, encore vivant, bien présent dans le malade »³⁷² comme nous le montre Madame P. Celle-ci ne peut faire le choix de se laisser mourir, ce n'est pas entendable par l'équipe soignante : son corps défaille, elle doit se laisser faire et le réparer. Cela déborde l'équipe au point de cette demande incongrue qui nous est formulée : « convaincs-la de changer d'avis, sinon elle va mourir », que nous entendons « aide-nous, il y a du sujet ». Nous l'observons également avec Monsieur B qui va être « de plus en plus dépressif » et mettre à mal les équipes dans leur prise en charge, ou encore avec Monsieur U pour qui l'orthophoniste s'inquiète d'avoir mal amené la question

³⁷¹ *Ibid*, p. 138.

³⁷² Alric, J. (2015). Introduction. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 15-24). Érès, p. 15-16.

de la voix artificielle. Les patients que nous avons choisi de mettre en avant pour cette recherche sont représentatifs de ce que nous observons globalement : à la suite de la laryngectomie totale, il y a une confrontation des sujets-soignants aux sujets-soignés qui fait émerger les angoisses individuelles.

Nous traduisons cela par la rencontre, comme nous l'avons évoqué, à la complétude imaginaire du sujet, qui serait alors non-castré symboliquement. Cette image est assez parlante car elle impose une réaction des soignants. En continuant ce parallèle avec le sujet sourd-muet, « la seule façon d'échapper à cette aspiration mortifère c'est de tenter de réinscrire le sourd-muet dans le registre de la castration symbolique, de le décompléter de l'objet-voix et donc de le faire parler. Et cela de n'importe quelle façon »³⁷³, par la parole orale, écrite ou gestuelle. Nous nous confrontons d'ailleurs lors de notre temps dans le service à la réflexion faite de proposer un laryngophone à tout patient néo-laryngectomisé : il faut faire parler le patient à tout prix. Si cette idée ne verra pas le jour car extrêmement contraignante tant pour les soignés que pour les soignants, nous observons différentes manières qu'ont les soignants pour imposer des mots – et nous n'échappons pas à la règle. Nous en parlons plus avant, sonoriser devient une solution – la plus utilisée –, dans un mouvement de traduction, d'interprétation de ce qui se dit par le sujet-patient. Il s'agit là de tenter de restituer une parole au sujet dont nous l'imaginons privé et d'amener à la castration symbolique par l'incitation à l'écrit et au geste en lui renvoyant, par la sonorisation, l'écho de sa propre incomplétude.

« Il est incontestable que la relation avec le médecin et avec les soignants crée une passivité dont nul ne veut, pas plus les hommes que les femmes, et qui parfois fait basculer du côté de la pulsion de destruction »³⁷⁴ : c'est cette passivité qui est, paradoxalement, attaquée par ce positionnement d'Autre que prend le soignant dans les situations de laryngectomies totales. La rationalisation de la médecine et de son protocole impose la « mise entre parenthèse de la parole du sujet »³⁷⁵ alors que pour sortir de l'état nirvanesque, il est nécessaire de faire émerger cette parole : le soignant devient un funambule, devant jongler avec un sujet-malade et un corps-maladie, entre une injonction du soin et une rencontre imaginaire de la complétude. « En dépit d'un assujettissement – pour une part consentie du sujet – au discours médical, les désordres de la pulsion et les aléas du désir qui ne peuvent être évacués continuent à se

³⁷³ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. M  tali  , p. 213.

³⁷⁴ Brun, D. (2020). Guérir aujourd'hui ou comment inscrire la maladie dans sa vie. *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 44-52, p. 50.

³⁷⁵ Hesbeen, W. (2019). Le soignant contemporain. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 61-67, p. 64.

manifester et perturbent le travail soignant »³⁷⁶ et donc, dans les situations que nous rencontrons, imposent la place de l'Autre par le jeu de la pulsion invocante.

Ainsi, lorsque le sujet adhère au discours médical, la place du soignant funambule est assurée par le protocole à suivre avec un patient qui se veut compliant, sans débordement subjectif outre mesure : Monsieur A est alors le patient idéal. Prendre position d'Autre se fait naturellement et sans angoisse de la part du soignant puisque les signifiants ainsi proposés sont ceux du domaine médical. Monsieur A suit ce discours à la lettre, saisissant ce qui lui est nécessaire pour réinvestir un dispositif : les vestiges de la voix physique, avec l'idée d'une prothèse phonatoire par la suite. *A contrario*, Monsieur U ne traversant pas le même parcours de soin, n'adhère pas à ce discours, tout du moins en partie, et cherche à significantiser son discours par la demande de sonorisation qu'il formule par le geste et le corps. Le soignant funambule semble plus mis en difficulté dans cette situations, l'orthophoniste se confrontant à une réaction de Monsieur U non prévue dans le protocole de présentation qu'elle propose, orthophoniste s'imaginant de ce fait avoir commis une erreur et renvoyé à son propre imaginaire de son positionnement professionnel. Pour Monsieur U, les divers signifiants renvoyant aux voix artificielles ne sont pas liés à un possible réinvestissement d'une voix sonorisée et une réouverture au monde sonore, comme ils peuvent l'être dans le discours médical, mais plutôt à la perte définitive de son outil de plaisir – d'un dispositif d'invocation. Cet écart important entre les signifiants du soignant et ceux du soigné impose un jeu de ce premier pour rétablir un équilibre dans les signifiants renvoyés et ouvrir au réinvestissement pulsionnel de la voix comme objet *a*. C'est ce qui échoue avec Monsieur R qui n'arrive pas à être entendu dans sa parole subjective, et ce même avec le psychiatre qu'il voyait : il ne trouve pas un compromis entre le discours médical et le sien. Il va craquer, « péter ». Le positionnement soignant est alors très difficile : il y a peu d'ouvertures possibles avec les signifiants pour lui offrir une possibilité d'un réinvestissement. Le repli sur lui-même ferme toutes les portes et les soignants sont déstabilisés. La passivité fait basculer du côté des pulsions de destruction³⁷⁷ ; les pulsions de mort, le tourbillon de la jouissance prennent le dessus et entraînent Monsieur R.

³⁷⁶ Gaspard, J.-L. (2019). L'être en souffrance dans le champ médical. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 38-50, p. 46.

³⁷⁷ Brun, D. (2020). Guérir aujourd'hui ou comment inscrire la maladie dans sa vie. *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 44-52, p. 50.

E. En guise de première conclusion

1. Mise en lien avec les hypothèses de départ

Ainsi ce que nous avons discuté nous permet de confronter les résultats avec nos hypothèses de départ. Nous postulons dans un premier temps que la laryngectomie totale engendre un travail de deuil de l'objet par la perte de l'un des objets de satisfaction de la pulsion invocante. Nous percevons, par la mise en lumière de la désirectomie partielle, qu'il y a bien un mouvement de désunion pulsionnelle qui se crée par l'ablation du larynx et de la voix physique. Nous nuancerons car nous avons vu dans la majorité des situations rencontrées que cette désunion n'est pas totale, que si une part de la vie pulsionnelle apparaît désunie – la part investie initialement sur la voix physique – une autre se replie sur le Moi. L'état nirvanesque engendré serait le point de départ d'un travail de deuil nécessaire qui aurait cours lors de la phase liminaire post-opératoire.

Nous postulons également, en lien direct avec cette première hypothèse, que ce travail de deuil se fait en partie avec l'investissement de la pulsion invocante sur d'autres dispositifs tels que le corps ou l'écrit comme solution pour sortir de l'état nirvanesque et entamer un réinvestissement pulsionnel du monde extérieur. Sur ce point, nous avons vu l'importance de l'imposition signifiante pour élever ces canaux de communication au rang de dispositifs d'invocation et que cela amenait un premier travail de deuil de la voix physique. L'écrit et le corps peuvent endosser ce rôle d'outil de l'invocation dans des situations de laryngectomie totale. À cela, nous émettons cependant une réserve : il ne s'agit nullement d'une constante et cela ne peut être entendu comme généralisation. D'une part, le choix de l'écrit ou du corps est dépendant du sujet, de son histoire et de son vécu, ni l'un ni l'autre ne peuvent être prévus. D'autre part, certains sujets vont préférer s'accrocher à ce que nous avons appelé les vestiges de la voix physique par la labialisation, dépendant également de l'état corporel du patient. Et enfin, certains sujets ne peuvent accepter un changement de dispositif, que ce soit en l'exprimant par un refus de l'opération ou, *a posteriori* de celle-ci, par un impossible retour dans la relation – face à la jouissance présente.

Quand ces dispositifs sont accessibles et utilisés par le sujet, nous y retrouvons les qualités de la voix pulsionnelle, nous entendons de nouveau ce voile de la voix qui renvoie au sujet parlant et désirant, nouvellement barré de la jouissance de la complétude. Nous pouvons

« entendre l'écrit »³⁷⁸ et le corps tel que la voix physique lorsque celle-ci se voit investie de la pulsion invocante. Nous avons explicité que ce cheminement se fait notamment par la présence d'un autre imposant ses signifiants, son désir au travers de sa voix physique. Par la sonorisation des écrits et des gestes, le sujet laryngectomisé a accès à une réserve signifiante suffisante pour transformer les outils de communication en dispositifs signifiants. Précisons que, au vu de nos observations, il ne s'agit pas d'un dispositif unique, à l'instar du sujet non-laryngectomisé, mais bien d'une construction entre-mêlée des différents canaux avec parfois une préférence subjective.

La perte est réelle. Nous avons vu avec la clinique comment le trachéostome pouvait devenir un représentant symbolique de cette perte, un stigmaté, par le travail de l'éducation thérapeutique. Nous ne pouvons cependant pas affirmer le lien qu'il y aura entre la nouvelle voix artificielle et l'investissement de la pulsion invocante sur celle-ci. Le temps de l'hospitalisation nous limite à un avant de l'acquisition de cette voix au cours de notre recherche. Nous avons pu mettre en lumière les bases pulsionnelles de cet investissement avec une distinction des patients en attente de paroles sonorisées et les autres, ce qui nous permet de supposer les investissements futurs sur une potentielle voix artificielle – voix qui a déjà une représentation en amont de l'opération et qui effraie ou rassure les sujets.

Enfin, notre dernière hypothèse est que le positionnement objectivant des soignants entraîne une complexification des investissements libidinaux sur le corps et l'écrit au profit de l'attente de cette nouvelle voix. Sur ce point, nous avons vu que tel était le cas dans le sens où le discours médical est porté par cet espoir de parole sonore retrouvée. Encore une fois, nous nuancerons, et nous avons observé que les patients qui refusaient de prime abord cette nouvelle voix sont les patients considérés comme « difficiles », « déprimés » ou « exaspérant » ; ceux dont la part subjective s'exprime et met à mal les équipes, ceux qui se montrent au-delà de la maladie qu'ils portent. Et nous allons plus loin : ce positionnement objectivant peut imposer du signifiant, faire Autre médical, et permettre au corps et à l'écrit de se déployer en tant que dispositif d'invocation.

³⁷⁸ Soly, R. (2022). Entendre l'écrit. Un possible réinvestissement de la pulsion invocante dans l'écrit des sujets laryngectomisés. *Psychothérapies*, vol. 42(3), 167-175. [À paraître]

2. Parcours de la pulsion invocante

Michel POIZAT nous propose ce schéma concernant la voix et son rapport au chant³⁷⁹ :



Il place, en opposition au signifiant, le silence et le cri du même côté – le chant venant jouer sur le *continuum* séparant les deux pôles. C'est ce que nous retrouvons concernant la question du silence imposé par la laryngectomie totale. « Il y a le silence qui creuse le continuum sonore de sa présence, qui, de par la répétition, la pulsation rythmique, enclenche la scansion présence/absence et fait surgir le signifiant, le Verbe. Mais il peut cesser de besogner ainsi la matière sonore, il peut cesser de battre, laisser toute la place au réel sonore dans sa continuité sans le découper. Cette pulsion d'effacement, de mort – car c'est bien de la pulsion de mort qu'il s'agit – va elle-même s'effacer pour devenir silencieuse – silence des pulsions – abandonnant le terrain, après avoir fait l'expérience du vide de son objet, au continu du réel qui échappant alors à tout processus de symbolisation, à toute nomination, est rejeté à jamais dans le silence absolu, mortifère, fascination et horreur suprême »³⁸⁰. Nous sommes face à ce silence-là dans la clinique que nous avons présentée, tout du moins un silence qui nous apparaît comme s'y rapprochant grandement. Un silence ici causé par l'ablation de l'organe. C'est ce qui nous amène à proposer un autre visuel concernant le parcours de la pulsion invocante face à la laryngectomie totale, sur cette notion de *continuum* :



³⁷⁹ Poizat, M. (2001). *L'opéra ou le cri de l'ange : Essai sur la jouissance de l'amateur d'opéra*. Métailié, p. 130.

³⁸⁰ *Ibid*, p. 133.

Usant de la voix physique, la pulsion invocante se trouve désarrimée de son dispositif par l'opération et la désirectomie partielle. Elle reste désunie de son parcours, mise en suspens dans sa retrouvaille d'avec son objet *a* jusqu'à ce que de nouveaux dispositifs puissent être mis à l'œuvre pour relancer la quête désirante. Il s'agit là du parcours recherché par le corps médical, dans une idée de survie du patient, mais nous avons vu que l'un des destins pulsionnels possible de la pulsion invocante peut être la mort de par la non-possibilité de trouver ces nouveaux dispositifs. Cependant, nous mettons des pointillés entre la laryngectomie totale et les nouveaux dispositifs car il y a, malgré cette traversée tempétueuse de la jouissance, un lien qui nous apparaît toujours constant avec la vie pulsionnelle. Elle n'est pas totalement stoppée, seulement grandement atténuée du fait de la retrouvaille et du reste de la pulsionnalité tourné sur le Moi. Ce lien peut se retrouver cliniquement notamment par l'utilisation de la labialisation. C'est lors de ce temps en suspens que nous plaçons l'entente du silence mortifère, du fait de son rapport à la jouissance pulsionnelle.

Sur cette schématisation, nous excluons volontairement l'acquisition de la voix artificielle. À la vue de nos rencontres, il nous est difficile de la situer dans ce contexte de laryngectomie totale. Ainsi, nous limitons notre schématisation au parcours de la pulsion invocante durant l'hospitalisation du sujet. Il nous est cependant imaginable que cette voix artificielle, si elle intervient, prenne place de manière différenciée en fonction du sujet : soit, comme nous l'imaginons pour Monsieur B, à la place de l'écrit et du corps, soit après cette acquisition utilisée alors comme palliatif transitoire comme Madame AR tend à nous le montrer.

3. *Jouissance et réalité*

Les patients que nous avons choisis de mettre en avant dans cette recherche l'ont été pour une raison somme toute importante : ils représentent assez clairement ce parcours de la pulsion invocante. Ils nous permettent de visualiser ce qu'il advient de cette voix pulsionnelle dans le contexte d'une ablation du larynx et, de ce fait, nous amènent à entendre ce que cela vient dire de la pulsion invocante de manière plus générale. Outre que cela confirme ce que nous propose Michel POIZAT de la position du silence aux côtés du cri, ces rencontres nous permettent d'expérimenter une situation extrême pour la pulsion invocante.

Cela nous apprend à concevoir la jouissance dans sa réalité clinique. Darian LEADER tente une liste des jouissances telle que la littérature semble l'amener : « si nous voulions conclure en faisant une liste des jouissances, nous pourrions les diviser entre celles du corps réel, celles qui ont trait à la façon dont nous percevons la subjectivité de l'Autre et ses revendications à notre égard, à la façon dont nous agissons sur nous-mêmes et sur l'Autre pour refuser ses revendications, et celles qui ont trait au virtuel, aux points d'inaccessibilité, créés rétrospectivement par les structures symboliques »³⁸¹. Nous y voyons là trois formes de jouissances que nous pourrions résumer respectivement en jouissances Réelle, Imaginaire et Symbolique :

- Jouissance Réelle, en ce sens qu'elle s'inscrit dans le réel du corps, hors signifiant ou tout du moins qui ne s'y limite pas. Nous retrouverons dans cette jouissance l'idée d'un innommable plaisir corporel. La jouissance de l'addiction en est un bon exemple : une jouissance pure qui ne nécessite pas de sens pour être ressentie. Bien au contraire, le symbolique et l'imaginaire vont la brider. L'expérience de James OLDS et Peter MILNER³⁸² nous la démontre chez le rat : le plaisir pris par la stimulation électrique du circuit de la récompense est plus forte que la nécessité de satisfaire ses besoins fondamentaux. Au-delà du plaisir, la jouissance réelle entraîne une mort du corps.
- La jouissance Imaginaire est la deuxième que nous percevons citée par Darian LEADER. Elle a trait avec ce que le sujet perçoit de l'Autre. Le plaisir est ainsi pris dans ce jeu avec l'Autre, dans les refus du sujet qui ont cours dans cette relation. La jouissance se situe donc dans la fin de cette possible négation, lorsque le jeu cesse dans une négation absolue de la relation.
- Enfin, la jouissance Symbolique correspond au dépassement des règles symboliques. Lorsque le sujet outrepassé la Loi symbolique. Cette loi correspond à « l'intégration du fondement même de la norme juridique, le socle à l'intérieur de l'individu de toutes les normes juridiques possibles, c'est-à-dire la capacité de reconnaître autrui, d'établir un lien social adapté, de quitter le fantasme archaïque de la toute puissance »³⁸³ Lorsque le plaisir est ainsi pris, il y a un rappel à la Loi qui se fait et un retour au compromis qui s'opère. Dans le cas de la jouissance Symbolique, la Loi est enfreinte, le fantasme de la toute puissance est retrouvé, et le retour à la castration n'est plus possible.

³⁸¹ Leader, D. (2020). *La jouissance, vraiment ?* Stilus, p. 131.

³⁸² Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), 419-427.

³⁸³ Archer, E. (2001). La loi pénale n'est pas thérapeutique en soi. *Journal du droit des jeunes*, 202(2), 39-41, p. 39-40.

Dans nos rencontres avec la désirectomie partielle et totale, nous avons insisté sur cette rencontre de la jouissance. Notre perception de celle-ci est qu'elle se situe purement et simplement du côté des pulsions de mort, au-delà du principe de plaisir. C'est le plaisir poussé à l'extrême qui se voit libéré de sa contrainte objectale lorsqu'il rencontre enfin ce qu'il cherche depuis si longtemps. C'est ce que nous mettons en avant dans les trois « types » de jouissances que nous venons de voir ; ces trois jouissances que nous retrouvons dans nos rencontres. Cette jouissance à donc à faire avec la complétude, à supprimer la castration inhérente au Sujet de l'inconscient³⁸⁴ du fait de l'objet *a*. Une jouissance qui se veut destructrice en ce sens qu'elle vise à ne pas s'arrêter, à faire fi du principe de réalité et de ses contraintes. Mais une jouissance qui se veut recherchée et contenue dans la vie courante par le fait qu'elle rate sans cesse son objet principal, attirée par des ersatz de celui-ci. Une jouissance qui dénouerait le nœud borroméen en ce sens qu'elle satisfait les plaisirs Réel, Imaginaire et Symbolique : respectivement, le corps ne cesse de se murer dans le silence, le sujet est pris dans une impossibilité d'entrer en relation avec l'Autre et il enfreint la Loi symbolique qui lui impose cette parole. Une jouissance d'ordre globale qui, et nous avons insisté sur ce point, peut se terminer par l'imposition signifiante de l'Autre, par sa capacité à permettre la création d'un nouveau nœud. Dans le cas contraire, et comme pour les rats de l'expérience de James OLDS et Peter MILNER, la mort est l'unique sortie.

La possibilité qu'offre ainsi la laryngectomie totale d'une retrouvaille directe de l'objet, par le silence imposé et le hors-sens provoqué, nous fait concevoir la construction psychique comme se protégeant des affres d'une telle rencontre par le principe de réalité. Lorsque la réalité, le réel de la situation, ouvre la voie à la jouissance et ne peut plus recruter de nouveaux combattants³⁸⁵, le plaisir s'engouffre et le sujet jouit. La main de l'être humain peut briser ce principe de réalité. Mais elle peut également le reconstituer. C'est ce que nous observons avec la proposition soignante de signifiants qui leurs sont propres et qui permettent de relancer, par ce rôle d'Autre endossé, une réalité et des combattants sur le champ de bataille. La notion de désirectomie renvoie à ce dépassement du principe de réalité et à l'atteinte du nirvana freudien. Un nirvana freudien que nous situons du côté d'un retour à l'*infans* et qui peut être dépassé d'une manière similaire : par l'imposition d'un langage et du désir de l'Autre.

³⁸⁴ Kaluaratchige, E. (2016). Du désir au Nirvāna. Le destin bouddhique de la sexualité. *Topique*, 134(1), 21-35, p. 25.

³⁸⁵ Lacan, J. (2015). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points, p. 120-121.

4. *Ce que nous apprend la laryngectomie de la pulsion invocante*

Ainsi, la pulsion invocante doit faire avec ces deux principes régissant la vie pulsionnelle. C'est le principe de réalité qui nous apparait comme obligeant la pulsion invocante (tout comme les autres pulsions) à se satisfaire d'ersatz et non de l'objet perdu ; à rechercher le compromis pour le plaisir et éviter la jouissance. Nous voyons que, l'objet perdu retrouvé, c'est la mort qui guette.

Au cours de nos interventions au sein du service d'ORL lors de nos stages universitaires, nous nous sommes très vite demandés comment nous allions entendre ces personnes qui ne parlent pas. C'est à la lecture de « La voix sur le divan »³⁸⁶ de Jean-Michel VIVES qu'un premier élément de réponse nous vient : la possibilité qu'à la voix de se faire entendre au travers de dispositifs, sous-entendu qu'il est possible de se faire entendre, en tant que sujet, au-delà de la voix physique. C'est d'ailleurs ce point qui a attisé notre curiosité de chercheur : comment peut-on entendre le sujet au-delà de la voix telle qu'elle est communément définie ? La théorie nous amène des éléments de réponse, notamment en concevant la voix sur son versant pulsionnel et ainsi source de l'invocation d'un sujet. La graphologie, mais aussi toutes les études de la communication non-verbale nous font entendre l'intuition de certains concernant ces autres dispositifs possibles de l'invocation.

La recherche auprès des personnes laryngectomisées confirme cette intuition mais exclut toute généralisation possible. Nous voyons bien l'importance que revêt l'investissement pulsionnel dans le « choix » qui est fait du dispositif pouvant pallier l'absence de la voix physique. L'écrit de Monsieur U en est un bon exemple. Cela met en lumière la malléabilité de la pulsion invocante dans ces premiers investissements, avant l'opération et la perte. Nous avons vu comment, chez le sujet sourd-muet, se constituait un langage et une invocation associée³⁸⁷ et nous mettons en lumière, par cette recherche, la capacité inhérente de chacun à user de dispositifs d'invocation au-delà de la perte (avec Madame P et son écrit pour canaliser la jouissance de son filet de son). Chacun sa façon de « s'invoquer » et de satisfaire la pulsion invocante : une pointe de hors-sens pouvant facilement se retrouver chez tout un chacun au travers de la voix gestuelle³⁸⁸. Une malléabilité de la pulsion invocante qui nous offre la possibilité d'entendre le sujet de l'inconscient par-delà le langage « classique ».

³⁸⁶ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier.

³⁸⁷ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. Métailié.

³⁸⁸ Ibid, p. 194.

Nous pouvons donc affirmer que ces dispositifs d'invocation peuvent prendre la valeur d'ersatz de l'objet-voix dans le sens où, si pour tout un chacun le geste peut être une part de hors-sens – de plaisir pris par la pulsion invocante – il peut se voir élever au rang de dispositif principal et servir de voile pour l'objet-voix au travers des signifiants posés. C'est ce que nous percevons bien chez Monsieur B pour qui le geste a une place importante avant l'opération dans ce rôle de hors-sens et qui devient ensuite dispositif langagier avec ce que cela implique. Avec les patients rencontrés au cours de cette recherche, nous voyons la capacité de la pulsion invocante à être remobilisée au lieu où elle est appelée. Cette impossibilité chez Monsieur R reste l'unique situation lors de nos deux années de présence où cette remobilisation apparaît impossible. Ce qui nous laisse entendre l'importance de l'invocation pour la vie psychique du sujet, sans que nous en doutions.

Ce qui est cohérent avec ce que nous avons dit : c'est par l'entrée dans le langage, par ce passage du cri pur au cri pour que le sujet naît, au travers de la castration symbolique que ce passage implique. Jean-Michel VIVES pose l'hypothèse que la pulsion invocante serait à la base de la vie pulsionnelle, que sans l'entrée dans le bain signifiant, il n'y a pas de construction possible pour les autres pulsions : « le premier objet perdu n'est donc pas le sein, comme on l'a souvent dit, mais bien la voix, puisque pour que l'objet oral puisse être considéré comme objet il faut qu'il y ait du signifiant »³⁸⁹. C'est ce que nous observons avec Monsieur R pour qui la rencontre d'avec l'objet-voix et la complétude semble le couper de sa subjectivité. Sans possibilité d'un Autre pouvant intervenir et se faire entendre, Monsieur R ne peut sortir de la jouissance mortifère et ne peut relancer la machine pulsionnelle tout entière. Une hypothèse qui pourrait être contrebalancée par l'idée que le reste de la vie pulsionnelle est alors tournée sur le Moi du sujet, pour faire face à la perte et la douleur engendrée par l'opération et la maladie et que cela peut expliquer ce difficile réinvestissement de la pulsionnalité sur le monde extérieur. Mais alors comment comprendre cette possibilité d'un état nirvanesque ?

Pour déployer notre propos, nous aimerions ici glisser une nouvelle hypothèse. Celle d'une double base pulsionnelle nécessaire à l'émergence subjective. Paul-Laurent ASSOUN développe le lien qu'il y a entre le regard et la voix³⁹⁰ et c'est ce qui nous amène à la possibilité d'une construction pulsionnelle qui entremêlerait les objets *a* voix et regard. Pour bien comprendre notre pensée, entendons qu'il y a nécessité pour le sujet d'être invoqué dans un

³⁸⁹ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 42.

³⁹⁰ Assoun, P.-L. (2014). *Le regard et la voix : Leçons de psychanalyse*. Anthropos Économica.

monde qu'il peut se représenter ; que les signifiants n'ont de sens que s'ils sont rattachés à une représentation scopique. Mais à l'instar de l'objet-voix, nous situons l'objet-regard au-delà de de l'organe des yeux, au-delà du regard visuel. Le sujet aveugle ne « voit »-il pas le monde au travers de ses autres sens ? Ne se le représente-t-il pas autrement que le sujet voyant ? Une construction du regard pulsionnel que nous ne pouvons que supposer, du fait que notre recherche ne porte pas sur ce point, mais qui nous permet de penser la pulsion invocante comme liée à la pulsion scopique. Et c'est ce qui nous permet de poser l'hypothèse qu'il y a une construction nécessaire au travers de ces deux objets pour que l'émergence du sujet puisse se faire : désir *de* l'Autre pour invoquer le sujet, désir *à* l'Autre pour le tourner vers le monde extérieur.

Cela nous permet d'entendre l'état nirvanesque de la perte de la voix physique comme étant bien la perte de la porte d'entrée au monde du sujet mais que la présence du regard pulsionnel permet de se représenter le monde et d'accepter qu'un Autre réintègre du signifiant pour, de nouveau, barrer le sujet de sa complétude au sens lacanien. Un entremêlement pulsionnel double mais intimement lié au désir du sujet et à l'implication de l'Autre de sa construction. En outre, il s'agit d'entendre la nécessité de passer par le désir pour ensuite penser la demande *à* et *de* l'Autre, et ainsi avoir accès au jeux pulsionnels oral et anal.

5. *Pour compléter la théorie*

Nous nous sommes éloignés de la dimension sonore de la voix pour en arriver à développer la question de la pulsion invocante et de la voix pulsionnelle qui use de la voix physique comme support d'invocation. Il est important de revenir au monde sonore pour faire le lien avec ce que nous disions au tout début de cette recherche et raccrocher la voix à ce monde dans lequel elle a une préférence.

Nous avons développé 4 types de voix : physique, artificielle, pulsionnelle et subjective. Nous avons mis cette dernière de côté du fait que nous quittons la dimension sonore de la voix dans notre clinique. Avec ce que nous avons mis en lumière au cours de cette recherche, nous pouvons affirmer maintenant que la voix subjective est ce qui vient traduire la présence subjective et l'investissement pulsionnel de la voix physique dans le monde sonore. Le timbre en est plus précisément la résultante et c'est précisément ce timbre qui, physiquement, n'est plus retrouvable par ce cataclysme provoqué par la laryngectomie totale. Le larynx artificiel ne permet que de retrouver l'outil communicationnel et non l'outil

émotionnel par la prosodie qu'il permet. Nous retrouvons la voix monocorde que nous évoquions au travers du sujet autiste et la nécessité de « bricoler une solution pour chacun »³⁹¹ pour les sujets laryngectomisés.

C'est ce lien qui nous permet de parler – puisque sujet il y a toujours après la perte de la voix physique – d'une prosodie de l'écrit, du corps et, faisons le pas de plus, de timbre associé. Si dans le monde sonore, la voix subjective traduit le vécu d'un individu et dit qui il est³⁹², il en est de même pour l'écrit et le corps. Nous avons vu avec Monsieur U notamment comment l'écrit pouvait prendre une forme qui est propre à l'individu et la graphologie nous invite à entendre cette forme comme révélant du sujet. Sur ce point, notre activité en libérale nous fait entendre l'importance que peut revêtir l'écrit également chez le sujet non laryngectomisé. Le règlement des séances peut se faire par chèque et nous observons très régulièrement en quoi cet écrit se fait miroir du sujet que nous avons reçu en consultation. Une patiente, dont la problématique d'inhibition très importante amène à nos rencontres, écrit de manière discrète, laissant de la place sur ce petit bout de papier, traduisant à notre sens son positionnement effacé dans la relation à l'autre et son timbre discret que nous avons tant de mal à discerner lorsqu'un bruit, même léger, vient effracter le lieu. Un autre patient, explosif cette fois-ci, nous montre l'inverse avec une graphie imposante, déliant les lettres et ne laissant aucun blanc sur le chèque. Miroir de son impossibilité d'entendre l'autre et de lui faire une place.

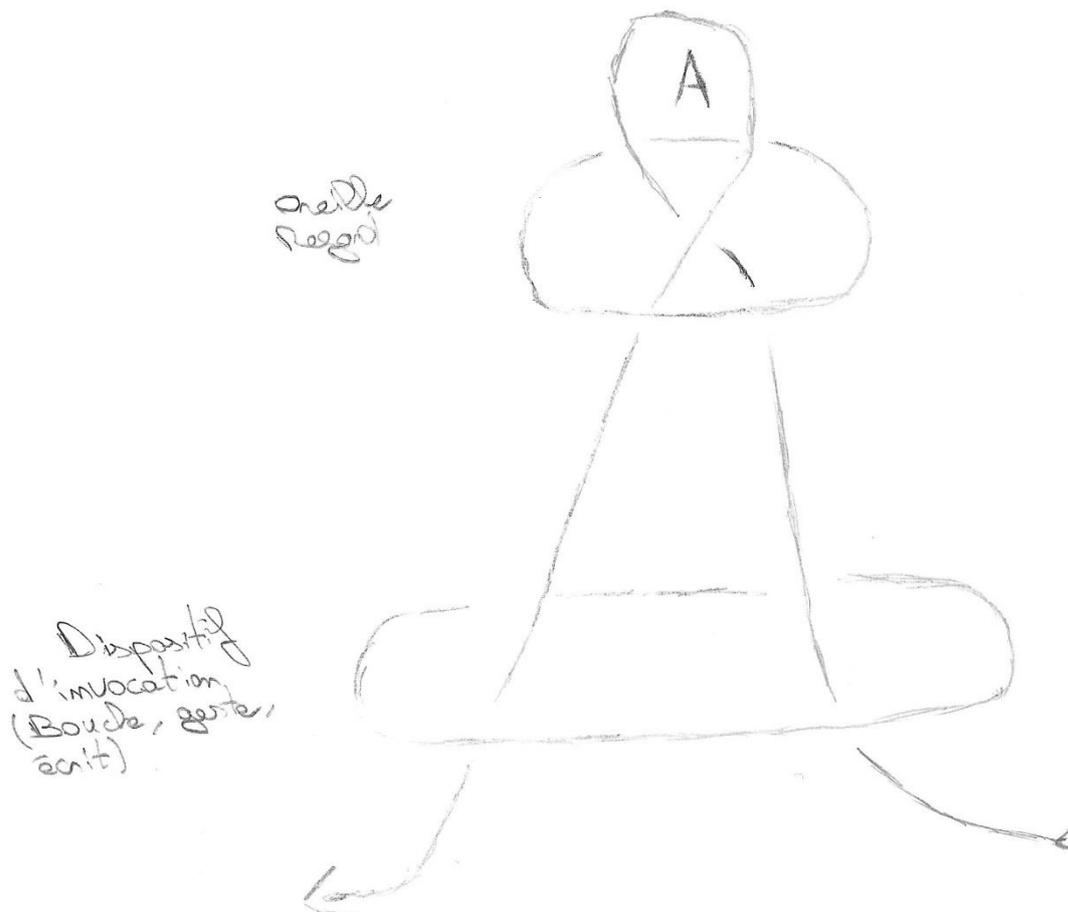
Si, comme nous l'avons dit, il nous est impossible d'entendre un écrit comme représentation de la personnalité d'un individu dans une généralisation de celle-là – la généralisation étant le meurtre de la subjectivité comme nous le prouve le monde hospitalier – l'écrit peut être entendu comme miroir de la subjectivité, tout autant que la voix subjective. Et ces deux patients rencontrés au cours de notre activité libérale, entre autres, nous laissent à penser que l'écrit est un dispositif investi par l'invocation au-delà d'une quelconque perte de la voix physique mais, et c'est ce que nous pointons, n'indiquant selon nous qu'un rapport à l'autre et à l'Autre, à cette question du désir en lien avec l'Autre. Et il en est de même pour le corps qui parle à qui veut bien l'entendre au travers de cette voix gestuelle dont nous parle Michel POIZAT. Une prosodie, un timbre de l'écrit et du corps propre à chacun, au-delà de la voix physique et de son carcan sonore.

³⁹¹ Orrado, I., & Vives, J. M. (2020). *Autisme et médiation : Bricoler une solution pour chacun*. Arkhè.

³⁹² Fugain, C. (2019). *Médecin des voix*. Grasset, p. 67-68.

Cependant, nous nuancerons. Cette potentielle invocation par l'écrit ou le corps ne le devient que si l'Autre y appose ses signifiants. Dans les situations que nous amenons hors des rencontres hospitalières, nous n'avons pas soulevé, renvoyé ou oralisé ces écrits. Il reste pour une part, du hors-sens dans cette idée qu'ils ne tendent pas vers un autre susceptible de l'entendre et de le renvoyer Autrement. Ils restent dans cet état de voix pur puisque non traduit par un Autre, quoiqu'ils soient *a minima* adressés. Dans ce que nous avons développé, nous ferions face ici à des situations d'ersatz non grandement investis qui tendrait vers la complétude et qui pourrait servir le jeu de la pulsion invocante si, par ce que nous pourrions renvoyer, les sujets seraient mis face à la castration symbolique que nous mettons en avant ici.

Nous proposons ainsi le parcours de la pulsion invocante dans les situations « classique », hors laryngectomie totale :



Reprenant le schéma proposé par Erik PORGE³⁹³, et en lien avec le schéma que nous avons proposé dans le cadre de la désirectomie partielle, nous nous permettons de compléter ainsi le schéma. L'invocation ne se fait pas uniquement via la bouche, nous y rajoutons le geste et l'écrit. Cette invocation passe par l'Autre, son oreille si le matériel est sonore, le regard s'il est visuel, mais il subit, qu'importe le dispositif, cette torsion au niveau de l'Autre, renvoyant ce qui lui est adressé, pour revenir Autrement au sujet. Il y a, nous l'avons évoqué, un lien fort entre voix et regard et il nous apparaît d'autant plus indispensable que corps et sonorisation vont de pairs dans ce parcours de la pulsion invocante : les deux ne nous apparaissent pas dissociables en ce sens qu'il est difficile de se représenter une personne qui n'userait que de sa voix physique – peut-être au travers d'une communication téléphonique au travers de laquelle il y a un manque que nous ressentons pour le travail psychothérapeutique.

Ce schéma n'est qu'indicatif et ne peut s'entendre qu'avec le travail fourni au cours de cette recherche. Il est incomplet. Pour justifier cette incomplétude, nous citerons les signifiants énigmatiques que Jean LAPLANCHE tente d'explorer au travers de sa théorie de la séduction originaire³⁹⁴. Ces signifiants peuvent être de tout ordre, verbal et non-verbal, et nous y entendons la possibilité qu'ils soient émis par le touché (comme le propose Didier ANZIEU dans sa théorie du Moi-peau), peut-être par l'odorat et le goût, au-delà de l'ouïe et du regard. Cette question de ce qui fait signifiant, et de la part qui reste énigmatique, nous semble intéressante à développer. Rappelons que la voix pulsionnelle telle que nous la développons est une voix du corps, une expression du sujet au travers de son corps et de la réception qu'en fait l'Autre.

Erik PORGE pose ainsi l'équation suivante : « ma voix = l'écho de ma voix. Ou : la voix, comme objet *a*, est l'a-phonie, la perte du sonore »³⁹⁵ et cela se confirme bien avec ce que nous observons de la perte de la voix physique et donc, de la perte du sonore : la voix comme objet *a* est à ce moment précis, très présente. Mais, du fait même de son schéma que nous proposons de compléter, nous voyons qu'il ne s'agit plus de la perte du sonore en elle-même (qui ne serait alors qu'un dispositif de cette voix pulsionnelle) mais de la perte de l'expression du sujet. « La voix est alors à entendre comme ce qui porte et indique la présence du sujet de l'énonciation et donc du désir qui le fait exister. A partir de là, nous pourrions dire

³⁹³ Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28, p. 25.

³⁹⁴ Laplanche, J. (2016). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse : La séduction originaire* (Nouvelle éd.). PUF.

³⁹⁵ Porge, E. (2012). *La voix de l'écho*. Érès, p. 66.

que la voix peut être supportée par toute partie du corps (larynx, œil, main ...) mise en jeu pour soutenir un énoncé. Ce qui nous importe ici c'est que la voix est alors le témoin, qu'elle qu'en soit la modalité d'énonciation, de la présence d'un sujet dans ce qui se dit de ce qui s'entend »³⁹⁶. En outre, la voix pulsionnelle, celle qui sous-tend la pulsion invocante, serait la voix de l'énonciation du sujet et l'objet *a*-voix cet objet de la complétude d'un sujet dans le hors sens.

C'est ce qui ressort de cette recherche : la capacité qu'a la pulsion invocante de réinvestir d'autre dispositif pour émettre une énonciation du sujet, par le corps et l'écrit dans le contexte que nous avons observé, va dans le sens de ce qu'amènent Isabelle ORRADO et Jean-Michel VIVES. Un « entendre » le sujet qui s'adjoint à ce rappel étymologique que fait Michel POIZAT³⁹⁷ : il s'agit de « tendre vers », et donc sans prise avec la dimension du sonore. Le monde sonore, représenté par la voix physique, n'est pas le monde la voix pulsionnelle qui n'en use que comme dispositif de satisfaction. Il en devient le symbole, une manière de se représenter cette question de la voix pulsionnelle, mais ne s'y limite pas. Nous poserions pour clôturer cette partie, en reprenant l'équation d'Erik PORGE, que : ma voix = l'écho de mon énonciation. Ou : la voix, comme objet *a*, est la dissolution du sens.

³⁹⁶ Orrado, I., & Vives, J. M. (2020). *Autisme et médiation : Bricoler une solution pour chacun*. Arkhè, p. 82.

³⁹⁷ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. Métailié, p. 33.

VIII. Si nous allions plus loin

Si cette recherche traite de la question de la pulsion invocante et de son parcours lors d'une laryngectomie totale, elle ne s'y limite pas, comme nous venons de le voir. La voix empêchée, l'écrit et le geste comme support d'invocation, la désirectomie partielle, toutes ces questions peuvent s'étendre au-delà de la laryngectomie totale. En parallèle de cette recherche, d'autres situations cliniques rencontrées nous ont interrogé concernant la place de la pulsion invocante et en quoi cette recherche pouvait intervenir dans les suivis plus « classiques ».

A. Pulsion invocante et dysphasie

La dysphasie correspond à « des troubles spécifiques du développement du langage oral ...] Ces troubles concernent le développement du langage oral et peuvent toucher les aspects réceptifs (décoder le langage reçu) et/ou expressifs (phonologiques, lexicaux, syntaxiques...) »³⁹⁸. En quoi la situation de laryngectomie totale peut se rapprocher de celle de la dysphasie ? Nous allons tenter de brièvement le faire entendre au travers de la situation de Madame Co.

1. « Madame Co, 25 ans, dysphasique »

Nous rencontrons Madame Co en parallèle de notre activité de recherche. Elle consulte pour « se comprendre ». Dès le premier entretien, elle nous fait part qu'elle est dysphasique et que cela engendre beaucoup de problématiques dans sa vie. Ce diagnostic a été posé très tardivement, il y a une paire d'années seulement, et explique son parcours scolaire difficile. Tout du long de ce dernier, il était évoqué un retard de l'apprentissage pour justifier les difficultés rencontrées. Aujourd'hui, diagnostic posé, elle a pu entreprendre un travail auprès d'une orthophoniste et mettre en place des solutions pour pallier les problématiques d'expression et de compréhension de l'autre.

À notre première rencontre, nous sommes surpris lorsque nous l'entendons parler : elle ne semble pas habiter sa voix. Madame Co use de sa voix physique mais qui semble dépourvue

³⁹⁸ <https://www.ffdys.com/troubles-dys/dysphasie>

d'une voix subjective ; une voix physique très automatisée. Au cours de nos rencontres, elle nous expliquera qu'elle doit prendre du temps, parfois, pour chercher ses mots – qu'elle entend ou qu'elle veut dire. L'une des astuces trouvées avec l'orthophoniste consiste à apprendre des mots tels quels, avec leur définition, et de préparer des phrases « toutes faites » pour répondre à certaines questions. Lorsque les questions ouvrent à un champ plus large, non prévu, il lui est nécessaire de prendre le temps de trouver les mots correspondants le plus à ce qu'elle comprend. Ces mots sont ensuite dits avec une prosodie peu musicale, parfois un peu robotique. Ce qui fait souffrance pour Madame Co semble découler de ce constat : les autres se détournent d'elle lorsqu'elle parle, ils ne semblent pas vouloir l'entendre au point qu'elle ne tente plus de se faire entendre. En parallèle de ce discours pris dans l'objectif quasi-unique de communiquer, le corps de Madame Co parle. Tout du long des séances, son corps ne cesse de bouger de manière précise, évocatrice, sans qu'elle n'en prenne la mesure.

Les mots verbalisés sont pris dans leur valence de signe, « le signe est ce qui représente quelque chose pour quelqu'un », à l'inverse du signifiant représentant un sujet pour un autre signifiant »³⁹⁹, et ainsi ils ne font que représenter quelque chose, ils sont désarrimés de leur valence subjective. La voix physique n'œuvre pas en tant que dispositif de la pulsion invocante, *a contrario* du corps ne demandant qu'à rencontrer un Autre susceptible de l'entendre. C'est en cela que le lien avec cette recherche peut se faire : face à Madame Co, nous retrouvons une clinique du signe dont une partie du corps cherche à se faire entendre au-delà du mot ; une clinique au premier abord silencieuse du point de vue de la voix pulsionnelle. La dysphasie peut entraîner un investissement pulsionnel de l'invocation un peu différent : la voix physique en elle-même fonctionne mais l'utilisation des signifiants se fait de manière désorganisée : ils sont mal entendus et mal émis. Il faut donc, comme pour Madame Co, tout un travail pour rendre le signifiant entendable mais, par ce travail, il perd sa capacité d'équivoque et ne devient qu'un signe, une manière de représenter le monde. Difficile alors d'entendre là un dispositif adéquat pour la voix comme objet *a*. Bien entendu, ce dispositif voile la voix mais d'une certaine manière, il la voile trop. Il n'y a plus l'espace de l'équivocité au travers duquel la quête désirante peut se lancer. Pour Madame Co, c'est le corps qui prend le relais en tant que dispositif principal de la pulsion invocante : tant de gestes qui nous font signe et qui ne cherchent qu'un Autre pour être traduits et entendus. Ils sont, pour le moment, pris dans un hors-sens du fait de l'absence d'un Autre qui puisse les renvoyer Autrement.

³⁹⁹ Bendrihen, N. (2016). *Écritures et réel du cancer : Gratter le mur*. Le Bord de l'eau, p. 125.

Cette recherche que nous avons menée nous ouvre la voie à la compréhension de cet Autre dans la relation thérapeutique dite « classique » pour favoriser la quête désirante. Madame Co vient nous voir pour se comprendre, elle qui souffre de cette dysphasie et de la place qu'elle ne lui permet pas de trouver dans le lien social. Ce que nous comprenons c'est bien un difficile positionnement en tant que sujet parlant et désirant au sein du groupe, l'autre n'entendant pas le corps de Madame Co qui se veut expressif et ne cesse de l'être. Nous faisons le parallèle avec Madame AR : une fois sortie des murs de l'hôpital, l'autre ne se fait plus Autre, il n'entend pas les mots dont elle use et ne tend pas l'oreille à son corps expressif ou ses écrits. Nous entendons, dans la demande manifeste de Madame Co, une demande latente de réintroduire le sujet parlant et désirant à sa juste place. Nous notons d'ailleurs qu'au fil des séances, une place à la voix subjective va se faire par l'introduction d'une spontanéité dans la parole ouvrant à un début de prosodie de la voix physique. Mouvement qui se fait en parallèle d'une conscientisation de ce corps qui ne cesse de se mouvoir et que nous lui renvoyons régulièrement dans des propositions de traduction.

2. *Voix et dysphasie*

Si dans la laryngectomie totale la voix est empêchée par un acte chirurgical et impose une réorganisation pulsionnelle difficile par le corps et l'écrit (notamment), la question de la dysphasie ouvre une autre forme de voix empêchée, de manière moins brutale et plus structurale. La voix physique se veut désorganisatrice de la langue qui essaie d'être acquise. La parole est sans cesse ramenée dans le hors sens, dans une jouissance que le langage ne semble pas arriver à scander – que cette parole soit entendue ou émise. Le dispositif de la voix physique ne possède alors pas les caractéristiques nécessaires pour la pulsion invocante et cette dernière se voit obligée de prendre d'autres chemins pour tenter de se satisfaire, et ce, dès l'apprentissage de la langue. Le voile nécessaire pour acquérir le langage est tel que la voix pulsionnelle ne peut s'y adjoindre ; elle est coupée et provoque l'absence d'une voix subjective. Nous émettons l'hypothèse qu'il s'y joue ce que nous avons vu concernant la laryngectomie totale : une recherche de nouveaux dispositifs pouvant convoquer la voix comme objet *a* – à l'instar du sujet sourd-muet, le corps dans son geste semble plus propice que la voix physique. Cela laisse à penser des conséquences moins « dramatiques » dans le sens où la question de la désirectomie partielle n'apparaîtrait pas.

« Voix et dysphasie » semble être une suite intéressante à cette recherche pour tenter de comprendre, au-delà de la laryngectomie totale, comment le sujet fait face à la défaillance du dispositif de la voix physique lorsque cette défaillance n'est pas son absence mais bien un manque de certaines caractéristiques nécessaires à l'investissement pulsionnel. Et le questionnement s'ouvre à d'autres troubles du langage et de l'apprentissage : dyspraxie, dyslexie, dysorthographe. Tous ces troubles ont un impact sur l'acquisition du langage et la manière dont il est traité. Comment le sujet se construit-il lorsqu'il est contraint, par ces troubles neurodéveloppementaux, à se représenter le langage d'une manière spécifique ? Comment en réagit la pulsion invocante avec ces constructions qui lui sont propres ? Nous retrouvons là l'idée de « bricoler une solution pour chacun »⁴⁰⁰ lorsque nous observons chez Madame Co comment elle s'est construite autour de ce langage défaillant et de cette jouissance qui semble trop proche. Nous devons préciser que, malgré ce qu'elle décrit d'une scolarité chaotique, Madame Co a su, avant que le diagnostic soit posé et que lui soit proposée cette solution de l'orthophoniste, se construire une solution suffisamment solide pour entamer des études supérieures et rentrer dans le monde du travail. Elle a su « faire avec », dans un vécu de souffrance.

Cela nous amène à aller encore plus loin. Dans des situations encore plus importantes, lorsque les aires cérébrales de Broca ou de Wernicke sont endommagées par exemple, ces aires respectivement associées à la production des mots et à leur compréhension, quels sont les impacts pour la pulsion invocante ? Nous sommes dans l'idée, au vu de la plasticité cérébrale et pulsionnelle, que l'invocation trouverait une solution au travers d'une significantisation autre, justement avec ce que nous avons mis en lumière dans les situations de laryngectomies totales. Il n'en reste pas moins qu'il nous est difficile de nous représenter ces situations et que, pour aller plus loin sur la compréhension de la pulsion invocante, et son lien avec le corps, une recherche autour des conséquences neurologiques au travers des troubles « dys » et de problématiques neurologiques plus importantes pourraient ouvrir à un pont entre les neurosciences et la psychanalyse tout en resituant le sujet comme tel pour l'entendre au-delà de ces troubles.

⁴⁰⁰ Orrado, I., & Vives, J. M. (2020). *Autisme et médiation : Bricoler une solution pour chacun*. Arkhè.

B. Désirectomie partielle : un concept déployable ?

1. *Balade fictionnelle au pays de la désirectomie*

Une autre question nous est venue au cours de cette recherche : peut-on entendre cette notion de désirectomie partielle au-delà de la situation de la laryngectomie totale ? Rappelons que nous avons posé comme définition de cette notion l'ablation partielle du désir en lien avec une opération chirurgicale. Cela correspond, avec la laryngectomie totale, à l'ablation d'un dispositif d'invocation de la voix. Ainsi, en lien toujours avec la voix comme objet *a*, nous supposons la possible désirectomie partielle dans des situations d'ablation de d'autres dispositifs pouvant convoquer cette voix. Pensons, par exemple, aux conséquences d'une amputation d'un, ou des deux bras pour une sujet sourd-muet : il s'agit là de son dispositif principal. Soulevons qu'il est imaginable que l'ablation du larynx n'aurait pas cette conséquence de désirectomie partielle pour le sujet sourd-muet et que l'implication d'une laryngectomie totale serait à entendre différemment du fait même de l'utilisation restreinte de la voix physique comme support d'invocation.

Nous pensons, en évoquant cette possibilité, à une rencontre furtive lors de nos premières interventions en service d'ORL en tant que stagiaire psychologue. Découvrant ce monde étrangement silencieux, nous avons été amenés à la rencontre d'un patient arrivé dans le service à la suite d'un accident terrible : il s'est électrocuté en prenant à pleines mains des câbles sous haute tension. Nous ne savons pas ce qui a nécessité l'ablation du larynx avant cet accident mais la conséquence est qu'à la suite de cette électrocution, l'amputation des deux bras s'est révélée une nécessité. Ayant déjà perdu son larynx, il perdait alors deux autres outils possibles de l'invocation : le geste et l'écrit. Nous imaginons ici la possible traversée d'un état nirvanesque en lien avec une potentielle désirectomie partielle – voire totale ? – conséquente à l'ablation des bras. Si ce n'est ce que va vivre le sujet, tout du moins la question se pose : serait-ce des conséquences similaires dans de telles situations ?

Au-delà de la voix, il y a d'autres objet *a*, d'autres objets cause du désir et des pulsions qui y sont associés : le regard et la pulsion scopique par exemple, tourné du côté du désir à l'Autre⁴⁰¹. Nous avons amené notre idée de l'importance de la pulsion scopique dans la construction du sujet et dans le rapport à son désir, notamment dans l'important lien qu'il

⁴⁰¹ Assoun, P.-L. (2014). *Le regard et la voix : Leçons de psychanalyse*. Anthropos Économica, p. 84.

pourrait exister avec la pulsion invocante et la voix. Cela nous amène naturellement à se poser la question : qu'impliquerait la perte de l'œil – en lien avec une opération –, dans le rapport à l'Autre ? Rencontrerions-nous alors une traversée d'un état nirvanesque avec la complétude de l'objet-regard ? Si nous concevons le regard au même titre que la voix, il est aisé de se représenter qu'il ne s'agit nullement de la simple vision de l'œil mais que cette dernière vient voiler le regard. Nous l'avons dit, le sujet aveugle se représente le monde, il le « voit » différemment. Notre imaginaire nous conduit à nous représenter que la perte de cette vision physique nécessiterait un remaniement pulsionnel. Et, nous allons plus loin, que cela engendrait également une désirectomie partielle par la retrouvaille de l'objet-regard, par la complétude provoquée par ce retour au noir absolu.

Pour aller plus loin sur la notion de désirectomie partielle, il s'agirait d'un travail à mener qui offrirait une compréhension plus accrue de ces questions d'objet *a* et de leurs implications pour le sujet dans les rencontres cliniques. Il nous apparaît que la situation de désirectomie met le sujet face à la complétude, à la retrouvaille d'un objet *a* qu'il ne serait possible de rencontrer autrement. La problématique principale reste alors : pouvons-nous rencontrer des individus pris dans de telles retrouvailles avec l'objet *a* regard, oral ou anal ? Et comment en sortir ?

2. *Au-delà de l'acte : l'accident*

Faisons un pas de plus dans notre balade, pouvons-nous entendre la désirectomie partielle comme un acte venant de l'extérieur de manière générale, et non nécessairement d'un acte chirurgical ? Est-ce que la perte de la voix par l'imposition de la maladie, d'un accident, d'événements de vie peut engendrer les mêmes conséquences pour la vie pulsionnelle ? Sur ce point, nous avons une piste de réflexion, un premier chemin tenu à suivre en lien avec la clinique. Le service d'ORL dans lequel nous intervenons est parfois sollicité pour faire des « hébergements » de patients du service d'en face, le service de CMF – Chirurgie Maxillo-Faciale, autrement dit le service de chirurgie reconstructive et esthétique de la face. Il accueille les patients ayant subi des agressions ou des accidents du visage et du cou nécessitant une reconstruction. C'est dans ce cadre que nous avons rencontré, très brièvement, un patient hébergé dans le service à la suite d'une agression par des chiens qui lui ont attaqué le visage et le cou. Nous entendons parler de lui au cours d'une relève durant laquelle nous apprenons que

le larynx a été touché et que sa voix en sera définitivement affectée. Nous le croisons de manière informelle dans le couloir et nous observons un corps fantomatique, douloureusement porté. Naturellement, nous lui adressons un « bonjour » qui ne recevra pour réponse qu'un hochement de tête. Cette brève rencontre nous a évoqué, sur le moment, ces patients laryngectomisés pris dans l'état nirvanesque de la désirectomie partielle.

Il y a, bien évidemment, trop peu d'éléments pour étendre la réflexion sur cette question, mais suffisamment pour poser l'hypothèse que cette question de la désirectomie partielle peut se retrouver au-delà de l'acte chirurgical. Que la perte peut être vécue par accident ou agression, et potentiellement de manière plus traumatique puisqu'alors d'autant moins prévisible.

De manière plus globale, cette recherche invite donc à l'ouverture sur d'autres pathologies somatiques et leur impact, avec une compréhension autour de ces questions des objets *a*, autrement dit autour de la question du désir. La place du désir au sein du monde hospitalier est mise à l'écart. Ce désir est d'autant plus malmené dans certaines pathologies telles que le cancer de la gorge et son rapport à la voix, la dysphasie et son rapport au langage, potentiellement la cécité et son rapport au regard, *et cætera*, lorsque la pathologie vient impacter un objet ersatz du désir. Comment alors resituer le désir à sa bonne place ? Peut-on, avec ces éléments, prévenir les syndromes de glissement ? Nous espérons que cette recherche pourra ouvrir à des travaux sur ces questions-là et puisse faire entendre le sujet dans ces contextes où il tend à être effacé.

C. Limites de cette recherche

1. L'étude qualitative

Si nous souhaitons que notre travail s'ouvre au-delà du contexte dans lequel il se déploie, c'est qu'il a nécessairement des limites dans son apport. D'une part, cette recherche se veut qualitative et se base principalement sur l'observation clinique et l'entretien clinique. « Faire le choix de l'entretien clinique de recherche en psychologie clinique et psychopathologie participe d'un certain positionnement épistémologique qui considère que l'appréhension de l'expérience subjective est essentielle pour développer les connaissances

dans ce domaine »⁴⁰² nous dit Khadija CHAHRAOUI et, à partir de ces entretiens émergent des études de cas, « outil majeur de la psychologie clinique et de la psychopathologie qui consiste en un travail d'élaboration et de présentation du contexte et du fonctionnement psychologique d'une personne »⁴⁰³. Cette méthode d'investigation permet de rendre compte de la relation entre un sujet et l'objet d'étude mais se trouve empêchée dans une généralisation possible – nous l'avons vu dans la nuance nécessaire en réponse à nos hypothèses de recherche. Généraliser n'est pas dans notre façon de penser, et donc se ne retrouve pas dans notre abord de la problématique. Nous avons cependant tenté de faire émerger des récurrences que nous avons rencontrées pour ouvrir à un potentiel travail quantitatif par la suite – nous pensons à cet état nirvanesque traversé à la suite de l'opération – puisqu'à l'heure actuelle, avec les rencontres effectuées, il nous est impossible de poser que cet état est existant dans toutes situations de laryngectomies totales.

Un autre point qu'amène l'approche qualitative, c'est donc la prise en compte du sujet et de tout ce que cela engendre : à savoir tous les biais possibles qui appartiennent au sujet mais également à notre subjectivité propre. C'est cette prise en compte globale, une recherche en ayant en tête la possible existence de tous ces éléments, qui nous permet de déployer une réflexion propre à chaque rencontre. Cela limite la possible extension au général puisqu'alors l'existence de ces multiples biais rend chaque situation unique. C'est là une façon de penser qui nous est chère mais qui, potentiellement, pourrait s'étendre à une réduction à certains biais pour se focaliser sur un mécanisme propre. Une limite donc, du fait même du choix de l'approche qualitative, limite qui aurait été inversée dans le choix d'une étude quantitative. Nous insistons sur le fait qu'une approche complémentaire en psychologie sur cette question de la laryngectomie totale pourrait permettre une vision d'autant plus précise sur les problématiques que nous soulevons.

⁴⁰² Chahraoui, K. (2021). Chapitre 11. L'entretien clinique de recherche. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 179-196). Dunod, p. 181.

⁴⁰³ Barfety-Servignat, V. (2021). Chapitre 6. L'étude de cas. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 95-113). Dunod, p. 97.

2. *Une trop grande spécificité*

D'autre part, le champ de la laryngectomie totale représente une faible part de la population générale : « les cancers de la « gorge » représentent en France un peu plus de 6000 nouveaux cas par an soit 5 à 6% de la totalité des cancers »⁴⁰⁴ et tous ne nécessitent pas une laryngectomie totale. Une opération qui, d'ailleurs, est vouée à disparaître à plus ou moins long terme avec l'apparition de traitement médicamenteux et chirurgicaux bien plus spécifiques et précis qui ont, dans les cas de ces cancers de la gorge, une optique de limiter la perte laryngée. Nous espérons que ces travaux ne soient plus nécessaires pour la prise en charge de patients « mutilés de la voix », que cette opération fasse partie du passé du fait de ses terribles conséquences, mais tant qu'elle reste une nécessité pour faire face au cancer, nous estimons qu'il est important d'entendre les sujets qui doivent y faire face.

Malgré ce que ces rencontres nous apprennent sur la pulsion invocante, sa constitution, son développement et sa malléabilité face aux aléas qu'elle peut subir, il est nécessaire de reconnaître la spécificité d'une telle recherche et de ce que cela implique. Si nous allons plus loin, nous pourrions développer et étendre les résultats, comme nous l'avons spécifié, à d'autres problématiques et à d'autres rencontres mais, en l'état actuel, il nous est impossible d'affirmer ce que nous proposons comme ouverture. La perte laryngée est déjà chose rare – parfois aphonie – mais un tel cataclysme l'est d'autant plus. Ainsi, il nous est apparu important de prendre en compte cette perte dans un tel contexte pour, justement, que les sujets laryngectomisés puissent être entendus dans ce qu'il y a de spécifique à leur situation. L'ouverture au langage et à une voix pulsionnelle est ce qui va permettre un rapprochement avec d'autres situations et d'entendre au-delà de cette clinique silencieuse particulière. Nous espérons avoir pu suffisamment faire entendre cette idée au travers de ce positionnement pathoanalytique.

⁴⁰⁴ Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découration*. l'Harmattan, p. 9.

IX. Conclusion : vers la fin d'une odyssée

*Pan : « Pan serait né pendant l'absence
d'Ulysse ; lorsque celui-ci revint, désolé de
trouver sa femme infidèle, il serait reparti
pour de nouvelles aventures »⁴⁰⁵*

Tout du long de cette étude, nous avons tenté de mettre en exergue cette Odyssée de la voix dans un cadre bien particulier, celui du cancer de la gorge. Lorsque la voix est touchée, cet outil précieux dans la vie de tous les jours, cela engendre des modifications et des perturbations temporaires – par exemple lorsqu'après un concert passionné, la voix éreintée cesse de fonctionner et la gorge fait souffrir, empêchant la bonne tenue de la réunion du lundi matin. Mais tout un chacun sait que cela n'est que temporaire. Il en est tout autre lorsqu'un cancer se développe au niveau des voies aériennes supérieures. Le larynx est empêché, l'air se fraie difficilement un chemin jusqu'à la bouche, la voix se modifie. Et si le seul recours possible est la laryngectomie totale, c'est tout un pan de soi qui s'en va. Tout du moins, et nous espérons que cela s'entend dans notre travail, une représentation que l'on a de soi – le larynx étant l'organe représentant symboliquement la voix.

Les solutions que le sujet peut trouver sont de différents ordres. Il utilise ce qu'il connaît, ce qu'il usait déjà avant plus ou moins consciemment : le geste et l'écrit notamment. Du point de vue communicationnel, ces dispositifs prennent une autre forme, devenant signe à part entière, prenant valeur de signification pour un autre dans une nécessité de transmettre un message pour que l'autre puisse réagir. Et c'est par cette réaction, par ce que va entendre et répondre cet autre que l'écrit et le geste peuvent prendre l'habit de signifiants et rentrer dans le jeu de l'Autre et de son désir. Alors l'impact engendré par la perte de la voix physique commence à être travaillé et une possibilité de re-renter dans le monde de l'invocation s'ouvre. Une nouvelle façon de se subjectiver s'impose, au-delà de la jouissance que peut entraîner la désirectomie partielle. Et cela se joue en présence des soignants, lors de l'hospitalisation qui succède l'opération.

À l'instar de la plasticité du cerveau, capable de compenser l'atteinte d'une partie de lui-même, le corps a la capacité de s'adapter aux cataclysmes qu'il subit. Dans la situation de

⁴⁰⁵ Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France, p. 342.

laryngectomie totale, l'atteinte et la perte de la voix vont être compensées par le corps qui prendra le relais. La voix n'est pas qu'une onde sonore qui s'écoule par la bouche, déformée par les cordes vocales, c'est une part du corps, une extension au-delà de la barrière cutanée. C'est ce qui nous amène à parler de corps-voix, un corps qui est une réserve signifiante et qui rejoint l'idée que postule certains auteurs tel Didier ANZIEU, qui l'évoque en précisant cependant que « l'acquisition de la signification prélinguistique (celle des cris puis des sons dans le babillage) précède celle de la signification infralinguistique (celle des mimiques et des gestes) »⁴⁰⁶, ou Michel POIZAT qui le développe dans son ouvrage *La voix sourde*⁴⁰⁷ au travers du sujet sourd-muet. C'est cette voix que nous retrouvons après l'opération, celle qui découle de l'acquisition de la signification infralinguistique et qui rentre, *a minima*, dans le monde des signifiants corporels que le sujet sourd-muet développe et promet au rang de langage à part entière.

Mais il faut pouvoir entendre cette voix du corps, non-sonore, et loin de nos habitudes d'écoute. Cette recherche nous amène à faire attention aux corps qui accompagnent le son d'une parole, y compris le nôtre propre. Ce que, jusqu'ici, nous entendions sans voir, aujourd'hui prend un sens plus conscient. Et lors d'un passage à l'hôpital, cette médecine qui tend à réduire le patient à un corps malade fait taire une possible entente de ce que dit ce corps – ce corps-voix n'est accessible qu'à considérer l'autre comme potentiel sujet désirant, ce qui pourrait être dangereux dans le cadre de chirurgies. Ce corps-voix est d'autant plus facile à taire lorsqu'il n'y a plus de sonorisation possible puisque là où l'oreille ne peut se contrôler, l'œil se clôt. Mais dans les situations de patients laryngectomisés, tous les yeux ne se ferment pas du côté soignant. Il arrive un moment où l'obligation de l'éducation thérapeutique entraîne une remise en jeu du monde signifiant et une écoute du corps-voix. Il semble se rejouer le passage du cri pur au cri pour durant lequel l'objet maternel impose son désir par l'imposition de ses signifiants. Les signes du patient laryngectomisé prennent forme de signifiants et permettent de faire face à l'insondable jouissance.

Nous nous demandions, dans la problématique de cette recherche, s'il était judicieux de proposer un espace de subjectivation dans ce contexte hospitalier tendant à l'objectivation pour faciliter le soin. Nous pouvons ici répondre que oui, que c'est même une nécessité dans les situations de laryngectomie totale. Cependant, il n'est pas nécessaire que ce soit un psychologue qui endosse ce rôle. Plus ou moins inconsciemment, nous l'avons vu, l'équipe

⁴⁰⁶ Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod, 190.

⁴⁰⁷ Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. M talli .

soignante ouvre un espace de subjectivité et accueille ce débordement nouveau faisant relativement partie du protocole de l'éducation thérapeutique. Cela nous apparaît même indispensable dans la reconstruction post-laryngectomie. Finalement, cette offre d'un temps « psy » se retrouve plus particulièrement important dans les situations où ce débordement subjectif ne se fait pas selon les règles préétablies mais les dépasse et les submerge. Finalement, réintroduire du sujet et une parole du sujet au sein des équipes hospitalières, faire un pas-de-côté avec les soignants ne peut être que bénéfique.

Entendre la voix comme objet *a* tel que la définit Jacques LACAN et ses contemporains nous permet d'aller au-delà de la simple émission sonore. La voix serait alors un entremêlement de mouvements du corps et de sens qu'on leur donne. Ces mouvements peuvent être laryngés et buccaux, et ainsi produire des sons, comme ils peuvent être gestuels tel que nous le montre le sujet sourd-muet, ou bien encore écrits et faire lien directement avec la langue. C'est par l'investissement de la pulsion invocante que chacune de ces manifestations corporelles peut accéder au rang de « dispositif convoquant la voix »⁴⁰⁸ et ainsi chercher cet objet-voix perdu ; et c'est par la présence de l'Autre et de ses signifiants que cet investissement semble se faire. Les situations de laryngectomie totale mettent en lumière ce mécanisme et l'importance que revêt la parole signifiante (sonorisée ou non) pour faire émerger le sujet d'un corps – ici malade et amputé.

La question de la voix ne se limite pas à la laryngectomie totale et si, au cours de ces pages, nous nous focalisons sur une perte laryngée forcée par la maladie, il en ressort l'importance que revêt l'objet-voix et ce, quel que soit le dispositif. Par l'approche pathoanalytique que nous arborons, il en émerge également une compréhension de la constitution de la pulsion invocante et de ses enjeux dans la relation d'un sujet à un Autre et nous permet de questionner la place que peut prendre une médiation thérapeutique, par exemple par l'écrit ou le corps. Qu'apporte une médiation écriture pour un sujet schizophrène ? Ce qui nous renvoie au récent travail de Denys GAUDIN⁴⁰⁹ qui nous permet d'aller au-delà de la question somatique. Peut-on entamer un travail psychothérapeutique par l'écrit ou le corps ? Ce à quoi nous nous permettons de répondre, au vu de notre travail, que c'est tout à fait envisageable et ouvre à un au-delà du langage oralisé et peut permettre, lorsque la voix fait

⁴⁰⁸ Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier, p. 17.

⁴⁰⁹ Gaudin, D. (2022). *Ecriture et voix : Clinique du recours à l'écrit dans les psychoses*. In press.

défaut ou qu'elle n'est pas le dispositif principal de la pulsion invocante, d'ouvrir à un travail psychothérapeutique.

L'approche pathoanalytique de cette situation du cancer de la gorge nous ouvre à un dépassement de celle-ci. Si le cristal se fissure de cette manière là particulièrement chez les patients que nous rencontrons au cours de cette recherche, il est à y entendre que, de par la construction psychique préexistante, la pulsion invocante et les dispositifs de l'invocation sont déjà « fissurés » de telle sorte à provoquer ces remaniements pathologiques (toujours dans son sens d'hors-norme). Cela nous permet de voir au travers d'une situation terrible la construction de la pulsionnalité, et plus particulièrement la pulsion invocante.

Et après ? Une recherche se doit d'être concentrée sur un point précis. Ici, c'était sur le temps de l'hospitalisation. Mais que se passe-t-il après ? Nous avons quelques idées, du fait de retour de certains patients dans le service des mois voire des années après leur opération, mais aucune de nos rencontres n'a permis de mettre en lumière ce qu'il se joue une fois une nouvelle voix acquise – qu'elle soit œsophagienne ou trachéo-œsophagienne. Nous avons pu mettre en lumière les débuts de ces nouveaux investissements et nous ne pouvons que nous appuyer sur le peu d'écrits concernant le sujet⁴¹⁰. Notre travail nous apparaît donc incomplet de ce point de vue. Quels sont les enjeux de l'apprentissage de ces nouvelles voix ? Que se joue-t-il psychiquement ? Peut-on vivre et jouir de cette voix artificielle ? Les implications psychiques après l'hospitalisation, passée la phase liminaire et loin de l'hôpital, dans la vie « normale », nous questionne. Est-ce même possible de sortir de cette phase liminale que nous décrivons ? Nous n'imaginons pas nous arrêter là.

La question de la voix nous anime et si nous imaginions qu'entamer cette recherche aurait pu nous amener à apaiser ce mouvement en nous, il n'en est rien. Il semblerait que nous soyons pris dans une quête d'un objet perdu que nous tentons de retrouver. Peut-être qu'une étude sur la retrouvaille de la nouvelle voix, artificielle celle-ci, nous permettrait d'atteindre une certaine finalité dans notre désir. Mais au vu de ce que nous avons travaillé de l'objet *a*, nous pouvons facilement imaginer ce qu'il en sera une fois l'étude menée.

Nous terminerons avec Ovide et ses métamorphoses. Il en vient à parler de la demeure du Sommeil : « là l'oiseau vigilant, couronné d'une crête, n'appelle point l'aurore par ses

⁴¹⁰ Dont les principaux sont le témoignage d'Éric Girard, et les études sociologiques d'Emmanuel Babin et de Sarah Demichel-Basnier.

chants : le silence n'est jamais rompu par la voix des chiens attentifs ni par celle de l'oie, dont l'oreille est plus subtile encore ; on n'entend ni bêtes sauvages, ni troupeaux, ni rameaux agités par les vents, ni voix humaine : aucun son bruyant ; c'est le séjour du repos muet ; seulement du pied de la roche sort un ruisseau de l'eau du Léthé, qui, coulant sur un lit de cailloux crépitants, invite au sommeil par son murmure »⁴¹¹. Telle est l'atmosphère que nous ressentons aux côtés de sujets laryngectomisés. Aucun son bruyant, uniquement un murmure subjectif qui ne doit pas nous endormir mais au contraire, nous rendre attentif.

Un service silencieux que, par notre désir fou, nous avons tenté de rendre bruyant.

⁴¹¹ Ovide. (1992). *Les métamorphoses*. Gallimard, p. 372.

X. Bibliographie

- Abitbol, J. (2013). *L'odyssée de la voix*. Flammarion.
- Aeltermann, H. (2014). Que les patients ne perdent pas la face. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 118(3), 69-74.
- Alric, J. (2015). *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en oncologie et en soins palliatifs*. Érès.
- Alric, J. (2015). Introduction. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en oncologie et en soins palliatifs* (p. 15-24). Érès.
- Anouilh, J. (2008). *Antigone*. La table ronde.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Archer, E. (2001). La loi pénale n'est pas thérapeutique en soi. *Journal du droit des jeunes*, 202(2), 39-41.
- Assoun, P.-L. (2014). *Le regard et la voix : Leçons de psychanalyse*. Anthropos Économica.
- Assoun, P.-L. (2020). Un jeu qui n'en finit pas. L'impensable plaisir. *Figures de la psychanalyse*, n°39(1), 11-30.
- Attié, J. (2015). *Entre le dit et l'écrit : Psychanalyse & écriture poétique*. Éditions Michèle.
- Babin, E. (2011). *Le cancer de la gorge et la laryngectomie : La découration*. l'Harmattan.
- Babin, E., & Grandazzi, G. (2018). Un système paradoxant ? Soignants et prise en charge des patients en oncologie des voies aéro-digestives supérieures. In *Le cancer : Un regard sociologique* (p. 184-199). La Découverte.
- Bachler, L. (2020). La force de guérir : Ce qui ne nous tue pas nous rend-il plus fort ? *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 90-99.
- Badir, S., & Parret, H. (2001). *Puissances de la voix : Corps sentant, corde sensible*. Presses universitaires de Limoges.
- Baïetto, M.-C. (2010). La voix incorporée. *Analyse Freudienne Presse*, n° 17(1), 57-68.

- Barfety-Servignat, V. (2021). Chapitre 6. L'étude de cas. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 95-113). Dunod.
- Barthes, R. (2014). *Le degré zéro de l'écriture suivi de Nouveaux essais critiques*. Points.
- Bendrihen, N. (2016). *Écritures et réel du cancer : Gratter le mur*. Le Bord de l'eau.
- Beutter, P., Laccourreye, L., Lescanne, E., & Morinière, S. (2008). *Chirurgie cervico-faciale*. Elsevier-Masson.
- Brun, D. (2020). Guérir aujourd'hui ou comment inscrire la maladie dans sa vie. *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 44-52.
- Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.
- Chabert, C., & Louët, E. (2013). Troubles bipolaires et manie-mélancolie : Continuité ou rupture ? *Psychologie clinique et projective*, 19(1), 11-54.
- Chabert, C. (2022, 8 avril). *Mélancolie de la passion* [Conférence]. Colloque Mélancolie de la parole : psychanalyse et littérature, Montpellier.
- Chahraoui, K. (2021). Chapitre 11. L'entretien clinique de recherche. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 179-196). Dunod.
- Champoiral, P. (2015). « Vous êtes un psy qui parle ? ». In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 39-51). Érès.
- Chervet, B. (2010). Source pulsionnelle et corps érogène, des inscriptions de l'après-coup. *Revue française de psychanalyse*, 74(5), 1487-1494.
- Chevaleyre, M. (2018). Ces personnes, dont la parole est empêchée. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 133(2), 63-64.
- Ciccone, A. (2013). *L'observation clinique*. Dunod.
- Darchis, É. (2019). Écriture : À quelle adresse ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 72(1), 45-58.
- De Mijolla-Mellor, S. (2012). *La sublimation*. Presse Universitaire de France.

- Dejours, C. (2003). *Le corps d'abord*. Payot & Rivages.
- Delbe, A. (2014). *Le stade vocal*. l'Harmattan.
- Delory-Momberger, C., & Tourette-Turgis, C. (2014). Vivre avec la maladie. *Le sujet dans la cite*, 5(2), 33-38.
- Demichel-Basnier, S. (2019). *Sociologie des voix artificielles*. Presses universitaires de Grenoble.
- Douville, O., & Jacobi, B. (2009). *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*. Dunod.
- Fernandez, L. (2021). Chapitre 10. L'observation. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 162-177). Dunod.
- Fliess, R. (2001). Silence et verbalisation : Un supplément à la théorie de la « règle analytique ». In *Le silence en psychanalyse* (p. 69-93). Payot & Rivages.
- Freud, S. (1968). Pulsions et destins des pulsions. In *Métapsychologie* (p. 11-43). Gallimard.
- Freud, S. (1968). Deuil et mélancolie. In *Métapsychologie* (p. 145-171). Gallimard.
- Freud, S. (1997). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle* (p. 81-105). Presse Universitaire de France.
- Freud, S. (1997). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Editions Payot.
- Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 49-128). Payot & Rivages.
- Freud, S. (2009). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. J.-M. Tremblay.
<https://doi.org/10.1522/030150547>
- Fries, A. B. W., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S., & Pollak, S. D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(47), 17237-17240.
- Fugain, C. (2019). *Médecin des voix*. Grasset.

- Gaspard, J.-L. (2019). L'être en souffrance dans le champ médical. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 38-50.
- Gaudin, D. (2022). *Ecriture et voix : Clinique du recours à l'écrit dans les psychoses*. In press.
- Girard, É. (2016). *Je n'ai qu'une parole*. La martinière.
- Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2009). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*. Flammarion.
- Gorog, J.-J. (2011). Le malentendu de la jouissance, version lacanienne de la pulsion de mort freudienne. *Champ lacanien*, 9(1), 19-26.
- Grasser, Y. (2021). Écouter, entendre, lire. *La Cause du Désir*, 108(2), 93-98.
- Grimal, P. (2011). *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*. Presses universitaires de France.
- Harrus-Révidi, G. (2007). La laryngectomie, un cataclysme de l'oralité. *Champ psychosomatique*, n° 48(4), 145-152.
- Hertz, H. (1972). *La graphologie*. Presses universitaires de France.
- Hesbeen, W. (2019). Le soignant contemporain. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 61-67.
- Hiltenbrand, J.-P. (2019). *La condition du parlêtre*. Érès.
- Itier, E. (2015). Du service de dermatologie au service de *Chaque-Un*. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en oncologie et en soins palliatifs* (p. 85-96). Érès.
- Jacob Alby, V., & Vives, J.-M. (2016). De la possible invention d'un espace d'intimité chez le sujet psychotique : L'exemple de la musique. *Connexions*, 105(1), 123-132.
- Jacobi, B. (2004). Epreuve de la maladie, durée de la dépression. In *Le cancer : Approche psychodynamique chez l'adulte* (p. 79-87). Érès.
- Jacobi, B. (2019). Soigner. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 68-79.

- Jeannin, N., Pelletti, C., & Dany, L. (2012). La profession infirmière face à l'annonce en oncologie : Place et enjeux de la dimension psychologique. *Pratiques et Organisation des Soins*, 43(3), 177-185.
- Kaluaratchige, E. (2016). Du désir au Nirvāna. Le destin bouddhique de la sexualité. *Topique*, 134(1), 21-35.
- Klinkenberg, J.-M. (2017). Postface. In *Hôpital silence* (p. 173-201). Communauté française de Belgique.
- Ksensed, A. (1999). Interpréter ? *Revue française de psychosomatique*, 16(2), 59-76.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2011). *Sur le chagrin et le deuil : Trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil* (Nouvelle éd.). Pocket.
- Lacan, J. (2014). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Points.
- Lacan, J. (2015). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Points.
- Lapassade, G. (2016). Observation participante. In *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 392-407). Érès.
- Laplanche, J. (2016). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse : La séduction originaire* (Nouvelle éd.). PUF.
- Le Breton, D. (2011). *Éclats de voix. Une anthropologie des voix*. Métailié.
- Leader, D. (2020). *La jouissance, vraiment ?* Stilus.
- Lebrun, J.-P. (2017). *De la maladie au malade. Psychanalyse et médecine dans la cité*. Érès.
- Lucchelli, J. P. (2020). *Introduction à l'objet a de Lacan*. Michèle.
- Malinconi, N. (2017). *Hôpital silence*. Communauté française de Belgique.
- Mannoni, M. (1998). *Le nommé et l'innommable*. Denoël.
- Marchal, H. (2016). Observation participante. In *Dictionnaire de la fatigue* (p. 601-604). Librairie Droz.
- Marin, C. (2014). Les malentendus du corps. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118(3), 13-20.

- Miller, J.-A. (1989). Jacques Lacan et la voix. In *La voix. Colloque d'Ivry* (p. 175-184).
Association de la Lysimaque.
- Morali, M. (2021). Éditorial. Éclats du corps. *La revue lacanienne*, 22(1), 7-11.
- Nassif, J. (2004). *L'écrit, la voix : Fonctions et champ de la voix en psychanalyse*. Aubier.
- Nominé, B. (2011). Le corps esclave du discours et le corps parlant. *Champ lacanien*, 9(1), 41-47.
- Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), 419-427.
- Orrado, I., & Vives, J. M. (2020). *Autisme et médiation : Bricoler une solution pour chacun*. Arkhè.
- Ovide. (1992). *Les métamorphoses*. Gallimard.
- Pellion, F. (2009). Quelques réflexions sur la pertinence clinique et psychopathologique de la notion de « suppléance ». *Recherches en psychanalyse*, 7(1), 92-101.
- Perros, G. (1978). *Papiers collés III*. Gallimard.
- Petrucci, A. (2019). *Promenades au pays de l'écriture. Zones sensibles*.
- Poizat, M. (1996). *La voix sourde : La société face à la surdité*. Métailié.
- Poizat, M. (2001). *L'opéra ou le cri de l'ange : Essai sur la jouissance de l'amateur d'opéra*. Métailié.
- Poizat, M. (2001). *Vox populi, vox Dei : Voix et pouvoir*. Métailié.
- Porge, E. (2011). Les voix, la voix. *Essaim*, 26(1), 7-28.
- Porge, E. (2012). *La voix de l'écho*. Érès.
- Porge, E. (2014). Entre voix et silences : Tourbillons de l'écho. *Essaim*, 32(1), 41-59.
- Poussin, G. (2012). *La pratique de l'entretien clinique*. Dunod.

- Pujol J.-L. (2012). *L'annonce du cancer, entre corps-symptôme et langage traumatique* [Thèse de doctorat, Université de Paul Valéry – Montpellier 3]. Thèse-en-ligne. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00755418/document>.
- Rabinovitch, S. (2018). *Les voix*. Érès.
- Raufast, L., Vinot, F., & Vives, J.-M. (2019). *La médiation par le théâtre : Freud et Dionysos sur la « scène » thérapeutique*. Arkhè.
- Raveneau, G. (2019). Les deux corps du malade du cancer. Politiques du cancer, témoignage et asymétrie des savoirs. *Ethnologie française*, 49(1), 183-193.
- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254.
- Reik, T. (2002). *Ecouter avec la troisième oreille*. La bibliothèque des introuvables.
- Robin, D. (2013). IV. Transfert, nosographie et structurations psychiques. In *Dépasser les souffrances institutionnelles* (p. 99-124). Presses Universitaires de France.
- Schilder, P. (1980). *L'Image du corps : Étude des forces constructives de la psyché*. Gallimard.
- Schwering, K.-L. (2020). Revivre et ne plus être patient. *Cancer(s) et psy(s)*, 5(1), 80-89.
- Sciara, L. (2014). En quoi l'objet a détermine-t-il la pratique clinique ? *La revue lacanienne*, 15(1), 19-27
- Sigaud, H. (2015). Pour une clinique du réel en cancérologie. In *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs* (p. 53-68). Érès.
- Soler, C. (2019). *Retour sur « la fonction de la parole »*. Nouvelles du champ lacanien.
- Soly, R. (2022). Entendre l'écrit. Un possible réinvestissement de la pulsion invocante dans l'écrit des sujets laryngectomisés. *Psychothérapies*, vol. 42(3), 167-175. [À paraître]
- Spitz, R. A. (1997). *De la naissance à la parole : La première année de la vie*. Presses universitaires de France.

- Szwec, G. (1999). La fonction maternelle du thérapeute, la mère morte, l'amante. *Revue française de psychosomatique*, 16(2), 7-18.
- Vargioni, J. (2013). La mélancolie corporelle. *Psychologie clinique et projective*, 19(1), 135-149.
- Vasse, D. (1974). *L'ombilic et la voix*. Seuil.
- Vinciguerra, R.-P. (2009). L'objet voix. *La Cause freudienne*, 71(1), 134-140.
- Vives, J.-M. (2006). L'avocation mélancolique. *Cliniques méditerranéennes*, 73(1), 303-317.
- Vives, J.-M. (2007). Le silence des Sirènes : Une approche kafkaïenne de la voix comme objet a. *Figures de la psychanalyse*, 16(2), 93-102.
- Vives, J.-M. (2012). *La voix sur le divan : Musique sacrée, opéra, techno*. Aubier.
- Vives, J.-M. (2013). Comment la voix vient-elle aux enfants ? *Enfances Psy*, 58(1), 40-50.
- Vives, J.-M. (2015). Pour introduire la notion de point sourd. In *Écoute, ô bébé, la voix de ta mère... La pulsion invocante* (p. 91-107). Érès.
- Wieder, C. (2020). Le syndrome de Glissement. *Topique*, n° 150(3), 85-96.
- Winnicott, D. W. (1970). *Processus de développement chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Payot.

XI. Webographie

<https://www.techniques-ingenieur.fr/actualite/articles/defiez-le-silence-de-la-chambre-sourde-2408/>

<https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/les-plans-cancer>

<https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

<https://mutiles-de-la-voix-pays-de-la-loire.fr/litterature/>

<https://www.pactonco.fr/remission-et-guerison-du-cancer>

<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Suivi/Remission>

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/etiquetage-produits-tabac/tabagisme-cancer-gorge.html>

https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/dispositif-annonce-2009-10_0.pdf

<http://users.telenet.be/roma/site%20CEP/CAHIERS/cah3p31.htm>

<https://www.ffdys.com/troubles-dys/dysphasie>

XII. Index *nominum*

A

Abitbol Jean : 13
Aelterman Hélène : 25, 85
Alric Jérôme : 22, 23, 24, 147, 184
Anouilh Jean : 109
Anzieu Didier : 175, 176, 211
Archer Evry : 191
Assoun Paul-Laurent : 55, 146, 160, 163,
171, 194, 205
Attié Joseph : 74

B

Babin Emmanuel : 14, 20, 29, 32, 80, 81,
82, 86, 87, 114, 131, 132, 145, 209
Bachler Laurent : 27
Badir Sémir : 73, 162
Baïetto Marie-Claude : 39, 61
Barfety-Servignat Véronique : 48, 208
Barthes Roland : 74
Bendrihen Nicolas : 21, 74, 164, 202
Beutter Patrice : 50
Brun Danièle : 185, 186

C

Canguilhem Georges : 27, 47, 133
Chabert Catherine : 152, 154

Chahraoui Khadija : 42, 208
Champoiral Patrice : 102, 126
Chervet Bernard : 91
Chevaleyre Mireille : 25, 95
Cicccone Albert : 44

D

Dany Lionel : 20, 125, 182
Darchis Elisabeth : 76
De Mijolla-Mellor Sophie : 165
Dejours Christophe : 72
Del Volgo Marie-José : 22, 23, 24, 100,
107, 181
Delbe Alain : 149, 153, 163, 167
Delory-Momberger Christine : 30
Demichel-Basnier Sarah : 29, 33, 51, 52,
84, 87, 88, 89, 92, 93, 115, 127, 148, 173,
180
Douville Olivier : 42

F

Fernandez Lydia : 44
Fliess Robert : 161
Freud Sigmund : 19, 28, 41, 46, 47, 54, 55,
67, 78, 79, 82, 83, 91, 116, 132, 137
Fries Alison B. Wismer : 66
Fugain Claude : 52, 196

G

Gaspard Jean-Luc : 127, 186
Gaudin Denys : 213
Girard Éric : 28, 29, 86, 92, 175, 178
Gori Roland : 22, 23, 24, 100, 107, 181
Gorog Jean-Jacques : 138, 152
Grandazzi Guillaume : 20
Grasser Yasmine : 40
Grimal Pierre : 19, 26, 31, 36, 41, 49, 53,
69, 77, 84, 145, 211

H

Harrus-Révidi Gisèle : 14, 90
Hertz Herbert : 74, 75
Hesbeen Walter : 185
Hiltenbrand Jean-Paul : 58, 61, 66

I

Itier Evelyne : 24, 118

J

Jacob Alby Virginie : 68
Jacobi Benjamin : 42, 114, 181
Jacoris Steve : 66
Jeannin N. : 20, 125, 182

K

Kaluaratchige Elizabeth : 55, 56, 116, 192
Kessler David : 83
Klinkenberg Jean-Marie : 23, 80
Ksensée Alain : 79
Kübler-Ross Elisabeth : 83
Kurian Joseph R. : 66

L

Lacan Jacques : 39, 54, 56, 57, 58, 78,
137, 192
Laccourreya Laurent : 50
Lapassade Georges : 36, 37
Laplanche Jean : 70, 71, 198
Le Breton David : 38
Leader Darian : 191
Lebrun Jean-Pierre : 181, 183, 184
Lescanne Emmanuel : 50
Louët Estelle : 154
Lucchelli Juan Pablo : 56, 58

M

Malinconi Nicole : 22, 81, 108
Mannoni Maud : 155
Marchal Hervé : 37
Marin Catherine : 85, 127
Miller Jacques-Alain : 60, 62, 69, 70
Milner Peter : 191
Morali Marc : 28
Morinière Sylvain : 50

N

Nassif Jacques : 75, 77, 172

Nominé Bernard : 124, 133

O

Olds James : 191

Orrado Isabelle : 52, 64, 196, 199, 204

Ovide : 215

P

Parret Herman : 73, 162

Pelion Frédéric : 107

Pelletti C. : 20, 125, 182

Perros Georges : 136

Petrucci Armando : 77

Poizat Michel : 16, 21, 39, 62, 63, 64, 67,
69, 78, 95, 146, 155, 172, 173, 185, 189,
193, 199, 212

Pollak Seth D. : 66

Porge Erik : 39, 58, 59, 60, 67, 74, 106,
117, 118, 146, 157, 159, 198

Poussin Gérard : 42, 43

Pujol Jean-Louis : 19

R

Rabinovitch Solal : 69

Raufast Lionel : 62

Raveneau Gilles : 85

Reich Michel : 85, 148

Reik Théodore : 11

Robin Didier : 46

S

Schilder Paul : 72, 169, 176

Schwering Karl-Léo : 28, 86, 124

Sciara Louis : 107

Sigaud Hélène : 19, 20, 116

Soler Colette : 61

Soly Raphaël : 126, 188

Spitz René Arpad : 65

Szwec Gérard : 170

T

Tourette-Turgis Catherine : 30

V

Vargioni Jacques : 136

Vasse Denis : 164

Vinciguerra Rose-Paule : 66

Vinot Frédéric : 62

Vives Jean-Michel : 39, 62, 64, 65, 66, 68,
76, 126, 128, 150, 152, 153, 156, 193, 194,
196, 199, 204, 213

W

Wieder Catherine : 82, 132, 145, 151, 153,
155

Winnicott Donald Wood : 153, 170

Z

Ziegler Toni E. : 66

Résumé : Cette thèse s'élabore autour d'une recherche questionnant le rapport de l'individu à la voix sous le prisme de son absence. Dans le cadre d'interventions au sein d'un service d'Oto-Rhino-Laryngologie, nous avons été confrontés à l'impossibilité de parler des patients lors de nos rencontres qui succédaient une opération chirurgicale à visée curative : la laryngectomie totale (l'ablation du larynx). Le dispositif de l'entretien clinique « classique », oralisé, s'y trouve malmené. C'est à partir de cette constatation que se déploie ce travail de recherche, avec comme questions centrales : quels sont les enjeux d'une telle opération pour le sujet ? Comment entendre le sujet au-delà de sa voix physique ? C'est à partir de la notion d'objet *a* que développent Jacques LACAN et ses contemporains, et de la pulsion invocante associée, que s'ouvre une possibilité d'entendre le sujet de l'inconscient au travers de nouveaux dispositifs accessibles lors de l'hospitalisation : l'écrit et le geste. Nous posons l'hypothèse que la pulsion invocante, par la perte de la voix que la laryngectomie totale engendre, amène à une rencontre avec cet objet *a*-voix par le silence vocal postopératoire imposé – rencontre que nous nommons la désirectomie partielle. Nous postulons également que pour sortir de cet état de jouissance nirvanesque, il va y avoir un réinvestissement nécessaire de la pulsion invocante sur des dispositifs tels que l'écrit ou le geste pour que le sujet de l'inconscient puisse se faire entendre et éviter la mort au travers de la jouissance de la retrouvaille. Pour comprendre ces enjeux psychiques, nous allons, au travers de ce travail, confronter la théorie à la clinique de ces sujets dits « laryngectomisés » et tenter d'en faire émerger une analyse de la pulsion invocante au travers de cette clinique silencieuse. Une démarche pathoanalytique dans laquelle nous prendrons également en compte la question du cancer et de son impact sur le sujet.

Mots clés : Voix ; Pulsion invocante ; Oto-Rhino-Laryngologie ; Objet *a* ; Ecriture ; Laryngectomie.

Abstract: This thesis is developed around a research questioning the relationship of the individual to the voice under the prism of its absence. In the context of interventions within an Oto-Rhino-Laryngology department, we were faced with the impossibility of talking about patients during our meetings following a surgical operation with curative intent: total laryngectomy (larynx removal). The tool of the “classic” clinical interview, oralized, is mistreated there. This research stems from this observation, with the core questions: what are the stakes of such a surgery for the subject? How to hear the subject beyond his physical voice? Using the notion of *a* object developed by Jacques LACAN and his contemporaries, and the associated invocative drive, leads to the opportunity to hear the subject of the unconscious through new tools available during hospitalization: writing and gesture. We hypothesize that the invocative drive, through the loss of voice consequence of total laryngectomy, leads to an encounter with this *a*-voice object through the imposed postoperative vocal silence – meeting that we call the partial desirectomy. We also postulate that to get out of this state of nirvanesque jouissance, there will be a necessary reinvestment of the invocative drive on tools such as writing or gesture so that the subject of the unconscious can make himself heard and avoid the death through the enjoyment of the reunion. To understand these psychic issues, we will, through this work, confront the theory with the clinic of these so-called “laryngectomized” subjects and try to bring out an analysis of the invocative drive through this silent clinic. A pathoanalytical approach in which we will also take into account the question of cancer and its impact on the subject.

Keywords: Voice; Invocative drive; Oto-Rhino-Laryngology; *a* Object; Writing; Laryngectomy.