



Apprendre de la présentation de patients

Catherine Lacaze-Paule

Aujourd'hui, dans la plupart des établissements de santé, la bureaucratie sanitaire plébiscite des pratiques orientées par la chimie et le médicament, encourage des pratiques de groupe (éducation thérapeutique, ateliers motivationnels, etc.) et recommande une approche psychologique plutôt comportementaliste. Les directives de santé de l'Agence régionale de santé (ARS) préconisent d'anticiper les grandes découvertes sur le déterminisme génétique et neurobiologique comme seul schéma explicatif. Ces pratiques ont pour conséquences de discréditer la présence des soignants, devenue douteuse et coûteuse, elles dissolvent le transfert dans la pluridisciplinarité favorisant l'anonymat des soins et disqualifient la parole au principe que : plus d'écoute équivaut à plus de coûts.

Entendre n'est pas savoir écouter

Dans ce contexte, la présentation de patients est un apport à la médecine et tout particulièrement à une médecine sans paroles, mais pas sans images. La pratique de ce type d'entretiens est aussi une façon de montrer en acte les conséquences de la médecine sans paroles. Il s'agit de s'orienter du réel plutôt que du logarithme. Au-delà des items qui découpent les troubles en comportements observables, il y a le réel comme impossible – réel auquel répondent les symptômes. La présentation clinique est une objection à la pratique d'une médecine rapide qui se veut efficace quand elle donne une réponse médicamenteuse ou comportementaliste, c'est-à-dire une prescription. Cependant, la psychanalyse peut, elle aussi, proposer cette réponse du traitement médicamenteux, non comme une finalité, mais comme un moyen – un moyen qui implique le transfert, la présence, le tact, la technique d'entretien, autant d'éléments qui sont requis dans la pratique de la présentation de malades.

Qu'allons-nous privilégier comme savoir dans une présentation de patients en service de médecine ? Sur quoi s'orientent les entretiens, sur l'imaginaire, le symbolique ou le réel ; le mythe ou la structure ; la vérité ou la jouissance ? Qu'est-ce que nous allons écouter, entendre et lire ?

*. Version reprise d'un texte initialement paru sous le titre « Les pulsions dans les présentations de malades », *L'agraphe. Le corps parlant et ses pulsions au XXI^e siècle*, Section clinique de Rennes, 2015-2016, p. 45-52.

Entendre, c'est lire

Dans la présentation de patients, il s'agit, comme dans une psychanalyse, de restituer non seulement tout son poids à la parole, mais aussi sa légèreté à la parlotte. Parler, se parler, entendre, se faire entendre, raisonner, faire résonner sont des enjeux de la pratique psychanalytique en tant qu'elle touche au corps. Il s'agit de montrer que si le substrat organique est bien engagé dans l'analyse, cela n'implique nullement que la causalité soit entièrement biologique. Là où la science veut percer, transpercer, lire nos pensées par l'imagerie, là où elle réduit la parole à l'image filmée de notre pensée en action, la psychanalyse, elle, met en valeur la fonction créatrice de la parole, qui impose sa loi et sa logique, sa causalité – celle du logos qui parasite le corps. Car le symptôme n'est pas seulement un trouble du langage dans la parole, il est également un trouble dans le corps, en tant que, selon Lacan, « les pulsions, c'est l'écho dans le corps du fait qu'il y a un dire¹ ». D'un côté, la présentation clinique met en scène la parole comme seul médium et, de l'autre côté, elle rend sensible les effets sur le corps de cette parole. Quels sont les effets sur le sujet, sur le corps ? Qui parle ? Ces questions se posent lors de ces présentations qui sont moins un exercice d'écoute que de lecture. Il s'agit effectivement de passer de l'écoute du sens à la lecture du hors-sens. Dans la présentation de patients, nous avons à nous rompre à cet exercice, y compris avec les soignants. Il semble d'ailleurs que la présentation s'y prête particulièrement, puisque le savoir ne s'y expose pas autant qu'il s'y attrape². C'est donc une *praxis* qui nous engage à lire, en tant que lire implique de se rompre sur les trois points de l'homophonie, de la grammaire et de la logique³.

Exemple de psychose lacanienne : qui parle ? qui entend ?

Lors de la leçon du 17 février 1976 de son Séminaire *Le Sinthome*, Lacan fait référence à une présentation de malade qui a eu lieu peu avant le cours. Il se saisit de ce que lui apprend un patient qu'il qualifie de « psychose lacanienne⁴ » pour aller plus loin dans ses réflexions sur le cas de Joyce concernant le langage et la parole. Cette présentation nous enseigne sur ce que c'est qu'entendre et lire, sur la parole et sa prise dans le corps, le corps propre ou celui de l'autre.

Lacan s'interroge : « Comment est-ce que nous ne sentons pas tous que des paroles dont nous dépendons nous sont, en quelque sorte, imposées ? [...] La question est plutôt de savoir pourquoi un homme normal, dit normal, ne s'aperçoit pas que la parole est un parasite, que la parole est un placage, que la parole est la forme de cancer dont l'être humain est affligé. Comment y en a-t-il qui vont jusqu'à le sentir ?⁵ »

1. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XXIII, *Le Sinthome*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 2005, p. 17.

2. Cf. Miller J.-A., « Enseignements de la présentation de malades », *Ornicar ?*, n° 10, juillet 1977, p. 13.

3. Cf. Lacan J., « L'étourdit », *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 490 & sq.

4. Lacan J., « Entretien de Jacques Lacan avec Gérard Lumeroy. 13 février 1976 », *Journal français de psychiatrie*, n° 46, février 2019, p. 40, [disponible sur Cairn](#).

5. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XXIII, *Le Sinthome*, *op. cit.*, p. 95.

Lacan se réfère dans ce passage à une présentation d'un « cas [...] de folie ⁶ ». Il s'agit d'un patient qu'il qualifie aussi de « sensé », car il témoigne de « *paroles imposées* », du « placage » ⁷ qu'est la parole. Il rend compte de son expérience et du traitement en tant que réponse symptomatique de la parole imposée au point que Lacan désigne son « résultat » de « *sinthome paroles imposées* ⁸ ».

Dans cette présentation de malades, Lacan s'entretient donc avec un patient qui, à partir des paroles imposées, en est venu à l'idée qu'il est un « *télépathe émetteur* ⁹ ». Il a fait une tentative de suicide pour échapper à cette idée intrusive de n'avoir plus de secret, d'être entendu par le monde entier sur les ondes, de n'avoir plus d'intimité. Acculé, il a tenté d'en finir pour s'en sortir. Il semble plutôt réticent à parler et Lacan bouscule un peu le déroulement de l'entretien : « Je sais pas pourquoi je ne vous laisserais pas la parole. Ce qui vous arrive, vous le savez très bien. ¹⁰ » Là réside l'éthique de la psychanalyse : le savoir est du côté du sujet, le psychanalyste se fait docile au psychotique, comme Freud l'était aux hystériques. C'est le patient qui est supposé savoir.

Le patient explique comment il perçoit les paroles imposées : « Ce sont des phrases qui émergent, qui ne sont pas réflexives, qui ne sont pas déjà pensées, mais qui sont de l'ordre de l'émergence, exprimant l'inconscient. [...] ... des phrases qui n'ont aucune signification rationnelle dans le langage banal, et qui s'imposent dans mon cerveau, qui s'imposent à mon intellect ¹¹ ».

D'où vient la parole ? Du cerveau, de la pensée, de l'Autre ? Qui parle ? Est-ce le sujet ? l'Autre ? Comment se fait-il que certains s'en aperçoivent et s'en plaignent ?

La parole et l'autre : une affaire de topologie

Dès le Séminaire *Les Psychoses*, Lacan avertit que la question, pour un analyste, n'est pas de savoir si le « sujet entend un petit peu, ou beaucoup, ou si c'est très fort, ou si ça éclate, ou si c'est bien avec son oreille qu'il entend, ou si c'est de l'intérieur, ou si c'est du cœur, ou du ventre ¹² ». Pourquoi sommes-nous épatés que le sujet entende quelque chose que nous n'entendons pas – ces choses qui sont de l'ordre du verbal articulé et qui font de nos actions des actions parlées ? Après tout, le névrosé aussi entretient un « monologue [...] intérieur », un « discours intérieur », une « modulation continue » ¹³. Penser le langage comme intérieur est ce qui « fausse déjà tout » : « Ce monologue soi-disant intérieur est en parfaite continuité avec le dialogue extérieur, et c'est bien pour cette raison que nous pouvons dire que l'inconscient est le discours de l'autre » ¹⁴. Dans la névrose, la fonction du moi détourne le sujet de cette modulation trop envahissante.

6. *Ibid.*

7. *Ibid.*

8. *Ibid.*

9. *Ibid.*, p. 96.

10. Lacan J., « Entretien de Jacques Lacan avec Gérard Lumeroy », *op. cit.*, p. 21.

11. *Ibid.*

12. Lacan J., *Le Séminaire*, livre III, *Les Psychoses*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1981, p. 125.

13. *Ibid.*, p. 128.

14. *Ibid.*

De plus, ouïr et parler se situent « au niveau même du phénomène du langage. C'est au niveau où le signifiant entraîne la signification, et non pas au niveau sensoriel du phénomène, que l'ouïr et le parler sont comme l'endroit et l'envers ¹⁵ ». Ouïr et parler anticipent la signification, en tant qu'elle rend la langue vivante. Cette signification (phallique) décernée par la fonction paternelle est devancée chez le névrosé, là où elle est en défaut dans la psychose. Cependant, la pensée est toujours « la chose qui s'articule en langage ¹⁶ ». Ainsi, paroles et pensées sont de l'ordre du verbal, ce dont le psychotique fait un usage particulier. Pour lui, elles sont ressenties comme reçues et sont l'objet d'une certitude alors que le « sujet normal est essentiellement quelqu'un qui se met dans la position de ne pas prendre au sérieux la plus grande part de son discours intérieur ¹⁷ ». C'est pourquoi Lacan trouve sensé que son patient perçoive la parole comme « imposée ».

La parole et le langage

Dès le début de la présentation d'un patient évoquée dans le Séminaire *Le Sinthome*, Lacan coupe court aux tentatives du patient de donner des explications imaginaires sur ce qui lui arrive et s'attache à distinguer ce qui est imaginaire, réel ou signifiant (symbolique). Lacan l'oriente sur le rapport de ce patient au signifiant, notamment son prénom, Gérard, que le patient dit avoir morcelé en « Geai (un oiseau), Rare (la rareté) [...] pour créer ¹⁸ ». Lacan fait résonner ce morcellement « Geai Rare », non dans le sens ludique de la signification, versant imaginaire de l'évocation de l'oiseau rare qu'il est, mais dans l'optique de suivre et de convoquer sa position de sujet. Lacan note que ce signifiant prend un certain poids pour lui. C'est l'axe du réel de la langue qu'il explore. À plusieurs reprises, il lui demande des précisions des « échantillons » de ces phrases imposées que le patient lui livre : « vous avez tué l'oiseau bleu », ou « c'est un anarchic sytem » ¹⁹... Le patient explique alors qu'à chaque phrase imposée, il tente de l'articuler, d'y répondre par un « mais » et une phrase réflexive de son « cru », qu'il s'attribue. Par exemple : « Ils veulent me monarchiser l'intellect, émergence. Mais la royauté n'est pas vaincue, c'est une réflexion. ²⁰ » « “c'est un assassinat politique... *assastinat* politique”, qui est la contraction de mots entre assassinat et assistanat, qui évoque la notion d'assassinat ²¹ ». Dans ce dernier cas, le patient n'a pas réussi à produire une phrase réflexive.

Lacan demande : « vous [...] faites [une] différence, ou bien tout cela est-il équivoque ? ²² » Le patient considère que c'est de l'ordre de l'équivoque. Lacan conclut qu'entre les deux termes, il y a « embrouille [...] sonore », « cela glisse » ²³. Pourtant, le patient tente, sans succès, d'y donner

15. *Ibid.*, p. 155.

16. *Ibid.*, p. 128.

17. *Ibid.*, p. 140.

18. Lacan J., « Entretien de Jacques Lacan avec Gérard Lumeroy », *op. cit.*, p. 21.

19. *Ibid.*

20. *Ibid.*, p. 33.

21. *Ibid.*, p. 22.

22. *Ibid.*, p. 29.

23. *Ibid.*

une signification interprétative : tout cela serait pour « sauver la France du fascisme²⁴ ». Mais il n'a pas formé un délire. Lacan lui indique d'ailleurs qu'il ne le trouve pas délirant. L'échec de la consistance d'un délire paranoïaque a favorisé une autre solution en impasse : l'idée du « télépathe émetteur ». Ce symptôme de la parole imposée reconnue, et non celui de délire, permet à Lacan, à la fin de l'entretien, de qualifier cette psychose de « lacanienne » en l'opposant à une psychose freudienne. Le langage parasite se répand, là où le délire ne se développe pas. Tout se situe au niveau du réel de la langue et non de la signification.

La parole imposée

Ce patient, à la façon de Joyce, joue de la langue dans ce qu'elle a d'essentiel, par exemple sous la forme de contraction. Le patient dit « “écraseté”, qui est à la fois écrasé et éclaté²⁵ ». À propos d'un poème, il écrit : « *Vénure*, [...] contraction de Vénus et Mercure²⁶ ». Il y a aussi « “choixre”, pour exprimer la notion de chute, et la notion de choix²⁷ ». Cependant, ce patient, à l'instar de Joyce, ne joue d'aucune équivoque qui pourrait accrocher quelque chose de l'inconscient²⁸, constate Lacan, d'aucune équivoque qui puisse affecter, en tant que le signifiant touche au corps. Ce patient et Joyce font du langage un *sinthome* pur support de la lettre de cette parole imposée. Il apparaît à Lacan, grâce à ce patient, que la parole, qui vient à être ainsi écrite, démantibulée, brisée, concassée, a le plus grand rapport avec la parole de plus en plus imposée. En effet, plus la parole se décompose, plus elle s'impose. C'est la tentative aussi bien de se débarrasser de la parole parasite que de se laisser envahir par le pur jeu phonatoire de la langue. L'idée originale chez ce patient porte sur le fait qu'il se considère comme émetteur télépathe, tandis que l'idée de Joyce porte sur la conviction que sa fille est télépathe – ce qui est peut-être le prolongement, la conséquence de son symptôme de parole imposée. C'est pourquoi la télépathie peut être ici considérée comme une conséquence logique de la parole imposée témoignant de l'échec du *sinthome*.

Trois temps dégagés par Lacan

Lacan dégage trois temps. D'abord, la parole imposée : Lacan dit « ironiquement » que le patient est « sensé²⁹ », car il s'aperçoit que l'on reçoit tous des paroles imposées, quand d'autres ne s'en aperçoivent pas. Ce patient sait que l'on est parlé plus qu'on ne parle, et qu'une phrase peut résonner et arraisonner toute une vie.

24. *Ibid.*, p. 36.

25. *Ibid.*, p. 30.

26. *Ibid.*

27. *Ibid.*

28. Cf. Lacan J., « Joyce le Symptôme », *Le Séminaire*, livre XXIII, *Le Sinthome*, *op. cit.*, p. 166.

29. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XXIII, *Le Sinthome*, *op. cit.*, p. 95.

Deuxième temps, il dégage la forme bien connue de l'automatisme mental, décrit par Clérambault. C'est la question de l'hallucination verbale : le sujet entend des voix qui commandent ses actes. Nous avons, par exemple : « *sale assassinat politique [...] sale assistanat politique*³⁰ ».

Enfin, Lacan souligne que le patient dit souffrir de « télépathie d'émission³¹ », c'est-à-dire que toutes les phrases qu'il produit sont entendues par l'Autre : l'Autre sait tout de lui. Il n'a plus de secret, d'intimité au point de faire une tentative de suicide : le passage à l'acte étant une tentative de se séparer de l'Autre, de la voix qu'il contient.

Pour Joyce en revanche, cette logique s'étend sur deux générations, puisque c'est sa fille qui reçoit tout. C'est elle, Lucia, qui est censée recevoir la parole, et non l'émettre.

La parole imposée ne révèle pas tant qu'elle est un trouble du langage, mais en quoi le langage trouble le rapport de l'homme à son propre corps. Nous pouvons ici retenir que cette présentation accompagnée des commentaires de Lacan donnent une logique de la pulsion invocante avec l'objet voix, hors signification. Quand elle n'est pas prise dans le fantasme qui trace son trajet, mais qu'elle s'impose dans le corps en étant l'émetteur, la voix est propulsée. La pulsion n'est pas articulée à l'objet *a*, car elle est prise dans le registre grammairien *entendre-se faire entendre* : le sujet ne cesse d'être entendu de l'Autre. C'est pourquoi le sujet tente de briser la pulsion dans l'éclatement de la langue. La langue est *écrasée*, là où Joyce décompose la langue anglaise par l'écriture. Joyce transmue, change la parole imposée, de plus en plus imposée, comme Lacan, en écriture. Joyce va jusqu'à opérer une « brisure³² », une décomposition, au point de dissoudre le langage, de dissoudre l'identité phonatoire et de détruire la langue anglaise. Dans l'écriture, Joyce cherche à se libérer du « parasite parolier », soit « au contraire de se laisser envahir par les propriétés d'ordre essentiellement phonémique de la parole, par la polyphonie de la parole »³³.

Imaginaire et réel – l'image d'une perte

Un certain nombre de sujets que nous rencontrons dans notre pratique s'orientent plus de l'imaginaire que du symbolique et sont aussi aux prises avec le réel sans médiation. Ce sont des cas où « la pulsion [n'est pas] domestiquée, [elle] ne s'articule pas gentiment à l'objet petit *a*[,] [elle] émerge dans le réel, elle vous coupe les jambes, vous fend la tête, vous traverse le corps³⁴ ».

Ainsi en va-t-il de cette patiente qui, lors d'une présentation clinique, vient pour parler des conséquences de l'accident de moto qu'elle a eu. Troublée par un coma d'une dizaine de jours et une blessure grave à la jambe encore douloureuse, elle témoigne comment cela va conduire à une amputation et ce, à sa demande trois ans après. Alors qu'elle fête les vingt ans de mariage d'un couple d'amis de longue date, avec beaucoup d'autres invités, chacun a voulu faire un tour de moto, conduit par le marié. Elle insiste pour y aller elle aussi. Elle dit : « Nous ne sommes pas revenus,

30. *Ibid.*, p. 95.

31. Lacan J., « Entretien de Jacques Lacan avec Gérard Lumeroy », *op. cit.*, p. 36.

32. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XXIII, *Le Sinthome*, *op. cit.*, p. 96.

33. *Ibid.*, p. 97.

34. Miller J.-A., in Miller J.-A. & alii, « Conversation sur les embrouilles du corps », *Ornicar ?*, n° 50, janvier 2003, p. 239-240.

lui est décédé, moi partie à l'hôpital. J'ai été morte dix jours. Au réveil, on m'annonce cent fois qu'il était mort. Je ne comprenais pas. Ça m'a fait bizarre. J'avais l'impression que je le savais, mais je ne l'avais pas intégré. C'était trop fort. »

Un an après l'accident, les douleurs de son pied perdurent. Elle fait beaucoup de soins : kinésithérapie, médecines douces, etc. Elle finit par reprendre le travail, mais les douleurs s'intensifient. Par défi, dit-elle, elle se lance dans un concours de la fonction publique pour passer « première classe » : « Il fallait que je grimpe dans mes fonctions. » Entre temps, son père, atteint d'une grave maladie, décède. Elle lui avait rendu visite régulièrement mais elle avait beaucoup de difficultés pour conduire à cause de ses douleurs au pied. Malgré celles-ci, elle poursuit la préparation au concours, le réussit, puis s'effondre : « physiquement et moralement, j'ai dit stop », s'exclame-t-elle. Les douleurs augmentent, le talon est nécrosé, une première opération a lieu dans l'année qui suit. Cependant, rien n'y fait et les douleurs sont toujours présentes, voire accrues. Mais six mois après, c'est la première fois qu'elle parle à son chirurgien de pratiquer une amputation. Il lui propose une opération alternative. Alors qu'auparavant elle était très active dans son travail, dans ses fonctions associatives et dans ses activités de sport d'endurance et de combat, elle ne supporte plus de se déplacer avec une canne ou un déambulateur. Après réflexion, elle fait annuler l'opération et choisit de demander une amputation : « J'ai appelé le chirurgien, je lui ai dit, on va vers l'amputation... Je voulais qu'on m'enlève la douleur. C'était contradictoire, car je voulais que l'on m'enlève le pied pour que j'aie mieux. » L'amputation a lieu dans les mois qui suivent. Au réveil, une fois enlevé le cathéter, la douleur revient, plus forte qu'avant. Elle vomit les médicaments, ne supporte plus la morphine. La douleur du membre fantôme est très intense.

Arrivée trois mois après au centre médical où a lieu la présentation clinique, il lui est proposé une thérapie miroir pour le soulagement des douleurs du membre fantôme. Elle décrit : « Je me suis assise, le miroir entre les jambes. Je me suis vue avec les deux jambes. J'ai pleuré. Heureusement que mon kiné était là, il restait présent, derrière, rassurant, il me parlait, mais restait en retrait. De voir les deux jambes, j'ai réalisé que j'avais perdu ma jambe. C'est la réalité. On m'a demandé de me concentrer sur ce que je voyais dans le miroir. C'est une façon de tricher avec le cerveau, celui d'intégrer les deux jambes. La troisième fois, j'ai ressenti les effets. Ce qui m'a fait beaucoup de bien, c'est de pouvoir bouger les orteils. J'ai ressenti du bien-être. Je lui parlais à ce pied gauche. Je lui disais qu'il m'emmerdait. Et à partir du moment où j'ai accepté, j'ai arrêté de lui parler. Le pied, la cheville dans le miroir refaisaient des choses que je ne faisais plus. Grâce au miroir, ma deuxième vie a démarré. Grâce au miroir, on a stabilisé la souffrance, on l'a diminué, on a réduit les médicaments. »

Par ailleurs, elle témoigne, dans la présentation, d'un contexte difficile entre les deux couples, un véritable imbroglio en miroir. En effet, pour la veuve, le tour en moto de son mari avec la patiente était une escapade coupable au nez de tous les invités : « Ça a été un cauchemar », dit la patiente. Des rumeurs ont circulé, disant que la patiente et le défunt avaient eu une relation ensemble. La veuve lui a interdit d'aller sur la tombe. De plus, par avocat interposé, la veuve lui interdit de parler ou de s'approcher d'elle. Le mari de la patiente lui a fait l'aveu, bien après, que la veuve avait tenté une relation avec lui, cette révélation « a permis de tourner la page, je l'ai accepté. J'ai payé et je le paie encore ».

Cependant, la patiente, privée d'un moment de recueillement sur la tombe, a éprouvé l'impérieuse nécessité d'écrire une lettre au défunt et de la déposer à l'endroit de l'accident : « C'est la seule façon que j'avais trouvée de lui dire *au revoir* et de faire le deuil de ce que je n'avais pas vécu. » En évoquant le contenu de celle-ci, elle fait un lapsus, elle dit : « Je lui ai écrit qu'il était toujours vivant, non, qu'il était mort et moi vivante, ne me souvenant de rien, étant morte pendant dix jours.

Sa fille, qui a trouvé la lettre, s'est fâchée pendant quatre ans avec sa mère. La présentation n'a pu mettre au jour les raisons de ce différend, mais la patiente a tenu à préciser que l'avocat lui avait conseillé d'écrire dans un cahier plutôt que de déposer une lettre. Ce qui a fait peut-être de l'écrit une lettre morte et non « en souffrance³⁵ »...

Enfin, après avoir précisé qu'elle n'avait pas fait de rêve concernant l'accident, la patiente en rapporte un : « Dans mes rêves, je cours, mais ce n'est pas une sensation désagréable. Je recourrai un jour. Je veux reprendre le sport. À un moment, je me levais même en disant que je ferai un marathon. »

Qu'allons-nous retenir ?

Dans une présentation de patient, même si l'on essaie de restituer une logique après coup, on a affaire, non pas à une construction, mais à une révélation rapide et intense de ce qui est une question et une jouissance pour un sujet. Ce qui frappe dans cette présentation-ci, ce sont le deuil impossible ainsi que la prééminence et l'incidence de l'imaginaire. La parole rate à inscrire quelque chose du manque de l'absence ou de la perte. Sa tentative d'en passer par l'écriture s'est révélée vaine et inefficace à traiter la douleur. Douleurs morale et physique sont intriquées et indémêlables dans un premier temps. De la même façon, qu'un deuil, celui de son père, s'efface devant celui de l'ami. Quatre ans après l'accident, on lit un glissement entre la mort de l'ami et sa propre « mort » à elle (son coma). La prise du sujet dans des identifications imaginaires crée un insupportable entre son coma, comme mort du sujet et la mort accidentelle de l'ami, car elle n'a pas et ne pourra avoir de souvenir de l'accident lui-même.

Pour ce sujet, retenons son impossibilité d'inscrire quelque chose du manque par la voie du symbolique. De même, l'annonce du décès « cent fois » entendue pour que quelque chose soit enregistré dit l'impossible à cerner par la voie des signifiants. Dans ce travail de deuil, l'expérience de ce qui a été perdu en le perdant la plonge dans une difficulté à subjectiver cet événement qui ne s'inscrit pas. Dans cette même veine, le coma est assimilé à une mort et non à une absence. Ce témoignage ne dévoile-t-il pas que l'expérience du coma relève ici d'une forclusion plutôt que d'une absence symbolisable ? Ainsi, la lettre écrite ne semble pas du registre de l'inscription signifiante, mais de l'objet à déposer. Peut-être est-ce à considérer comme un don, un présent venu à la place de ce qui ne peut se dire. Est-ce une tentative de situer l'objet *a*, de l'imaginer sous la forme d'une lettre, objet *a* qu'elle était pour celui qui n'est plus ? L'impossibilité de se situer en tant que manque de l'ami, qu'elle ne qualifie pas de partenaire, redouble l'impasse du deuil. Dans

35. Lacan J., « Le Séminaire sur "La Lettre volée" », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 29-30.

le Séminaire *L'Angoisse*, Lacan note que « le *niederkommen* [laisser-tomber] est essentiel à toute subite mise en rapport du sujet avec ce qu'il est comme *a*³⁶ ». Rodolphe Adam éclaire cette part perdue ainsi : « l'objet [perdu] n'est plus simplement le disparu mais celui que je suis moi-même en tant qu'endeuillé, avec en prime ma part (odieuse) d'être pulsionnel³⁷ ». La réussite de la « première classe » du concours, cette brillance phallique de son succès n'a pas réussi à traiter la perte, ne l'a pas mise à l'abri, ni empêché l'effondrement.

De même, du fait de la prénance imaginaire, il n'a pas été aisé de situer dans l'imbroglio entre les deux couples ce qui s'était passé tellement les deux couples étaient en miroir et les places interchangeables. Seules les conséquences, à savoir « on a coupé les ponts », permettent de sortir un peu du flou, même si la formulation « on » n'indique pas qui a fait quoi, seule la rupture par la coupure sépare. Et, seule la demande d'amputation comme livre de chair s'est présentée à elle comme réponse à la douleur de la perte.

Dans la proposition du miroir pour aider à la rééducation, l'image qui se reflète est celle qui vient à la place de ce qu'il n'y a pas ou plus : son membre. La perception de cette image est ce qui va lui permettre, indique-t-elle, de consentir au fait de l'amputation. L'image qui se substitue au manque impossible est un trompe-l'œil pacifiant. C'est par cet artifice qu'elle consent à cette « tricherie du cerveau », comme elle dit, pour supporter la perte. Là où il y a pour cette patiente un impossible à supporter la perte de son membre, un impossible à le penser, c'est par l'image qu'elle peut en supporter quelque chose.

Ce processus évoque le terme d'« avisiont³⁸ », que Lacan emploie dans « Joyce le Symptôme » et qui a été repris par Éric Laurent dans *L'Envers de la biopolitique* : ce terme d'*avisiont* permet de « prendre ses distances d'avec la perception des idées. Ce vocable condense deux sens du verbe “aviser”. D'abord celui de souligner la découverte par la vision ; c'est un apercevoir plus qu'un voir, un “commencer à regarder”, selon le Robert. Ensuite, aviser, c'est aussi réfléchir – “Il faut aviser au plus pressé”, dit Proust³⁹ ». Cela reste une tentative d'appareiller le réel. Par le biais du miroir, cette patiente passe d'une pulsion de mort à la pulsion de vie, de l'insupportable de la douleur à la sensation agréable. En quelque sorte, le dispositif du miroir, avec la présence du kinésithérapeute, s'avère une monstration, une performance, plus qu'une opération symbolique. Un *savoir y faire* par le dispositif de l'image va-t-il pouvoir se mettre en place ?

Enfin, elle dit : « Je vais payer toute ma vie. » La livre de chair sacrifiée n'a pas suffi, il y a un reliquat. Une solution stable n'a pas encore été trouvée.

Pour conclure sur le cas, dans son rêve, rapporté en fin de présentation, la patiente continue à courir comme elle l'a toujours fait. Ceci indique que cette amputation n'est pas représentée dans l'inconscient. La course nomme quelque chose de son mode de jouir avec son corps. Cette course, comme évènement, pourrait offrir une limite, un début et une fin, là où elle semble s'inscrire dans

36. Lacan J., *Le Séminaire*, livre X, *L'Angoisse*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 2004, p. 130.

37. Adam R., « Le deuil impossible », in Miller J.-A. (s/dir.), *Comment s'orienter dans la clinique*, Paris, Le Champ freudien, 2018, p. 184-185.

38. Lacan J., « Joyce le Symptôme », *Autres écrits*, op. cit., p. 566.

39. Laurent É., *L'Envers de la biopolitique. Une écriture pour la jouissance*, Paris, Navarin/Le Champ freudien, 2016, p. 101.

l'illimité. C'est sans doute une voie pour elle à poursuivre. Un traitement neuroleptique a été envisagé, car il pourrait donner une limite en l'apaisant et l'aider à poursuivre sa recherche d'un mode de vie sans en payer le prix fort.

Section clinique de Rennes – 11 juin 2016