

## QU'Y A-T-IL ENCORE D'IMPOSSIBLE POUR LA MÉDECINE ?

M. Estenne<sup>1</sup>

Je souhaite dédier mon intervention à ma chère amie Claude. Ce que je vais vous proposer est indissociable des très nombreux échanges et réflexions sur la médecine et le corps que nous avons eus au cours des longues années que nous avons passées dans le même CHU, elle comme infirmière chef de service en psychiatrie et moi comme chef de la clinique de transplantation pulmonaire. Échanges qui se sont poursuivis avec Claude et Anne Joos dans un groupe de travail de l'AFB entre 2012 et 2014. Puis au sein de l'ALI dans le cartel institué avec notre collègue Juliana Castro de Rio qui nous y avait accueilli tous les trois il y a tout juste deux ans pour un séjour de travail mémorable.

On associe généralement le discours de la médecine à celui de la science à laquelle l'enseignement de Lacan réserve une place considérable. Sans entrer dans la complexité de ses propositions je voudrais introduire mon intervention en rappelant que si Lacan a évoqué à de nombreuses reprises le discours de la science, il n'en a jamais proposé d'écriture formelle. Il s'agit d'un discours qu'il réfère tantôt au discours hystérique, tantôt au discours universitaire. Le discours de la science marcherait ainsi sur deux

---

1. Médecin, psychanalyste, membre de l'Association Freudienne de Belgique (AFB) et de l'Association Lacanienne Internationale (ALI). Adresse mail : marc.estenne@gmail.com. Professeur émérite à l'Université Libre de Bruxelles.

pieds, il serait construit sur une sorte de battement structural entre ces deux discours<sup>2</sup>. Pour le dire très vite, le premier moment, hystérique, est celui de la mise en question du savoir établi, du signifiant du maître qui pousse à la production d'un nouveau savoir. Dans le discours hystérique, le chercheur est le sujet divisé placé en position d'agent, sujet du doute et du questionnement pour lequel il n'y a pas de stricte objectivité ; sa recherche l'amène à produire de nouveaux énoncés qui objectent aux énoncés antérieurs et dessinent autrement les contours du Réel. Il est un agent au service de la science dont le progrès s'appuie sur la mise en cause *de principe* du savoir établi. À ce moment d'ouverture et de questionnement succède un moment de fermeture qui est celui du passage à l'universalité du savoir. Ce moment est régi par le discours universitaire dans lequel c'est le savoir qui vient en position d'agent. La science fait ici lien social tout autrement au titre d'un savoir qui commande et dans lequel nul ne trouvera à loger sa division. Si c'est ce moment de suture subjective, d'obturation de la faille qui est souvent mis en avant lorsqu'on parle des effets de la science dans le monde contemporain - je reviendrai à cette question de la suture, je pense qu'il est essentiel de ne pas négliger le premier moment, hystérique, parce que c'est lui qui porte toute la créativité et l'inventivité de la science.

Ceci étant posé, comment pourrions-nous situer la pratique médicale du point de vue de la clinique des discours ? Quand un médecin entreprend une démarche diagnostique pour un tableau clinique un tant soit peu complexe, il repère un certain nombre de signes (par exemple des symptômes, des anomalies de l'examen physique, les résultats de certains examens techniques) dont il fait des indices qui le guident pour identifier la cause des symptômes – la maladie - et proposer un diagnostic. Dans cette démarche qui a le statut d'une interprétation, il se réfère à une nosographie qui lui permet de traduire des signes en signifiants ; et de leur mise en ordre dans une chaîne, il extrait une signification qui permet la nomination de la maladie. Pour cette nomination il prend appui sur le discours du Maître (avec comme agent le S1 de la généralisation nosographique) et sur celui de l'Université (avec comme agent le Savoir). Mais sa démarche est avant tout un acte de recherche qui convoque le discours hystérique : le médecin est divisé, doute, hésite, questionne, s'angoisse parfois et le raisonnement indiciaire qu'il adopte fait coopérer la rationalité avec des processus comme l'intuition, l'imagination, la mémoire, le jugement perceptif voire des pro-

---

2. Chaumon, Franck. « Sujet de l'inconscient et discours des sciences humaines », *Essaim*, vol. 25, no. 2, 2010, pp. 67-82.

ductions inconscientes qui l'impliquent comme sujet. Et sont au cœur de ce qu'on appelle la sérendipité<sup>3</sup>, cette faculté de se laisser saisir par l'inattendu qui est si précieuse dans les processus de recherche et de création.

La nosographie à laquelle le médecin se réfère propose des catégories univoques valant pour un ensemble de patients mais il va de soi qu'aucun patient singulier n'entre parfaitement dans une catégorie donnée. Pour élaborer son hypothèse diagnostique le médecin est ainsi obligé de réduire le niveau de complexité c'est-à-dire de sélectionner un certain nombre de signes - le plus grand possible - congruents avec cette hypothèse et d'ignorer les autres. En adoptant cette démarche inspirée du réductionnisme scientifique, il tente de se saisir, voire de venir à bout du Réel de la clinique dont Jean Bergès disait qu'elle n'est pas faite pour ranger mais bien pour déranger. Cette tentative ne peut que rester inaboutie comme l'indique l'écriture du discours du Maître : entre le signifiant  $S_1$  (l'universel de la nosographie) et le signifiant  $S_2$  (signifiant Autre support du corps sexualisé, lieu du savoir singulier et de la jouissance) se trouve la béance qui sépare le « je pense » (sujet de l'énoncé) du « je suis » (sujet de l'énonciation). Pas de mariage heureux entre  $S_1$  et  $S_2$  mais un rapport marqué d'un impossible, d'une faille fondatrice où prend place le sujet divisé, celui de l'inconscient – qu'il soit médecin ou patient.

Où peut-on repérer cet impossible, ce Réel sur lequel bute irréductiblement toute démarche diagnostique ? Premièrement, comme toute nomination est un fait de discours, la saisie d'un objet par un signifiant, par exemple d'une maladie, est structurellement impossible : il y a toujours un écart entre le mot et la chose, il n'y a pas de mot qui dirait le tout de la chose et pas d'interprétation sans équivoque - même si la science ambitionne de produire un discours où le binaire vrai/faux viendrait à bout de l'équivoque. Deuxièmement, la logique médicale fait du diagnostic l'explication du symptôme : il vaut comme son origine, au sens de son point de départ et de sa cause. Pour prendre un exemple simple, si vous avez de la fièvre et de la toux et que la radio révèle une opacité pulmonaire, le médecin diagnostiquera une pneumonie. Ce diagnostic est exact mais si elle rend compte des symptômes, la pneumonie est elle-même le résultat/la conséquence d'une autre cause - par exemple une baisse momentanée de l'immunité, une pandémie virale ou un reflux gastrique - de telle sorte que la recherche de la cause est une régression à l'infini qui se heurte à un impossible : nommer la cause est en même temps la destituer comme ori-

---

3. Catellin Sylvie, *Sérendipité*. Du conte au concept, Seuil, Paris, 2014.

gine. Ou pour le dire autrement, l'origine est un trou, celui qu'enserme la nomination dans ses dimensions réelle, symbolique et imaginaire et dans lequel se loge l'objet a. L'exactitude du diagnostic n'équivaut pas à la vérité de son origine qui est inaccessible et le savoir médical explicatif ne relève pas de la vérité : c'est tout l'écart qu'il y a entre savoir et vérité.

De ces différents impossibles, le médecin et le patient ne veulent rien savoir : le diagnostic dirait le tout et le particulier de la maladie, son exactitude vaudrait comme vérité de son origine et son énoncé par le médecin ne vaudrait aucunement comme énonciation, il ne prêterait à aucune équivoque et serait du côté d'un savoir plein, non troué. Le médecin et le patient ne veulent rien savoir du fait que la structure de tout discours implique que le signifiant qui nomme est nécessairement mobilisé dans ses rapports avec l'Autre, le sujet barré et l'objet a, ce dernier valant comme reste réel, comme l'impossible qui barre le savoir du médecin et l'accès à une vérité toute. Ni du fait que l'agent de tout discours est un semblant d'agent bien plus agi par le discours qu'acteur de celui-ci – comme le dit Lacan dans *La Troisième*, « il n'y a pas un seul discours où le semblant ne mène le jeu ». Ce refoulement (ce « je n'en veux rien savoir ») partagé a une fonction opératoire essentielle : il permet au médecin de s'engager dans des décisions malgré les incertitudes et au patient de lui faire confiance. Et le cas échéant, de maintenir intact derrière sa demande de savoir, son désir de ne pas savoir.

Le discours du Maître est au service de ce refoulement. Il y a bien longtemps Jean Clavreul<sup>4</sup> faisait remarquer que le produit de ce discours est un objet, ici la maladie, mais que cet objet n'a pas de relation avec le sujet divisé c'est-à-dire qu'il disparaît comme objet du fantasme pour apparaître comme trouvaille du discours. Le discours du Maître comme celui de l'Université tiennent ainsi leur force de ce qu'ils se soutiennent indépendamment de la subjectivité de celui qui l'énonce et de celui qui l'écoute. Vous connaissez tous cette phrase de Lacan dans *La Science et la Vérité* : « Dans la science, la forme logique donnée au savoir inclut le mode de communication comme suturant le sujet qu'il implique ». Ce que je référerais il y a un instant au moment de fermeture qui correspond au passage à l'universalité du savoir. Mais de quelle suture s'agit-il ? C'est bien sûr celle de la coupure qui divise le sujet mais elle prend ici la forme d'une obturation résultant de l'idéalisation imaginaire d'un savoir considéré comme plein – le savoir médical - mis en position de vérité. Cette opération est

---

4. Clavreul Jean, *L'ordre médical*, Le Seuil, Paris, 1978.

donc bien différente de celle que vise l'analyse c'est-à-dire la confection d'une suture qui maintienne la béance, d'une suture moebienne dont le propre est d'être à la fois coupure et suture comme le propose Virginia Hasenbalg<sup>5</sup>.

Mais pouvons-nous vraiment penser que le discours médical dans sa version de maîtrise ou dans celle de savoir universitaire est à même de mettre à l'écart/forclure/exclure la subjectivité du médecin et du malade au point réduire leur relation à celle d'un représentant de l'institution médicale avec une maladie ? Ma réponse – basée sur ma longue pratique hospitalière – est bien sûr qu'il n'en est rien. L'expérience courante est qu'après avoir posé un diagnostic, donné un pronostic ou proposé un traitement, les doutes et les questions s'immiscent souvent chez le médecin dans ce qui semblait relever au départ d'une position univoque basée sur l'évidence comme on le dit aujourd'hui - *evidence-based*. Le Réel ne se laisse pas arraisonner si facilement et vient régulièrement contredire ce que les médecins tiennent pour vrai – c'est à dire les hypothèses qu'ils se formulent à partir de leur expérience mais aussi (et de plus en plus souvent) à partir de recommandations et de protocoles. Il en va de même pour les patients qui, à l'issue de la consultation, restent souvent avec de nombreuses questions auxquelles ils tentent de répondre en prenant un deuxième avis ou en allant sur le Net ; et qui parfois recourent à d'autres traitements que ceux prescrits par la médecine moderne – par exemple une modification du régime alimentaire, l'homéopathie, l'acupuncture, la psychothérapie, le sport, la méditation, des changements du mode de vie etc. Ainsi, pas plus le médecin que le patient ne peuvent se soutenir d'un seul discours, que ce soit celui du Maître ou celui de l'université : les quatre discours sont interdépendants et aucun ne peut se tenir sans l'existence des trois autres.

J'ai évoqué le refoulement et la croyance. Vous avez peut-être lu le dernier livre de Christian Fierens qui a pour titre *Tenir pour vrai*<sup>6</sup> 7. Il propose que tenir pour vrai, ce que nous sommes nécessairement amenés à faire puisque la vérité ne peut jamais être atteinte ni complètement ni définitivement, se décline selon quatre modalités : le refoulement, la croyance, l'opinion et le savoir. Dans son développement il indique que chacune d'elle corres-

---

5. Hasenbalg Virginia, « Le sujet est une coupure irréductible », in Cathelineau P-C. , Chassaing J-L., Florentin T, *Réel de la science, réel de la psychanalyse*, Érès, Toulouse, 2020, p 55-66.

6. Fierens Christian, *Tenir pour vrai*, Hermann psychanalyse, Paris, 2020.

7. Estenne, Marc. « À propos de *Tenir pour vrai* de Christian Fierens », *La revue lacanienne, Éclats du corps*, vol. 22, no. 1, 2021, pp. 219-23.

pond aux quatre places possibles de la vérité dans les quatre discours (en bas à gauche). Sans entrer dans le détail, soulignons que chaque modalité n'existe que dans sa dépendance aux trois autres et que le sujet est dès lors pris dans la ronde des tenir pour vrai comme il l'est dans celle des discours. Ronde des tenir pour vrai dont le dire du médecin ou du patient porte volontiers témoignage. Ajoutons que ni l'un ni l'autre n'est à l'abri de prendre une croyance/une foi pour une opinion ou pour un savoir parce que cette confusion est devenue pour le moins courante dans le monde actuel.

Poursuivons sur la croyance qui peut elle aussi se décliner selon différentes modalités. Il est bien établi que l'efficacité de la médecine repose sur bien autre chose que celle des traitements, quelle que soit leur nature. Ce bien autre chose est ce qu'on appelle l'efficacité symbolique dont le ressort est précisément la croyance, dans sa dimension individuelle mais aussi collective. L'effet placebo qui opère dans toutes les formes de traitement fournit sans doute la meilleure illustration de l'impact de cette foi thérapeutique. Elle requiert la confiance du patient en un médecin supposé savoir, vouloir et pouvoir le guérir. Dans un article de 2015, les sociologues Alain Caillé et Pierre Prades<sup>8</sup> proposaient que l'efficacité symbolique repose sur quatre modalités différentes du croire que sont le croire à, le croire en, le croire que et le croire parce que qui viennent se conjuguer pour faire qu'on puisse y croire. Mais ils précisait que ce dernier pas requiert que soient mobilisés les perceptions, les affects, les représentations individuelles et collectives et le corps car, écrivaient-ils, c'est le corps tout entier qui est impliqué dans le fait d'y croire ; avec nos concepts, nous dirions qu'y croire relève d'un nouage borroméen. Caillé et Prades rappellent qu'au croisement de l'anglais *belief* et de l'allemand *belieben* l'étymologie indique que croire c'est aimer, et c'est bien sûr de l'amour de transfert qu'il s'agit. Si le y qu'on entend dans « je m'y rendrai demain » est un pronom adverbial qui désigne un lieu, un certain nombre de locutions verbales intègrent ce pronom sous une forme lexicalisée dans lesquelles il est vidé de toute référence et ne représente rien de précis ; c'est le cas d'expressions comme « y croire » ou « savoir y faire avec son symptôme ». Je proposerais volontiers que cette petite lettre, dans ce qu'elle fait entendre d'insaisissable et d'énigmatique, désigne ce qui de structure est inaccessible à toute représentation, à savoir le Réel.

---

8. Caillé, Alain, et Pierre Prades. « « Y croire. » Retour sur l'« efficacité symbolique » », *Revue du MAUSS*, vol. 46, no. 2, 2015, pp. 291-318.

Ce qui nous ramène à la question de cette journée que je vous propose de reprendre maintenant en évoquant la modélisation mathématique. Se basant sur la lecture du séminaire RSI, Jean Brini et Pierre-Christophe Cathelineau<sup>9</sup> nous disent que l'écriture mathématique sur laquelle prend appui le progrès scientifique comporte deux étapes : celle de l'imaginaire vers le symbolique = j'écris ce que je vois, puis celle du symbolique vers l'imaginaire = je me forge une nouvelle vision du monde grâce à ce que j'ai écrit. C'est dans ce mouvement que le scientifique tente de comprendre c'est-à-dire de se forger une représentation. Mais l'imaginaire de celle-ci voile la relation du scientifique au Réel qui, inatteignable, demeure toujours dissimulé au modèle. Un élément essentiel du propos de Lacan est précisément d'insister sur cette part de supposition imaginaire à propos du Réel que comporte tout modèle mathématique et de proposer avec les mathèmes mais surtout avec la topologie des nœuds une écriture du Réel qui soit hors sens et ne fasse pas modèle. Même si la pratique médicale se distingue à de nombreux égards de la démarche des sciences dures, elle partage avec elles cette butée sur un Réel inatteignable qui ne cesse pas de ne pas s'écrire : dans leur tentative de le saisir le scientifique et le médecin n'ont affaire qu'à sa doublure. Mais il convient d'ajouter que ce n'est pas si grave puisque cela marche quand même !

Le corps est une construction culturelle qui, au-delà du biologique, relève des fonctions du langage et de la parole : il est effet de discours. Depuis l'avènement de la modernité c'est principalement le discours scientifique qui forge nos représentations du corps sain, du corps malade, de l'origine des maladies, de leur survenue, leur présentation, leur guérison, etc. Mais ce discours est lui-même sans cesse remanié par l'idéologie de l'époque qui, aujourd'hui, est celle du capitalisme numérique. Comme Lacan l'avait avancé dans L'Envers il y a plus de 50 ans, si c'est bien de la science que le discours capitaliste se réclame, elle a été pervertie par cette curieuse copulation : elle a tendanciellement cessé de chercher pour elle-même, d'être son propre but pour devenir une technoscience au service du marché et de la consommation. Mais aussi au service d'une politique de gestion organisée par la norme. La place de l'universalité que vise la science expérimentale a été remplacée par celle de la norme que porte le discours des sciences humaines. On le voit bien dans le domaine de la santé dans lequel des protocoles et des recommandations en tous genres sont proposés pour garan-

---

9. Voir leurs articles dans : Cathelineau P-C. , Chassaing J-L., Florentin T, *Réel de la science, réel de la psychanalyse*, Érès, Toulouse, 2020.

tir une gestion normée des cas répondant à une logique productiviste. La médecine moderne comme toute science définit bien sûr des normes mais jusqu'il y a peu, elle ne les avait jamais utilisées pour construire la clinique. Or aujourd'hui l'écart par rapport à la norme statistique est devenu l'outil de choix pour écrire la nosographie. On le constate particulièrement dans le champ de la santé mentale : c'est l'écart par rapport au chiffre statistique qui donne la définition du comportement anormal et permet d'établir la longue liste des nouvelles pathologies, par exemple des troubles *dys* qui étiquettent les patients d'une identité fixe avec la force performative que cela peut avoir. Tout ceci participant du marché de l'identité qui fut évoqué au séminaire d'été et forme le thème d'un numéro récent de La Revue Lacanienne<sup>10</sup>.

À la différence des autres discours, le discours du capitaliste n'inscrit pas le manque d'objet au fondement de la subjectivité. C'est au contraire la rencontre du sujet avec l'objet qui en fait la spécificité, rencontre avec de multiples objets réels positifs offerts à sa satisfaction. Cette levée de l'impossible accès à l'objet concerne le rapport d'un sujet capricieux avec un corps mis au service d'une jouissance sans limite<sup>11</sup>. Si une longue tradition depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours n'a eu de cesse de vouloir purifier le corps considéré comme la part maudite de l'homme, le développement des technosciences numériques offre aujourd'hui des moyens inédits pour en faire un pur objet mécanique: la liste des possibles est infinie avec entre autres les prothèses et organes artificiels en tous genres, les manipulations génétiques, la médecine régénérative avec des cellules souches, les nouvelles techniques de procréation, l'hybridation des corps avec les robots etc. Et ce paradigme mécaniciste s'empare aussi du cerveau – la *res cogitans* de Descartes n'est plus épargnée. Une partie des recherches en neurosciences considèrent que le cerveau peut être traité comme un organe isolé du corps, un ordinateur dont on pourrait indéfiniment augmenter les capacités ; les implants cérébraux et autres neuroprothèses seront bientôt là nous promet-on pour nous donner de nouvelles compétences, augmenter notre mémoire voire moduler notre conscience et nos affects. Glissement du corps comme destin vers un corps purement objectif, objet du marché hors langage et désérialisé. L'utilisation extensive de la biométrie (reconnaissance faciale, empreinte digitale etc.) illustre bien ce paradigme : elle

---

10. *Le marché de l'identité. La Revue Lacanienne* n°21, Érès, Toulouse, 2020.

11. Estenne Marc, « La numérisation du corps », in *La Revue Lacanienne* n°22. Éclats du corps, vol. 22, no. 1, 2021, pp. 79-89.

réduit l'individu à son corps dans l'exclusion radicale du sujet qui l'habite. Et la généralisation du QR code à laquelle nous sommes maintenant contraints va encore un pas plus loin : il ne reste plus de l'individu qu'un code barre.

La cyber-infusion numérique planétaire à laquelle nous participons est la réponse contemporaine à l'angoisse ancestrale de l'incertitude et du chaos. Rendre le monde calculable pour le rendre maîtrisable, connaître pour calculer et calculer pour anticiper. Le capitalisme numérique est celui de la prédiction : avec toujours plus de *big data*, rien ne serait plus incertain, y compris dans le domaine de la santé. Le moins que l'on puisse dire est que la pandémie en cours révèle la vanité de cette mythologie contemporaine. Elle dévoile que le monde numérique n'est qu'un fantasme superposé au Réel dont rien ne parvient pas à entamer la compacité. Une doublure en quelque sorte.

Aucune technique ne viendra à bout du corps de langage, à faire taire le corps sexualisé pour qu'il devienne une pure machine dont des mécaniciens, voire des robots, plutôt que des médecins devraient prendre soin. Si la science ambitionne de suturer le sujet, les médecins qui dressent l'oreille entendront que les patients sont toujours et encore des sujets divisés dont le symptôme ne doit pas être uniquement appréhendé comme le signe d'un défaut ou d'une anomalie. Des sujets dont le corps souffrant ou malade doit aussi être considéré (dans le sens de pris en considération) comme lieu d'inscription et d'expression d'une vérité singulière, celle de leur désir et de leur jouissance. Lieu de la manifestation d'un Réel au sens où, précisément, le Réel est ce qui ne va pas et qui insiste.

S'il ne fait aucun doute que notre société est en proie à des changements profonds et rapides, on ne sait pas encore ce qu'en sera l'impact sur la constitution subjective et l'émergence de nouveaux tableaux cliniques du côté du psychisme comme du côté du corps. Pas plus qu'on ne connaît la nouvelle variante du discours du maître qui organisera le lien social à l'ère du capitalisme numérique. Dans son dernier livre<sup>12</sup> Jean-Pierre Lebrun écrit que « c'est toute l'articulation du social et du singulier qui doit entièrement être remise sur le métier ». La pratique de la médecine est un des champs d'expérimentation de cette inévitable transformation parce qu'elle met en jeu l'articulation entre corps social et corps singulier. Articulation qui s'incarne dans la relation médecin-patient dont elle détermine les mo-

---

12. Lebrun Jean-Pierre, *Un immonde sans limite*, Érès, Toulouse, 2020.

dalités, en particulier celle du transfert qui, comme pour la pratique analytique, seront appelées à se modifier. Face à la colonisation de la quasi-totalité des pratiques humaines par les technologies numériques, nous avons plus que jamais à soutenir la médecine comme une pratique humaniste où s'articule le soin que la maladie exige à la qualité d'une écoute qui autorise le sujet-patient à dire ce qui est au cœur de toute vie : la perte, la souffrance et l'angoisse de la mort. J'ai tenté aujourd'hui de vous faire entendre que les concepts analytiques lacaniens fournissent un appui précieux pour penser le tiraillement qui impose à cette articulation d'être toujours au travail.

## Discussion

MARC MORALI – Je vais juste relever un passage métaphorique qui en dit plus que ce que je pourrai en dire après. J'ai écrit dans un texte que quand le corps se rebiffe, eh bien, il meurt ! Il y a plusieurs façons pour le corps de faire : soit comme dans l'hystérie, il va au-devant de la chose et il fabrique le fameux symptôme de conversion, soit il se décore, s'ajoute. Mais parfois il se rebiffe et il meurt, tout simplement. Il y a là quelque chose que tu fais entendre. C'est comme s'il y avait deux corps. Le corps conçu aujourd'hui comme le petit autre, ce n'est justement pas le grand autre. Ce que la psychanalyse nous fait entendre, c'est que c'est le lieu de la manifestation d'un réel. Une très jolie formule de Charles Melman dit que devant cette sollicitation venant du réel, le corps est la « réponse généreuse ». Ce qui veut dire que le matin, quand on se lève et qu'on n'a mal nulle part, c'est qu'on est mort ! A partir d'un certain âge, lorsqu'on se lève et qu'on a aucune manifestation du réel, c'est qu'on est mort ! Le corps ne répond plus, c'est le corps comme justement lieu de l'Autre, de cet Autre troué. C'est-à-dire d'où nous viendrait la possibilité de mettre en paroles l'effet sur le corps d'un dire. C'est ça le pulsionnel. On retombe toujours sur cette boucle lacanienne ! Et on voit bien qu'aujourd'hui c'est remplacé par autre chose. Le corps, c'est pas l'Autre, c'est l'autre, c'est-à-dire un corps avec lequel on peut avoir des droits. On peut en faire ce qu'on veut. On peut le faire changer de sexe, on peut le décorer. Il est recommandé de lui écrire dessus parce que, on ne sait jamais, le nom propre ne suffit pas. Cette pratique actuelle de *décoration*, on peut l'entendre comme fabriquer le corps, non pas comme lieu d'une réponse, mais comme lieu d'une exhibition, d'une identité supplémentaire. Identité qui va chercher à l'extérieur la possibilité d'une nomination, au-delà des signifiants du sujet. Lorsque Lacan dit *Joyce, le*

*symptôme*, il montre bien que la clinique de Joyce, c'est la clinique du corps. C'est-à-dire d'aller chercher, au-delà du patronyme, une nomination supplémentaire, qui viendrait faire pansement de cette incapacité du corps à mettre en tension la chaîne symbolique.

Tu décris ce monde, mais je voudrais te soumettre ceci qui m'a dérangé, ma propre pensée générée par ce que tu étais en train de dire m'a dérangé, je n'étais pas content de penser ça. Tu dis – je suis d'accord avec ça – qu'il y a quelque chose au service de la norme, il y a une normalisation statistique, dans laquelle le sujet disparaît, il est prié de s'aligner sur le marché de l'identité actuel, c'est-à-dire tel comportement qui est prescrit comme tel. Un exemple en Chine actuellement, chez des sujets en très bas âge dans les écoles, on implante des puces, qui permettent de les tracer. C'est une pratique qui se répand, c'est pas exceptionnel, ça vise à être la norme. Chaque fois que l'enfant s'écarte d'un trajet, c'est immédiatement signalé à un ordinateur qui alerte les parents, qui peuvent à ce moment-là essayer de joindre l'enfant. Mais comme justement la seule chose qui pourrait offrir à ces enfants une possibilité d'individualisation, c'est le téléphone portable, ce moyen individuel par lequel ils pourraient s'exprimer, ils n'y ont pas droit ! C'est marrant ! On a râlé contre le téléphone portable ! Le progrès aujourd'hui, c'est pas le téléphone portable, le progrès c'est qu'on n'a plus droit au téléphone portable mais qu'il faut tous se rendre dans le couloir de l'école, sur une tablette pour joindre l'enfant. Ils ne sont plus appelés individuellement. Le vrai progrès c'est qu'on n'a plus de téléphone portable, c'est qu'on est appelé anonymement sur une tablette qui sert à tous les parents !

M. E. – On pourrait contester le terme *appeler*, ce n'est pas un appel !

M. M. – En fait, ils sont convoqués. Je vais arriver à ma question. Aujourd'hui, si la norme statistique, c'est que 80% de la population soit vaccinée, et que les gens n'entendent que la soumission à une norme liée statistiquement à de la recherche, on peut comprendre qu'il puisse y avoir une position hystérique qui consiste à dire non. Parce que, bien entendu, du point de vue de l'épidémie, c'est une connerie, mais du point de vue de ce qui est en train de peser actuellement sur les gens, c'est-à-dire cette progression sans fin du numérique, et l'assujettissement à une perte de l'identité, à fabriquer une modalité d'identité et non pas d'identification, on peut dire qu'il ne reste plus à cette part hystérique qu'une seule solution pour faire entendre ce qui pèse sur elle. Bien entendu, comme souvent avec l'hystérique, ce n'est pas le bon moyen !

Mais en même temps, il y a bien un discours de protestation qui, certes, se présente sur une modalité de la bêtise hystérique, tel que Flaubert l'avait déjà repéré, qui consiste à dire non pour dire non. Mais en même temps, dans l'hétérogénéité même de ce qui aujourd'hui défile, avec des gens qui n'ont rien à voir là-dedans, et des manipulations qui peuvent être faites, commencent à apparaître ces mouvements de protestation qui protestent, certes... mais contre quoi ? Et ce que tu as dit devrait nous alerter. Je ne sais pas si tu es d'accord avec ça. Je n'étais pas content de penser ça.

M. E. – L'enjeu pour l'intervenant, c'est de faire une réponse plus courte que la question ! C'est ce que je vais essayer de faire. On peut ouvrir la question du débat sur la vaccination, je ne suis pas sûr qu'il faille la prendre du côté de la manifestation hystérique. Ça laisse entendre que ce serait pris dans un discours qui fait lien social. Ce dont ça parle, c'est comment aujourd'hui se noue le singulier ou l'individuel au collectif, ce qui est la question phare de Jean-Pierre Lebrun. Mais sur la question de la norme, ce qui est inédit - c'est l'impact des sciences humaines - c'est que, de plus en plus, la clinique dans le champ de la santé mentale soit définie, soit construite à partir de la norme statistique. En médecine, il y a des normes, mais ce ne sont jamais les normes qui ont construit la clinique. La clinique s'est construite à partir de l'expérience et de la rencontre entre des médecins et des patients, à partir de la tradition, de la culture. Ça, c'est un fait inédit et très particulier de notre époque.

M. M. – Bien sûr, ça fait porter un poids dans l'hétérogénéité profonde des réactions. Il y a là une dimension qui semble relever de l'incapacité de dire pourquoi, mais de la nécessité de dire. Il y a là quelque chose que nous devons entendre comme signe avant-coureur. Et ces discours et mouvements mènent à l'opposé de la solution qui pourrait être entendue, et mènent au populisme. Est-ce qu'il y a un choix pour tout le monde de pouvoir lire ce que tu es en train de dire aujourd'hui ? Est-ce que les gens sont en position de lire cela ? Qui est capable aujourd'hui de lire cela ?

CHRISTIAN FIERENS – Il me semble que ton discours terminait par cette question de normalisation statistique de phénomènes, qu'on trouve dans notre société actuelle, indéniablement. Mais d'autre part ton titre et le corps de ton exposé tournait tout autrement, sur l'impossible et sur les discours. Ma question est celle-ci : est-ce que, à pointer ces défauts ou normalisations statistiques, cette façon de se trouver pris dans une

mécanique, est-ce que tout ça, de notre point de vue, ne dépend pas de la façon dont nous lisons les discours et que par là nous pourrions trouver une réponse plus efficace ? Au lieu de regretter cette normalisation, nous pourrions peut-être nous poser la question de la façon dont nous comprenons le discours. On comprend le discours très régulièrement comme arrivant à un produit fini, et il me semble que dans ton exposé, il y a déjà une objection à ça. On pourrait dire que tout discours aboutit, non pas à un produit, mais à un impossible. Ce qui fait qu'il y a la ronde des discours dont d'ailleurs tu as très bien parlé dans la première partie de ton exposé. Par exemple, si on prend le point de vue scientifique du point de vue du discours de l'hystérique, on peut faire remarquer que l'hystérique produit un savoir, mais que c'est une production très particulière car les hystériques ne produisent pas des savoirs théoriques explicites. Par exemple Schreber, qui a produit un magnifique discours de savoir, ce n'est pas un hystérique. Le discours de la science produit l'impossible du savoir, le discours du maître l'impossible de l'objet. Et si on oublie ça, on arrive à des discours qui sont naturellement pleins, et qui peuvent produire toute sorte de gadgets, et à chaque fois des déviations. Donc ma question : est-ce que pour répondre à ce qu'on remarque dans notre société, de déviation, de normalisation, de mécanisation, est-ce qu'il ne faut pas repenser le discours de façon beaucoup plus fondamentale en fonction de ce qui aboutit non pas à un produit mais à un impossible ?

M. E. – Je me disais en t'écoutant, est-ce qu'on ne pourrait pas dire que cette saisie du champ de la santé par la norme telle qu'on l'évoquait là est précisément une construction culturelle, qui est une défense contre cet impossible ? C'est une manière de faire comme si ça pouvait fonctionner sans.

M. M. – Pour moi, c'est tout le contraire, c'est une façon d'admettre qu'il y a de l'impossible, et bien ce sera l'incertitude statistique, et puis finalement, on n'en fera rien d'autre que cela. C'est le problème, ce n'est pas qu'il n'y a pas d'impossible, il y a de l'impossible, mais plus du tout considéré comme inhérent à la structure qui génère les lois de la parole et du langage. Il est juste considéré comme une donnée qu'il faut gérer. Et je pense que c'est vers ça qu'on va et c'est ça qui me dérange. C'est que ce n'est pas qu'il n'y a pas d'impossible, ce n'est pas le même.

C. F. – Mais je pense que nous en sommes responsables. Dans le champ de la psychanalyse, avec une psychanalyse qui est dégradée parce qu'on objective les choses, alors qu'il faut justement les dé-objectiver.