

[FACE AU NIHILISME]

REINE COHEN : *LE POINT DE L'ÉNONCIATION EN PSYCHIATRIE*

Nous publions ici l'intervention de Reine Cohen prononcée lors de la rencontre franco-tunisienne *Faire face au nihilisme ?* (3 février 2024, Ircam, Paris) ¹.

I

Les dites « *sciences humaines* », que l'on peut aussi désigner comme « *praxis et disciplines théoriques du parlêtre ou sujet parlant* », s'établissent et s'exercent dans les plans où se constituent et opèrent ce que j'appellerai les « *nouages-représentations* » entre :

- le sujet et lui-même (ce qui lui permet de s'identifier et de se reconnaître),
- le sujet et ses autres (ses modalités relationnelles),
- le sujet et le monde (sa position et son orientation dans le monde habité par ses semblables).

Psychiatrie et psychanalyse ont en commun d'une part, de s'établir dans ce champ au un-par-un, et d'autre part d'y être convoquées par les impasses que ces nouages-représentations rencontrent et constituent.

Symptômes et troubles

Elles diffèrent cependant, en ceci que

- la **psychanalyse** se tient du côté de la construction de ces nouages dont les impasses font **symptômes** subjectifs ;
- la **psychiatrie** est convoquée là où ces impasses font **troubles**.

On peut poser que troubles et symptômes sont des nominations symétriques : objective et en extériorité du côté des troubles psychiatriques, subjective et en intériorité du côté des symptômes psychanalytiques.

Rappelons que « *trouble* », dans son usage actuel en psychiatrie, est la traduction du « *disorder* », mis au goût (ou au dégoût) du jour, par le DSM ², dans les années 80. La désignation, dans ce manuel, du patient par la forme « *avec troubles xxx* » connote une grammaire qui l'assigne à son complément d'objet (« ce qu'il a ») plutôt qu'à son attribut de sujet.

Je pourrais définir – allons-y sans attendre – ma position de psychiatre comme constituée par le désir (est-ce le nom de mon point à tenir ?) de soutenir, avec chaque patient que je reçois, **la possibilité du passage du trouble objectif au symptôme subjectif**.

II

Que l'horizon de l'exercice de la psychiatrie soit ce passage (du dehors au dedans de la représentation de ce qui affecte le sujet) en fait une discipline paradoxale de la médecine, discipline qui s'organise selon deux axes.

¹ <http://www.entretiens.asso.fr/2023-2024> – Vidéo : <https://youtu.be/XyvqxA3-LeY>

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Le premier axe se tient entre :

- le savoir médical quant aux symptômes, savoir qui autorise, organise, soutient l'intervention thérapeutique dans son acception médicale ;
- la production de la position de sujet à partir de l'insu de la situation, production qui en un sens oriente la vie psychique vers un horizon, accordé sur ce qui est, mais ouvert sur ce qui peut venir à être.

Le deuxième axe se tient entre :

- l'autorité du médecin, ce à partir de quoi il peut traiter, ponctuellement, ce qui se présente comme insoutenable, dans ce qui fait trouble ;
- la liberté du sujet-patient, conquête en construction, qui tente de desserrer les ligatures du « *il n'y a que ce qu'il y a* », dans lesquelles le sujet reste pris, pétrifié, mortifié, ligatures qui cependant entrent dans ce qui fait tenir son unité et s'opposent au morcellement psychique.

Ces deux axes sont à penser comme des fils noués, dont le nœud doit pouvoir coulisser. Leur nouage mobile est sous-tendu par le lien et la séparation entre énoncé et énonciation.

III

Je reviens sur les trois nouages-représentations que j'évoquais comme constitutifs du champ du parlêtre. Je vais me risquer à vous proposer une intuition, dont vous me direz si elle vous parle.

Ces trois nouages sont noués entre eux, peut-être sur le mode borroméen. Le nihilisme contemporain, au-delà du champ qui m'occupe, ne doit-il pas être pensé ou reconnu comme l'effet d'un dénouage entre ces trois nouages-représentations ? Cela éclairerait peut-être **la sinistre figure de l'individu moderne**.

Concernant la psychiatrie, même si cela se retrouve dans d'autres champs, je désignerai comme nihilisme, ou effets du nihilisme, tout ce qui concourt à **rabattre le sujet sur son objectivité** ; tout ce qui, en se rapportant à la vie psychique du sujet en extériorité objective, le met hors d'état, hors de position, de penser et de s'approprier l'habitat de son existence.

Il m'est arrivé de proposer de la psychanalyse (la cure) la définition suivante : « *la psychanalyse est une proposition permettant de construire, dans la pensée, un espace où puisse se penser comment on habite sa propre existence. Et parfois, il s'avère que c'est dans cet espace de pensée qu'on habite. Donc, l'analyste est celui qui, dans la présence absente, prête son espace de pensée, en attendant...* »

IV

Rencontre de la question du nihilisme

Qu'en est-il de la rencontre de la question du nihilisme dans l'exercice de la psychiatrie ?

En premier lieu, elle survient dans l'espace clinique en tant que tel, dans différentes modalités d'organisation des instances du négatif : refoulement, déni, dénégation... du côté des mécanismes pour ainsi dire « grammaticaux » ou scripturaires ; dépression, manie, mélancolie, psychose, délire, conversion... du côté des tableaux.

Cette rencontre n'est donc pas problématique en elle-même, puisqu'elle constitue la matière de ce qu'il faut accueillir et travailler dans la rencontre clinique. Et l'expérience montre que si l'on se tient fermement à ce point, le travail est possible. Quel point exactement ? Que **ce qui se présente souvent comme « Rien »**, comme nihilisme, comme demande nihiliste, dans le discours et/ou la position du sujet, **est un quelque chose**, parfois un je-ne-sais-quoi, qui a une consistance a priori inconnue, qu'il faut déplier et faire causer, dans tous les sens du terme « causer ».

Je vais évoquer une situation qui a été pour moi inaugurale, puisqu'il s'agit de la rencontre du premier patient avec lequel j'ai été au long cours aux prises avec la question du rien (je peux dire aujourd'hui que le rien était pour moi une question, alors qu'il était pour lui un destin).

Il s'agit d'un homme qui, ayant, au cours de plusieurs années d'errance, perdu tout ce qui constituait sa vie tangible – travail, compagne, enfant, domicile –, arrive, en bout de course, à l'hôpital psychiatrique pour demander asile. À cette époque, il suffisait encore de se présenter pour être accueilli. Depuis, de l'eau a coulé sous les ponts, sous les ponts où vivent ceux qui n'ont plus de lieu où s'ancrer au monde.

On l'accueille donc, et, à cet homme qui a tout perdu, on propose des substituts : un placement familial, solution pratique à son errance et à sa demande explicite « gîte et couvert ». Par deux fois, cette solution échoue et le patient revient à l'hôpital. Cela m'amène à tenir que, puisque les réponses « sociales » n'ont pas tenu, il faut considérer que la demande s'adresse à la psychiatrie, impératif qui prendra pour moi la forme suivante : « *quiconque s'adresse à la psychiatrie sait ce qu'il fait* »³.

S'engage alors une tentative de travail qui va durer, et qu'il me faudra endurer, pendant plusieurs mois. Je le reçois plusieurs fois par semaine pour des entretiens au cours desquels je suis envahie par le fait que lui est envahi par le rien : *il n'est rien, il ne sait rien, il ne peut rien, il ne pense rien, il ne veut rien, il ne dit rien*, et même, alors qu'il est dans une totale dépendance, *il ne demande rien*. Je m'accroche, j'essaie de trouver quelque chose (de prouver que là où il paraît qu'il n'y a rien, il y a quand même quelque chose !) jusqu'au jour où, épuisée (je sortais des entretiens comme d'un combat de boxe), n'en pouvant plus, je lui lance, d'un air goguenard : « *en tout cas, grâce à vous je vais devenir célèbre* » ; il s'étonne - « *oui, je vais écrire un article où j'expliquerai que j'ai rencontré un rien, et qu'il m'a parlé* ». Et il se passe alors quelque chose d'incalculable : il me regarde et me dit : « *avec vous, c'est pas pareil, parce qu'avec vous, j'ai une place* ». Et à partir de ce moment-là, s'ouvre un travail qui durera deux ans, travail de reconstruction de son histoire, qui lui permettra d'habiter son existence en son nom, de ne plus être l'errant social et psychique qui s'était présenté à notre porte. À partir de ce travail, je rédigerai ma thèse sous le titre « *Les SDF en psychiatrie, comment ne pas s'en débarrasser ?* » où je soutiendrai qu'il n'y a pas de cas sociaux en psychiatrie mais des cas psychiatriques, point sur lequel je n'ai pas varié depuis.

La question du suicide

Autre figure du négatif, figure radicale et emblématique de la destruction nihiliste, qui souvent écrase l'exercice, c'est la question du suicide, sur laquelle je dirai trois points.

- Le suicide, quand il aboutit, abolit la question. On peut citer ici Lacan dans *Télévision* ⁴ : « *Le suicide est le seul acte qui puisse réussir sans ratage. Si personne n'en sait rien, c'est qu'il procède du parti-pris de ne rien savoir* ». Ce que j'ai mis vingt ans à comprendre : **la question du ratage** renvoie à l'acte manqué, qui ouvre à l'interprétation du sujet, et le suicide est le seul acte qui soustrait à toute interprétation, et donc à tout ratage. Le suicide effectif abolit l'espace de l'exercice clinique et nous laisse réduits à tenter de reconstituer les bribes d'un savoir imaginaire et inopérant.
- Quand il n'aboutit pas, le suicide est la manifestation de l'envahissement critique du sujet par ce qui le nie, négation à laquelle il pourra se soustraire dans son dire, fût-il affirmation du négatif, pour peu qu'il soit entendu. C'est donc sur ce point qu'il faut travailler.

J'ai eu, au cours de mes quarante ans de pratique, quelques patients que je suivais et qui ont acté une tentative de suicide. J'ai souvent pratiqué **une certaine colère** à leur égard, surtout quand il s'agissait de tentatives de suicide médicamenteuses – on ne peut quand même pas accepter sans broncher d'être fait, à son corps défendant, complice d'un crime qu'on cherche plutôt à prévenir. Cette colère a pu être un point témoignant de ma présence dans l'espace de relation, de la convocation que j'adressais au rescapé à venir prendre sa place dans cet espace, et entraîner un mouvement de relance du travail.

- Pour ce qui est de l'idée suicidaire, il faut la distinguer et de la tentative de suicide et de l'idée de mort. **L'idée qu'il serait préférable d'être mort est une représentation imaginaire** qui, me semble-t-

³ Ce point a d'ailleurs des résonnances plus larges. La découverte de l'inconscient freudien s'établit dans l'espace où, rompant avec le « *Père, pardonne-leur, ils ne savent pas ce qu'ils font !* », tout sujet est convoqué à répondre, quant à ce qui le concerne, de ce qui échappe à son savoir conscient, et donc de ses actes, même s'il en ignore les motifs.

⁴ Jacques Lacan, *Télévision*, Éd du Seuil, 1974, pp. 67-68

il, rejoint un « mieux vaudrait n'être pas né », protestation contre l'insupportable de l'existence. « Oh, tout finir... », l'œuvre de Beckett en est pleine, et il n'y a pas à y objecter. Il faut seulement tenter de cerner cet insupportable pour qu'il n'envahisse pas intégralement le champ du désir. Quant à l'idée suicidaire en tant que telle (ce qui est désigné, dans les procédures de prévention et les guides de bonne pratique à destination des urgentistes, comme « projet suicidaire » voire comme « projet scénarisé » à rechercher systématiquement !!!), ma position est qu'il faut la traiter comme **une idée « comme une autre »**, c'est-à-dire partir de l'énigme qu'elle doit constituer pour l'auditeur, condition indispensable pour qu'elle fasse énigme pour le sujet et l'incite à poursuivre sa tentative... d'élucidation, bien sûr !

De l'énonciation

Inciter à poursuivre, cela nécessite que **l'énonciation**, comme acte de parole, ne soit pas captive de **l'énoncé** qu'elle produit. Il n'y a pas de dernier mot, il n'y a pas de totalisation finale du dire dans le dit. Il faut tenir le point (est-ce le même ?) que **dire est un acte qui peut contredire, ou au moins limiter la portée et le poids de ce qui est dit** ; l'oubli de cette dimension, sous quelque forme que ce soit, conduit à une escalade qui précipite les passages à l'acte, côté soignant et/ou côté patient.

Je me souviens d'une déconvenue récente, avec un de mes patients pour qui je n'étais pas follement inquiète mais qui traversait des moments délicats. Il arrive à ma consultation et m'annonce qu'il a essayé de se pendre quelques jours avant. Ses explications confuses à propos des motifs et des circonstances modèrent mon inquiétude. Il finit par me dire qu'il va aller recommencer et quitte mon bureau. Je le ramène sans grande difficulté et fais appel à une infirmière « en renfort ». Cette décision, qui témoigne du fait que j'ai cessé de faire confiance à la situation duelle dans laquelle nous étions, l'empêche probablement de déplier ce dont il était question dans ses annonces et entraîne une escalade dans laquelle je finis par faire quelque chose qui ne se fait pas : je nous enferme à clé dans mon bureau. Outre le ridicule de ma position, c'était tout-à-fait contradictoire avec ce que j'attendais de la poursuite de l'entretien, à savoir que le patient « change d'avis » en acceptant de déplier ce qu'il disait au-delà de la signification apparente. Et bien sûr, la contrainte rendait tout mouvement de parole impossible : **il était enfermé dans son énoncé**, j'étais enfermée avec lui, il faisait mine d'être menaçant, les renforts sont arrivés, il est parti, allant rejouer ailleurs son « *arrête-moi ou je fais un malheur* », qui s'est résolu par une brève hospitalisation.

Nous avons pu reprendre ensuite les enjeux de cette séquence assez probante quant au fait qu'il n'y a pas lieu de confondre, pour qui écoute une parole, « *prendre au sérieux* » et « *prendre à la lettre* ».

C'est une distinction qui demande du temps. Aux urgences, où se rencontrent en première ligne les patients (se) présentant (avec) des idées suicidaires, je tenais les entretiens assez longtemps pour que, sur la ligne de l'énonciation, l'énoncé se soit déplacé, fût-ce sous la forme d'un « *c'est pas ça que je voulais dire* » qui permettait alors un « *je veux bien entendre ce que vous voulez dire* » et une sortie de la fixité des énoncés pétrifiants.

Supporter stoïquement la confrontation au travail taraudant du néant, du nihilisme, de l'anéantissement, c'est notre fonction, la matière de notre travail. Il ne faut pas s'en affoler, et tenir que, quels que soient les énoncés, aussi noirs et négatifs qu'ils puissent être, **toute parole est une parole de vivant**. Cet autre qui est là et qui parle, bien sûr, il ne faut pas le laisser repartir avec trop de pavés dans sa besace, il faut déminer le chemin par lequel il va pouvoir repartir.

V

Participer

Ce qui est plus problématique : la participation du psychiatre au mouvement nihiliste du patient ou au mouvement d'anéantissement du patient.

Participer au mouvement nihiliste du patient, précisément, ça se tient dans le fait de **donner une consistance exagérée aux énoncés du négatif**, qui viennent engluier tout mouvement d'énonciation possible. Sur ce point, il y a lieu de s'inquiéter, parce que, concernant en particulier le risque suicidaire, c'est

à ça que sont massivement formés les jeunes psychiatres et les jeunes médecins qui accueillent les patients aux urgences par exemple (au nom du « *droit des patients* », de la « *démocratie sanitaire* » et du « *principe de précaution* », tout ce qui pointe vers l'obligation de respecter et de protéger l'autre en prenant ce qu'il dit au pied de la lettre), où la consigne est d'hospitaliser toute personne qui évoque des idées suicidaires. Outre que bien sûr nous n'avons pas les moyens de suivre ces consignes, du fait du manque de places et de personnel, ce protocole officialise la transmutation d'un énoncé en acte ; on traite l'idée suicidaire comme un acte, on lui oppose un autre acte, l'hospitalisation, et **ce qui disparaît, c'est la parole en tant qu'elle est adressée**. Donner trop de consistance au négatif, au lieu de considérer que tout énoncé négatif est une affirmation du négatif avec quoi on est aux prises (un « *j'affirme que non* »), c'est une faute technique. Plus grave, c'est un défaut de confiance, ce qui est une faute éthique, puisque **la seule éthique de notre pratique, c'est une éthique de confiance**. Sans quoi, on arrose, on bétonne, on enferme, les patients survivent ; mais vivre, c'est autre chose, c'est garder tissées ensemble l'affirmation et la négation (dont le dénouage conduit à la bascule parfois mortelle de la manico-dépression). La confiance est ce qui nous permet de ne pas ajouter notre angoisse à celle du patient, de rester fermes dans la tempête, de se tenir à la conviction que tant qu'il est là et qu'il parle, ça continue. Non qu'il ne faille parfois agir, mais seulement si on a épuisé, si on a été au bout du mouvement possible dans l'espace de parole ; et ça, c'est l'engagement du praticien (outre les questions « logistiques » - temps et espace disponibles - qui contraignent sa pratique) qui seul en décide.

Pour ce qui est de **la participation du psychiatre à l'anéantissement du patient comme sujet**, il y a une figure contemporaine et qui se répand, de l'organisation de la répartition des « savoirs » entre le discours médical et la parole des sujets : cette figure engage la question du diagnostic et de son usage d'une part, la question du statut contemporain des experts d'autre part.

Diagnostic

Le diagnostic et son usage en psychiatrie, c'est **une question centrale**, qui organise les places respectives du patient et du psychiatre, et a des effets sur la situation clinique.

Il y a encore pas si longtemps, les psychiatres ne donnaient pas, n'assenaient pas le diagnostic à leur patient. On peut argumenter qu'un patient qui apprend qu'il a une pneumonie, ça ne modifie pas son statut pulmonaire. En revanche, un patient qui reçoit un diagnostic psychiatrique, cela modifie son état psychique, qui inclut sa représentation de son état psychique. Et cela, en dehors même de la question de la gravité éventuelle du diagnostic, parce que ça opère un alignement des représentations internes du sujet sur des désignations « objectives », en extériorité. Le diagnostic devient le représentant du savoir pertinent, ou du savoir contesté, et en devenant une sorte d'objet commun, objet d'accord ou de désaccord, objet d'échange ou de rivalité, il abolit la distinction des espaces de discours. Ce mouvement ne concerne pas que la psychiatrie, il concerne le monde, et ce, depuis un moment ; il s'agit du **décloisonnement des discours**, qui induit que, tout le monde étant chez soi dans tous les discours, plus personne n'est chez soi dans son propre discours.

C'est problématique pour deux raisons : d'une part, se multiplient les demandes des patients d'avoir « leur diagnostic », ce qui est très encombrant dans le travail clinique ; d'autre part, la « *démocratie sanitaire* » (qui a un bureau dédié à l'ARS et qui est soutenue par l'HAS⁵) exige que quand un patient demande son diagnostic, on le lui donne. Eh bien, **les diagnostics, c'est comme les médicaments** : si je pense que ça va leur nuire ou qu'ils vont en faire un mauvais usage, si je pense que ça va les tuer (psychiquement au moins), je ne les leur donne pas. J'ai, au fil des ans, bricolé des stratégies pour **me soustraire à cette demande**, pour expliquer pourquoi je refuse, pour dire au patient que ça me prend plus de temps de refuser que d'accepter, et que le temps que je lui consacre sur ce point, il peut en reconnaître la valeur. Actuellement, quand un patient me demande un diagnostic, je dis quelque chose qui n'est pas sans rapport avec la définition de la psychanalyse que je proposais : je dis que le diagnostic, ça permet de savoir dans quel quartier il habite, le quartier des anxieux, des déprimés, des schizophrènes, etc. Bien sûr, l'architecture n'est pas la même dans tous les quartiers, il y a des quartiers dont on peut sortir, d'autres où c'est plus difficile, on peut même habiter au croisement de plusieurs quartiers (il paraît que les états-limite, c'est là qu'ils habitent) ; mais ce qui m'intéresse, dans le travail, au-delà de savoir où il habite, c'est qu'il m'invite chez lui, m'est-il arrivé de dire (et ça n'a jamais été équivoque, personne ne

⁵ Agences Régionales de Santé et Haute Autorité de Santé sont les officines tutélaires dont on constate en pratique qu'elles se vouent quotidiennement à garantir le « droit à la santé », droit sans contenu réel, mais négligent d'assurer les moyens d'organiser effectivement le droit aux soins.

m'a invitée pour un café !), parce que si on comprend comment on habite, alors, même là où on est, on peut habiter autrement. Et c'est quelque chose que la plupart des patients entendent.

Il y a une de mes patientes, avec qui le travail a été une rude bataille pendant environ trois ans, bataille dont je comprends maintenant qu'elle portait sur sa difficile séparation d'avec une représentation d'elle-même complètement, ou presque, colonisée par le regard psychiatrique, qui la soutenait et la bordait depuis le début de son âge adulte. Son temps était d'ailleurs presque entièrement consacré aux soins, et malgré le fait qu'elle vivait de façon autonome, elle ne parvenait pas à habiter son existence en dehors du regard psychiatrique, ce qui bien sûr témoignait d'un effet paradoxal des soins. Peu à peu, sa dépendance s'est assouplie, et depuis plus d'un an, elle s'en est détachée, ainsi que de celle qu'elle entretenait aux toxiques et aux médicaments. Elle était également, bien sûr, dépendante au diagnostic. Quand, obtenant d'une institution de soins où elle était reçue depuis plusieurs années et dont elle avait pu se séparer, le compte-rendu de sortie qui m'avait été adressé et qui comportait des mentions diagnostiques, elle s'était offusquée qu'on puisse « *comme ça, balancer des diagnostics à la figure des gens* ». Elle a perçu, dans mon silence interloqué, le comique de la situation : « *C'est pour ça que vous ne vouliez jamais me répondre quand je demandais mon diagnostic ?* ». Oui, c'était pour ça, pour qu'on puisse en arriver là. À ce point où, se confrontant à l'angoisse sans immédiatement recourir aux « *tranquillisants* », elle peut me demander pourquoi elle s'inflige cette torture et m'entendre lui répondre qu'elle réussit à apprivoiser l'insupportable.

Refuser de donner au patient ce qu'il demande pour se soustraire à sa nécessaire solitude est un acte frustrant mais qui peut être libérateur.

Les « centres experts »

Autre versant de la participation de la psychiatrie au mouvement d'anéantissement subjectif des patients, un dispositif avec lequel je ne suis pas en relation et qui a des effets puissamment nihilistes : la prolifération des « centres experts ».

Ces officines, qui trustent une grande partie des budgets et fournissent aux tutelles de quoi alimenter des protocoles qui doivent s'imposer aux travailleurs de terrain, ne soignent pas les patients. Elles les reçoivent, soit à leur demande soit sur indication des psychiatres traitants, pour les **évaluer** « *objectivement* » selon des protocoles normés, puis rendent des avis experts sur le diagnostic et la thérapeutique qui doit être mise en œuvre. Ensuite, (pas) libre au psychiatre traitant d'appliquer les consignes, d'exécuter les préconisations.

Plusieurs de mes patients ont eu affaire à ces centres : l'une, reçue à sa demande, a dû remplir un protocole où elle a coché 498 réponses à des questions fermées ; un autre, adressé par un praticien qui le recevait précédemment, m'a montré, non sans humour, les conclusions d'un bilan qui énonçaient que, bien qu'il fût cliniquement asymptomatique, le relevé d'anciens symptômes permettait de porter le diagnostic de XXX (congédiement explicite de la dimension clinique et révocation sans appel de la possibilité de toute évolution favorable). Enfin, plus grave, un de mes patients se présentant en mon absence aux urgences pour recrudescence anxio-dépressive, est reçu en garde par un praticien travaillant habituellement dans le *centre expert de diagnostic des troubles autistiques de l'adulte*. Ce praticien s'occupe comme il se doit de ce dont se plaint le patient, mais, lui trouvant une présentation et un contact particuliers, le convoque pour le voir en bilan d'autisme. Le patient reçoit peu après le compte-rendu du bilan et disparaît de ma consultation, malgré mes relances. Contactée par ce praticien zélé qui souhaite « *échanger avec (moi) au sujet de ce patient* », je l'informe des effets peu engageants de son intervention et de la retenue qu'il aurait fallu avoir avant d'intervenir là où il n'y avait pas d'urgence et où le patient n'avait rien demandé. Je m'entends répondre : « *nous avons des missions de dépistage et d'orientation, et les patients ne savent pas qu'ils sont malades, ils ne peuvent pas demander* » (le Dr Knock aurait acquiescé, tout pas si mal portant est un malade qui s'ignore !). Le patient n'a pas repris contact avec cet expert, qui me proposait de le solliciter pour qu'il revienne me voir, et que je puisse reprendre les soins en tenant compte des préconisations !! Je ne peux que faire des hypothèses invérifiables quant à l'absence de ce patient, perte de confiance dans les soins, au moins.

De ce que j'ai soutenu, je tire trois énoncés directifs (plus un, qui s'en déduit) de la pratique telle que je la souhaite, pour faire face au nihilisme :

- **Feu sur les centres experts** qui spolient les services de soins et organisent de façon méthodique la désobjectivation des patients et des soignants, et donc l'abandon de la clinique vivante du sujet ;
- **Refus du diagnostic comme objet d'échange**, de transaction, de négociation entre patient et médecin, dont la circulation abolit la nécessaire séparation des discours et des places ;
- **Prééminence donnée à l'énonciation** sur l'énoncé, toujours ;
- À ces conditions, **l'autorité du médecin** (c'est-à-dire la mise en œuvre réglée de son savoir) peut et doit s'exercer quand les symptômes deviennent tellement envahissants que plus aucune énonciation ne peut se construire ; mais cette autorité ne doit s'exercer qu'à regret, sans que celui qui l'exerce en jouisse.

• • •